DR. S. FRIES

ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentliches Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben

von

Dr. Otto Rapmund

Reg.- und Geheimer Medizinalrath in Minden.

XII. Jahrgang. 1899.

Berlin W.

FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG.

H. Kornfeld.

Inhalt.

I. Original-Mittheilungen.

A. Gerichtliche Medizin.

Seite.

Beitrag zur Simulation geistiger Störung. Dr. Schuchardt 1
Tod durch Verhungern? Dr. Ohlemann 38
Eine Lücke im Strafgesetzbuch. Straflosigkeit der Vornahme unzüchtiger Handlungen (§. 174 Nr. 3 des St.-G.-B.) seitens nicht beamteter Krankenwärter in einer öffentlichen Irren- u. s. w. Anstalt mit ihren Pflegebefohlenen. Landesrath Vorster 65
Kasuistische Beiträge zum epileptischen Irresein. Dr. Manke . . 101, 873
Die Kurpfuscherei in der neuesten Rechtsprechung. Dr. Biberfeld . 106
Tödtliche Vergiftung durch Schwefelwasserstoff. Betriebsunfall. Dr. Macke 144
Bei Abgabe eines gemeinschaftlichen Gutachtens über den „körperlichen" Zustand einer Person oder über eine „Sache" kann jeder der beiden Sachverständigen die volle Gebühr nach §. 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 liquidiren. Dr. Dütschke 350
Beitrag zu dem Sektionsbefunde des Verbrennungstodes. Dr. Schäffer 405
Fall von traumatischer Herzruptur ohne Verletzung des Brustkorbes. Dr. Kuhnt 547
Zur forensischen Beurtheilung des Todes Neugeborener durch Verblutung aus der Nabelschnur. Dr. Beckert 569
Ein Fall von Vergiftung durch Tinctura Strophanti. Dr. Hafemann . 609
Statistischer Bericht der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin für die Zeit vom 1. April 1896 bis 1. April 1898. Dr. Puppe 669, 701
Gerichtsärztliche Fälle. I. Erstickung im Rausch oder Todtschlag? II. Sodomitische Misshandlung einer Stute. Dr. Hansen . . . 682
Verminderte Erwerbsfähigkeit vor Unfällen im landwirthschaftlichen Betriebe bezw. bei Invalidenrente. Dr. Kornfeld 712
Zur Kasuistik der Selbstmorde durch Schuss. Dr. Wachholz . . . 741
Die chirurgischen Kunstfehler. Dr. Fuld 825

B. Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Die Krankheiten der Sachsengänger und ländlichen Arbeiter. Dr. Schilling 8
Eine Milzbrandepidemie im Kreise Templin. Dr. Solbrig 33
Bemerkungen zu Dr. Schilling's Aufsatz über „die Krankheiten der Sachsengänger und ländlichen Arbeiter. Dr. Fielitz 68
Einige Beobachtungen über Impferfolg. Dr. Hartisch 71
Vorschlag zur Verhütung der Unterlassung von Kindbettfieber-Meldungen seitens der Hebammen Dr. Richter 73
Tod in Folge von Pemphigus oder Fleischvergiftung? Dr. Kornfeld 111
Bemerkung zu meinem Artikel: Die Krankheiten der Sachsengänger und landwirthschaftlichen Arbeiter. Dr. Schilling 114

Seite.

Ein strittiger Punkt im Umlagerecht der Aerztekammern. Dr. Borntraeger 133
Ursache und Verhütung des Bleiangriffes durch Leitungswasser nach Erfahrungen bei der städtischen Wasserleitung in Emden. Dr. Tergast 165
Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen. Dr. Rapmund . . 197
Medizinalbeamte und Apothekenwesen. Dr. Borntraeger 229
Die erste Berathung des preussischen Abgeordnetenhauses über den Gesetzentwurf, betreffend die Dienststellung des Kreisar tes und die Bildung von Gesundheitskommissionen. Dr. Rapmund 269
Die Selbstversicherung der Hebammen gegen Invalidität und Alter, zugleich mit einem Ueberblick über das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz. Dr. Keferstein 309
Aus dem öffentlichen Gesundheitswesen Ungarns. Der öffentliche Sanitätsdienst und das Medizinalpersonal. Dr. v. Gizycki 341
Zur Prophylaxe der Impfschädigungen. Dr. Haase 378
Beobachtungen über Impferfolg. Dr. Dietrich 383
Ueber Beaufsichtigung und Organisation des Gesundheitsdienstes in Kurbadeanstalten und Badeorten. Dr. Meyen 411
Die Verhandlungen des Abgeordnetenhauses über die am 22. und 28. Juni d. J. stattgehabte zweite und dritte Berathung des Gesetzentwurfs, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen. Dr. Rapmund 417
Eine Rechtfertigung der Ministerial-Anweisung vom 20. September 1895. Dr. Erlemeyer 457
Beobachtungen über Impferfolg. Dr. Wex 471
Zur Schularztfrage. Dr. Tjaden 537
Uebertragung des Schweinerothlaufs auf den Menschen. Dr. Hillebrand 544
Können die Wiederholungslehrgänge für Hebammen in den Provinzial-Anstalten bei dem gegenwärtigen Stand des Hebammenwesens ihre Aufgaben erfüllen? Dr. Reimann 580
Ist ein Augenarzt als Gemeindebeamter anzusehen? Dr. Biberfeld . 605
Uebertragung des Schweinerothlaufs auf den Menschen. Dr. Mayer . 611
Entgegnung auf die „Rechtfertigung der Ministerial-Anweisung vom 20. September 1895“ durch San.-Rath Dr. Erlenmeyer in Bendorf a. Rh. Dr. Tippel 612
Replik auf die vorstehende Entgegnung. Dr. Erlenmeyer 615
Die Tuberkulose-Frage in England. Dr. Oebbecke 747
Beitrag zur Frage der Werthbemessung der Desinfektion des Impffeldes. Dr. Schwabe 779
Impfergebnisse und Impftechnik. Dr. Schenk 784
Eine weitere Mittheilung über Impferfolg. Dr. Hahn 788
Späte Entwickelung einer Impfpustel. Dr. Petermöller 790
Impetigo contagiosa und Impfung. Kein ursächlicher Zusammenhang. Dr. Haase 791
Der Entwurf der Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln Dr. Rapmund 837

II. Berichte aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Herbstversammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Magdeburg in Magdeburg (Berichterstatter: Dr. Strassner)
Besprechung des Erlasses über die Neubesetzung von Medizinalbeamtenstellen 15
Uebersicht über die Desinfektionsfrage der Hände. Dr. Kant 15
Demonstrirung eines Apparats zum Abschneiden der Fingernägel. Dr. Bartsch 16
Referat über eine Fleischvergiftung. Ders. 16
Besprechung über die Revision von Drogenhandlungen. Dr. Janert 16

Seite.
Mittheilung über das Färben von Wurst. Dr. Holthoff . . 16
Bericht über die 6. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Aachen vom 15. September 1898 (Berichterstatter: Dr. Schmitz).
Besprechung von Verordnungen und Verfügungen 43
Besichtigung der Drogen- und Farbwaarenhandlungen. Dr. Ricken 43
Bericht über die VI. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen am 4. Dezember 1898 zu Insterburg im Gesellschaftshause (Berichterstatter: Dr. Forstreuter).
Geschäftliches. Dr. Forstreuter 73
Ueber die Erhöhung der Hebammentaxe im Reg.-Bez. Gumbinnen. Dr. Forstreuter. 75
Massregeln zur Bekämpfung der Granulose im Reg.-Bez. Gumbinnen 78
Bericht über die IV. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Köln am 31. März 1898 (Berichterstatter: Dr. Longard).
Eröffnung der Versammlung 146
Diskussion über den Vortrag: Die Heildienerfrage 146
Diskussion über das Thema: Die Massregeln gegen die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten 147
Bericht über die XIII. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin am 21. November 1898 im Konzerthause zu Stettin (Berichterstatter: Dr. Freyer).
Ueber die Aetiologie des Typhus in lokaler und zeitlicher Beziehung. Dr. Hassenstein und Dr. v. Trzaska . . 181
Ueber transportable Dampfentwickler. Dr. Schulze . . . 181
Bericht über den Granulosen-Kursus in Greifswald. Dr. Dietrich 181
The saitnary institute Congress at Birmingham vom 27.—30. September 1898 (Mitgetheilt von Dr. Oebbecke).
Eröffnung des Kongresses 217
Dwellings of the poor (Arbeiterwohnungen). Dr. Sykes . . 218
The removal of insanitary areas and the management of improvement schemes under the honsing of the working classes act. Mr. P. Addie 219
Public slaughterhouses. Mr. Parkes 219
The cleansing of persons act 1897. Dr. Blyth. 219
Abfuhrsystem auf dem Lande 219
Das Verhältniss der Geistlichkeit zur praktischen Hygiene . . 219
The relations of the medical profession and the state; especially with regard to vaccinal legislation. Dr. Mc. Vail . . . 219
Begräbnisswesen, Krankenhausreformen 219
Bauhygiene. Dr. Mr. Courcy. 220
The ventilation of sewers and drains. Mr. Flower 220
Praktische Hygiene. Mr. West bezw. Mr. Worral . . . 220
Hygiene des Haushaltes sowie der Frauen und Kinder . . . 220
Food preservatives. Mr. Hill 221
The sanitary defects of rural districts. Mr. Smith 221
The protection of public water supplies by the purchase of the catchment areas. Mr. Cameron 221
The Birmingham water scheme. Mr. Mansersch 221
Beurtheilung des Trinkwassers durch Chemiker oder Medizinalbeamte. 221
Protokoll der am 7. Mai abgehaltenen Sitzung des Vorstandes des Preussischen Medizinalbeamtenvereins 315
Bericht über die VI. ordentliche Generalversammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Breslau am Sonntag, den 4. Sepzember 1898 zu Breslau im Hörsaal der neuen Anatomie (Berichterstatter: Dr. Jacobi).
Die Selbstversicherung der Hebammen gegen Invalidität und Alter mit einem Ueberblick über das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz. Dr. Keferstein 325

Seite.

Bekämpfung der Körnerkrankheit (Granulose) mit spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse im Kreise Gross-Wartenberg Dr. Furch 325
Die Milchsterilisir-Anstalt „Helios“ in Paris und die Polyclinique Henry de Rothschild. Dr. Gellner 329
Unzulässigkeit des Aversionirungsstempels. Dr. Dybowsky, 330
Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen am 22. April 1899 (Berichterstatter: Dr. Lissner).
Einige Mittheilungen über die in Rawitsch eingeleitete Grundwasserleitung. Dr. Kleinert 330
Besprechung über den Gesetzentwurf betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen 330
Jahresversammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Trier (Berichterstatter: Dr. Roller).
Verlesung der Protokolle der letzten Versammlung 352
Besprechung der in den letzten Jahren erlassenen Verfügungen 353
Ueber Typhuserkrankungen im Reg.-Bez. Trier. Dr. Schmidt 353
Ueber die Sterblichkeit in den Industriebezirken. Dr. Schubert 353
Bericht über den ersten psychiatrischen Kursus in Bonn. Dr. Schmidt 354
Bericht über die Versammlung der Kreisphysiker der Provinz Schleswig-Holstein am 30. April 1899 in Neumünster (Berichterstatter: Dr. Rohwedder).
Mittheilung einer kurzen Geschichte der Medizinalreform. Dr. Wallichs 354
Gründung einer Alters- und Invalidenkasse für die Hebammen der Provinz. Dr. Bockendahl 355
Entwurf zu einer neuen Hebammentaxe. Dr. Reimann . . 355
Ueber Theilnahme der Hebammen an den Fortbildungskursen. Dr. Reimann 355
Bericht über einen letal verlaufenen Fall von Schädelverletzung. Dr. Hunnius 355
Bericht über den vom 24.—27. Mai d. J. in Berlin abgehaltenen Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit (Berichterstatter: Dr. Rapmund).
Eröffnung des Kongresses 355
Ueber die Ausbreitung und Bedeutung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Dr. Köhler 357
Ueber die Beziehungen zwischen den äusseren Lebensverhältnissen und der Ausbreitung der Tuberkulose. Dr. Krieger 358
Ueber die Ausbreitung der Tuberkulose unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Direktor Gebhardt 359
Ueber die Tuberkulose in der Armee. Dr. Schjerning . . 360
Ueber die Tuberkulose unter den Hausthieren und ihr Verhältniss zur Ausbreitung der Krankheit unter den Menschen. Dr. Bollinger 361
Der Tuberkelbacillus in seinen Beziehungen zur Tuberkulose. Dr. Flügge 385
Ueber Art und Weise der Uebertragung der Tuberkulose. Dr. C. Fränkel 386
Ueber die Mischinfektion der Lungentuberkulose. Dr. Pfeiffer 387
Erblichkeit, Immunität und Disposition. Dr. Löffler . . . 387
Ueber das erste Stadium der Lungenschwindsucht. Dr. Birch-Hirschfeld 389
Beziehungen zwischen Trauma und Tuberkulose. Dr. Lannelongue 389
Ueber die Bedeutung der Hyperplasie der Rachenmandel. Dr. Brieger 389
Ueber die Serodiagnostik der Tuberkulose. Dr. Courmont . 389
Ueber ein neues Verfahren zur Züchtung der Tuberkelbazillen. Dr. W. Hesse 390

Seite.

Ueber allgemeine Massnahmen zur Verhütung der Lungentuberkulose. Dr. Roth 478
Ueber die Verhütung der Tuberkulose im Kindesalter. Dr. Heubner 479
Die Gefahren der Eheschliessung von Tuberkulösen und deren Verhütung und Bekämpfung. Dr. M. Kirchner 479
Ueber die Prophylaxe der Tuberkulose hinsichtlich der Wohnungs- und Arbeitsräume und des öffentlichen Verkehrs. Dr. Rubner 480
Die Prophylaxe der Tuberkulose in Spitälern. Dr. v. Leube 480
Ueber Prophylaxe der Tuberkulose in Bezug auf Nahrungsmittel. Dr. Virchow 480
Ueber Heilbarkeit der Tuberkulose. Dr. Curschmann . . . 489
Medikamentöse Therapie der Tuberkulose mit Ausschluss des Tuberkulins. Dr. R. Kobert 490
Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin und ähnlichen Mitteln. Dr. Brieger 491
Ueber klimatische Therapie, einschl. Seereisen etc. H. Weber 491
Hygienisch-diätetische Behandlung der Lungentuberkulose und Anstaltsbehandlung. Dr. Dettweiler 492
Ueber Hydrotherapie der Lungenphthise. Dr. Winternitz . 493
Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. Dr. A. Landerer 493
Mittheilung zweier Abhandlungen von Prof. Dr. Maragliano über einen experimentellen Beitrag zur Kenntniss der wissenschaftlichen Grundlagen der Tuberkulose und über die wissenschaftlichen Grundlagen der Serumtherapie der Lungentuberkulose 494
Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Serum. Dr. E. A. v. Schweinitz 494
Behandlung der Lungenschwindsucht. Dr. Vinc. Cervello . 494
Ueber die mit der Luftkur im Kantonhospital zu Genf während des Winters 1898/99 erzielten Resultate. Dr. Mailart . 495
Ueber die Behandlung der knotigen Lungenschwindsucht. Dr. Dimitropol 495
Ueber die Koch'sche Tuberkulinbehandlung. Dr. Petruschky 495
Ueber die Resultate der Lungentuberkulosebehandlung im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf auf Grund rationeller statistischer Gewichtsverhältnisse. Dr. de la Camp 495
Ueber die operative Behandlung der Lungenschwindsucht. Dr. Seifert 495
Bemerkungen zur Behandlung Lungenschwindsüchtiger im Hochgebirge. Dr. Egger 495
Ueber Entwickelung der Heilstättenbestrebungen. Dr. v. Leyden 496
Ueber finanzielle und rechtliche Träger der Heilstättenbestrebungen. Landesrath Meyer 496
Mitwirkung der Krankenkassen und Krankenkassenärzte bei der Heilstättenfürsorge. Dr. R. Friedeberg 497
Bauliche Herstellung von Heilstätten. Baurath Schmieden 498
Ueber Einrichtung und Betrieb von Heilstätten und Heilerfolge. Dr. Schulzen 499
Ueber die Fürsorge für die Familien der Kranken und die aus Heilstätten Entlassenen. Dr. Friedeberg 500
Ueber die Sanatorien und die hygienisch-diätetische Behandlung der Lungentuberkulose in England. Rufenacht-Walters 501
Ueber die Mitwirkung gemeinnütziger Vereine bei der Bekämpfung der Tuberkulose. C. A. Halbach 501
Aufgaben der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten im Kampfe gegen die Tuberkulose, insbesondere ihre Stellung zu den Volksheilstätten. Dr. Mayer 501
Ueber die Einrichtungen des National-Sanatoriums von Porta-Coeli für arme Tuberkulöse. Dr. Sanchez 501

Seite.

Die Bedeutung der Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten. Dr. Ewald 501
Errichtung besonderer Kinderheilstätten Dr. Baginski . . 501
Kurze Statistik über das Schicksal der seit 1894 aus seinem Volkssanatorium „Krankenheim" entlassenen Tuberkulösen. Dr. Weicker 502
Die leitenden Gesichtspunkte bei der Auswahl und Nachbesichtigung der in Heilstätten behandelten Lungenkranken im Bezirke der Hanseatischen Versicherungsanstalt. Dr. Pedröhl 502
Kur- und Dauererfolg bei den von der Hanseatischen Versicherungsanstalt in Heilstätten untergebrachten Tuberkulösen. Dr. F. Reiche 502
Ueber die Verhältnisse der Schwindsuchtsbehandlung in Paris. Dr. Brouardel 502

Bericht über die X. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg in Halle a. d. Saale am 4. Mai 1899 (Berichterstatter: Dr. Dietrich).
Besprechung der seit der letzten Versammlung ergangenen Erlasse, Verordnungen und Verfügungen und Berathung über die Beaufsichtigung der Sachsengängerei 385
Vortrag über die Körnerkrankheit. Dr. v. Hippel 185

Le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Referat von Dr. Oebbecke).
Sur les troubles psychiques postoperatoires. M. Rayneau . 390
Fälle von Melanodermie und Sympathectomie bei Epileptikern. M. Lannois 390
Sur le rôle des artérites dans la pathologie du systeme nerveux und sur les délires transitoires au point de vue medico-légal. M. Coulon 390
Ueber eine infektiöse, epidemische Myelitis. M. Petrucci . 391
Ueber die Ausscheidungsexperimente mit Methylenblau bei Epileptischen. M. Voisin 391
Fall von Corea. M. Sollier. Besserung von Myopathie. M. Allard. Facialis-Lähmungen bei Degeneration. M. Mally 391

Bericht über die VII. Sitzung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen am 7. Mai 1899 zu Insterburg im Gesellschaftshause (Berichterstatter: Dr. Forstreuter).
Geschäftliches 472
Besprechung der in letzter Zeit ergangenen amtlichen Verfügungen 473
Ueber eine Muskelveränderung im Spätstadium der Trichinose. Dr. Czygan 473

Bericht über die in Uelzen am 30. Mai abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bez. Lüneburg (Berichterstatter: Dr. Plinke).
Besprechung der wichtigsten Verfügungen und Erlasse . . . 477
Sonstige Mittheilungen 478

Ausserordentliche Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamten-Vereins am Sonnabend, den 9. Juli 1898. Nachmittags 3 Uhr in Wismar, Hôtel Stadt Hamburg (Berichterstatter: Dr. Viereck).
Geschäftliches und sonstige Mittheilungen 504
Ueber Ausbildung, Prüfung, Ausrüstung und Revision ländlicher Trichinenbeschauer. Dr. Viereck 504
Ueber Vertretung von Aerzten durch nicht approbirte Personen, die Befugnisse der letzteren und die Meldepflicht approbirter Vertreter beim Kreisphysikus. Dr. Wilhelmi 506

Bericht über die 55. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Düsseldorf am 3. Juni 1899 (Berichterstatter: Dr. Hofacker).
Besprechung der in letzter Zeit erlassenen Verfügungen . . . 507

Vorläufiger Bericht über die am 29. und 30. September 1899 abgehaltene Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins 637

Seite.

Bericht über die am 31. Oktober 1898 und 1. Juli 1899 in Stade stattgehabten Versammlungen der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stade (Berichterstatter: Dr. Hoche).
- Bericht über die gepflogenen Verhandlungen betreffs Einführung der Leichenschau. Dr. Rusak 656
- Erörterung verschiedener anderer Punkte 657
- Aenderung des §. 1 der Statuten des Vereins 657
- Besprechung mehrerer anderer Themata. 657

Bericht über die diesjährige Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege vom 13.—15. September zu Nürnberg (Berichterstatter: Dr. Nünninghoff).
- Eröffnung, Geschäfts- und Kassenbericht 687
- Ueber die hygienische Beurtheilung der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung mit besonderer Berücksichtigung der Lichtvertheilung. Dr. Erismann 688
- Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinbetrieb von Nahrungsmitteln. Dr. Heim 690
- Bedeutung und Aufgabe des Schularztes. Dr. Schiller und Dr. Schubert 716
- Massregeln gegen Rauchbelästigung in den Städten. Ingenieur Hayer 721

Bericht über die 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in München vom 18.—23. September d. J.
- Eröffnung der Versammlung 692
- Ueber die wissenschaftlichen Ergebnisse seiner Polarreise. Prof. Fridjof Nansen. 693
- Ueber die Errungenschaften der Radiographie (Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen) für die Behandlung chirurgischer Krankheiten. Dr. v. Bergmann 693
- Wandlungen des astronomischen Weltbildes bis zur Gegenwart. Dr. Förster 694
- Ueber medizinische Wissenschaft und Heilkunst. Dr. v. Birch-Hirschfeld 694
- Entwickelungsgang der Methoden der theoretischen Physik in der neueren Zeit. Dr. Boltzmann. 696
- Ueber Justus Liebig und die Medizin. Dr. Klemperer . . 696

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Danzig am 4. Juli 1899 (Berichterstatter: Dr. Borntraeger).
- Bedeutung und Wichtigkeit der Brunnen- und Wasseruntersuchungen. Dr. Borntraeger 716

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam in Berlin am 25. Oktober 1899 (Berichterstatter: Dr. Schulz).
- Ueber den gegenwärtigen Stand der Seuchenverhütung im Bezirk. Dr. Roth 752
- Ueber die Besserung der Lage der Hebammen. Dr. Nickel 554

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Hildesheim vom 4. November, abgehalten im Sitzungssaale der Königlichen Regierung (Berichterstatter: Dr. Bachmann).
- Erledigung der laufenden Geschäfte 754
- Ueber die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten. Dr. Bachmann 754
- Ueber die eigenartigen Verhältnisse der Kanalisation der Lungenheilstätte der Halle'schen Knappschafts-Pensionskasse zu Sülzhayn bei Ellrich am Harz. Dr. Bachmann 754

Bericht über die IV. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Köln am 8. Juni 1899 (Berichterstatter: Dr. Longard).
- Ueber Ergebnisse und Erfahrungen des Handels mit Drogen, Giften u. s. w. ausserhalb der Apotheken. Dr. Brockhaus 795
- Fall von Uebertragung des Schweinerothlaufs auf den Menschen. Dr. Hillebrand 796
- Erörterungen und Fragen über unvermuthete Revision der

Seite.

Hebammen, Taxe für die Thätigkeit der Hebammen und Berichte der Armenärzte 796
Besprechung des Themas: Konstatirung der Masern 797
Bericht über die XI. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg in Halle a. d. S. am 20. November 1899 (Berichterstatter: Dr. Dietrich).
Ueber die Erkennung und Abwehr der Pest. Dr. Fraenkel 849
Das Bürgerliche Gesetzbuch in Beziehung auf die gerichtliche Medizin und Psychiatrie. Dr. Hoffmann 849
Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen am 25. November d. J. im hygienischen Institut zu Posen (Berichterstatter: Dr. Lissner).
Ueber die Pest. Dr. Wernicke 849
Ueber Carcinom. Dr. Lubarsch 849
Bericht über die I. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Osnabrück (Berichterstatter: Dr. Offenberg).
Ueber die Pestseuche. Dr. Grisar und Dr. Offenberg . . 850

Anhang.

Offizieller Bericht über die XIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Eröffnung der Versammlung 1
Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl der Kassenrevisoren 2
Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich (Prof. Dr. Cramer-Göttingen) 4
Die gerichtsärztliche Sachverständigen-Thätigkeit nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich (Dr. G. Puppe, Privatdozent und dirigirender Arzt des Untersuchungsgefängnisses zu Berlin) 27
Wie kann der staatliche Gesundheitsbeamte seine Stellung zur Förderung der modernen Wohlthätigkeitsbestrebungen verwerthen (Kreisphysikus u. Sanitätsrath Dr. Hensgen-Siegen) 43
Regelung des Hebammenwesens:
a. Die Vor- und Ausbildung der Hebammen, Nachprüfungen und Wiederholungskurse (Kreisphysikus Dr. Langerhans, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Celle) . . . 65
b. Die soziale Stellung der Hebammen (Kreisphysikus Dr. Lemmer-Alfeld) 86
Bericht der Kassenrevisoren und Vorstandswahl 132
Anlagen 135
Mitgliederverzeichniss 143

III. Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften u. s. w.[1])

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber die nach Sättigung des Amylnitrits mit Kohlenoxyd auftretende Aenderung der Amylnitritwirkung. Dr. F. Winkler (Mayer) . 16
Ueber eine nach Aetiologie, klinischem Verlaufe und Prognose genau abgrenzbare, sich als „alkohologene kardiale Epilepsie" charakterisirende Gruppe epileptoider Zustände. Dr. A. Smith (Waibel) 17
Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica nebst einem anatomischen Befunde. Dr. Karl Wickel (Pollitz) 18
Ueber die Hypochondrie. Dr. A. Boettiger (Pollitz) 18
Die Prellschüsse des Bauches mit spezieller Berücksichtigung der subkutanen Kontusionen und Rupturen der männlichen Bauchorgane. Dr. P. Seliger (Ziemke) 49

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

Seite.
Ueber Pseudoparesis spastica. Dr. Hoeflmayr (Waibel) 50
Die gegenwärtige Bedeutung der gerichtlichen Medizin. Prof. Dr. Kockel (Schilling) 78
Ueber tödtliche Darmverletzungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus. Dr. Rud. Mantzel (Hoffmann) 81
Ueber Leichengeburt. Dr. Langerhans (Ziemke) 81
Tödtliche Arsenikvergiftung durch Einreibungen eines Kurpfuschers. Dr. Riedel (Ziemke) 81
Zurechnungsfähigkeit einer Brandstifterin. Obergutachten (Ziemke) . . 82
Ein Fall geheilter Phosphorvergiftung. Dr. Coester (Ziemke) . . . 114
Ueber den Tod durch Tetanus in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Dr. Focke (Ziemke) 114
Verletzungen der Scheide durch digitale und instrumentelle Exploration. Dr. Calmann (Ziemke) 115
Die pathologische Anatomie der Grosshirnverletzungen in gerichtsärztlicher Hinsicht. Dr. Adler (Ziemke) 115
Ueber die Symptomatologie und einige Folgezustände der Grosshirnverletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung Dr. Adler (Ziemke) . 116
Aus der gerichtsärztlichen Praxis: Simulirte Geistesstörung bei Strafgefangenen. Dr. Kantzner (Pollitz) 117
Ein Fall von Vergiftung mit Bromoform. Dr. Schmitt (Waibel) . . 147
Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Commotio spinalis. Dr. Schmauss (Waibel) 148
Paralytische Geistesstörung nach Trauma. Dr. Fr. Meschede (Pollitz) 149
Ein bemerkenswerther Fall von sogenannter galloppirender Paralyse. Dr. H. Brassert (Pollitz) 149
Die Fürsorge für Geisteskranke in den deutschen Grossstädten. Dr. Sioli (Pollitz) 149
Meningitis tuberculosa, traumatischer Natur oder nicht? Dr. Waibel. (Autoreferat) 183
Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Kranken. Dr. Thomsen (Pollitz) 184
Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewusstseinsstörungen. Dr. Ernst Schultze (Pollitz) 184
Querulirende Geisteskranke. Dr. H. Kornfeld (Pollitz) 295
Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Dr. Fürstner (Pollitz) . 295
Die periodische Melancholie. Dr. Paul Schenk (Hoffmann) 295
Ueber Selbstmord und Selbstmordversuch bei Geisteskranken. Dr. Shuzo Kuré (Pollitz) 296
Ueber einen Fall von Schwachsinn mit moralischer Depravation. Dr. E. Bischoff (Pollitz) 296
Ueber die spinalen Symptome der progressiven Paralyse. Dr. R. Gaupp (Pollitz) 297
Ueber das Blut und dessen bakterizides Verhalten gegen Staphylococcus pyogenes aureus bei progressiver Paralyse. Dr. Idelsohn (Pollitz) 297
Klinische und anatomisch-pathologische Studien über Frühsyphilis des Gehirns. Dr. G. Mingazzini (Pollitz) 298
Die Trinkerversorgung unter dem Bürgerl. Gesetzbuche. Dr. Colla (Lewald) 363
Beitrag zur Kasuistik des Querulantenwahnsinns. Dr. A. Tecklenburg (Waibel) 365
Die Kunstfehler in der Geburtshülfe. Alphons Fuld (Ziemke) 508
Ueber ein neues Strophantinpräparat und die Beziehungen der subpleuralen Ecchymosen zum primären Herztod. Dr. A. Schulz (Ziemke) . 509
Ueber Veränderungen des Nervensystems beim Hungertode. Dr. Placzek (Ziemke) 510
Sur un nouveau signe de mort par submersion. Camille Moreau (Ziemke) 510
Ein neues Todeszeichen und der Einfluss der Respiration und der Verwesung auf die Radiographie der Lungen. Salvatore Ottolenghi (Ziemke) 510
Ueber das Prinzip der Konservirung anatomischer Präparate in den „natürlichen" Farben mittelst Formaldehyd nebst Bemerkungen

Seite.

über die Verwerthbarkeit dieses Mittels beim forensischen Blutnachweis. Dr. Puppe (Pollitz) 511
Aethermissbrauch in Ostpreussen. Direktor Sommer (Kalischer) . . . 511
Die suggestive Behandlung des konträren Geschlechtstriebes und der Masturbation. Prof. W. v. Bechterew (Kalischer) 512
Ueber einen merkwürdigen pathologischen Schlafzustand. F. Holzinger (Kalischer) 512
Beiträge zu den Gesichtstäuschungen (Halluzinationen, Illusionen etc.) bei Erkrankungen des Sehorgans. Dr. Uhthoff (Pollitz) 512
Ueber periodische akute Psychose simplex als besondere Form periodischer Psychose. Prof. v. Bechterew (Pollitz) 513
Statistische Mittheilungen über die Verbreitung der Dementia paralytica in dem Regierungsbezirk Kassel und den Fürstenthümern Waldeck und Pyrmont. Dr. Buchholz (Pollitz) 513
Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurtheilung der höheren Stufen der Imbezillität. Dr. Deiters (Pollitz) 513
Die Verantwortlichkeit des Irrenarztes. Dr. Aschaffenburg (Pollitz) 514
Aerztliche Verschwiegenheit und Lebensversicherung. (Kornfeld) . . . 548
Ohnmacht bei der Geburt als seltene Ursache. Perrin de la Touche (Kornfeld) 549
Der Bewusstseinszustand im epileptischen Anfalle. Dr. S. Salgó (Pollitz) 549
Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. Dr. Mönkemöller (Pollitz) 550
Ueber eine neue Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut. C. Ipsen (Ziemke) 587
Rückenmarksveränderungen beim Hungertode der Menschen. Dr. Placzeck (Ziemke) 588
Eine hysterische Hausepidemie. Dr. Max Neumann (Pollitz) 588
Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Dr. Albert Weingart (Pollitz) 588
Tödtliche akute Nephritis in Folge von Vergiftung mit Sauerampfer. Dr. Hermann Eichhorst (Dütschke) 616
Kindesmord oder fahrlässige Tödtung des Neugeborenen. Dr. Chlumsky (Ziemke) 617
Das italienische Strafgesetz und die Geschlechtsverbrechen. Alfredo Riceforo (Oebbecke) 617
Kasuistische Mittheilungen über pellagröse Geistesstörungen. F. Meyer (Ziemke) 618
Wird bei jungen Unverheiratheten zur Zeit der Menstruation stärkere sexuelle Erregtheit beobachtet. Dr. Schröter (Pollitz) . . . 619
Alkohol und Epilepsie. Dr. Bratz (Pollitz) 618
Beitrag zur forensischen Würdigung der Selbstanklagen von Geisteskranken. Dr. Kreuser (Pollitz) 723
Ein Fall von simulirter Geisteskrankheit. Dr. Th. Dedichen (Pollitz) 723
Klinische Beobachtung zweier Fälle von polyneuritischer Psychose. Dr. S. Kahlbaum (Pollitz) 724
Ueber progressive Zwangsvorstellungspsychosen. Dr. Heilbronner (Pollitz) 724
Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (Fournier). Dr. Klein (Pollitz) 725
Beiträge zur Frage der retrogaden Amnesie. Dr. Max Paul (Pollitz) . 726
Der Tod durch Ertrinken in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Dr. Hermann Schmidt (Rost) 797
Ueber Thymustod. Dr. Wladimir Sieradzki (Rost) 798
Zur klinischen und forensischen Bedeutung gewisser paranoischer Zustände. Dr. Bonhoefer (Kalischer) 799
Ueber den „Automatisme ambulatoire“ (Fugues, Dromomanie). Dr. Bergmann (Kalischer) 800
Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen. Dr. Wollenberg (Pollitz) 801
Ueber den Stand der Frage der Errichtung von Nervenheilstätten und die Wege zu ihrer Lösung. Dr. J. Peretti (Pollitz) 802
Ueber die Nothwendigkeit und Einrichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke. Dr. Aug. Hoffmann (Pollitz) 802

Seite.

Ueber die neueste Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut. Dr. Leo Wachholz (Ziemke) 851
Ueber die Unterscheidung menschlichen und thierischen Blutes durch Abmessung von Grössenunterschieden rother Blutkörperchen. C. Däubler (Ziemke) 851
Ein Fall von Sturzgeburt bei einer dreiundvierzigjährigen Erstgebärenden. Knepper (Ziemke) 852
Isolirte Pankreasverletzungen. E. Stern (Ziemke) 852
Beitrag zur Kenntniss der Seelenstörungen der Epileptiker. Dr. Deiters (Pollitz) 852
Zur Aetiologie der Puerperalpsychose. Dr. Behr (Pollitz) 853
Symptomatischer Korsakoff und Rückenmarkserkrankung bei Hirntumoren. Dr. O. Mönkemöller und Dr. L. Kaplan (Pollitz) 853

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Zur Lehre der arthritischen Muskelatrophie. Prof. Dr. Hoffa (Hesse) . 19
Die Wandlungen in der Lehre von den Nervenerkrankungen nach Trauma. R. Gnauck (Hesse) 10
Ein Fall von traumatischer Leukaemie. Dr. F. Hermanni (Hesse) . 52
Schlaganfall und Betriebsunfall:
a. Bejahung des ursächlichen Zusammenhanges. Obergutachten. Prof. Dr. Fürbringer 83
b. Verneinung des ursächlichen Zusammenhanges. Obergutachten. Prof. Dr. Wernicke 83
Wesentliche Mitwirkung eines Unfalls (Zermalmung der rechten Hand durch ein Räderwerk, aus dem die Verletzte erst nach einer Viertelstunde befreit werden konnte) zur Entstehung oder Steigerung einer vornehmlich durch reissende Schmerzen im linken Arm und in beiden Beinen sich äussernden, schweren Hysterie. Obergutachten. Dr. Thiem 223
Zusammenhang zwischen Unfall und Krebserkrankung. Obergutachten. Prof. Dr. Renvers 225
Ein Fall von durch Unfall entstandenem Rückenschmerz und Funktionsschwäche der unteren Extremitäten, mit anatomischer Untersuchung. Dr. Nonne (Pollitz) 299
Entstehung „traumatischen Irrescins“ durch Sturz von einer Trittleiter, wobei der Verunglückte mit dem Hinterkopf auf den Steinboden aufschlug. Obergutachten. Prof. Dr. Meyer 514
Aerztliches Obergutachten über den Zusammenhang zwischen Betriebsunfall, einer sich später ausgebildet habenden sarkomartigen Geschwulst und dem $^3/_4$ Jahre nach dem Unfall eingetretenen Tod. Prof. Dr. Czerny 517
Ueber die zunehmende Arbeitswiderwilligkeit der Unfallverletzten. Inwiefern ist dieselbe durch Mängel im Unfallversicherungsgesetz veranlasst, und in welcher Weise müsste Abhülfe geschehen? Dr. M. Vogel (Dietrich) 550
Zusammenhang tuberkulöser Lungenerkrankung mit einem Sturze von einem Heuwagen. Obergutachten. Dr. Grashey 553
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfall Sturz in einen Keller beim Tragen einer Last auf der linken Schulter) und einer etwa ein halbes Jahr später bemerkbar und dann allmählich immer stärker gewordenen Verkrümmung der Wirbelsäule (Kümmel'sche Kyphose). Obergutachten. Prof. Dr. H. Braun 589
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfall (Fall von einer steinernen Treppe auf den gepflasterten Fussboden) und Rückenmarksschwindsucht (Tabes dorsalis). — Durch eine Verletzung kann Tabes nicht entstehen, wohl aber schwer beeinflusst werden. Obergutachten. Prof. Dr. Mendel 593
Neurasthenie und Unfall. Prof. Dr. Strümpel 595
Fall von doppelseitiger, eitriger Brustfellentzündung und eitriger Bauchfellentzündung, wobei sowohl die letztere Erkrankung als die ur-

Seite.

sprüngliche, wie auch als die todtbringende angesehen und in ursächlichen Zusammenhang mit einem Unfall (Schlag vom Treibriemen einer Maschine gegen den Unterleib) gebracht worden ist. Obergutachten. Prof. Dr. Renvers 620

Ursächlicher Zusammenhang zwischen der Betriebsthätigkeit (Heben schwerer Bordsteine) und einem tödtlich verlaufenen Darmdurchbruch, veranlasst durch einen Gallen- und einen Kothstein. Obergutachten. Prof. Dr. v. Bramann 622

Ueber die sogenannte Rückenmarks-Erschütterung. Dr. Stolper (Rpd.) 623

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Sturz in den Rhein und dem fast fünf Jahre später erfolgten Tode des Verunglückten an einem Herzklappenfehler, als dessen Ursache ein bald nach dem Unfall aufgetretener chronischer Gelenk- und Muskelrheumatismus angesehen wird. Obergutachten. Prof. Dr. Goldscheider . . . 855

Die in Krankenhäusern befindlichen Unfallverletzten haben sich den geltenden Hausordnungen zu fügen, andernfalls erhalten sie für die nachtheiligen Folgen, die aus ihrer dadurch veranlassten Entlassung aus dem Krankenhause sich für ihren Gesundheitszustand ergeben, keine Entschädigung (Bescheid des Reichs-Vers.-Amtes) 301

Anhang.

Entscheidungen in Unfall- und Invaliditätssachen.[1])

1898. 20. April: Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des §. 6 des Krankenversicherungsgesetzes (Bad. Verw.-Ger.) . . . 188

„ 20. Mai: Grad der Erwerbsfähigkeit bei Beugestellung des Oberarms zum Unterarm von 120 Grad 186

„ 14. Juni: Krankenhausbehandlung: Voraussetzung für deren Anordnung (Bayr. Landes-V.-A.) 53

„ 21. „ Insektenstich, inwiefern Betriebsunfall (Bayr. Landes-V.-A.) 52

„ 16. Sept.: Grad der Erwerbsverminderung bei Quetschung des Kniegelenks 20

„ 17. „ Grad der Erwerbsverminderung bei Distorsion des linken Kniegelenks mit nachfolgender Entzündung und wässerigem Erguss ins Kniegelenk 20

„ 19. „ Berechtigung zur Einstellung der für eine Uebergangszeit zum Angewöhnen gewährten Rente nach Ablauf dieser Zeit 21

„ 5. Okt.: Verlust des Nagelgliedes des linken Zeigefingers bei einem Zimmermann. Grad der Erwerbsunfähigkeit auf 10 % der Vollrente geschätzt 186

„ 5. „ Verlust zweier Glieder der rechten Mittelzehe, mangelhafte Beweglichkeit der Gelenke der grossen und kleinen Zehe. Keine dauernde Erwerbsunfähigkeit 187

„ 5. „ Mittelbarer ursächlicher Zusammenhang der Strahlenpilzkrankheit mit dem Hufschlag eines Rindes (Bayr. Landes-V.-A.) 756

„ 21. „ Gebärmutterknickung oder Unfall 149

„ 24. „ Inwieweit ist ein Unfallverletzter berechtigt, die Vornahme einer mediko-mechanischen Behandlung an sich zu verweigern 300

„ 28. „ Tod durch Herzschlag. Betriebsunfall 185

„ 28. „ Verlust von zwei Gliedern des Ringfingers der rechten Hand bedingt keine wesentliche Erwerbsbeeinträchtigung 187

„ 29. „ Erwerbsverminderung bei Bruch des Schlüsselbeins . . 185

„ 3. Nov.: Verkürzung des Beines um 2 cm bedingt keine Erwerbsverminderung 300

[1]) Wo kein besonderer Vermerk gemacht ist, sind die nachstehenden Entscheidungen solche des Reichsversicherungsamts.

			Seite.
1898.	8. Nov.:	Zusammenhang tuberkulöser Lungenerkrankung mit einem Sturze von einem Heuwagen (Bayr. Landes-V.-A.) . .	553
„	15. „	Verlust des Anspruchs auf die durch Privatversicherung vereinbarte Versicherungssumme in Folge Unterlassung der geforderten Sektion der Leiche (Reichsgericht) . .	755
„	22. „	Leistenbruch; Betriebsunfall angenommen	369
„	22. „	Steifheit des rechten Mittelfingers in halbgebeugter Stellung bedingt keine zahlenmässig ausdrückbare Verminderung der Erwerbsfähigkeit	22
„	25. „	Erwerbsunfähigkeit nach Selbstmordversuch. (§. 11 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes)	299
„	29. „	Selbstmord als Unfallfolge?	520
„	5. Dez.:	Der Verlust der zweiten und dritten Zehe hat keine Erwerbsverminderung zur Folge	368
„	6. „	Grad der Erwerbsunfähigkeit bei Verlust eines Auges und gleichzeitigem Bindehautkatarrh auf dem anderen .	188
„	8. „	und 1. Febr. 1899: Die Aufforderungen an minderjährige Unfallverletzte, sich einer Krankenhausbehandlung im Sinne des §. 7 des Unfallversicherungsgesetzes zu unterwerfen oder sich behufs anderweiter Feststellung der Unfallfolgen durch einen bestimmten Arzt untersuchen zu lassen (§. 5 des Gesetzes) sind, wenn sie eine Rechtswirkung begründen sollen, an den gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen und nicht an diesen selbst zu richten	521
„	9. „	Verlust der Vorderglieder der 2. und 3., sowie des Nagelgliedes der 4. Zehe bedingt keine Erwerbsverminderung	368
„	9. „	Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod (durch Herzschlag) und Unfall (Quetschung des Daumens) fehlt . .	369
„	10. „	Stützapparat ist als zu den Heilungskosten gehörig anzusehen	370
„	28. „	Bruchschaden; kein Betriebsunfall	150
1899.	9. Jan.:	Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des kleinen Fingers, theilweisem Verlust des Ringfingers und behinderter Gebrauchsfähigkeit des zweiten und dritten Fingers der rechten Hand	367
„	9. „	Erwerbsverminderung liegt bei Verlust der beiden obersten Glieder des rechten Goldfingers nicht vor . .	368
„	14. „	Selbstmordversuch ist kein vorsätzliches Sichzuziehen einer Krankheit (Preuss. Oberverw.-Ger.)	857
„	25. „	Heilgehilfen, Wundarzneidiener, Hebammen etc. sind nicht versicherungspflichtig	757
„	26. „	Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Unfall (Verletzung und in Folge dessen Amputation des linken Oberschenkels) liegt nicht vor. Selbstmord	369
„	8. Febr.:	Freie Krankenpflegerinnen und Pflegerinnen von Wöchnerinnen sind selbstständige Gewerbetreibende und daher nicht versicherungspflichtig	803
„	14. „	Lungenleiden und Betriebsunfall	519
„	21. „	Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des §. 33 Abs. 1 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes ist nicht anzunehmen, so lange der bisher Erwerbsunfähige noch der Schonung bedarf und die Wiederaufnahme der Arbeit seine Gesundheit gefährden könnte .	626
„	28. „	Verlust der Endglieder der drei ersten Zehen bedingt keine Erwerbsverminderung	520
„	7. März:	Inwieweit sind Unfallrentner zur Duldung von Operationen verpflichtet? (Württemb. Landes-V.-A.)	522
„	15. „	Auf Grund des blossen Augenscheins kann sich das Schiedsgericht bei Feststellung der dauernden Erwerbsunfähigkeit nicht über ein entgegenstehendes ärztliches Gutachten hinwegsetzen	520

Seite.

1899. 27. März: Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust der aus einem Auge entfernten Linse 589
„ 30. „ Mängel beim Renten-Feststellungsverfahren (Ueberweisung von Unfallkranken in Krankenhäuser; Rentenerhöhungsanträge der Verletzten) 626
„ 4. April: Erwerbsverminderung liegt nicht vor bei Steifheit und Beugestellung des vordersten Gliedes des rechten Zeigefingers 624
„ 11. „ Versagung einer Rente, wenn die Sehschärfe eines Auges ohne Glas 20/70, mit Brille 20/30 beträgt 625
„ 10. Mai: Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des linken Armes im oberen Drittel 802
„ 10. „ Verpflichtung des Verletzten gemäss §. 7 des Unfall-Vers.-Ges. in ein Krankenhaus einzutreten 803
„ 29. „ Erwerbsverminderung bei Verlust der ersten beiden Glieder und des Köpfchens des Grundgliedes des linken Ringfingers liegt nicht vor 802
„ 31. „ Grad der Erwerbsverminderung bei einem Brustbeinbruch 624
„ 31. „ Erwerbsverminderung von 50 % bei Verlust eines Auges Herabsetzung der Sehschärfe des anderen Auges auf $^5/_8$ der normalen 755
„ 19. Juni: Biss einer Katze als Betriebsunfall 854
„ 13. Juli: Leistenbruch. Betriebsunfall liegt nicht vor 853

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen. [1])

Beitrag zum Studium der Hyperleukozytose und der Leukozytolysis bei der experimentellen Diplokokkeninfektion. Dr. A. Motta Coco (Dietrich) 22
Zur Aetiologie der Cerebrospinalmeningitis. Dr. Kamen (Dietrich) . . 22
Ueber Geosot. Dr. Rieck (Hoffmann) 23
Erwiderung auf Herrn Dr. Böing's „Neue Untersuchungen zur Pocken- und Impffrage". Dr. Voigt (Glogowski) 24
Vom Desinfektionsdienst in der Stadt Zürich. Dr. Leuch (Glogowski) 24
Beitrag zur sanitätspolizeilichen Bedeutung und Nothwendigkeit von Obduktionen. Dr. Schwab (Waibel) 35
Welche Bedenken und Schwierigkeiten haben sich bei der Anwendung der ministeriellen Anweisung über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen in und aus Privat-Irrenanstalten (§. 30 der Gewerbeordnung), sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung solcher Anstalten vom 20. September 1895 ergeben? Dr. Tippel (Pollitz) 26
Allgemeine Disposition der Provinzial-Irrenanstalt zu Conradstein bei Preussisch-Stargard in psychiatrischer und öknomischer Beziehung. Dr. Kroemer (Pollitz) 27
Zur Medizinalreform IV. Die Gründe des Fehlschlagens. Dr. Hüpeden (Dietrich) 28
Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Referirt von Rost):
Kanalisirung der Residenzstadt Schwerin. Dr. Ohlmüller . . . 53
Verunreinigung der Kötschau und Orla. Dr. Ohlmüller . . . 53
Untersuchungen über die Häufigkeit der Sterbefälle an Lungenschwindsucht der Bevölkerung des Deutschen Reichs und einiger anderer Staaten Europas. Dr. Rahts 54
Ueber Margarinekäse. Dr. Windisch 55
Die Ergebnisse der Weinstatistik für 1896. Dr. Moritz 55
Untersuchung eines neuerdings im Handel befindlichen Fleisch-Konservirungsmittels, genannt „Carolin-Pulver". Dr. Polenske 55
Chemische Untersuchung von Branntweinschärfen und Essenzen, die neuerdings zur Herstellung von Qualitätsbranntweinen Verwendung finden. Dr. Polenske 55

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

Seite.

Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten:
A. Ostafrika: I. General-Sanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für das Berichtsjahr vom 1. April 1895 bis zum 31. März 1896. Dr. Becker 55
II. Die Impfungen, welche vom 1. Juli 1895 bis 30. Juni 1896 in Deutsch-Ostafrika durch die der Medizinalabtheilung des Kaiserlichen Gouvernements unterstellten Aerzte ausgeführt sind. Dr. Becker 56
III. Die sanitären Verhältnisse von Tanga während des Berichtsjahres 1896/97. Dr. Plehn 56
IV. Heilverfahren bei afrikanischen Völkerschaften 56
B. Westafrika: I. Die Gesundheitsverhältnisse in Togo in der Zeit vom 1. Januar bis zum 1. Juli 1897. Dr. Döring 57
II. Erkrankungen und Todesfälle an Beri-Beri in der Kaiserlichen Schutztruppe für Kamerun. Dr. Lichtenberg 57
III. Klima und Gesundheitsverhältnisse des Schutzgebietes Kamerun in der Zeit vom 1. Juli 1896 bis 30. Juni 1897. Dr. Plehn . . 57
C. Marschallinseln: I. Bericht über die Gesundheitsverhältnisse auf Jaluit für die Zeit vom 1. Juli 1895 bis zum Mai 1896. Dr. Schwabe 57
II. Bericht über die Gesundheitsverhältnisse auf Jaluit in der Zeit vom 17. Juli bis 30. September 1897. Dr. Bartels 57
Beiträge zu einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im preussischen Staate (Dietrich) 57
Fortbildungskurse für Medizinalbeamte des Grossherzogthums Hessen im Herbst 1898 (Rpd.) 59
Ueber den gegenwärtigen Stand der Städte-Kanalisation und Abwässerreinigung. Dr. Schmidtmann (Cöster) 85
Die Aufgaben und Grenzen der Eisenbahnhygiene. Dr. Brähmer (Hesse) 90
Ueber den Transport Schwerkranker auf den Eisenbahnen. Dr. Kothe (Hesse) 93
Broncho-pneumoni et pneumoni expérimentale par inoculations intratrachéales de tétragène. Bosc et Galavielle (Mayer) . . . 117
Note sur la coloration du bacille de la tuberculose. Hauser (Mayer) . 118
Sur la constance de l'aptitude ou de l'inaptitude de certains échantillons du bacille de Löffler à se laisser agglutiner par divers serums antidiphériques. Nicolas (Mayer) 118
Ueber Luftstaub-Infektion. Dr. Neisser (Schröder) 118
Experimentelle Untersuchungen über Desinfektion im Gewebe thierischer Organe. Dr. Blumberg (Schröder) 118
Eine durch Milchinfektion hervorgerufene Typhusepidemie, beobachtet zu Hamburg im August-September 1897. Dr. Wilckens (Schröder) 119
Das Auftreten der Pocken im Reg.-Bez. Münster vom Mai bis September 1898 (Rpd.) 119
In welcher Art soll die physische Erziehung der Schulkinder angeordnet werden? Dr. Palmberg (Glogowski) 120
Ueber die Differentialdiagnose der pathogenen Anaëroben durch die Kultur auf Schrägagar und durch ihre Geisseln. Dr. Votteler (Schroeder) 151
Zur Verhütung der Infektion Gebärender. Döderlein (Dütschke) . . 151
Die Ruhrepidemie im Regierungsbezirk Danzig 1895/96. Dr. Bornträger (Schroeder) 152
Ueber Flecktyphus und die zur Verhütung seiner Einschleppung und Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Massregeln. Dr Mantzel (Hoffmann) 154
Die gewerbliche Milzbrandinfektion. Dr. Sommerfeld (Rost) . . . 154
Schwindelhafte vorbeugende Behandlung gegen Tollwuth. Dr. Siedamgrotzky 155
Kommission zur Prüfung von Rauchverbrennungsvorrichtungen (Rpd.) . 156
Weitere Untersuchungen zur Frage über Vorkommen von Tuberkelbazillen in der Marktbutter. Dr. Rabinowitsch (Dütschke) . . 190
Weitere Mittheilungen über Tuberkelbazillenbefunde in der Marktbutter. Pr. Obermüller (Rpd.) 190

Seite.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Referirt von Rost):
1. Ueber Vanille. Dr. Busse 190
2. Untersuchungen über das von der Société chimique des usines du Rhône für Haare und Borsten empfohlenen Desinfektionsverfahren mit Formaldehyd im luftverdünnten Raume. Dr. Dunbar und Dr. Musehold 191
3. Ein Beitrag zur Morphologie und Entwickelungsgeschichte der Bakterien nach Studien an drei Körnerbazillen. Dr. Mühlschlegel 191
4. Die in elektrischen Akkumulatorenfabriken beobachteten Gesundheitsschädigungen und die zur Verhütung derselben erforderlichen Massnahmen. Dr. Wutzdorf 192
5. Beitrag zur Kenntniss der Mate-Sorten des Handels. Dr. Polenske und Dr. Busse 192
6. Ueber gerbstoffhaltige Mangroverinden aus Deutsch-Ostafrika. Dr. Busse 192

Ueber die Beziehungen zwischen natürlicher und künstlicher Immunität. Maxutow (Hoffmann) 255

Klinisches Jahrbuch (Referirt von Dietrich):
1. Typhusepidemien und Trinkwasser. Dr. Pfeiffer 256
2. Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der einzelnen Kehlkopfmuskeln. Dr. Happel 256
3. Ueber die Einrichtungen für das Studium der Zahnheilkunde an den deutschen Universitäten. Dr. Kirchner 257
4. Untersuchungen über die Werthbestimmung des gewöhnlichen Tuberkulins. Dr. Dönitz 257
5. Ueber die Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1897. Dr. Kirchner 257
6. Die Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin. Dr. Marx . . . 258

Tropon als Eiweissersatz. Dr. Rudolf (Waibel) 258

Ueber die Grenzen des zulässigen Gehaltes an schwefeliger Säure im Weine. Dr. Ludewig (Rpd.) 259

Die Heilstätte für Lungenkranke in Loslau O.-S. (Rost) 259

Zur Medizinalreform. V. Die Lösung. Dr. Hüpeden (Dietrich) . . . 260

Zur Impftechnik. Dr. Hesse 331

Ueber die Verbreitung der Lungenschwindsucht. Dr. Meissen (Hoffmann) 332

Die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung. Dr. Schottelius (Dietrich) 332

Ueber die Herstellung von Rahm und Butter frei von gesundheitsschädlichen Organismen. Dr. Lehmann (Dietrich) 333

Die Grundsätze bei der Prüfung neuer Heilmittel. Dr. His jun. (Waibel) 333

Das Isolirzimmer-Fenster. Jenner (Pollitz) 334

Die Feuerbestattung. Dr. Franke (Dütschke) 334

Beitrag zur Kenntniss der Pesttoxine. Dr. Markl (Dietrich) 391

Experimentelle und bakteriologische Untersuchungen über das Puerperalfieber. Dr. Caselli (Dietrich) 392

Bakteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten. Dr. Zusch (Dietrich) 393

Ueber vermehrtes und endemisches Vorkommen des Krebses. Dr. Behla (Dietrich) 393

Die Aetiologie der Leukaemie. Dr. Loewit (Dietrich) 394

Die Conjunctivitis granulosa und ihre Behandlung. Dr. Bloebaum (Hoffmann) 394

Ueber die bakterienschädigenden Einwirkungen der Metalle. Dr. Thiele und Dr. Wolf (Dietrich) 395

Experimentelle Untersuchungen über die Gewöhnung an Fabrikgase. Dr. Lehmann (Dietrich) 395

Wieviel Chlor nimmt ein Hund in einer Chloratmosphäre auf und auf welchem Wege? Dr. Lehmann (Dietrich) 396

Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämpfe auf dem Organismus. Dr Lehmann (Dietrich) 396

Seite.

Die Verbreitung der Phthise durch staubförmiges Sputum und durch beim Husten verspritzte Tröpfchen. Dr. Flügge (Rpd.) 522
Ueber Luftinfektion durch Husten, Niesen und Sprechen verspritzter Tröpfchen. Dr. Laschtschenko (Rpd.) 522
Ueber die Ausstreuung infektiöser Tröpfchen beim Husten der Phthisiker. Dr. Heymann (Rpd.) 522
Ueber die Infektiösität in die Luft übergeführten tuberkelbazillenhaltigen Staubes. Dr. Sticher (Rpd.) 522
Vortrag zur Kenntniss der Verbreitung der Phthisis durch verstäubtes Sputum. Dr. Beninde (Rpd.) 522
Die Wohnungsdesinfektion durch Formaldehyd. Dr. Flügge (Rpd.) . 524
Formaldehyddesinfektion durch Verdampfung verdünnten Formalins. von Brunn (Rpd.) 524
Ueber ein einfaches Verfahren der Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. Dr. Prausnitz (Waibel) 526
Zur Kenntniss der Wirkung von Kresolen bei deren Verwendung zur Desinfektion. Dr. Schürmayer (Dietrich) 527
Zur Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus. Dr. Mikulicz (Rpd.) 528
Verschmutzung der Wasserläufe und Infektionsgefahr. Obergutachten einer badischen Sachverständigen-Kommission 529
Die Krippen und ihre hygienische Bedeutung. Dr. Hagenbach-Burkhardt (Dietrich) 554
Ueber familiäre Irrenpflege. Dr. Alt (Oebbecke) 556
Ueber die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken. Dr. Beyer (Kalischer) 557
Ueber die Verwendung weiblicher Aerzte in dem Dienst unserer öffentlichen Irrenanstalten. Dr. Ludwig (Kalischer) 557
Der Werth eines staatlichen Befähigungsnachweises für alle Krankenpflegeformen. Dr. Dietrich (Hoffmann) 558
Krankenversorgung für Unbemittelte. Dr. Roth (Dietrich) 559
Bericht über die Thätigkeit der zur Erforschung der Pest im Jahre 1897 nach Indien entsandten Kommission. Dr. Gaffky, Dr. Pfeiffer u. s. w. (Rost) 596
Untersuchungen über die Lepra. Dr. Sticker (Rost) 598
Ueber Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1898. Dr. Kirchner (Rost) 599
Bericht über die Thätigkeit der Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin im Jahre 1898. Dr. Marx (Rost) 599
Statistischer Beitrag für die Nothwendigkeit einer durchgreifenden Fleischbeschau. Dr. Villaret (Rpd.) 600
Ueber infektöse Lungenentzündungen und den heutigen Stand der Psittacosis-Frage. Dr. Leichenstern (Rpd.) 627
Ueber das konstante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen. Dr. Hilpert (Rpd.) 628
Die Verbreitung des Diphtheriebacillus auf der Mundschleimhaut gesunder Menschen. Dr. Kober (Rpd.) 629
Entstehung und Verbreitung der Diphtherie nebst sanitätspolizeilichen Massnahmen zur Verhütung derselben. Dr. Aust (Glogowski) 629
Klinische Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. Dr. Ahlfeld (Rpd.) 630
Weitere Beiträge zur Desinfektion der Hebammenhände. Dr. Tjaden (Rpd.) 631
Ein Nachwort zur Puerperalfieberdebatte des letzten Gynäkologenkongresses (Händedesinfektion mit Alkohol). Dr. Ahlfeld (Rpd.) . 631
Erster Bericht über die Thätigkeit der Maleriaexpedition. Dr. Koch (Rpd.) 657
Soll den gewerbsmässigen Kurpfuschern durch ein zu erlassendes deutsches Reichsseuchengesetz die Pflicht zur Anzeige ansteckender Krankheiten auferlegt werden? Dr. Schwarz (Glogowski) . . 658

Seite.

Ueber die Gefahr der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch den Schulbesuch und die in dieser Hinsicht erforderlichen Massnahmen. Dr. Schaefer (Glogowski) 659
Die Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule. Dr. Berger (Glogowski) 661
Schulärztliches. Prof. v. Esmarch (Glogowski) 662
Die gesundheitliche Ueberwachung der Schulen. Suck (Reimann) . . 662
Hygienische Schulreform. Dr. Griesbach (Reimann) 663
Ueber die praktische Bewährung des Rettig'schen Schulbanksystems in der höheren Mädchenschule zu Neumünster. Dr. Raabe (Glogowski) 664
Die Uebertragung von Krankheitserregern durch Wanze und Blutegel. Dr. Mühling (Dietrich) 726
Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten (Beschlüsse der internationalen Konferenz in Brüssel) 727
Beitrag zur Frage der Infektiosität der Milch tuberkulöser Kühe, sowie über den Nutzen der Tuberkulinimpfung. Dr. Rabonowitsch und Dr. Kempner (Rpd.) 728
Zur Hygiene der ersten Lebenstage. Dr. Fuchs (Waibel) 729
Ueber die Gesundheitsverhältnisse der Metallschleifer im Kreise Solingen. Dr. Moritz und Dr. Röpke (Rpd.) 730
Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Rost):
Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1896. Dr. Brucke 731
Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1897, nebst Anhang, betr. Pockenerkrankungen im Jahre 1897. Dr. Brucke 732
Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Rost):
Zur Aetiologie der Krebspest. Dr. Weber 633
Die Erfolge der Freiluftbehandlung bei Lungenschwindsucht. Dr. Engelmann 634
Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten 734
Ueber zinkhaltige Aepfelschnitte nebst Versuchen über die Wirkung des äpfelsauren Zinks. Dr. Brandl 734
Ueber die Gesundheitsschädlichkeit des Zinks, beurtheilt nach Versuchen über den Verbleib intravenös einverleibter Zinksalze. Dr. Jakobj 735
Ergebnisse der Weinstatistik für 1897. Dr. Sonntag 735
Ueber Gewürze. Ingwer. Dr. Buchwald 735
Ueber die Baudouin'sche Reaktion. Dr. Kerp 735
Ueber das Schicksal des o-Oxy-Chinolins und über die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren im Harn des Hundes; nebst einem Anhang über die Zusammensetzung des Chinosols. Dr. Rost . . 736
Chemische Untersuchungen von 2 amerikanischen Konservirungsmitteln für Fleisch und Fleischwaaren. Dr. Polenske 736
Zur Bestimmung des Schwefels im Petroleum. Friedländer . . 737
Neuere Versuche über die Unschädlichmachung von Stärkefabrikabwässer. Dr. Seelos (Rpd.) 737
Ueber die Filtrationskraft des Bodens und die Fortschwemmung von Bakterien durch das Grundwasser (Rpd.) 737
Bewegung der Bevölkerung in Preussen während des Jahres 1898 (Rpd) 738
Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Stoffe der Leukozyten. Dr. Schattenfroh (Dietrich) 759
Ueber sporadische und epidemische eitrige Cerebrospinalmeningitis. Stadelmann (Dütschke) 759
Die Bakterien aseptischer Operationswunden. Prof. Doederlein (Waibel) 760
Autotransfusion und Prophylaxe bei Lungentuberkulose. Dr. Jacoby (Waibel) 762
Immunisirung und Serotherapie der Tuberkulose. Maxutow (Hoffmann) 763
Ueber Schutzmassregeln gegen die Ausbreitung der Lungentuberkulose. Dr. Pribam (Glogowski) 764
Die in den Sol- und Seebädern bestehenden Kinderheilstätten und ihre

Seite.

Bedeutung im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit. Dr. Vollmer (Hoffmann) 765
Wohin soll der Arzt seine Lungenkranken schicken? Krankenhaus, Heimstätte oder Heilstätte? Dr. Elkan (Hoffmann) 765
Sind Heilstätten für Lungenkranke für die Umwohner gefährlich? Dr. Breitung (Hoffmann) 766
Ueber die Pestfrage 804
Die Verbreitung des Heilpersonals im Deutschen Reiche (Rahts) . . . 818
Ueber prophylaktische Massnahmen im Kampfe gegen die Diphtherie. Gabritschewsky (Dietrich) 857
Vorkehrungen gegen Anchylostomiasis in Ungarn 858
Sind die Kinderspiel- (Puppen-) Service zu den Ess-, Trink- und Kochgeschirren zu rechnen, und sind sie als gesundheitsschädlich anzusehen. Dr. Gärtner (Israel) 859
Kohlenoxydgasvergiftung durch einen Gasbadeofen. Dr. Schaefer (Israel) 860
Kohlenoxydgasvergiftungen durch Gasbadeöfen. Dr. Wahncau (Israel) 860
Die Bedeutung des Alkohols als Nahrungsmittel. Dr. Neumann (Dietrich)
Ueber Verbesserung einiger Eisenbahn-Signale. Dr. Knies (Hesse) . . 861
Ueber die Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen. Dr. Kobert (Steiner) 862
Bewegung der Bevölkerung im Deutschen Reiche und Preussen im Jahre 1898 (Rpd.) 863

IV. Besprechungen.[1])

Ahlfeld, Prof. Dr.: Lehrbuch der Geburtshülfe (Rpd.) 533
Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen (Dütschke) 397
Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte XIV. Bd., H. 3, XV. Bd., H. 1 u. 2, XVI. Bd. 53, 190, 569, 733
Bach, Dr. Theod., s. Eulenberg.
Baginski, Dr. A.: Handbuch der Schulhygiene (Rpd.) 532
Becker, Dr. C.: Handbuch der Medizinal-Gesetzgebung im Königreich Bayern (Rpd.) 604, 666
Becker, L.: Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungsgesetzgebung (Dütschke) 601
Borntraeger, J. Dr.: Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art (Rpd.) 666
Böttger, Dr. H.: Die preussischen Apothekengesetze mit Einschluss der reichsgesetzlichen Bestimmungen über den Betrieb des Apothekengewerbes (Rpd.) 265
Brasch, Dr. Martin: Die Geisteskranken im Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich (Pollitz) 482
Brieger, Prof. Dr., s. klinisches Jahrbuch.
Cramer, Prof. Dr. A.: Ueber die ausserhalb der Schule liegenden Ursachen der Nervosität der Kinder (Kalischer) 770
Dammer, Dr. D.: Handbuch der chemischen Technologie (Cöster) . . 122
Dannemann, Dr. A.: Die psychiatrische Klinik zu Giessen (Pollitz) . 397
Das Sanitätswesen des preussischen Staates während der Jahre 1892, 1893 und 1894 (Dütschke) 698
Daude, Dr. P.: Das Entmündigungsverfahren gegen Geisteskranke und Geistesschwache, Verschwender und Trunksüchtige nach der Reichs-Zivil-Prozessordnung und dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich (Pollitz) 263
Debus, Dr., Der ärztliche Nothstand und die Mittel zu seiner Abhülfe (Dietrich) 61
Dietrich, Dr. E., s. Rapmund.
Dobczynski, Dr. B.: Die Tuberkulose (Schwindsucht) und deren Bekämpfung nach den Anschauungen eines praktischen Arztes (Dietrich) 738

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

Seite.
Ebstein, Dr. u. Schwalbe, J.: Handbuch der praktischen Medizin (Rpd.) 561
Erlenmeyer, Dr. Albrecht: Die Entmündigung wegen Trunksucht nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche (Lewald) 262
von Esmarch, Dr. Erwin: Hygienisches Taschenbuch für Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Aerzte, Techniker und Schulmänner (Overkamp) 266
Eulenberg, Dr. H. und Bach, Dr. Theod.: Schulgesundheitslehre (Rpd.) 533
Fischoeder, Dr.: Leitfaden der praktischen Fleischbeschau einschliesslich der Trichinenschau (Pape) 304
Flinzer, Dr. R.: Die Medizinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen (Rpd.) 738
Fürstner, Prof. C., Wie ist die Fürsorge für Gemüthskranke von Aerzten und Laien zu fördern (Kalischer) 29
Gesundheitsbüchlein (Dütschke) 397
Greef, Prof. Dr., s. klinisches Jahrbuch.
Gretener, Dr.: Die Zurechnungsfähigkeit als Frage der Gesetzgebung (Lewald) 262
Haab Prof., Dr.: Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges (Rpd.) . 530
Hebammenkalender für 1899 (Blokusewski) 30
Helferich, Prof. Dr., Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen (Rpd.) 530
von Herff, Otto: Zeit- und Streitfragen über die ärztliche Ausbildung, insbesondere über den geburtshülflich-gynäkologischen Unterricht (Dietrich) 160
Heymann, Dr. B., s. klinisches Jahrbuch.
Hoppe, Prof. J., s. klinisches Jahrbuch.
Hueppe. Dr. Ferdinand: Handbuch der Hygiene (Rump) 303
Kasel, Dr. C.: Beiträge zur Lehre der Gruber-Widal'schen Serodiagnose des Unterleibstyphus (Israel) 864
Klinisches Jahrbuch. 1. Hoppe, Prof. J.: Die Trachomepidemie im Kreise Gumbinnen. 8. Greef, Prof. Dr.: Studien über epidemische Augenkrankheiten (Dietrich-Gerdauen) 157
Klinisches Jahrbuch (s. auch Seite 256 u. 599). 1. Neisser, Dr. Max und Heymann, Dr. B.: Bericht über die zweijährige Thätigkeit (26. Juli 1896—1898) der Diphtherie-Untersuchungsstation des hygienischen Instituts. — 2. Brieger, Prof. Dr. und Uhlenhuth, Dr.: Ueber Versuche der Uebertragung der Syphilis auf Thiere und über Serumtherapie bei Syphilis (Dietrich-Gerdauen) . . . 820, 821
Kraepelin, Dr. Emil: Psychiatrie (Dütschke) 336
Krieger, Dr.: Der Werth der Ventilation (Rpd.) 772
van Ledden-Hülsebusch: Makro- und mikroskopische Diagnostik der menschlichen Exkremente (Rpd.) 563
Lehmann's medizinische Handatlanten. Schäfer, Dr. Oskar: Anatomischer Atlas der geburtshülflichen Diagnostik und Therapie. — Helferich, Prof. Dr.: Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. — Mraceck, Prof. Dr.: Atlas der Hautkrankheiten. — Haab, Prof. Dr.: Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges (Rpd.) 530
Lesser, Prof. Dr.: Stereoskopisch-medizinischer Atlas der gerichtlichen Medizin (Rpd.) 264
von Liebig, Dr. G.: Der Luftdruck in den pneumatischen Kammern und auf Höhen vom ärztlichen Standpunkt (Pape) 766
Liebmann, Dr. Albert: Vorlesungen über Sprachstörungen. a) Die Pathologie und Therapie des Stotterns und Stammelns. b) Hörstummheit (Pape) 398
Maschke, Dr. M.: Die augenärztliche Unfallpraxis, ein Hülfsbuch für die Feststellung der Unfallerkrankungen des Auges und der Unfallrenten (Ohlemann) 864
Mendelssohn, Prof. Dr. Martin: Krankenpflege für Mediziner (Dietrich) 865
Merke, H.: Verwaltung, Betrieb und Errichtung der Krankenhäuser (Schröder) 633
Metterhausen, Friedrich: Ueber Kurpfuscher (Dietrich) 667

Seite.
Mez, Dr. C.: Das Mikroskop und seine Anwendung (Rpd.) 666
Missmahl, Dr. W, Katechismus der Geburtshülfe für Hebammen (Dietrich) 60
Mittheilungen, medizinisch-statistische aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte 731, 818
Mraceck, Prof. Dr.: Atlas der Infektionskrankheiten (Rpd.) 530
Nauwerk, C.: Sektionstechnik für Studirende und Aerzte (Ziemke) . 631
Neisser, Dr. M., s. klinisches Jahrbuch.
Odebrecht, Dr. Ernst: Ueber die Grenzen der Asepsis gegen die Antiseptik (Hoffmann) 123
Ostertag, Dr. R.: Handbuch der Fleischbeschau (Rpd.) 602
Pelzer II, Merkbüchlein für Hebammen, insbesondere auch für Hebammennachprüfungen (Dietrich) 60
Pfeiffer, Dr. Ludwig: Handbuch der angewandten Anatomie (Rpd.) . 531
Rapmund, Dr. O., Dietrich, Dr. E. und Schwalbe, Dr. J.: Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde (Schlegtendal) 481
Richter, Dr. Carl: Handbuch des Versicherungsarztes 367
Rudeck, Dr. Wilh.: Medizin und Recht (Biberfeld) 767
Simon: Grundriss der gesammten Fleischbeschau (Pape) 304
Schwalbe, J. u. Ebstein, Dr.: Handbuch der praktischen Medizin (Rpd.) 561
Schwalbe, Dr. J.: Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande (Rpd) 774
Schwarz, Dr. Oskar, Bau, Einrichtung und Betrieb öffentlicher Schlacht- und Viehhöfe (Cöster) 121
Scholz, Dr. Ludwig: Leitfaden für Irrenpfleger (Pollitz) 865
Schulze, Dr. E.: Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Novelle zur Zivilprozessordnung (Hoppe) 370
Springfeld, Dr.: Die Rechte und Pflichten der Hebammen (§. 30 R.-G.-O.) (Dietrich) 159
Springfeld, Dr.: Das Selbstdispensirrecht der Aerzte und Homöopathen (Rpd.) 665
Stempel, Dr. W.: Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenbewerber (Rpd.) 632
Stoss, Dr. Carl: Chirurgische Operation u. ärztliche Behandlung (Biberfeld) 301
Uhlenhuth, Dr., s. klinisches Jahrbuch.
Villaret, Dr. A.: Handwörterbuch der gesammten Medizin (Rpd.) . . 560
Weichselbaum, Dr. A.: Parasitologie (Schröder) 633
Wehmer, Dr. R.: Fünfzehnter Jahresbericht der Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene (Rpd.) 560
Wernicke, Dr. Carl: a) Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau. b. Ueber die Klassifikation der Psychosen (Pollitz) 771, 772
Weyl, Dr.: Handbuch der Hygiene. H. Merke: Verwaltung, Betrieb und Einrichtung der Krankenhäuser. — Weichselbaum, Dr. A.: Parasitologie (Schröder) 633
Zusammenstellung der Entschädigungssätze bei dauernden Unfallschäden (Rpd.) 632

V. Tagesnachrichten.

Zur Medizinalreform 30, 94, 193, 228
Konferenz zur Berathung der neuen ärztlichen Prüfungsordnung . . . 30, 98
Berufungen und Ernennungen (Aschenborn) 31, (v. Bartsch) 193, Förster (267), (v. Esmarch) 267, (Wernicke) 267, (Philipp) 402, (Elten) 603, (Studt) 635, (Frosch) 739
Anstalten zur Gewinnung thierischen Impfstoffs 31
Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose . . . 31, 136, 194, 306 340, 698
Ständige Kommission für Berathung des Deutschen Arzneibuchs . . 31, 308
Verbot des Vorräthighaltens zusammengesetzter Arzneitabletten fabrikmässiger Herstellung 31, 100, 268, 535

Seite.
Stiftung 32
Anpreisungen von Geheimmitteln 32
Ergänzungs- resp. Abänderungsvorschläge der zum Vollzuge des Impfgesetzes ergangenen Ausführungsbestimmungen 61
Gesetzentwurf über die obligatorische Fleischschau . . 62, 161, 305, 339, 822
Benutzung der Kleinbahnen bei Dienstreisen der Staatsbeamten . . . 63
Ueberwachung der Schulkinder in ländlichen Volksschulen 63
Entscheidung über die Gebührenfrage in Städten mit Königl. Polizeiverwaltung 63
Sitzung des Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstädten f. Lungenkranke 63
Zwangsweise Anwendung von Diphtherieserum in Löbau (Königreich Sachsen) 64
Frage der Feuerbestattung in Deutschland 64; fakultative Feuerbestattung in Hessen 535
Staatshaushalts-Etat für das preussische Medizinalwesen für 1899/1900 95
Aus dem Reichstage:
a. Verhütung einer weiteren Verbreitung der Tuberkulose . . . 97
b. Desinfektion in der Bürsten- und Pinselindustrie 97
c. Reichsimpfgesetz 97, 98
d. Frauenstudium 98, 131
e. Reform des Irrenwesens und des Entmündigungsverfahrens . 98, 822
f. Lex Heintze 192
g. Gesundheitliche Beaufsichtigung der Flussläufe 192
h. Errichtung eines tropenhygienischen Instituts 193
j. Fleischschaugesetz 305, 339
k. Verbot des Schächtens 305
l. Alters- und Invaliditätsgesetz 307, 455
m. Bekämpfung der Trunksucht 822
n. Reichswohnungsgesetz 822
o. Ausdehnung des Krankenkassenversicherungsgesetzes auf die Hausindustrie 865
Auszeichnung (Pistor) 99
Reform der gerichtsärztlichen Sachverständigenthätigkeit in Frankreich 99
XXVIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 99
XX. Balneologenkongress 99
XII. internationaler medizinischer Kongress 100, 307, 564, 776
XVII. Kongress für innere Medizin 100
Selbstanfertigung pharmazeutischer Präparate in den Apotheken . . . 100
Zur Apothekenrevision 100
Denkschrift über die Lage der Besitzer kleinerer Apothekenbetriebe . 100
Beseitigung der Kurirfreiheit und Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes 130, 161, 228, 307
Zulassung der Frauen zum medizinischen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Studium 131, 305
Revision des Weingesetzes 131
Freie Aerztewahl 131, 228, 306, 338, 402
Aerztlicher Zentralausschuss in Hessen 131
Verein Deutscher Irrenärzte 131
Internationaler Kongress der Aerzte der Lebens- und Unfallversicherungsgesellschaften 132
Todesfälle (Prof. Dr. Wolffhügel) 132, Prof. Dr. v. Maschka 132, (Dr. Pestana) 824
Anpreisung von Warners Safe Cure 132
Regelung des Apothekenwesens, Selbstablösung der Apothekenwerthe in Preussen 163, 308
Konzessionsentziehung zum Handel mit Drogen u. s. w. 164
Zur Abgabe von chlorsaurem Kali bedürfen die Drogisten der Genehmigung zum Gifthandel 164
Aus dem Abgeordneten- und Herrenhause:
a. Gesetzentwurf über ärztliche Ehrengerichte und Umlagerecht der Aerztekammern 123, 306, 401, 455, 483, 866

Seite.
b. Versuche mit Einspritzungen von Syphilisserum 193
c. Fakultative Feuerbestattung 193, 227
d. Zulassung der Realschulabiturienten zum Studium der Medizin 193
e. Abänderung der Arzneitaxe 227
f. Errichtung von Apothekerkammern 227
g. Grössere Selbstständigkeit der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums 227
h. Gesetzentwurf über die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen 304, 337, 371, 483, 603, 667
i. Gesetzliche Regelung der Trinkerversorgungsfrage 487
k. Schutz der Heilquellen 604
Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte . 194, 267, 488, 566, 668
Deutscher Aerztetag 194, 306
XXIV. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg 194, 267, 668
Ausstellung für Krankenpflege 195, 402
Generalversammlung der Herausgeber der Münchener medizinischen Wochenschrift 195
Unverfrorenheit eines Kurpfuschers 195
Die Organisation der Kurpfuscherei 186, 268, 668
Entscheidungen des Kammergerichts über Kräuterbonbons und Ferratin . 196
Sitzung des preussischen Aerztekammerausschusses . . . 228, 535, 739, 823
Erforschung der Malaria 267
Leitung und Errichtung eines tropenhygienischen Instituts 402
Verabschiedungen (Pfeiffer) 247, (Schuchardt) 402, (v. Pettenkofer) 456, (Bosse) 635
Bakteriologische Kurse in Bayern 267
Zentralhilfskasse für die Aerzte Deutschlands 268
Kurpfuscherei-Genossenschaftswesen auf dem Gebiete der Anstaltskrankenpflege 268
Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz 307, 455
Internationaler Kongress über die Impffrage in Berlin 307
Vornahme einer Sektion ohne ausdrückliche Zustimmung der Angehörigen 307
Ein preussisches Seuchengesetz 338
Standes- und Ehrengerichtsordnung für die sächsischen ärztlichen Bezirksvereine 339
Zulässigkeit der Bezeichnung „Arzneimittel“ auf Schildern und Schaufenstern von Drogen- u. s. w. Handlungen 340
Mitwirkung von Laien bei der Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten (Hamburg) 402, 867
Kongress der Krankenkassen Deutschlands 402
Eröffnung des neuen pathologischen Museums in Berlin 456
Unterweisungskurse in der Schulgesundheitspflege an der Berliner Universität 456
Frage der Rabattgewährung der Aerzte gegenüber den Krankenkassen 456
Einrichtung eines Ministeriums des öffentlichen Gesundheitswesens in Rumänien 456
Sitzung des Württembergischen ärztlichen Landesausschusses 488
Schrankdrogisten 488
Doktorpromotion auf einer preussischen Universität als Vorbedingung für den künftigen Kreisarzt 534
Lepraheim zu Memel 535
Sitzung der erweiterten Deputation für das Medizinalwesen 535, 698
Preisschrift behufs Aufklärung des Volkes über die Gemeingefährlichkeit der Kurpfuscherei 535, 823
Deutscher Verein für Volkshygiene 536
Neue Medizinalverordnung in Hamburg 402, 536, 866
Neue Medizinalverordnung in Lübeck 536
Typhusepidemie in Löbtau 536

Seite.
Standesvertretung der Apotheker 536
Eingabe der Aerztekammer Berlin-Brandenburg gegen die Behandlung von Krankenkassenmitgliedern durch Kurpfuscher 564
Schaffung einer staatlichen Organisation der thüringischen Aerzte . . 564
Preisausschreiben zur Erlangung mustergültiger Pläne für Volksbäder . 564
Internationale Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten in Brüssel 564
VII. Internationaler thierärztlicher Kongress 565
Nachrichten über das Auftreten der Pest . 568, 604, 668, 700, 776, 824, 868
Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern 604
Aufforderung zur Betheiligung an der Einführung einer rationellen Schulreform 604
Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins 604
Wechsel in der Leitung des preussischen Kultusministeriums 635
Bildung eines Medizinalbeamtenvereins in Hessen 635
Kommission zur Erforschung der Pest in Porto 635
Abänderung der Prüfungsordnung der Apotheker 635
Eingabe des Deutschen Drogistenverbandes 626, 739
Drucklegung der Generalsanitätsberichte 667
Denkschrift der Preussischen Aerztekammerausschusses, betreffend die Stellung zu den Krankenkassen 667
Aerztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung in Bayern 668, 698
Anstellung von Schulärzten in Brandenburg 668
Genuss von Aether und Hoffmannstropfen 668
Neue Bezirksarztstellen in Bayern 699
Erscheinen des Berichts über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose 699
Jahresversammlung des Deutschen Bäderverbandes 699
I. internationaler Kongress für ärztliche Standesinteressen 700
Anpreisung und Verkauf eines Heilmittels gegen Epilepsie seitens eines Apothekenbesitzers 700
Reichsseuchengesetz 739, 775
Berathungen über die Pest 739
Plenarsitzung des Königlich Sächsischen Landes-Medizinalkollegiums 739, 866
Jahresversammlung des Zentralverbandes der Ortskrankenkassen im Deutschen Reich 739
Standesordnung für Aerzte 739
Zurückweisung zugesandter Patentmittel seitens eines Arztes mit dem Bemerken, dass er derartige Mittel als Reklameunfug betrachte, ist keine Beleidigung 740
Revisionen von Drogenhandlungen haben unter Mitwirkung der Ortspolizeibehörde stattzufinden 740
Einweihung des staatlichen Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. 775
Erlass des öffentlichen Promotionsaktes bei Erlangung der medizinischen Doktorwürde 775
Kurse über die Aetiologie der Pest 775
IV. Ausgabe des Deutschen Arzneibuchs 776
Gesetz betreffend die Heilkunde in Belgien 776
Wohnungsfrage 822
Petitionen, betreffend Fassung des §. 19 des Fleischbeschaugesetzes . . 822
Malariaforschungen in Deutsch-Guinea 823
Sitzung des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes . 739, 823
Internationaler Tuberkulose-Kongress in Neapel 823
Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen 823
Entwurf der Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln 823
Verordnung über die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in Bremen 823
Ableistung der aktiven Dienstpflicht seitens der Apotheker 824
Reichshaushaltsetat für 1901 865
Verleihung der Amtsbezeichnung „Präsident“ an den Vorstand des Kaiserlichen Gesundheitsamtes 866
Belehrung über die Pest 866
Plenarsitzung des bayerischen Obermedizinalausschusses 866

Seite.
Neue Medizinalordnung in Hamburg 866
Verpflichtung des Apothekers, seine Familienwohnung im Apothekengebäude zu nehmen 867
Strafverfahren gegen Kurpfuscher wegen fahrlässiger Körperverletzung . 867

VI. Verschiedenes.

Mittheilungen an die Leser u. s w. 64, 824
Preussischer Medizinalbeamtenverein 196, 288, 340, 403, 636, 824
Berichtigungen 568, 700

Sach-Register.

Aachen, Reg.-Bez., Medizinalbeamtenversammlung 43.
Abgeordnetenhaus, preussisches, aus demselben 120, 193, 227, 269, 304, 306, 337, 371, 401, 455, 483, 487, 603, 404, 667, 866.
Abwässerreinigung, deren gegenwärtiger Stand 85.
Achim, Kreis, Trachom daselbst 159.
Aepfelschnitte, zinkhaltige 734.
Aerzte, deren Nothstand und dessen Abhülfe 61.
Aerztekammerausschuss, preussischer, Sitzung desselben 228, 535, 739, 823.
Aerztekammern, deren Umlagerecht 123, 133, 306, 401, 455, 483, 866.
Aerztetag in Dresden 194, 306.
Aerztevereinsbund, deutscher, Sitzung des Geschäftsausschusses desselben 823
Aerztewahl, freie 131, 228, 306, 338, 402.
Aerztinnen in öffentlichen Irrenanstalten 557.
Aerztliche Ausbildung 160; Behandlung und chirurgische Operation 301; Rechts- und Gesetzkunde 481; Verschwiegenheit und Lebensversicherung 548; Praxis im Auslande, Bestimmungen über die Zulassung dazu 774; ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung in Bayern 668, 698; ärztlicher Zentralausschuss in Hessen 131; ärztliche Standesorganisation in Thüringen 564.
Aethermissbrauch in Ostpreussen 511, 668.
Agglutination und Diphtheriheilserum 118.
Akkumulatorenfabriken, elektrische, Gesundheitsschädigungen durch diese und deren Verhütung 192.
Alkohol und Epilepsie 619; dessen Bedeutung als Nahrungsmittel 861.
Altersversicherungsgesetz, Bemerkungen über dasselbe 309; Novelle dazu 307, 455.
Ammoniak in Fabrikräumen, dessen Gefährlichkeit 395.
Amnesie, retrograde 726.
Amylnitritwirkung 16.
Anaëroben, pathogene, über deren Differentialdiagnose 151.
Anatomie, angewandte, Handbuch 531.
Anchylostomiasis, Vorkehrungen dagegen in Ungarn 858.
Angewöhnung, Berechtigung zur Renteneinstellung nach deren Eintritt 21.
Angina, deren Aetiologie 628.
Anpreisung von Geheimmitteln durch Apotheker 32, 700.
Anstalten zur Gewinnung thierischen Impfstoffes 31.
Ansteckende Krankheiten, Massregeln dagegen 147; deren Verbreitung durch den Schulbesuch 659; deren Bekämpfung im Bezirk Hildesheim 754.
Antiseptik und Asepsis 123.
Apotheken, Selbstanfertigung pharmazeutischer Präparate in diesen 100; neue Betriebsordnung in Bremen 823; Revision derselben 100, 229, 536; preussische Apothekengesetzgebung 265; kleinere Betriebe, Denkschrift über die Lage von deren Besitzer 100.
Apothekenwesen, dessen Regelung durch Selbstablösung 163, 308.
Apotheker, Standesvertretung 536; Aenderung der Prüfungsordnung 645; Anpreisung eines Heilmittels gegen Epilepsie durch Apotheker 700; Ableistung der aktiven Dienstpflicht 824; Verpflichtung zum Wohnen im Apothekengebäude 867.
Apothekerverein, deutscher, dessen Hauptversammlung 604.

Arbeiter, ländliche, deren Krankheiten 8, 68.
Arbeitswiderwilligkeit der Unfallverletzten, Ursachen und Abhülfe 550.
Arm, linker, Erwerbsverminderung bei dessen Verlust 802.
Armenärzte als Gemeindebeamte 605; Berichterstattung derselben 796.
Arsenikvergiftung, tödtliche, durch Einreibungen 81.
Arzneibuch, deutsches, ständige Kommission zu dessen Berathung 31, 308; IV. Ausgabe desselben 776.
Arzneimittel, Zulässigkeit dieser Bezeichnung auf Schildern oder an Schaufenstern von Drogen- etc. Handlungen 340; Arzneimittelhandel ausserhalb der Apotheken 795; neuer Entwurf einer Verordnung über den Verkehr damit 823, 837.
Arzneitabletten, zusammengesetzte, fabrikmässig hergestellte, Verbot des Vorräthighaltens derselben in Apotheken 31, 100, 268, 535.
Asepsis und Antiseptik 123.
Auge, Erwerbsverminderung bei Verlust oder verminderter Sehschärfe 188, 587, 625, 755, 864; äussere Erkrankungen 530.
Augenkrankheiten, epidemische, Studien über dieselben 157, nach Unfällen 864.
Ausbildung, ärztliche, Zeit und Streitfragen darüber 160.
Auszeichnung 99.
Automatisme, ambulatoire 800.
Autotransfusion und Prophylaxe bei Lungentuberkulose 762.
Aversionirungsstempel, dessen Benutzung für Postsendungen am Wohnorte 330.

Badeorte, Gesundheitsdienst in diesen 411.
Baederverband, deutscher, dessen Jahresversammlung 699.
Bakterien, zu deren Morphologie und Entwickelungsgeschichte 191.
Bakterienfeindliche Stoffe der Leukozyten 759.
Bakteriologische Kurse in Bayern 267.
Balneologenkongress, XX., 99.
Balneotherapie bei psychischen Kranken 184.
Bauch, Prellschüsse, mit besonderer Berücksichtigung der subkutanen Kontusionen und Rupturen der männlichen Bauchorgane 49.
Baudouin'sche Reaktion 735.
Bayern, bakteriologische Kurse für beamtete Aerzte u. s. w. 267, Prüfung für ärztlichen Staatsdienst 604, neue Bezirksarztstellen daselbst 699; ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung 668, 698; Plenarsitzung des Obermedizinalausschusses 866.
Beinverkürzung um 2 cm, keine Erwerbsbeeinträchtigung 300.
Beleuchtung, künstliche, deren verschiedene Arten, mit besonderer Berücksichtigung der Lichtvertheilung 688.
Berufungen 31, 193, 267, 402, 603, 635, 739.
Betriebsunfall, und Insektenstich 52; und Tod durch Schwefelwasserstoff 144; und Tod durch Herzschlag 185; und Leistenbruch 150, 369, 853; und sarkomartige Geschwulst, Tod 517; und Lungenleiden 519; und Selbstmord 520; und traumatisches Irresein 514; und Tabes 593; und Strahlenpilzkrankheit 756; und Biss einer Katze 854; und Sturz in den Rhein mit nachfolgendem Gelenkrheuma u. Herzklappenfehler 855.
Bevölkerung, deren Bewegung in Preussen bezw. Deutschland (1898) 738, 863.
Bewusstseinstörungen, pathologische 184.
Birmingham, Hygienekongress 217.
Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen (1897) 257, (1898) 599.
Bleiangriff durch Leitungswasser, deren Ursache und Verhütung 165.
Bleiwasser, zum Handel damit bedürfen Drogisten der Giftkonzession 164.
Blut, menschliches und thierisches, über dessen Unterscheidung 851.
Blutegel, die Uebertragung von Krankheitserregern durch diese 727.
Blutnachweis nach Einwirkung von Formaldehyd 511.
Boden, dessen Filtrationskraft 737.
Bonn, psychiatrischer Kursus das. 352.
Borsten, deren Desinfektion 191.
Brandstifterin, Zurechnungsfähigkeit einer solchen 82.
Branntweinschärfen und Essenzen 55.
Bromoform, Vergiftung damit 147.
Bruchschaden und Betriebsunfall 150, 369, 853.
Brunnenuntersuchungen, deren Bedeutung 716.
Brustbeinbruch, Erwerbsverminderung dadurch 624.
Brustfell- und Bauchfellentzündung, eitrige, doppelseitige, durch Schlag mit einem Treibriemen als Unfall 620.
Bürgerliches Gesetzbuch, die für die gerichtliche Medizin und Psychiatrie

wichtigsten Bestimmungen desselben 370, 849, s. auch Anhang 4, 27.
Bürsten- und Pinselindustrie, Desinfektion in derselben 97.
Butter, keimfreie, deren Herstellung 333.

Carcinom, dessen Verbreitung 393, 849.
Carolinpulver 55.
Centralhilfskasse f. die Aerzte Deutschlands 268.
Cerebrospinalmeningitis, zu deren Aetiologie 22; sporadische und epidemische 759.
Chinolin, o-Oxy 736.
Chinosol, dessen Zusammensetzung 736.
Chirurgie, Kongress der deutschen Gesellsshaft dafür 99.
Chirurgische Operation und ärztliche Behandlung 301.
Chirurgische Kunstfehler 825.
Chlor in Fabrikräumen, dessen Gefährlichkeit 395; Aufnahme von Chlor durch die Haut und Haare 396.
Chorea, deren Behandlung durch Muskelgymnastik 391.
Commotio spinalis 148, 623.
Conradstein, die Provinzial-Irrenanstalt daselbst 27.

Danzig, Reg.-Bez., Ruhrepidemie 152; Versammlung der Medizinalbeamten 715.
Darmbakterien, über deren Bedeutung für die Ernährung 332.
Darmdurchbruch durch Gallen- und Kothstein in Folge Hebens schwerer Bordsteine als Unfall 622.
Darmverletzungen, tödtliche, vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus 81.
Dauerbäder bei Geisteskranken 557.
Daumen, Quetschung desselben und Tod durch Herzschlag 369.
Denkschrift über die Lage der Besitzer kleinerer Apothekenbetriebe 100.
Deputation, wissenschaftliche, für das Medizinalwesen in Preussen, Sitzung 535, 698.
Desinfektion, im Gewebe thierischer Organe 119; von Haaren und Borsten 191; der Haut und Hände 528, 631 des Impffeldes 777; Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd 524, 526, 657; desinfizirende Wirkungen der Kresole 527.
Desinfektionsapparat, transportabler 181.
Desinfektionsdienst in der Stadt Zürich 24.
Diphtherie, deren Entstehung und Verbreitung nebst Massnahmen zu ihrer Verhütung 625, 857; die Verbreitung des Bacillus auf der Mundschleimhaut gesunder Menschen 629.
Diphtherieheilserum, dessen zwangsweise Anwendung 64; und Agglutination 118.
Diphtherieuntersuchungsstation des hygienischen Institutes Breslau, Bericht darüber (1896/98) 820.
Distorsion des Kniegelenks, Grad der Erwerbsverminderung dabei 20.
Doktorpromotion auf preussischen Universitäten, für den Kreisarzt erforderlich 534.
Drogenhandel, Konzessionsentziehung 164; ausserhalb der Apotheken 795; s. auch Arzneimittel.
Drogenhandlungen, deren Revision 16, 43; durch die Ortspolizeibehörde 740.
Drogistenverband, deutscher, Eingabe 636.
Dromomanie 800.
Düsseldorf, Reg.-Bez., Medizinalbeamtenversammlung 507.

Ecchymosen, subpleurale und primärer Herztod 509.
Ehrengerichte, ärztliche, Gesetzentwurf darüber in Preussen 123, 306, 401, 455, 483, 866; in Bayern 668, 698; in Sachsen 339.
Eisenbahnen, über den Transport Schwerkranker auf denselben 93.
Eisenbahnhygiene, deren Grenzen und Aufgaben 90.
Eisenbahnwagen, über die Ansteckungsgefahr durch diese 862.
Emden, städtische Wasserleitung 165.
England, die Tuberkulose-Frage daselbst 747.
Entmündigungsverfahren im bürgerlichen Gesetzbuche 263.
Epilepsie, alkohologene, kardiale 17; Melanodermie dabei 390; Sympathectomie dabei 390; und Alkohol 619.
Epileptischer Anfall, Bewusstseinszustand in demselben 549.
Epileptisches Irresein, kasuistische Beiträge dazu 101, 373, 852.
Erblichkeit der Lungentuberkulose 387.
Ernennungen, s. Berufungen.
Erstickungstod und subpleurale Ecchymosen 509; im Rausch oder Todtschlag 682.
Ertrinkungstod, über ein neues Zeichen desselben 510; in gerichtlich-medizinischer Beziehung 797.
Erwerbsfähigkeit, verminderte, vor Unfällen bezw. bei Invalidenrente 712.
Erwerbsunfähigkeit, deren Begriff im Sinne des §. 6 des Krankenversicherungsgesetzes 188.
Erziehung, physische, der Schulkinder 120.
Exkremente, menschliche, deren makro- und mikroskopische Diagnostik 562.

Fabrikgase, Untersuchung über die Gewöhnung an solche 395.
Familienpflege, Irrer 556.
Farbwaarenhandlungen, s. Drogenhandlungen.
Färbung der Tuberkelbazillen 118.
Ferratin, kein Geheimmittel 196.
Feuerbestattung 64, 334; fakultative in Preussen 193, 227; in Hessen 535.
Finger, Verletzungen durch Unfall und Erwerbsverminderungen 22, 186, 187, 367, 368, 624, 802.
Fingernägel, Apparat zum Abschneiden 16.
Flecktyphus, dessen Verhütung 154.
Fleischbeschau, Grundriss bezw. Leitfaden 304; Handbuch 602; obligatorische 62; Gesetzentwurf darüber 161, 305, 339, 822; Nothwendigkeit derselben 600.
Fleischvergiftung 16; Tod dadurch 111.
Flussläufe, deren gesundheitliche Beaufsichtigung 192.
Formaldehyd, Konservirung anatomischer Präparate 511; Wohnungsdesinfektion 524, 526.
Fortbildungskurse für Medizinalbeamte in Hessen 59; psychiatrische in Bonn 352; bakteriologische in Bayern 267; über Pest in Preussen 775; über Schulgesundheitspflege 456; für Hebammen im Reg.-Bez. Schleswig 355; s. auch Hebammen.
Frakturen und Luxationen, traumatische 530.
Frankfurt a. M., staatliches Institut für experimentelle Therapie 775.
Frauenstudium 98, 99, 161, 305.
Freiluftbehandlung der Lungenschwindsucht 734.
Frühsyphilis des Gehirns 297.
Fugues 800.
Funktionsschwäche der unteren Extremitäten nach Unfall 298.

Gasbadeöfen, Kohlenoxydvergiftung durch diese 860.
Gebärende, Verhütung ihrer Infektion 151.
Gebärmutterknickung oder Unfall? 149.
Gebühren für die Bezirkshebammen im Reg.-Bez. Stettin 181; volle für jeden der beiden Sachverständigen bei gemeinsch. Begutachtung über den körperlichen Zustand einer Person oder Sache 350.
Geburtshilfe, anatomischer Atlas 530; Lehrbuch 533.
Geburtshilfliche Ordnung in Preussen, deren Reform 57; s. auch Hebammen.
Geburtshilflich-gynäkologischer Unterricht 160.
Geheimmittel, deren Anpreisung 32; Ferratin, kein solches 196.
Gehirn, Frühsyphilis desselben 298.
Geisteskranke, Fürsorge für dieselben von Seiten der Aerzte und Laien 29; in deutschen Grossstädten 149; querulirende 295; Selbstmord bei denselben 296; Mitwirkung von Laien bei ihrer Unterbringung in Irrenanstalten 402, 867; Aufnahme in Privat-Irrenanstalten 26, 457; ihre Behandlung mit Dauerbädern 557; im bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich 482; die forensische Würdigung ihrer Selbstanklagen 723; s. auch Irrenwesen.
Geisteskrankheit, deren Simulation 1, 723; bei Strafgefangenen 117; nach Operationen 390.; paralytische, nach Trauma 149; transitorische 391; pellagröse 618; polyneuritische 724.
Gemeindebeamter, der Armenarzt als solcher 605.
Gemüthskranke, s. Geisteskranke.
Generalsanitätsberichte in Preussen 667.
Geosot 23.
Gerichtsärzte in Frankreich 99.
Gerichtsärztliche Sachverständigenthätigkeit nach dem bürgerlichen Gesetzbuch 641; Anhang 27.
Geschlechtstrieb, konträrer, dessen suggestive Behandlung 512.
Geschlechtsverbrechen u. das italienische Strafgesetzbuch 617.
Gesichtstäuschungen bei Erkrankungen des Sehorgans 512.
Gesundheitsamt, kaiserliches, Bezeichnung „Präsident" für dessen Direktor 866.
Gesundheitsbeamter, staatlicher, Verwerthung seiner Stellung zur Förderung der modernen Wohlthätigkeitsbestrebungen 403, 644; Anhang 43.
Gesundheitsbüchlein 397.
Gesundheitskommissionen, Entwurf eines Gesetzes betr. deren Bildung 197, 269, 384, 315, 330, 337, 371, 417, 483, 603, 667.
Gesundheitspflege, öffentliche, Deutscher Verein für 194, 267, 668, 687, 716.
Gesundheitswesen in Ungarn 341; besonderes Ministerium für dieses in Rumänien 456.
Giessen, die psychiatrische Klinik daselbst 398.
Gift, Handel damit, Konzessionsentziehung 164, ausserhalb der Apotheken 795.
Giftweizen, zum Handel damit bedürfen Drogisten der Giftkonzession 164.
Goldfinger, s. Ringfinger.
Granulose, deren Vorkommen und Be-

kämpfung im Reg.-Bez. Gumbinnen 78; im Kreise Achim 159; im Kreise Gross-Wartenberg 325; Kursus dar. in Greifswald 171.
Grosshirnverletzungen, in gerichtl.-med. Beziehung 115, 116.
Grossstädte, deutsche, Fürsorge für Geisteskranke 149.
Grundwasser, Fortschwemmung der Bakterien durch dieses 757.
Grundwasserleitung in Rawitzsch 330.
Gumbinnen, Kreis, Trachom daselbst 157; Reg.-Bez., Medizinalbeamtenversammlung 472.
Gutachten, gemeinschaftliches über den körperlichen Zustand einer Person oder Sache wird für jeden Sachverständigen voll honorirt 350; ärztliches, dessen Werth in Schiedsgerichts-Strafsachen bei Feststellung dauernder Erwerbsfähigkeit 520.

Haare, deren Desinfektion 191.
Händedesinfektion 15, 528, 631.
Handatlanten, Lehmanns medizinische 530.
Handwörterbuch der gesammten Medizin 560.
Hausapotheke, thierärztliche, präzisirte Waagen in dieser 824.
Hausindustrie, Ausdehnung des Krankenversicherungsgesetzes auf diese 865.
Hautkrankheiten, Atlas derselben 530.
Hebammen, Kalender 30; Katechismus 60; Merkbüchlein 60; Vorschlag zur Verhütung der Unterlassung von Kindbettfiebermeldungen 73; Rechte und Pflichten 159; unvorbereitete regelmässige Revisionen 181, 796; Selbstversicherung gegen Invalidität und Alter 309, 355; nicht versicherungspflichtig 757; Vor- und Ausbildung, Nachprüfungen und Wiederholungskurse 404, 580, 648, Anhang 65; soziale Stellung 404, 651, 754, Anhang 86; Desinfektion der Hände 631; Hebammentaxe 75 (Gumbinnen) 355 (Schleswig), 796 (Köln); Hebammenwesen, Regelung 57, 404, 533, 648, Anhang 65, 86.
Heilgehilfen (Heildiener) sind nicht versicherungspflichtig 757; Heildienerfrage 146.
Heilkunde, neues belgisches Gesetz über diese 776.
Heilkunst und medizinische Wissenschaft 694.
Heilmittel, neue Grundsätze bei deren Prüfung 333; gegen bestimmte Krankheiten, deren Anpreisung durch Apotheker 700.
Heilpersonal in Deutschland (nach dem Stande vom 1. April 1898) 818.
Heilquellen, Gesetz über deren Schutz 603.
Heilstätten, für Lungenkranke, deutsches Zentralkomitee zur Errichtung von solchen 63; Entwickelung derselben 496; deren finanzielle und rechtliche Träger 496; Fürsorge durch solche, Mitwirkung der Krankenkassen und Kassenärzte dabei 497; deren Bau 498; Einrichtung und Betrieb 499; Fürsorge für die Familien der dort untergebrachten und für die daraus entlassenen 500; ihre Gefahr für die Umwohnenden 766; Zeitschrift für solche 823; Heilstätten für Nervenkranke 802.
Heilungskosten, ein Stützapparat gehört zu solchen 370.
Heilverfahren bei afrikanischen Völkerschaften 56.
Herzklappenfehler nach Gelenkrheumatismus als Betriebsunfall 855.
Herzruptur, traumatische, ohne Verletzung des Brustkorbes 547.
Herzschlag und Unfall 185, 369.
Herztod, primärer, Beziehungen der subpleuralen Ecchymosen dazu 509.
Hessen, Fortbildungskurse für Medizinalbeamte daselbst 59; ärztlicher Zentralausschuss 131; fakultative Feuerbestattung 535.
Hirntumoren, Korsakoff'sche Psychose und Rückenmarkserkrankung dabei 853.
Hoffmannstropfen, Missbrauch damit in Ostpreussen 511, 668.
Hörstummheit, 399.
Hungertod, über Veränderungen des Nervensystems bei demselben 510; Rückenmarksveränderungen dabei 588.
Hydrotherapie bei psychischen Kranken 184.
Hygiene, XV. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete derselben 560; der ersten Lebenstage 729; Handbuch 303, 633.
Hygienisches Taschenbuch 266.
Hyperleukozytose bei der experimentellen Diplokokkeninfektion 22.
Hypochondrie 18.
Hysterie und Unfall 222; und Zurechnungsfähigkeit 295; in Form einer Hausepidemie 588.

Jahrbuch, klinisches 157, 256, 599, 820.
Jaluit, Gesundheisverhältnisse daselbst 57.
Imbezillität, Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurtheilung 513.

Immunität, natürliche und künstliche, über deren Beziehungen 255.
Impetigo contagiosa und Impfung, kein ursächlicher Zusammenhang 791.
Impferfolg, einige Beobachtungen über denselben 71, 383, 471, 788.
Impfergebnisse und Impftechnik 784.
Impffeld, dessen Desinfektion 777.
Impffrage und Pocken 24.
Impfgeschäft im Deutschen Reich (für das Jahr 1896) 731.
Impfgesetz, Revision und Ergänzung der dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen 61; Verhandlungen darüber im Reichstage 97, 98.
Impfkongress, internationaler 307.
Impfpustel, späte Entwickelung einer solchen 790.
Impfschädigungen, zu deren Verhütung 378.
Impfstoff, thierischer, Anstalten zu dessen Gewinnung 31.
Impftechnik 331, 784.
Impfungen in Deutsch-Ostafrika 56.
Industriebezirke, Sterblichkeit derselben 351.
Infektionsgefahr durch Verschmutzung der Wasserläufe 529.
Ingwer 735.
Insektenstich und Betriebsunfall 52.
Institut, staatliches, für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. 775.
Invalidenrentenbewerber, deren Untersuchung und Begutachtung 632.
Invaliditätsversicherungsgesetz, Novelle dazu 309, 455.
Irresein, epileptisches 101, 373; traumatisches 514.
Irrenärzte, deren Verantwortlichkeit 514; deutsche, deren Jahresversammlung 131; französische, deren Versammlung (1898) 390.
Irrenanstalten, öffentliche, Verwendung von Aerztinnen in denselben 557.
Irrengesetz 98, 822.
Irrenpflege, familiäre 556.
Irrenpfleger, Leitfaden für diese 865.
Irrenwesen, dessen Reform 98, 822.
Isolierzimmerfenster 334.

Kali chloricum, zum Handel damit ist eine Giftkonzession erforderlich 164.
Kamerun, Erkrankungen an Beri-beri daselbst 57.
Kanalisirung der Stadt Schwerin 53.
Kassel, Reg.-Bez., Verbreitung der Dementia paralytica daselbst 513.
Katzenbiss und Betriebsunfall 854.
Kauffahrteischiffe, Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von solchen 397.
Kehlkopfmuskeln, experimentelle Untersuchungen über deren Funktion 256.
Keuchhusten, bakteriologische Untersuchungen über denselben 393.
Kindbettfieber, Untersuchungen darüber 392; Anmeldung durch Hebammen 73.
Kinderheilstätten in Sool- und Seebädern, deren Bedeutung für Bekämpfung der Tuberkulose 765.
Kinderspielservice (Puppengeschirre) sind nicht Ess-, Trink- und Kochgeschirre 859.
Kindsmord oder fahrlässige Tödtung der Neugeborenen 617.
Kleinbahnen, deren Benutzung bei Dienstreisen der Staatsbeamten 63.
Klinisches Jahrbuch 157, 256, 599, 820.
Kniegelenk, Quetschung durch Unfall 20; Distorsion mit nachfolgendem Hydrops 20.
Köln, Reg.-Bez., Versammlung der Medizinalbeamten 146, 794.
Körnerkrankheit, s. Augenkrankheiten und Trachom.
Kötzschau und Orla, deren Verunreinigung 53.
Kohlenoxydblut, dessen chemischer Nachweis 587, 851.
Kohlenoxydvergiftung durch Gasbadeöfen 860.
Kohlensäuredosen, mittlere, über deren langdauernde Wirkung auf den Menschen 396.
Konferenz, internationale, zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten 564; über Berathung der Pest 739, 804.
Kongress, XIII. internationaler medizinischer in Paris 100, 307, 564; XVII. für innere Medizin 100; zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit 63, 131, 306, 385, 699; I. internationaler, der Aerzte der Lebens- und Unfallversicherungsgesellschaften in Brüssel 132; zur Berathung der Impffrage 307; für gesundheitliche Einrichtungen in Birmingham 217; der Krankenkassen in Deutschland 402; VII. internationaler thierärztlicher in Baden-Baden 565; I. internationaler für ärztliche Standesinteressen in Paris 700; s. auch Vereine und Versammlungen.
Konservirung anatomischer Präparate durch Formaldehyd 511.
Konservirungsmittel, amerikanische, für Fleisch und Fleischwaaren 736.
Korsakoff'sche Psychose 853.
Kräuterbonbons 196.
Krankenhäuser, Verwaltung, Betrieb und Einrichtung 633.
Krankenhausbehandlung, Voraussetzung für deren Anordnung 53; Verpflich-

tung Unfallverletzter sich derselben zu entziehen 803.
Krankheiten, der Sachsengänger und ländlichen Arbeiter 8, 114; ansteckende, Massregeln dagegen 147, 659, 754.
Krankenkassen, Stellung der Aerzte zu denselben und freie Arztwahl 131, 228, 306, 338, 402, 667; Kongress derselben in Deutschland 402; Rabattgewährung der Aerzte an diese 456; Stellung der Kurpfuscher zu den Krankenkassen 564.
Krankenpflege, Ausstellung dafür 195; Museum 402; für Mediziner 865.
Krankenpflegerinnen, freie, sind nicht versicherungspflichtig 803.
Krankenpflegepersonen, der Werth eines staatlichen Befähigungsnachweises für diese 558.
Krankentransport auf Eisenbahnen 93.
Krankenversorgung für Unbemittelte 559.
Krankenwärter sind keine Medizinalpersonen im Sinne des §. 174,3 Str.-G.-B. 65.
Krebserkrankung und Unfall 225; über deren vermehrtes und endemisches Vorkommen 393, 849.
Krebspest, deren Aetiologie 733.
Kreisarzt, Gesetz betr. dessen Dienststellung 197, 269, 304, 315, 330, 337, 371, 417, 483, 603, 667.
Kresole, deren desinfizirende Wirkung 527.
Krippen und ihre hygienische Bedeutung 554.
Kultusministerium, preussisches, Wechsel darin 635.
Kunstfehler in der Geburtshilfe 508; in der Chirurgie 825.
Kurbadeanstalten und Badeorte, Gesundheitsdienst in ihnen 411.
Kurpfuscher, gewerbsmässiger, Anmassung 195, 667; Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten 658; tödtliche Arsenikvergiftung durch einen solchen 81; fahrlässige Körperverletzung durch solche 867.
Kurpfuscherei in der neuesten Rechtsprechung 106; deren Bekämpfung 161, 307, 535, 823; deren Organisation 196, 668; deren Gemeingefährlichkeit 823.
Kurpfuschereigenossenschaft auf dem Gebiete der Anstaltspflege 268.
Kurpfuschereiverbot, dessen Wiedereinführung 130.
Kurse, s. Fortbildungskurse.

Laien, deren Mitwirkung bei der Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten (Hamburg) 402, 866.
Landesmedizinalkollegium, Kgl. sächsisches, dessen Plenarversammlung 739, 866.
Lebensverhältnisse, äussere, die Beziehungen zwischen diesen u. der Ausbreitung der Tuberkulose 358.
Leichengeburt 81.
Leistenbruch und Betriebsunfall 150, 369, 853.
Lepra, Untersuchungen über diese 598.
Lepraheim, bei Memel 535.
Leukaemie, traumatische 52, deren Aetiologie 394.
Leukozyten, deren bakterienfeindliche Stoffe 759.
Leukozytolysis bei der experimentellen Diplokokkeninfektion 22.
Liebig, Justus, und die Medizin 696.
Loslau, Heilstätte für Lungenkranke daselbst 259.
Lüneburg, Reg.-Bez., Versammlung der Medizinalbeamten 477.
Lues und Paralyse, Differentialdiagnose 18.
Luftdruck in den pneumatischen Kammern und auf den Höhen 766.
Luftstaubinfektion 118.
Lungenentzündungen, infektiöse, durch Papageien 627.
Lungenheilstätte, in Sülzhain 755; Gefährlichkeit für die Anwohner 766.
Lungenkrankranke, deren Unterbringung in Krankenhaus oder Heilstätte 765.
Lungenleiden und Betriebsunfall 519.
Lungenradiographie zum Beweise des Gelebthabens eines neugeborenen Kindes 510.
Lungenschwindsucht (Lungentuberkulose), Sterblichkeit daran in Deutschland und anderen Staaten Europas 51, deren Verbreitung 332, Kongress zur Bekämpfung derselben als Volkskrankheit 63, 131, 306, 355, 385, 478; allgemeine Massnahmen zur Verhütung 478; Uebertragung durch Staub 552; Zusammenhang mit einem Sturz vom Heuwagen 533; Freiluftbehandlung 734; Autotransfusion und Prophylaxe 762; Schutzmassregeln gegen ihre Verbreitung 764; s. auch Tuberkulose.
Luxationen, Atlas 530.

Magdeburg, Reg.-Bez. Versammlung der Medizinalbeamten 15.
Malaria, deutsche Expedition zu deren Erforschung 267, 657, 823.
Mangroverinden, gerbstoffreiche, aus Deutschostafrika 192.
Margarinekäse 55.
Marktbutter, Tuberkelbazillen darin 189, 190.

Marschallinseln, Gesundheitsbericht 57.
Masturbation, deren suggestive Behandlung 512.
Mate-System, das des Handels 192.
Medizin und Justus Liebig 696, und Recht 767, gerichtliche, deren gegenwärtige Bedeutung 78; stereoskopischer Atlas der gerichtlichen Medizin 264.
Medizinalbeamte, Versammlung derselben in den Reg.-Bez. Magdeburg 15, Aachen 43, Gumbinnen 75, 472, Köln 146, 794, Stettin 180, Breslau 325, Posen 330, 849, Trier 352, Schleswig 354, Merseburg 384, 848, Lüneburg 477, Mecklenburg 503, Düsseldorf 507, Stade 656, Danzig 715, Potsdam 751, Hildesheim 754, Osnabrück 850; Fortbildungskurse für diese (Hessen) 59, (Bayern) 207, (Preussen) 352, 775; und Apothekenwesen 259; Neubesetzung der Stellen 15.
Medizinalbeamtenverein, preussischer 196, 228, 828, Protokoll über dessen Vorstandssitzung am 7. Mai d. J. 315, dessen Hauptversammlung 324, 340, 403, 637 u. Anhang; hessischer 635.
Medizinalgesetzgebung in Bayern, Handbuch 603, 666; im Königreich Sachsen 738.
Medizinalordnung, neue, in Hamburg 536, 866, in Lübeck 536.
Medizinalpersonal in Ungarn 341.
Medizinalreform, die Gründe für deren Fehlschlagen 28; die Lösung der Aufgabe 260; Mittheilungen über dieselbe 30, 94, 193, 227, 228, 354, s. auch Kreisarzt.
Medizinalwesen, Etat für d. preussische (1899/1900) 95.
Melancholie, periodische 295.
Melanodermie bei Epileptischen 390.
Meningitis tuberculosa traumatischen Ursprungs 182.
Menstruation, stärkere sexuelle Erregbarkeit während derselben 619.
Merseburg, Reg.-Bez., Versammlung der Medizinalbeamten 384, 848.
Metalle, über deren bakterienschädigende Einwirkungen 395.
Metallschleifer im Kreise Solingen, deren Gesundheitsverhältnisse 730.
Mikroskop und seine Anwendung 666.
Milch tuberkulöser Kühe, deren Infektiosität 728.
Milchsterilisir-Anstalt „Helios“ in Paris 329.
Milzbrandepidemie im Kreise Templin 33.
Milzbrandinfektion, gewerbliche 154.
Milchinfektion bei Lungentuberkulose 387.
Mittelfinger, rechter, Steifheit in halbgebeugter Stellung bedingt keine Erwerbsverminderung 22.
Mittelzehe, rechte, Verlust zweier Glieder derselben bedingt keine Erwerbsunfähigkeit 187.
Münchener medizinische Wochenschrift, Generalversammlung der Herausgeber 195.
Museum, pathologisches in Berlin, dessen Eröffnung 456.
Muskelatrophie, arthritische 19.
Muskelveränderung im Spätstadium der Trichinose 473.
Myelitis, infektiöse, epidemische 391.
Myopathie, deren Behandlung mit glyzerinisirtem Muskelsaft 301.

Nabelschnurverblutung, zur forensischen Beurtheilung des Todes Neugeborener durch diese 569.
Nagelglied des linken Zeigefingers, Erwerbsverminderung bei dessen Verlust 186.
Nahrungsmittel, das Bedürfniss grösserer Reinlichkeit in deren Kleinbetrieb 690; der Alkohol als solches 861.
Naturforscher und Aerzte, deutsche, Versammlung 194, 267, 488, 566, 668, 692.
Nephritis, tödtliche, durch Sauerampfervergiftung 616.
Nervenerkrankungen nach Trauma 19.
Nervenkranke, Heilstätten für diese 802.
Nervosität der Kinder, über die ausserhalb der Schule liegenden Ursachen derselben 770.
Neugeborenes, fahrlässige Tödtung desselben oder Kindesmord 617.
Neurasthenie und Unfall 595.
Nothstand, ärztlicher, und die Mittel zu seiner Abhilfe 61.

Obduktionen, Beitrag zu deren sanitätspolizeilicher Bedeutung und Nothwendigkeit 25; ohne ausdrückliche Zustimmung der Angehörigen 307.
Oberarm, Erwerbsverminderung bei Beugestellung in 120 Grad 186.
Obermedizinalausschuss in Bayern, dessen Sitzung 866.
Oberschenkel, linker, dessen Abnahme nach Verletzung in Folge eines Unfalls und Selbstmord 369.
Ohnmacht bei der Geburt als seltene Veranlassung des Todes des Kindes 549.
Operation, chirurgische und ärztliche Behandlung 301.
Operationswunden, aseptische, deren Bakterien 760.
Orla, deren Verunreinigung 53.

Ortskrankenkassen im Deutschen Reich, Jahresversammlung des Zentralverbandes 739.
Ortspolizeiliches Interesse, Amtsgeschäfte in solchem, Honorirung dafür 63.
Ostpreussen, Aethermissbrauch daselbst 511, 668.
Osnabrück, Reg.-Bez., Medizinalbeamtenversammlung 840.

Pankreasverletzung, isolirte 852.
Papagei, s. Psittacosis.
Paranoia, periodische, einfache 513; zur klinischen und forensischen Bedeutung derselben 799.
Paralyse, progressive, Differentialdiagnose von Lues 18, 725; nach Trauma 148; galoppirende 149; über deren spinale Symptome 297; über das Blut und dessen bakterizides Verhalten gegen Staphylococcus pyogenes aureus bei derselben 297; ihre Verbreitung im Reg.-Bez. Cassel 513.
Parasitologie 634.
Paris, die Milchsterilisiranstalt „Helios" und die Poliklinik Henri de Rothschild 329.
Pemphigus, Tod in Folge davon oder Fleischvergiftung 111.
Pest 804; Belehrung über dieselbe 866; Pesttoxin 391; Nachrichten über Verbreitung der Pest 604, 635, 668, 700, 739, 740, 776, 824, 849, 850, 868.
Pestkommission, deren Bericht 596.
Pestkurse in Preussen 775.
Petroleum, Bestimmung des Schwefels in demselben 737.
Phosphorvergiftung, geheilte 114.
Pinselindustrie, Desinfektion in derselben 97.
Pocken, im Reg.-Bez. Münster 119; Pocken und Impffrage 24.
Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reich (1897) 732.
Polarreise Nansen's, deren wissenschaftliche Ergebnisse 693.
Posen, Reg.-Bez., Medizinalbeamtenversammlung 330, 849.
Preussen, Bewegung der Bevölkerung (1898) 738, 863; Medizinalreform 28, 39, 94, 193, 227, 228, 260, 354; Medizinaletat 95, s. auch Medizinalbeamte, Kreisarzt, Hebammenwesen u. s. w.
Privatirrenanstalten u. s. w., Anweisung über die Aufnahme etc. in solche 26, 457, 612, 615.
Promotionsakt, öffentlichen, dessen Erlass bei der Verleihung der medizinischen Doktorwürde 775.
Provinzialirrenanstalt in Conradstein bei Pr. Stargard 27.
Prüfungsordnung, neue ärztliche 30, 98; für Apotheker, deren Abänderung 635.
Pseudoparalysis luetica (Fournier), deren Differentialdiagnose von der Dementia paralytica 725.
Pseudoparesis spastica 50.
Psittacosis, infektiöse Lungenentzündung durch Papageien 627.
Psychiatrie, Lehrbuch 336; gerichtliche und Bürgerl. Gesetzbuch 370.
Psychiatrische, Abhandlungen 771; Sachverständigenthätigkeit nach dem bürgerlichen Gesetzbuch 403, 639 u. Anhang 4.
Psychiatrischer Kursus in Bonn 352.
Psychosen, polyneuritische 724; deren Klassifikation 772.
Puerperalfieber, Untersuchungen darüber 392, 631; Anmeldepflicht der Hebammen 73.
Puerperalpsychose, deren Aetiologie 853.

Querulantenwahnsinn, Beitrag zu dessen Kasuistik 465.
Quetschung des Kniegelenks, Grad der Erwerbsverminderung danach 20.

Rachenmandel, Hyperplasie, deren Bedeutung für die Lungentuberkulose 389.
Radiographie, deren Errungenschaften für die Behandlung chirurgischer Krankheiten 693.
Rahm, keimfreier, dessen Herstellung 333.
Rauchbelästigung in den Städten, Massregeln dagegen 721.
Rauchverbrennungsvorrichtungen, Kommission zu deren Prüfung 156.
Realgymnasialabiturienten, deren Zulassung zum Studium der Medizin 193.
Recht und Medizin 767.
Rechts- und Gesetzkunde, ärztliche 481.
Reichstag, aus demselben 97, 98, 131, 192, 193, 305, 339, 455, 822.
Reklameunfug durch Patentmittel 740.
Rente, zur Angewöhnung, deren Einstellung nach Ablauf der Uebergangszeit 21.
Rezeptabschriften auf den Arzneibehältnissen 372.
Ringfinger, Verlust bezw. Verletzungen und Unfall 187, 368, 802.
Rückenmarkserschütterung 143, 623; -schwindsucht und Anfall 593; -veränderungen beim Hungertode des Menschen 588; -Erkrankung bei Hirntumoren 853.
Rückenschmerz nach Unfall 298.
Ruhrepidemie im Reg.-Bez. Danzig 152.
Rumänien, Gesundheitsministerium 456.

Sachsengänger, deren Krankheiten 8, 68, 114; deren Beaufsichtigung 385.
Sachverständigenthätigkeit, die gerichtsärztliche und psychiatrische, nach dem bürgerlichen Gesetzbuch 403, 639, 641 und Anhang 4 u. 27; ärztliche, für die Unfall- und Invaliditätsgesetzgebung, Lehrbuch derselben 601.
Säuglingsernährung 529.
Sanitätswesen des preussischen Staates (1893—94) 697.
Sarkom und Betriebsunfall 520.
Sauerampfervergiftung, tödtliche Nephritis dadurch 616.
Scheide, deren Verletzung durch digitale und instrumentelle Exploration 115.
Schlacht- und Viehhöfe 121.
Schlachtviehbeschau 163, s. auch Fleischbeschau.
Schlafzustand, über einen merkwürdigen pathologischen 512.
Schlaganfall und Betriebsunfall 83, 84.
Schlüsselbeinbruch, Erwerbsverminderung dadurch 185.
Schonung, ist diese noch nöthig, dann liegt Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit noch nicht vor 626.
Schrankdrogisten 488.
Schularzt, 537, 622, 668, 716.
Schulbanksystem, das Rettig'sche 664.
Schule, Verbreitung ansteckender Krankheiten durch diese 659; gesundheitliche Ueberwachung und Bekämpfung der Tuberkulose 661 u. 662.
Schulgesundheitslehre 532, 533.
Schulgesundheitspflege, Kurse dafür 456.
Schulkinder, in ländlichen Volksschulen, ärztliche Ueberwachung 63; physische Erziehung 120.
Schulreform 604, 663.
Schulrevisionen durch die Physiker 657.
Schutzgebiete, deutsche, Mittheilungen aus ihnen 55, 734.
Schutztruppe, Kaiserliche, für Deutsch-Ostafrika, Generalsanitätsbericht über diese 55.
Schwachsinn mit moralischer Depravation 296.
Schwefelige Säure im Wein 259; in Fabrikräumen 395.
Schwefelwasserstoff, tödtliche Vergiftung dadurch Betriebsunfall 144; in Fabrikräumen 396.
Schweinerothlauf, dessen Uebertragung auf den Menschen 544, 641, 796.
Schwerin, Stadt, deren Kanalisirung 53.
Sehorgan, Gesichtstäuschungen bei dessen Erkrankungen 512.
Seifenspiritus, Desinfektion von Haut und Händen damit 528.
Sektion der Leiche, deren Verweigerung zieht den Verlust des Anspruchs auf die durch Privatversicherung vereinbarte Versicherungssumme nach sich 755.
Sektionstechnik für Studirende und Aerzte 631.
Selbstdispensirrecht der Aerzte und Homöopathen 665.
Selbstmord, durch Schuss 741; und Betriebsunfall 369, 520; bei Geisteskranken 296; Versuch, Erwerbsunfähigkeit danach 299; ist kein vorsätzliches Sichzuziehen einer Krankheit 857.
Seradiagnostik der Lungentuberkulose 389; des Unterleibstyphus 864.
Seuchengesetz in Preussen 338, 738; für das Deutsche Reich 775.
Seuchenverhütung im Reg.-Bez. Potsdam 752.
Sichzuziehen einer Krankheit, vorsätzliches, Selbstmordversuch ist kein solches 856.
Simulation von Geistesstörung 1, 723; bei Strafgefangenen 117.
Sodomitische Misshandlung einer Stute 686.
Sprachstörungen 399.
Sputum, verstäubtes, Uebertragung der Lungenschwindsucht dadurch 522.
Staatsarzneikunde, Unterrichtsanstalt dafür, Bericht über die Jahre 1896/98 669, 701.
Staatsbeamte, über die Benutzung der Kleinbahnen bei Dienstreisen 63.
Städtekanalisation, deren gegenwärtiger Stand 85.
Stärkefabrikabwässer, deren Unschädlichmachung 737.
Standesordnung der Aerzte 739; in Sachsen 339; in Bayern 668, 698.
Staphylococcus pyogenes aureus und progressive Paralyse 297.
Sterblichkeit in den Industriebezirken 351; s. auch Bewegung der Bevölkerung.
Stettin, Reg.-Bez., Versammlung der Medizinalbeamten 180.
Stiftung 32.
Stottern und Stammeln, dessen Pathologie und Therapie 399.
Strahlenpilzkrankheit und Betriebsunfall durch Hufschlag eines Rindes 756.
Streptokokken, lange, über deren konstantes Vorkommen auf gesunden Tonsillen 628.
Strophantinpräparat, ein neues 509; Vergiftung durch dasselbe 609.
Stützapparat ist als zu den Heilungskosten gehörig anzusehn 270.
Sturzgeburt bei einer 43jährigen Erstgebärenden 852.

Sülzhayn, Lungenheilstätte, deren Kanalisation 715.
Sympathectomie bei Epileptischen 390.
Syphilis, frühe, des Gehirns 298; deren Bekämpfung 727; deren Uebertragung auf Thiere 821.
Syphilisserum, Einspritzungen damit 193, 821.

Tabes und Unfall 593.
Tanga, Gesundheitsbericht (96/97) 56.
Taschenbuch, hygienisches, 266.
Technologie, chemische, Handbuch 122.
Templin, Kreis, Milzbrandepidemie daselbst 33.
Terpentinöl, dessen Wirkung auf den menschlichen Körper 396.
Tetanus, über den Tod dadurch in gerichtlich-medizinischer Beziehung 114.
Tetragenespneumonieen, experimentelle 117.
Therapie, experimentelle, staatliches Institut dafür in Frankfurt a. M. 775.
Thüringen, ärztliche Standesorganisation daselbst 564.
Thymustod 798.
Tod durch Verhungern 38.
Togo, Gesundheitsbericht (1897) 57.
Tollwuth, vorbeugende, schwindelhafte Behandlung derselben 155; Abtheilung zu ihrer Heilung und Erforschung im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin 258, 599.
Tollwuthkranke Thiere, über Bissverletzungen von Menschen durch diese in Preussen (1897) 257, (1898) 599.
Trachom im Kreise Gumbinnen 157; im Kreise Achim 159; Behandlung 385, 394; s. auch Augenkrankheiten.
Trauma, Nervenkrankheiten danach 19; Leukaemie danach 52; und Tuberkulose 389.
Trichinenbeschauer, ländliche 504.
Trichinose, Muskelveränderung im Spätstadium derselben 473.
Trier, Reg.-Bez., Medizinalbeamtenversammlung 352; Typhus 351.
Trinkerversorgungsfrage 363, 487.
Trinkwasser und Typhusepidemien 256.
Tropenhygienisches Institut 267; in Hamburg 402
Tropon als Eiweissersatz 258.
Trunksucht, als Entmündigungsgrund 262; Bekämpfung derselben 822.
Tuberkelbazillen, deren Färbung 118; Züchtung 399; in der Marktbutter 189, 190; s. auch Tuberkulose.
Tuberkulin, gewöhnliches, Untersuchungen über dessen Werthbestimmung 257; Impfung damit, über deren Nutzen bei Kühen 728.
Tuberkulöse, deren Eheschliesung 479.
Tuberkulose, Kongress zur Bekämpfung derselben als Volkskrankheit 31, 63, 194, 306, 340, 355, 385, 489; internationaler Kongress in Neapel 823; Ausbreitung 357; ihre Beziehung zu denäusseren Lebensverhältnissen 358; Vorkommen unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung 359; in der Armee 360; unter den Hausthieren und ihr Verhältniss zur Ausbreitung der Tuberkulose unter den Menschen 361; Tuberkulose und Tuberkelbazillen 385; Uebertragung 386; Mischinfektion dabei 387; Erblichkeit, Disposition, Immunität 387; Tuberkulose und Trauma 389; Seradiagnostik 389; Verhütung im Kindesalter 479; Vorsichtsmassregeln zu ihrer Verhütung mit Rücksicht auf Wohnungs- und Arbeitsräume und auf den öffentlichen Verkehr 480; Verhütung in Spitälern 480; Vorbeugung in Beziehung auf Nahrungsmittel 480; Heilbarkeit 489; arzneiliche Behandlung 490; Behandlung mit Tuberkulin 491; klimatische Behandlung 491; hygienisch-diätetische und Anstaltsbehandlung 492; Behandlung durch Hydrotherapie 493; mit Zimmetsäure 493; mit Serum 494; durch Operation 495; Uebertragung durch Staub 522; Bekämpfung in der Schule 661; Bekämpfung nach den Anschauungen eines praktischen Arztes 738; Immunisirung dagegen und Serotherapie 763; Heilstättenwesen, Zeitschrift dafür 823; s. auch Heilstätten.
Tuberkulosefrage in England 747.
Typhus, in Hamburg durch Milch 119; über seine Aetiologie in lokaler und zeitlicher Beziehung 181; im Reg.-Bez. Trier 351; in Löbtau 256, 536; Serodiagnose 864.
Typhusepidemien und Trinkwasser 256.

Unbemittelte, deren Krankenversorgung 559.
Unfall und Tod durch Herzschlag 369, durch Selbstmord 369, und Leistenbruch 369, u. Wirbelsäulenverkrümmung 589, u. Tabes 593, u. Neurasthenie 595, u. doppels. eitrige Brustfell- und Brustfellentzündung 620, u. Darmdurchbruch in Folge von Gallen- und Kothstein 622, u. Strahlenpilzkrankheit 756, u. Hysterie 222, u. Krebs 225.
Unfallpraxis, augenärztliche 864.
Unfallrentner, deren Pflicht zur Duldung von Operationen 522.
Unfallverletzter, dessen Weigerung

einer mediko-mechanischen Behandlung 300, Entlassung aus dem Krankenhause wegen Auflehnens gegen die Hausordnung 301, Aufforderungen seitens der Berufsgenossenschaft sind an den gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen u. nicht an diesen selbst zu richten 521, Ueberweisung in Krankenhäuser 626, Rentenerhöhungsanträge 626, Verpflichtung zur Krankenhausbehandlung 803.
Ungarn, das Gesundheitswesen und Medizinalpersonal das. 341; Massregeln gegen Anchylostomiasis 858.
Unsittlichkeit, deren Bekämpfung 192.
Unzüchtige Handlungen mit Pflegebefohlenen seitens eines Krankenwärters sind nicht aus §. 174 Nr. 3 Str.-G.-B. strafbar 65.

Vanille 190.
Venerische Krankheiten, deren Bekämpfung 727.
Ventilation, über deren Werth 772.
Verblutung, Neugeborener aus der Nabelschnur 569.
Verbrennungstod, Beitrag zum Sektionsbefunde bei demselben 405.
Verein deutscher Irrenärzte, dessen Jahresversammlung 131.
Vergiftung mit Tinctura Strophanti 609.
Verhungern, Tod durch 38.
Verkürzung des Beines um 2 cm bedingt keine Erwerbsbeeinträchtigung
Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte 194, 267, 488, 566, 692; des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 199, 267, 668, 687, 716; s. auch Medizinalbeamte, Kongresse und Vereine.
Versicherungsarzt, Handbuch 337.
Vertreter von Aerzten, approbirte, deren Meldepflicht beim Physikus 506. Vertretung von Aerzten durch nicht approbirte Personen 506.
Verunreinigung der Kötzschau u. Orla 53.
Viehhöfe, öffentliche, deren Bau, Einrichtung u. s. w. 122.
Volksbäder, Preisausschreiben f. mustergültige Pläne dazu 564.
Volksheilstätten für Nervenkranke 801, für Lungenkranke 63, 492, 496, 497, 766, 823; s. auch Heilstätten.
Volkshygiene deutscher Verein daf. 536.

Wanze, die Uebertragung von Krankheitserregern durch dieselbe 726.
Warners Safe Cure, d. Anpreisung 132.
Wasserläufe, deren Verschmutzung und Infektionsgefahr 529.
Wasseruntersuchungen, deren Bedeutung 716.
Wein, über die Grenzen des zulässigen Gehaltes an schwefliger Säure 259.
Weingesetz, dessen Revision 131.
Weinstatistik (1896) 55, (1897) 735.
Westafrika, Gesundheitsverhältnisse daselbst 57.
Westpreussen, Trachom daselbst 158.
Wiederholungslehrgänge der Hebammen; s. Hebammen.
Wirbelsäulenverkrümmung durch Unfall 589.
Wissenschaft, medizinische und Heilkunst 694.
Wochenbetterkrankungen, deren Entstehung 630, s. auch Puerperalfieber.
Wochenpflegerinnen, freie, sind nicht versicherungspflichtig 803.
Wohlthätigkeitsbestrebungen, moderne, wie kann der staatliche Gesundheitsbeamte seine Stellung zur Förderung derselben verwerthen 403, 644, Anhang 43.
Wohnungdesinfektion 657, durch Formaldehyd 524, 526.
Wohnungsfrage in der bayerischen Aerztekammer 822.
Wohnungsgesetz für das Reich 822.
Württemberg, Neuorganisation des ärztlichen Standes daselbst 488.
Wundarzneidiener sind nicht versicherungspflichtig 757.
Wurstfärben 16.

Zahnheilkunde, über die Einrichtungen für das Studium an den deutschen Universitäten 257.
Zehen, Verlust u. Verletzungen in Folge von Unfällen, etwaige Erwerbsverminderung 368, 520.
Zeigefinger, Verlust des linken Nagelgliedes bedingt ebenso wie Steifheit und Beugestellung des rechten vordersten Gliedes keine Erwerbsverminderung 186. 624.
Zentralausschuss, ärztl. in Hessen 131.
Zink, dessen Gesundheitsschädlichkeit 735.
Zürich, Stadt, Desinfektionsdienst daselbst 24.
Zurechnungsfähigkeit einer Brandstifterin 82, als Frage der Gesetzgebung 262, verminderte 588, deren Grenzen bei psychischen Krankheitszuständen 801.
Zwangserziehungsanstalt, Psychiatrisches aus derselben 550.
Zwangsvorstellungspsychose, progr. 724.

Namen-Verzeichniss.

Abba 737.
Adickes 775.
Adler 115, 116.
Ahlfeld 533, 630, 631.
Alexander, Karl 535, 823.
Alexander, Med.-Rath 325.
Allard 391.
Alt 556.
Althoff 193, 195.
Annuske 128.
Arndt, Abg. 448.
Arnim, von 227.
Aschaffenburg 514.
Aschenborn 31, 638, Anh. 2.
Aub 267.
Aumann 267.
Aust, Karl 629.

Babes, von 456.
Baccelli 823.
Bach, von 267.
Bachmann 754.
Baginsky 501, 532.
Bansi 722.
Barnick 656.
Bartels 57, 734, 776.
Barth 193.
Bartsch, von 127, 193, 266.
Bartsch 16.
Bechterew, von 512, 513.
Becker, Oberstabsarzt 56, 267.
Becker, Oberbürgermeiser 485.
Becker, Karl 267, 603, 666.
Becker, L. 601.
Becker (Hildesheim) 655.
Beckert, Karl 569.
Beckh 97, 688.
Behla 393.
Behr 853.
Beinhauer 641, 633, 655. Anh. 4, 25, 42, 123, 132.
Beisner 723.
Bender 486.
Beninde 522.
Berger 661.
Bergmann, von 693.
Bertog 57.
Bethmann-Hollweg, von 730.
Beyer, Ernst 557.
Biberfeld, J. 106, 605.
Birch-Hirschfeld 389, 694.
Bischoff 296.
Blaschko 564.
Bloebaum 394.
Blumberg 119.
Bock, Theodor 533.
Bockelberg, von, 441.
Bockendahl 355.
Boeckel 97.
Boettger, H. 265.
Boettiger, A. 18.
Bollinger 194, 361.
Bonhoefer 799.
Borntraeger 133, 152, 229, 666, 715.
Bosc F. J. 117.
Bosse, 126, 195, 418, 419, 420, 428, 435, 444, 485, 486, 535, 635, 638.
Brähmer (Otto) 91.
Bramann, von 622.
Brandl 734.
Brassert 149.
Bratz 619.
Braun, H. 589.
Braun (Nürnberg) 692.
Bregmann, E. 800.
Breitung 502, 766.
Brennecke 57.
Brieger 194, 398, 491, 821.
Brix 818.
Brockhaus 795.
Brouardel 502, 503.
Brucke 731, 732.
Bruett 423, 447, 448.
Bruglocher 687.
Brunn, von 524.
Buchholz 513.
Buchner (Hans) 194, 805.
Buchwald 735.
Busse, W. 190, 192.

Calmann, A. 115.
Camp, de la, 495.
Casselli 392.
Chlumsky 617.
Cervello 494.
Claren (Krefeld) 507.
Coester 114.
Colla 363.
Cortezzo 502.
Coulon 390.
Courmont 389.
Cramer A. 324, 403, 639, 770, Anh. 4, 24, 26.
Crüger 436.
Curschmann 194, 489.
Czerny 517.
Czygan 473.

Daimer, Jos. 563.
Dammer, O. 122.
Dannemann, A. 397.
Dasbach, Abg. 604.
Daude 263.
Däubler 851.
Deahna 488.
Debus 61.
Dedichen 827.

Deiters 513, 852.
Delbrück (Danzig) 719.
Deppich 720.
Dettweiler 64, 1[illegible]4, 492.
Dietrich, Abg. 127.
Dietrich (Merseburg) 57, 193, 383, 481, 558, 810.
Dietrich (Demmin) 181.
Dieudonné 596.
Dimitropol 495.
Dobszynski 738.
Doederlein 151, 760.
Doenitz 257.
Doepner 478.
Doering 57.
Dorffmeister 722.
Douglas, Graf, 443.
Drewes 56, 477.
Drews 424, 436.
Dreyer, A. 267.
Dubois 76, 77.
Duetschke 350.
Dunbar 191.
Durant, Frh. von 488.
Dybowsky 330.

Ebeling 722.
Ebstein 561.
Eggel 56.
Egger 495.
Ehrhard 488.
Eichhorst, Hermann 616.
Elfeldt 503.
Elkan 765.
Elten (Berlin) 404, 603.
Endemann 97, 128, 417, 442, 443.
Engelmann 734.
Erismann 267, 688.
Erlenmeyer 262, 458, 615.
Esmarch, Erw. von 266, 267, 662, 719, 804.
Eulenberg, H. 535.
Eulenburg, A. 604.

Fielitz 68, 404, 654. Anh. 119.
Fink 794.
Finkler-Prior 805.
Fischer, Louis 268.
Fischer (Kiel) 805.
Fischoeder 304.
Flinzer 738.
Flügge, 194, 385, 522, 524, 804.
Focke 114.
Förster Geh. Ober-Reg.-Rath 267, 418, 423, 426, 433, 437, 438, 441, 443, 445.
Foerster (Breslau) 488.
Foerster (Breslau) 694.
Fränkel, L. 64.
Fränkel, C. 194, 386, 535, 810. 849.
Fränkel, B. 195, 823.
Franke 64.
Franke (München) 334.
Freyer 181.
Friedberg 227, 420.
Friedeberg 497.
Friedlaender 737.
Fritzen 423.
Frosch 635, 739, 813.
Fuchs, Hans 729.
Fuerbringer 83.
Fuerstner, C. 29, 295.
Fuld, Alfons, 508, 825.
Funk, 692.
Furch 325.

Gabritschewsky 857.
Gaebel 64.
Gaertner, Jena 56, 809, 859.
Gaertner, Stabsarzt, 734.
Gaffky 596, 804, 866.
Galavielle 117.
Gamp 439, 440.
Gaupp 297.
Gebhard 194, 359.
Gellner 329.
Gerhard, von 64, 823, 866.
Gizycki, von 341.
Gnauck, R. 19.
Goldscheider 855.
Grashey 553, 756.
Greff 157.
Gretener 262
Griesbach, H. 604, 663.
Grill 535.
Grimm 720.
Grisar 750.
Grun 754.
Guttstadt 161.

Haab 530.
Haase (Soldin) 378, 791.
Hafemann 609.
Hagenbach-Burkhard 554.
Hahn (Martin) 194, 788.
Haier 267.
Hake, von, Anh. 4.
Halbach 501.
Halle 477.
Hansen, Abg. 438. 448.
Hansen, Kr.-Ph. 682.
Happel 256.
Hartisch 71.
Hasse 192.
Hassenstein 181.
Hauser 818.
Havemann 504.
Hayer 721.
Heilbronner 724.
Heim 267, 690.
Heinrich 418.
Helferich 530.
Hensgen 324, 403, 644; Anh. 43, 126.
Herff, von 160.
Hermanni 52.
Hesse 331, 390.
Heubner 194, 479.
Heyl v. Herrnsheim, 192.
Heymann, Br. 522.
Heymann, B. 820.
Hilbert 628.
Hillebrand 544, 796.
Hippel, von 385.
Hirsch 15.
His 338.
Hoeffel 308.
Hoeflmayer 50.
Hoesemann 56.
Hoffa, Albert 19,
Hoffmann, A. 802.
Hoffmann, H. 846.
Hohe 502.
Hohenlohe, Fürst 481.
Holthoff 16, 655; Anh. 130.
Holzinger, F. 512.
Hoppe, J. 157.
Huellmann 385.
Hueltenschmid 604.
Huepeden 28, 260.
Hueppe, Frd. 303.
Hunnius 335.
Hutten-Czapki, Graf von 485.
Jacob 195,
Jacobi 735.
Jacoby 762.
Jaeger (Königsberg) 692, 720, 809.
Janert 16.
Idelsohn 297.
Jenner 334.
Illing 688.
Imwalle 129, 427, 429, 440.
Ipsen, L. 587.

Kahlbaum 724.
Kalle 719.
Kamen 22.
Kaplan 853.
Kasel 864.
Kant 16, 655. Anh. 126, 128.
Kantzner, Karl 117.
Kanzow 752.
Keferstein 309, 325, 624; Anh. 120, 129, 130.
Kempf 308,
Kempner 728.
Kerp 735.

Kirchner 194, 257, 422, 430, 432, 456, 479 599, 638, 809, 815; Anh. 2.
Kirsch 427, 428, 443, 445, 448.
Klein 725.
Kleinert 330.
Klemperer 696.
Knapp, von 193.
Knepper 852.
Knies 861.
Kober 629.
Kobert 194, 489, 862.
Kobylecki, von 76, 77.
Koch, Robert, 64, 267, 657, 823.
Kockel 78.
Koehler 64, 194, 357, 804, 815.
Kohlstock 267.
Koppen 691.
Kornalewski, Anh. 132.
Kornfeld 111, 295, 712.
Kossel 635, 812.
Kothe 93.
Kraepelin 336.
Kreusser 723.
Krieger 64, 194, 358, 742.
Kroemer 27.
Kruse 18, 338, 805.
Kuester 487.
Kuhnt 547.
Kuré 296.

Landerer 493.
Langerhans, Berlin, 81. 126, 193, 257, 401, 420, 433, 435, 443.
Langerhans, Celle, 324, 404, 648; Anh. 65, 131.
Lannelongue 889.
Lannois 390.
Laschtschenko 522.
Lassar 195.
Ledden-Hulsebosch, van 562.
Lehmann, B. K. 333, 395, 396.
Lehnert 439, 440.
Leichenstern 627.
Lemmer 324, 404, 648; Anh. 86, 131.
Lent 131, 687, 700.
Lenzmann 98
Leppmann 641; Anh. 24, 26.
Lesenberg 503, 504.
Lesser 264.
Leube, von 194, 480.
Leuch 24.
Leyden, von 63, 194, 195, 356, 496, 823.
Lichtenberg 97.
Liebig, von 766.
Liebmann 399.
Liebreich 535.
Limburg-Stirum, Graf von 427.
Lindow 751.
Loeffler 194, 387, 804, 813,
Loewit 394.
Loth 719.
Lotichius 424.
Lubarsch 849.
Lucius von Ballhausen, Frh. 487.
Ludewig 259.
Ludwig 557.

Macke 144.
Maillart 495.
Mally 391.
Manke 101, 373.
Mantzel 81, 154.
Maragliano 494.
Markl 391.
Martens 417, 422, 423, 425, 427, 429, 434, 437, 439, 443, 447.
Marx 258, 599.
Maschka, von 132.
Maschke, M. 864.
Matignon 813.
Maxutow 255, 763.
Mayer 501, 611.
Meissen 332.
Mendel 593.
Mendelssohn 195, 865.
Merke 632.
Meschede 149.
Metterhausen 667.
Meyen 411.
Meyer (Dannenberg) 478.
Meyer (Landesrath) 496.
Meyer (Göttingen) 514.
Meyer, F. 618.
Meyboefer 507.
Mez, C. 666.
Michaelis 502.
Mikulicz 528.
Mingazzini 598.
Missmahl 60.
Moeli 638; Anh. 2.
Moenkemoeller 550, 853.
Moers 146, 796.
Moharrem 502.
Moreau 510.
Moritz 55, 730.
Motet 390.
Motta Coco, 22.
Mraceck 530.
Muehling 726.
Muehlschlegel 191.
Mueller 267.
Mueller (Grosstabarz) 699.
Mugden 502.
Musehold 191.

Nansen, Friedjof 693.
Nath 181.
Naumann 195.
Nauwerk 631.
Nehring 817.
Neidinger 723.
Neisser, Max 118, 820.
Neisser, Prof. 564.
Netsch 720.
Neumann, Max 588.
Neumann, O. 861.
Nickel 752, 754.
Nicolai, J. 118.
Niemeyer 508.
Noeller 477.
Nonne 298.
Nussbaum 722.

Obermüller 190.
Odebrecht 123.
Oebbecke 7, 328, 608, 747.
Ohlemann 8.
Ohlemueller 53.
Ohm 488.
Ollwig 734.
Oppenheim 521.
Orlandi 737.
Ostertag 602.
Ottermann 267.
Ottolenghi 510.
Ovilo 806.

Palmberg 120.
Pannwitz 194, 195, 500, 699.
Pappenheim, von 193.
Passauer 472.
Paul 726.
Pelzer 60.
Penkert 385, 848.
Peretti 802.
Perrin de la Touche 549.
Pestana 824.
Petermoeller 790.
Petersen, von 535.
Petrucci 391.
Petruschky 720.
Pettenkofer, von 456, 488.
Pfeifer 194.
Pfeiffer 256, 267, 387, 596, 739, 805, 866.
Pfeiffer, Ludwig 531.
Pfuhl 812.
Philipp 402, 404; Anh. 132, 133.
Pistor 99, 227, 638, 640; Anh. 2, 24.
Placzek 510, 588.
Plehn 56, 57.

Plettenberg-Mehrum, von 447.
Pohl 443.
Polenske 55, 192, 736.
Pollitz 641; Anh. 25.
Posadowski, von, Graf, 97, 98, 355.
Posner 776.
Prausnitz 526.
Predoehl 502.
Pribram 763.
Puppe 324, 403, 511, 644, 669, 701; Anh. 18, 42, 43.

Raabe, Bertha 664.
Rabinowitsch 189, 728.
Raths 54, 638; Anh. 2.
Rapmund 196, 197, 228, 269, 331, 404, 481, 637. 837; Anh. 1, 42, 63, 124, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134.
Ratibor, Herzog von, 356, 503.
Rayneau 390.
Reiche 502, 809.
Reimann 355, 580.
Reissig 535,
Renvers 225, 620.
Rewoldt 129.
Riceforo 617.
Richter, Rich. 73.
Richter, Carl 337.
Ricken 43.
Rickert 130.
Rieck 23.
Riedel 81.
Riese Anh. 134.
Roepke 730.
Roesner 692.
Rondelli 737.
Rost 736.
Roth 194, 478, 559, 751, 752.
Rubner 194, 480, 811.
Rudeck 767.
Rudolf 256.
Ruegenberg 129, 420, 425, 431, 438, 447.
Rufenacht-Walters 501.
Ruge 808.
Runzenberg 604.
Rusack 656.

Saenger 419, 421, 436.
Salgo 549.
Sanchez 501.
Sattler, 446.
Savigny, von, 421, 427, 428, 429, 430, 431, 443.
Schaefer 659, 860.
Schaeffer Emil, 405, 635.
Schaeffer, Oskar 530.
Schatz, Prof. 808.
Schattenfroh 759.
Schenk 295, 784.
Scherpe 734.
Schjerning 64, 194, 195, 360.
Schiller 267, 716.
Schilling, Kr.-Phys. 8, 68, 114.
Schilling, Abg., 442, 444.
Schlecht 146, 796.
Schlegtendat 43.
Schmauss 148.
Schmidt Posen 353, 849.
Schmidt (Trier) 353.
Schmidt-Metzler 775.
Schmidt, Hermann 797.
Schmidtmann 85, 638; Anh. 2.
Schmieden 194, 498.
Schmitt 148, 267.
Schneider 147.
Scholz, Ludwig 865.
Schott 692, 722.
Schottelius 332, 806.
Schrakamp 508.
Schreber 56.
Schroetter 64.
Schubert 267, 353, 717.
Schuchardt 1.
Schürmayer 527.
Schuh, von 687,
Schulz, A. 509, 751.
Schulze (Stettin) 181.
Schulzen 499.
Schultze (Bonn) 184, 370.
Schwab 25.
Schwabe 57. 777.
Schwalbe 481, 561, 700, 774.
Schwartz (Köln) 794.
Schwartzkopff 193.
Schwarz, Oskar 658.
Schwarz, Otto 121.
Schweinitz, von 494.
Sedlmayr, Gabriel 488.
Seelos 757
Seifert 495.
Seliger 49.
Siedamgrotzky 155.
Siehe 867.
Sieradzky 798.
Simon 304.
Sioli 149.
Smith, A. 17.
Solbrig 33.
Sollier 391.
Sommer 511.
Sommerfeld 154.
Sonntag 735.
Spiess 688.
Springfeld 159, 665.
Stadelmann 759.
Stahr 638; Anh. 2.
Steinberg 644, 655; Anh. 42, 128.
Stempel 632.
Stern 852.
Stich 688.
Sticher 522.
Sticker 596, 598, 804, 866.
Stolper 623.
Stoss 301.
Strassmann 307, 719.
Struckmann 488.
Strümpel 595.
Studt 635, 638, 775.
Suck 662.
Surminski 472.

Tafel 723.
Tecklenburg, A. 365.
Telke 146, 796.
Tergast 165.
Thiele 395.
Thiem 222.
Thierfelder 809.
Thoele 851.
Thomsen 184.
Tjaden 537, 631.
Tippel 26, 612.
Trost 43.
Trzaska, von 181.

Uhlenhuth 821.
Uhthoff 512.
Ungar 146, 797.
Urbanowiez 535.

Vanselow 146, 181.
Vaughan 502.
Viereck 504.
Villaret 560, 600.
Virchow 100, 125, 194, 480.
Vogel, M. 550.
Voigt, L. 24.
Voigt, L. (Cammin) 181.
Voisin 391.
Vollmer 502, 765.
Vorster 65.
Votteler 151.

Wachholz 741, 851.
Wahneau 860.
Waibel 182.
Wallichs 354, 404, 700, 723.
Weber 194, 491.
Weber, A. 733.
Wehneer 560, 654; Anh. 120, 127, 133.
Weichselbaum 633.
Weicker 502.
Weiland-Neuss 508.
Weingart, Albert 588.
Werdeck, von, 129.

Wernicke 84, 267, 771, 804, 849.
Werner 194.
Wex 471.
Weyl 633, 692.
Weyrauch, von 193.
Wickel 18.
Wiedner 655; Anh. 122, 128, 132, 133.
Wilckens 119.
Wilhelmi 506.
Wilm 805.
Windisch 55.
Winkler, F. 16.
Winkler, Abg. 418, 429, 437, 440, 442.
Winternitz 493.
Wirsch 796.
Wolf 395.
Wolff-Gorki von, 418, 423, 424, 426.
Wolff-Elberfeld 508.
Wolffberg 75, 76, 77.
Wolfhügel 132, 267.
Wollenbe g 801.
Wutzdorf 192, 688; Anh. 2.

Zedlitz und Neukirch, Freih. von, 425, 429, 431, 433, 436, 437.
Zedlitz-Trützschler, von 775.
Zenetti 488.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 1. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 1. Januar.

Beitrag zur Simulation geistiger Störung.

Von Ober-Medizinalrath Prof. Dr. **Schuchardt** in Gehlsheim, Direktor der Landes-Irrenanstalt daselbst.

Am Dienstag Abend, den 12. November 1895, wurde im Dorfe Buchholz bei Schwaan i. M. der Schuhmacher Hildebrand ermordet. Der Verdacht der Thäterschaft fiel auf den bei Hildebrand in Arbeit stehenden Schuhmachergesellen Wiese, welcher auch in der Nacht der That aus Buchholz verschwand.

W., der bei dem H. unter dem falschen Namen „Friedrich Werk“ gearbeitet hatte, ging nach der That zu Fuss nach Rostock, fuhr in derselben Nacht von Rostock nach Berlin, woselbst er gegen 7 Uhr Morgens ankam. Am Abend des 15. November ist er im Gasthof „Zu den drei Linden“ in Salzwedel unter dem falschen Namen eines Böttchermeisters Wilcke aus Grasleben eingekehrt und hat sich dort mehrere Nächte aufgehalten. Am 18. November ist er nach Siedenlangenbeck abgereist und am 11. Dezember in Bielefeld, wo er unter dem Namen Rohde arbeitete, verhaftet, nachdem inzwischen ermittelt war, dass der am Abend des 12. November in Buchholz bei H. gestohlene Ueberzieher von W. in Siedenlangenbeck für 4 Mark versetzt war, dass W. die Quittungskarte dem Fr. Werk in Grimmen gestohlen und gefälscht, sowie ein von ihm benutztes Arbeitsattest selbst fälschlich angefertigt hatte, und dass er nicht Friedrich Werk, sondern Albert Wiese heisse.

In der Voruntersuchung erklärte W., er sei nicht der Mörder gewesen, er habe sich überhaupt niemals in Buchholz bei Schwaan i. M. aufgehalten. Bei dieser Angabe ist er geblieben,

auch nachdem ihm die einzelnen Momente zum Vorhalt gebracht waren, die jeden Zweifel darüber ausschlossen, dass er der angebliche Geselle Werk sei. Erst als die Anklage gegen ihn erhoben und ihm zugestellt war, als er sah, dass trotz seines Leugnens der Anschuldigungsbeweis aufrecht erhalten sei, erst jetzt hielt er den Zeitpunkt für gekommen, seinen negativen Standpunkt aufzugeben und zu einer anderen Darstellung überzugehen.

W. giebt nun zu, bei dem Schuhmacher Hildebrand in Arbeit gestanden zu haben. Er behauptet, am 12. November habe der Meister ihm wegen der Quittungskarte Vorwürfe gemacht und ihm am Nachmittag des Tages andauernd vorgehalten, dass diese Karte gefälscht sei. Er habe schliesslich zugeben müssen, dass er nicht Friedrich Werk, sondern Albert Wiese heisse, habe auch zugegeben, dass er Frau und Kind habe. — Der Meister habe auch am Abend seine Vorhaltungen wiederholt und ihm Vorwürfe gemacht, er (W.) habe schliesslich gestehen müssen, dass er auch steckbrieflich verfolgt werde.

Hierauf sei der Meister plötzlich aufgesprungen und habe gesagt: „Packen Sie Ihre Sachen und machen Sie, dass Sie aus dem Hause kommen. Keine Nacht mehr behalte ich Sie im Hause!“ Der Meister habe ihn sodann angegriffen und ihm die Thür gewiesen.

Nun nahm W. sein Besteckholz und schlug den Meister über den Kopf; der Meister fiel zu Boden und während derselbe auf dem Boden lag, brachte W. ihm mit einem auf dem Arbeitstisch liegenden Dolchmesser einen Schnitt über den Hals bei. Der Meister blutete stark, und über diesen Anblick will W. in Ohnmacht gefallen sein. Als er wieder zu sich gekommen, sei er in die Schlafstube gegangen, habe das Gesangbuch geholt und dann neben der Leiche in Reue und Verzweiflung ein Gesangbuchlied gelesen. Darauf habe er beschlossen, seinem Leben ein Ende zu machen, er habe nur vorher noch einmal seine Frau und sein Kind, um die er sich längere Zeit schon nicht gekümmert habe, sehen wollen. Er sei deshalb nochmals in die Schlafstube gegangen und habe sich die verschiedenen Kleidungsstücke geholt. In derselben Nacht sei er nach Rostok gelaufen, sei Morgens in Berlin angekommen und schon am 14. November in Salzwedel gewesen.

W. ist geboren in Wedlenstedt in Braunschweig, war zur Zeit der That 33 Jahre alt, verheirathet und Vater eines 11 jähr. Kindes. Seine Frau hat er in der Ehe roh misshandelt. Vielfach machte er sich Schwindeleien und Betrügereien schuldig. Im Jahre 1888 verzog W. nach Braunschweig und blieb dort bis Anfang November 1894; er verliess zu dieser Zeit seine Familie und kümmerte sich nicht mehr um dieselbe. Er hat während seines Aufenthaltes in Braunschweig wenig gearbeitet, aber viel in Wirthshäusern verbracht und stets auch das schwer Verdiente der Frau mit durchgebracht. Kurz vor seinem Weggang von Braunschweig hat er sich der verschiedensten strafbaren Handlungen schuldig gemacht — Diebstahl, Betrug, Unterschlagung.

Ebenso hat er in Kiel am 21. November 1894 einen Diebstahl verübt. Um sich nun der steckbrieflichen Verfolgung zu entziehen, ist er dann unter den verschiedensten Namen umhergewandert; im Oktober 1895 hat er in Grimmen die auf den Namen Friedrich Werk lautende Quittungskarte gestohlen und ist nachdem er sie gefälscht, sowie mit einem anderen gefälschten Arbeitsattest am 12. Oktober 1895 in Buchholz bei Schwaan i. M. angekommen und bei H. in Arbeit getreten.

Unter dem 23. März 1896 wurde W. durch das Schwurgericht zu Güstrow wegen Raubmordes zum Tode verurtheilt. In der öffentlichen Schwurgerichtsverhandlung hat sich W. in auffallend gewandter, geschickter und präziser Weise vertheidigt und sich als eine in geistiger Hinsicht überaus klare und scharfe Persönlichkeit gezeigt.

W. legte sofort gegen seine Verurtheilung Revision ein und begründete dieselbe folgendermassen:

1. Es ist von vornherein nicht festgestellt, dass die Schläge auf den Getödteten mit dem Beil vollführt sind. Es hat auch der Sachverständige Herr Ober-Medizinal-Rath Dr. Lesenberg keineswegs mit voller Sicherheit in Abrede genommen, dass die fraglichen Schläge nicht auch mit dem Besteckholz konnten geschehen sein.

Auch haben Frau Bockholt und ihr Sohn nicht bezeugen können, dass sie am Morgen des 12. Novembers das fragliche Beil in der Küche gesehen haben.

„Ich habe schon in der gestrigen Sitzung darauf hingewiesen, dass das Beil von Hildebrand in der Werkstätte benutzt sein kann und zwar bei Reparatur der Leistenborten."

2. Der Herr Staatsanwalt hat in seinem Playdoyer gänzlich ausser Acht gelassen, dass Hildebrand vom Schulzen Bannier, vom Postboten Wischendorf und von seiner Mutter darauf hingewiesen ist, dass die beiden Papiere gefälscht seien. Aus solcher Hinführung heraus ist der von mir behauptete Streit am Tödtungstage sehr wohl begreiflich.

3. Desgleichen hat der Herr Staatsanwalt gänzlich ausser Acht gelassen, dass der Knabe nicht in der Lage gewesen ist, beim Zubettgehen zu beobachten, dass die obere Kommodenschieblade zu war. Dieselbe ist schon am Abend auf gewesen.

4. In der Voruntersuchung ist von den Zeugen Frau Bockholt und Sohn fest behauptet worden, ich habe die Hofthür fest verschlossen und verhängt, während in der gestrigen Verhandlung die beiden Zeugen ebenso fest behauptet haben, dass dies von dem Getödteten geschehen sei.

Ich habe die That nie geplant und mit Ueberlegung ausgeführt.

Es geht aus der Abfassung dieser Revision die scharfe Beobachtung und die geistige Gewandtheit des W. hervor hinsichtlich der Verwerthung aller und jeder Dinge. Er zieht aber auch die Möglichkeit der Verwerfung seiner eingelegten Revision in Betracht und äussert einige Tage nach Abgabe derselben zu dem Gefangenwärter, „wenn meine Revision verworfen wird, dann will ich denen in Mecklenburg noch etwas zu rathen aufgeben, dass man mich nicht kriegen kann".

Am 26. April 1896 wird dem W. durch den Gefängnissgeistlichen mitgetheilt, dass die gegen das schwurgerichtliche Urtheil eingelegte Revision verworfen sei. Am 30. April, Abends nach 9 Uhr, ist dann W. in seiner Zelle plötzlich umgefallen. Er wurde entkleidet und zu Bett gebracht. Von nun an sass W. still und stumm da, sah vor sich hin, hielt die Augen halb ge-

schlossen und verstand anscheinend nichts, was mit ihm gesprochen wurde. Eines Nachts versuchte er seine Zelle in Brand zu setzen und verweigerte einige Tage hindurch jede Aufnahme von Nahrung, so dass ihm solche mit Gewalt beigebracht werden musste. Es wurde ihm dann die Nahrung in die Zelle gesetzt und er allein gelassen; er fing dann wieder freiwillig an, alle Nahrung zu nehmen.

Von Seiten der Staatsanwaltschaft wird dann der Kreisphysikus San.-Rath Dr. Reuter zu Güstrow zum Erachten über den Geisteszustand des W. aufgefordert. Der Sachverständige giebt unter dem 21. Juni 1896 sein Gutachten dahin ab, dass der W. nicht als geisteskrank anzusehen sei; seine Beobachtungen sind äusserst interessant und ergaben mit Sicherheit, dass W. simulire. So wurde bei diesem in der Zeit der Nahrungsverweigerung beobachtet, dass er Nachts heimlich aufstand und, da er sich allein und unbeobachtet glaubte, Nahrungsmittel holte und verzehrte. — Als W. anfing, den Urin unter sich zu lassen, machte er jede Nacht den Strohsack nass. Der Sack wurde täglich getrocknet; als der Gefangenwärter dann eines Tages erklärte, der Strohsack brauche nicht getrocknet zu werden und dem W. Nachts wieder der nasse Strohsack hingelegt wurde, da liess er das Einnässen sofort nach und war von da ab stets Nachts trocken.

In der Nacht vom 10./11. Mai 1896 hatte W. Feuer in seiner Zelle angelegt; als es durch den Wärter bemerkt, sprang W. selbst auf, holte die Wasserkanne und goss das Wasser auf den Brandherd unter dem Geschrei „aufmachen, aufmachen“, — damit meinte er das Oeffnen der Zelle, weil er allein darin war. Auf die Frage des Wärters, wie er dazu gekommen sei, Feuer anzulegen, erklärte W., er habe es nicht gethan. — Er hatte hier also schon die volle Stummheit durchbrochen. Am Vormittag beim Verhör dieserhalb aber schwieg W. wieder beharrlich. Seitdem setzte er dann das Schweigen beharrlich fort.

Am 19. Mai 1896 fragte der Sachverständige in Gegenwart des W. den Wärter ganz beiläufig, ob W. noch nicht Nachts gesungen habe, und setzte hinzu, als diese Frage verneint wurde, es sei merkwürdig; denn solche Kranke pflegten stets Nachts zu singen. — In den folgenden Nächten fing W. an längere Zeit bald leise, bald laut unverständliches Zeug zu singen.

Er wechselte nun vielfach mit seinem apathischen Verhalten und mit verkehrtem Handeln, so z. B. urinirte er in das Essgeschirr und legte das Gesangbuch hinein. Beim Spazierengehen benahm er sich, als ob er die Beine nicht bewegen könne, stand regungslos auf einem Fleck. Zuweilen kamen dann auch korrekte kurze Antworten; als der Wärter z. B. einmal fragte, ob er noch ein Stück Brot haben wolle, streckte W. die Hand aus und sagte „ja“.

Wie schon erwähnt, kam der Sachverständige in seinem Erachten zu dem Schluss, dass W. simulire, dass er nicht geisteskrank sei.

Unter dem 29. Juni 1896 wurde dann von der Staatsanwalt-

schaft auf Anordnen des Grossherzoglichen Justizministeriums noch ein Obererachten über die Frage, ob der Schuhmachergeselle W. zur Zeit geisteskrank sei, verlangt. — Zu diesem Zweck wurde der W. vom Verfasser mehrere Male im Landgerichtsgefängniss zu Güstrow untersucht und vorübergehend beobachtet, dann aber für Monate im Landgerichtsgefängnisse zu Rostock fast täglich besucht und beobachtet.

W. zeigte in seinen körperlichen Verhältnissen keinerlei Besonderheiten oder krankhaften Veränderungen. Er sass in starrer Haltung still, mit geschlossenen Augen auf einem Klappstuhl, erhob sich auf Aufforderung, ging auch auf Aufforderung in der Zelle auf und ab. Trotz anscheinend festgeschlossener Augen vermied er beim Herumgehen stets jedes Hinderniss. Während langer Zeit war es nicht möglich, dem W. irgend eine Antwort, irgend eine Aeusserung zu entlocken, auffallend war nur, dass er bei Neckereien oder bei Erwähnung der eventuellen Todesstrafe stets erregt und heftig wurde. Er warf mit Löffel, Pantoffeln und sonstigen Gegenständen nach jenen Personen, welche ihm in der erwähnten Weise entgegengetreten waren. Bei Gelegenheit einiger Douchebäder schrie W. laut und äusserte auch in Worten seinen Unwillen. Das Interesse für die Vorgänge um ihn herum zeigte er besonders auch dadurch, dass er über allerlei komische Erzählungen und Geschichten häufig lachte. Die erste spontane mündliche Aeusserung that W. in der Nacht vom 25./26. August 1896, indem er die Nachtwache ansprach. In den letzten Tagen des August zeigte er sich entschieden regsamer und lebhafter, verunreinigte aber einmal die Hose mit Urin, worüber er auf Vorhalten lachte; in gleicher Weise benahm er sich Anfang September, als er Nachts in's Bett gepisst hatte. Von Anfang September an kam es schon häufiger vor, dass W. mit den Wärtern sprach; er beschäftigte sich dabei viel mit der ihm drohenden Strafe und schimpfte stets auf den ersten Staatsanwalt. Er gab nun auch zuweilen in seinen Gesprächen an, wie er seine Wächter bange gemacht und ihnen allerlei vorgemacht habe. Mit dem Sachverständigen hatte W. bis zum Anfang September noch kein Wort gesprochen. Auf erhaltene Instruktion hin ging der Gefangenwärter am 5. September in längerer Unterhaltung mit W. auf die Möglichkeit ein, wie er vor der Hinrichtung zu bewahren sei. Der Gefangenwärter erklärte ihm, dass nur der Sachverständige ihn davor bewahren könne, es sei aber nothwendig, dass W. mit demselbe spreche; überhaupt sei der Sachverständige verwundert, dass er (W.) noch nicht wieder ordentlich spreche, denn schliesslich fingen alle Geisteskranken wieder an zu sprechen. Am nächsten Tage, den 6. September, fragte der Gefangenwärter dann den W., ob er nicht lieber nach der Irrenanstalt wolle, als im Gefängniss bleiben. W. sah darauf den Gefangenwärter an und erklärte in fliessender Sprache, er wolle lieber nach der Irrenanstalt, jedenfalls wolle er nicht in das Gefängniss zu Güstrow, dort hätten sie ihn schlecht behandelt. Er kam noch ausführlich auf die That zu sprechen und betonte stets, dass er dieselbe ohne Ueberlegung begangen habe.

Nach längerer eingehender Unterhaltung bat dann W. um zwei Flaschen Bier, die er mit Behagen austrank. Seit dem nun war das Benehmen ein gleichmässiges; er ging ruhig umher, hielt die Augen geöffnet, sprach in geordneter Weise mit dem Gefangenwärter, weinte auch zuweilen beim Sprechen über die That. Kam jedoch Jemand anders als der Gefangenwärter zu ihm, so schloss W. wieder die Augen und wurde einsilbiger.

Seit der erwähnten ersten eingehenden Unterredung sprach aber W. auch regelmässig mit dem Sachverständigen und schaute denselben dabei voll an. Seine Aeusserungen dem Sachverständigen gegenüber betrafen nur seine augenblickliche Lage; er machte aber stets allerlei Andeutungen, man lasse ihn nicht in Ruhe, man treibe Schreckliches mit ihm. Nach einiger Zeit wurde W. wieder schweigsamer; entschieden schwieg er aus Vorsicht; dem Gefangenwärter gegenüber blieb er dagegen in der gleichen gesprächigen und mittheilsamen Weise. W. liess sich nun durch Direktiven des Gefangenwärters vollständig in seinem Verhalten gegen den Sachverständigen leiten. So sagte ihm derselbe, er solle nur bei der Anrede den Sachverständigen „Herr Pastor“ ansprechen, oder „Herr Staatsanwalt“. Sofort that dies W. beim Besuch des Sachverständigen.

Mit dem Gefangenwärter besprach W. auch ganz eingehend seine Zu-

kunft; er gab an, er werde nun wohl in die Irrenanstalt kommen; länger als zwei Jahre werde er da wohl nicht bleiben müssen, dann werde er wohl als gesund entlassen. Nach seiner Entlassung wolle er anfangen regelmässig und fleissig zu arbeiten, um es zu etwas zu bringen. — Ein Geständniss aber, dass er in der vergangenen Zeit mit Absicht und Ueberlegung geschwiegen habe, die Augen stets absichtlich geschlossen gehalten habe, war von W. nicht zu erhalten.

Bei W. hat in der ganzen Zeit während der Voruntersuchung und bei der Schwurgerichtverhandlung in keiner Weise der Verdacht auf geistige Störung auftauchen können; er zeigte sich stets als geistig klar und ungetrübt, sogar von ungewöhnlicher Schärfe des Urtheils. Auch nach seiner Verurtheilung verlässt ihn die geistige Klarheit und das ruhige Urtheil nicht; er reicht eine präzise Revision beim Reichsgericht ein. Trotz eingelegter Revision zieht er auch die Möglichkeit des Missglückens derselben sofort in Betracht; er lässt sich nun seinem Wärter gegenüber zu der Bemerkung verleiten, „wenn ich mit meiner Revision kein Glück habe, dann will ich denen in Mecklenburg noch etwas zu rathen aufgeben, dass man mich nicht kriegen kann“. Er soll sogar zu der Aeusserung sich haben hinreissen lassen, „dann werde ich geisteskrank“. W. bleibt dann auch noch einige Tage nach erhaltener Mittheilung von der Ablehnung der Revision in ganz geordnetem Verhalten. Am 30. April, Abends, fällt er dann in der Zelle um, zeigt von da an die absolute Schweigsamkeit und Stumpfheit. — Diese Stumpfheit und Versunkenheit traten aber häufig mit dem übrigen Verhalten des W. in Widerspruch. Er beobachtete scharf seine Umgebung, er verfolgte genau alle Vorgänge; er hielt nie die Augen ganz geschlossen, er liess stets eine kleine Spalte zwischen den Augenliedern offen, so dass er auf diese Weise alle Vorgänge um sich herum beobachten konnte. Wie wenig versunken er war, zeigte W. auch immer bei Gelegenheit von Neckereien, wo er sofort zur Abwehr überging und öfter aggressiv vorging. Er ging auch auf gelegentlich in seiner Gegenwart gemachte Andeutungen hinsichtlich seines Verhaltens ein; so fing er sofort in der Nacht an zu singen, als der Sachverständige San.-Rath Dr. Reuter erklärt hatte, es sei auffallend, dass W. nicht zuweilen Nachts singe. Als ihm in Rostock gesagt wurde, man halte ihn für geisteskrank, nur stimme mit der geistigen Störung nicht überein die dauernde Stummheit, fängt W. an zu sprechen. In korrekter und umsichtiger Weise bespricht er dann seine Zukunft und seine Aussichten. Alle diese Züge und das ganze Gesammtverhalten decken sich nicht mit dem Bilde einer geistigen Störung; die vorgetäuschte tiefe Apathie und geistige Benommenheit stellt sich durch die stets wieder auftretende und deutlich hervortretende klare Besonnenheit und scharfe Kritik in vollem Widerspruch mit einer wirklichen tiefen Apathie und schweren geistigen Benommenheit. Die Andeutungen von Sinnestäuschungen, besonders von Gesichtstäuschungen, die hin und wieder von W. gemacht wurden, treten hinsichtlich des wirklichen Bestehens von Sinnestäuschungen in vollen Widerspruch durch die eigenen Angaben des W., dass er dies alles nur vorgebracht und

gesagt habe, um seine Wächter bange zu machen und in Unruhe zu bringen.

Alle diese Widersprüche in dem Verhalten des W. zusammen mit den klaren Aeusserungen bezüglich seiner Zukunftspläne und seiner Hoffnungen machen es zur vollen Sicherheit, dass W. nicht geisteskrank ist, sondern nur in überlegter und beabsichtigter Weise geistige Störung vortäuscht. Eine ganz besondere Stütze erhält dann diese Ansicht durch die Thatsache, dass W. eigentlich vorher diese Vortäuschung einer geistigen Störung annonzirt hatte.

Wenn nun auch alle diese Thatsachen für die Täuschung, für die Simulation einer geistigen Störung sprechen, so wird doch eigentlich erst der volle Beweis der Simulation durch das eigene Geständniss der Simulation, dass eben alle zur Schau getragenen Erscheinungen einer geistigen Störung lediglich mit Absicht vorgetäuscht seien, dass eine bewusste Simulation geistiger Störung vorgelegen habe, geliefert. Dies Geständniss fehlt bei W. Trotz dieses Fehlens lautet jedoch in Folge des klaren Beweises der übrigen Resultate der Beobachtung und Untersuchung das Gutachten dahin, dass W. nicht geisteskrank sei.

W. wurde Anfang Oktober 1896 wieder nach dem Landgerichtsgefängniss zu Güstrow zurückgeführt. Von nun an verhielt sich W. auch wieder in der alten Weise stumm und apathisch mit geschlossenen Augen.

Am 8. Juni 1897 wurde W. dem ersten Staatsanwalt vorgeführt und wurde ihm von demselben mitgetheilt, dass Seine Hoheit der Herzog Johann Albrecht beschlossen habe, von Allerhöchst seinem Begnadigungsrecht keinen Gebrauch machen zu wollen, und dass er den Befehl ertheilt habe, die erkannte Todesstrafe zu vollstrecken, dass demgemäss die Vollstreckung der Todesstrafe auf morgen (den 9. Juni 1897) Früh 6 Uhr bestimmt sei. Hierauf erklärte nun der W. mit lauter Stimme: „Ich bin mit dieser Entscheidung zufrieden und sehe der Vollstreckung der Strafe mit Ruhe entgegen.“ Von ganz besonderem Interesse sind dann noch die weiteren Angaben, welche W. dem Staatsanwalt gemacht hat. Er sprach nochmals die That durch und blieb auch jetzt noch bei seiner Angabe, dass er nicht mit Ueberlegung dieselbe ausgeführt habe.

W. wurde dann aufgefordert, sich darüber zu äussern, wie er dazu gekommen sei, seit fast einem Jahre nicht zu sprechen. Er erklärte darauf, dass ihm während der Untersuchungshaft im Landgerichtsgefängniss zu Rostock der Gefangenwärter gesagt habe, wenn er frei kommen wolle, dann müsse er sich verrückt stellen, er müsse einen Quatsch sprechen. Als er dann später nun zur Beobachtung seines Geisteszustandes wieder nach Rostock gebracht worden sei, habe ihm der Gefangenwärter wieder gesagt, er solle Quatsch sprechen, es sei die höchste Zeit, dass er dem Professor mit Quatsch unter die Augen gehe, dann komme er nach der Irrenanstalt; dort solle er dann wenigstens $^1/_2$ Jahr sich verrückt stellen und dann etwas besser werden; gleich dürfe er nicht wieder vernünftig werden, da man sonst auf den Gedanken

kommen könnte, als wenn er täuschen wolle. Er habe sich von Anfang an vorgenommen, die Rathschläge des Gefangenwärters zu befolgen, denn sonst habe er doch schon in der Hauptverhandlung sich verrückt stellen können; er habe aber gehofft, mit 15 Jahren Zuchthaus abzukommen, und gedacht, die Zeit würde dann auch wohl hingehen.

Wenn er einige Tage, nachdem er in Erfahrung gebracht, dass seine Revision verworfen sei, Abends in der Zelle umgefallen sei, so habe er dies nicht absichtlich gethan; er sei in Folge von Schwäche umgefallen. Er habe während der Zeit seines Schweigens alles bemerkt, was um ihn vorgegangen sei, er sei also stets bei klarem Verstand gewesen.

Durch dieses umfassende Eingeständniss wurde nun noch das letzte Glied der Beweiskette der Simulation geistiger Störung ergänzt. Der objektive Befund auf Grund der Untersuchung und Beobachtung hatte schon mit Sicherheit zu der Annahme der Simulation geführt. Hervorgehoben muss aber noch werden, dass auch im letzten Augenblick sich noch der rachsüchtige und gewaltthätige Charakter des W. zeigt, indem er in seinem Eingeständniss versuchte, den Gefangenwärter zu Rostock zu verleumden. W. wusste recht gut, nachdem seine Beobachtung bezüglich seines Geisteszustandes zu dem Resultat des Nichtbestehens geistiger Störung geführt hatte, dass besonders der Gefangenwärter mit dazu beigetragen hatte, ihn zu entlarven. Nun wollte er wenigstens zuletzt noch Rache an demselben dadurch nehmen, dass er ihn beschuldigte, er habe den Gedanken der Simulation erst in ihm angeregt.

Nach der psychologischen Seite hin hat dieser Fall Wiese gewiss ein ungemein grosses Interesse.

Die Krankheiten der Sachsengänger und ländlichen Arbeiter.

Von Kreisphysikus Dr. Schilling - Querfurt.

Als einziger Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege im Kreise liegt dem Physikus ob, nicht blos die im Laufe der Monate von den Aerzten einlaufenden Meldekarten für ansteckende Krankheiten zu sammeln und darüber in dem Vierteljahrsbericht der Regierung, dort, wo ein solcher noch eingefordert wird, Auskunft zu geben, sondern er muss auch einzelne Bevölkerungsklassen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes fortgesetzt im Auge behalten und Vorschläge zur Abhilfe auffallender Schäden dem Landrathsamte machen.

Der Kreis Querfurt, welcher von dem historisch bekannten und naturschönen Unstrutthale durchzogen wird und sich zum Theil noch an die goldene Aue anlehnt, wird hauptsächlich von meist wohlhabenden Landwirthen bewohnt, welche theils Viehzucht treiben, theils den Acker mit Getreide, Futterfrüchten, Kartoffeln und vornehmlich mit Zuckerrüben bebauen. Gegen die Landwirthschaft treten die Forstwirthschaft, die Kalkbrennereien, Ziegeleien,

kleinen Gewerbe, die Steinbruchsarbeiten, die Winzereien und die Schifffahrt im Unstrutthale weit zurück. Die Zuckerrübe ist der Drehpunkt der ganzen Jahreswirthschaft der Oekonomen, Guts- und Rittergutsbesitzer. Die Esse ist, wie ein Lieferant der Zuckerrüben einmal kurz die Zuckerfabrik bezeichnete, der Mittelpunkt einer $^3/_4$ Jahre dauernden, anstrengenden und kostspieligen Arbeit, welche von Maschinen und vielen Menschenhänden Jahr aus Jahr ein ausgeführt wird, seitdem der Zuckerrübenbau zur gewinnbringenden Industrie erhoben wurde.

Die einheimischen ansässigen, sog. kleinen Leute, welche kaum einige Morgen Land haben oder ohne Ar und ohne Halm sind, reichen nicht aus für die ununterbrochene Thätigkeit der Rübenkultur. Seit Jahren wandern im Frühjahr die Sachsengänger und Sachsengängerinnen, Mädchen und Burschen im besseren Alter, aber auch noch halbe Kinder und alte Frauen, geschiedene und getrennt lebende Männer und Frauen, selbst Mann und Weib aus Ostelbien (Brandenburg, Posen, Ost- und Westpreussen, Schlesien, Galizien und Russland) — Kulis und Chinesen fehlen noch, solange die Eisenbahn Eydtkuhnen bis Port Arthur noch nicht vollendet ist — in grossen Schaaren ein und ziehen im Herbst grösstentheils wieder ab, sobald die Rübe in Mieten eingedeckt und vor Frost geschützt ist. Nur wenige Knechte und Mädchen bleiben Winters über hier, helfen bei dem Verarbeiten der Rüben in den Fabriken, verheirathen sich oder verdingen sich in Privathaushaltungen. Diese Sachsengänger sind reine Wandervögel und führen ein halbes Nomadenleben. Ihre Lebensweise, Beschäftigung, Wohnung und Ernährung übt den grössten Einfluss auf das Körperbefinden aus. An ihre Thätigkeit knüpfen sich ganz besondere, im Laufe des Jahres mit einer gewissen Regelmässigkeit wiederkehrende, je nach den Witterungs- und Arbeitsverhältnissen in ihrer Intensität wechselnde Krankheiten. Sie wohnen grösstentheils in Kasernen nach Geschlechtern getrennt in grösseren Stuben, die verheiratheten Leute auch wohl — nicht immer — für sich oder in einzelnen Stuben, Kammern oder im Stalle neben Ochsen und Pferden in bescheidenen und dürftig eingerichteten, ihren gewohnten Verhältnissen oft entsprechenden Räumlichkeiten. Ihre Kleidung ist einfach, meist besitzt der Arbeiter nur einen Arbeits- und einen Sonntagsanzug; der Arbeitsanzug genügt für die Hitze und den Regen des Sommers wie für die Kälte und den Frost des Herbstes. Die Fussbekleidung besteht in hohen Stiefeln, Strümpfe oder Fusslappen fehlen meist; während des Sommers legen die Mädchen gar oft die Stiefel fort und arbeiten barfuss. Dann sind die nackten Füsse allen Insulten der Nässe und Kälte, dem Schmutz und der Hitze ausgesetzt. Die Nahrung ist sehr mässig und für die zu leistende Arbeit nicht immer genügend. Morgens giebt es wohl warmen Kaffee, aber nicht überall und dann ohne Zubrod; Mittags isst der Arbeiter vielfach trockenes Brod, wenn nicht warme Kost in's Feld gebracht wird, und Abends wird wieder kalt gegessen oder, wenn Mittags warme Kost fehlt, Kartoffeln mit Hering, Leguminosen oder

Reis auf den Tisch gebracht. Fleisch gehört meist nur Sonntags zur Nahrung. Dabei arbeiten die Leute vom frühen Morgen bis zum Abend, machen eine Stunde Mittags- und eine kurze Frühstücks- und Vesperpause. Die Mittagsruhe wird nach dem Einnehmen der Mahlzeit durch Niederlegen auf dem freien Felde gehalten, wo selten eine Mütze oder höchstens bei den Mädchen ein Kopftuch oder die Schürze das Gesicht vor Insekten und Sonnenstrahlen schützt. Anstrengend ist das Pflanzen, Hacken, Säen, Fahren, Binden, Aufladen, Karren, Schippen etc., denn stets wird Klage Sonntags über allerhand Muskel- und Gliederschmerzen geführt; die Arbeit in Akkord bei dem Rübenhacken und Rübeneinmieten bringt meist Ueberanstrengung und Krankheiten hervor, die sich in Waden-, Arm- und Brustschmerzen und bei nasser Herbstwitterung in Rheumatismen, Bronchial- und Darmkatarrhen mit wochenlanger Bettlägerigkeit erkenntlich machen. Meist arbeiten die Leute in gebückter Haltung, oftmals stundenlang in nasser Kleidung, oft ohne Schuh, im Sommer in grösster Hitze, im Staube und Drecke, im Herbst in der Nässe, Kälte und im Frost. Dabei drohen ihnen die Gefahren des ihnen nicht immer bekannten Betriebes der Maschinen, der Säh-, Mäh- und Dreschmaschinen, des Göpels, des Fuhrwerks, der oft ungeberdigen Ochsen und Pferde, der Gabel, Sichel und Sense, die ihnen gelegentlich viele leichte, die durch Vernachlässigung dann zu schweren werden, oft auch schwere und sogar lebensgefährliche und tödtliche Verletzungen bringen. Einen grossen Theil einer mühseligen Arbeit, das Rübenziehen, nehmen ihnen die Schulkinder armer Eltern ab, die sich dadurch einen Verdienst, wenn auch meist auf Kosten der Gesundheit und des Schulunterrichtes, zu gewinnen suchen.

Dass eine so vielseitige, ohne überängstliche Rücksicht auf die Witterungsverhältnisse erfolgende Arbeit den Körper, welcher noch wächst und in diesem Alter sich kräftigen soll, abnutzt, die Gesundheit schädigt und schwache Individuen nach wenigen Jahren zu Invaliden macht, liegt auf der Hand. Dazu kommen noch Schäden, welche den katholischen Arbeitern ihre kirchlichen Sitten bringen. Sonntags machen die Arbeiter einen weiten, oft stundenweiten Weg zur Kirche, wenn keine katholische Kirche am Orte ist oder kein Gottesdienst dort stattfindet, von der sie erst spät Nachmittags oder Abends zurückkehren, anstatt Tags über auszuruhen. Vier Wochen vor Ostern essen dieselben zur Fastenzeit kein Fett und Fleisch. Muss dann nicht der Körper ermatten, wenn er 12 Stunden arbeiten soll?

Im Frühjahr muss, sobald die Sachsengänger in ihre Quartiere einrücken, zur Verhütung der Ansteckung von Krätze, Läusen und Trachom eine Revision ärztlicherseits stattfinden, die leider nicht streng gehandhabt wird. Dazu kommt bei den Russisch-Polen die Gefahr der Pockenübertragung. Ein grosser Theil dieser Arbeiterklasse ist nur als Kind oder gar nicht geimpft; fragt man, warum sie nicht geimpft sind, so heisst es, die Mutter habe sie als Kind nicht zum Impfarzt gebracht. Die Wiederimpfung wird

sofort vorgenommen, sobald keine Pockennarben der natürlichen Blattern im Gesichte sichtbar sind. Die Begründung für dies sanitätspolizeiliche Verfahren tritt in der Einschleppung der Pocken aus Russland nach Deutschland, wie es auch wieder in diesem Frühjahre der Fall war, hinlänglich zu Tage. Ebenso klar ist der Nutzen, die später von ansteckenden Krankheiten Befallenen zwangweise in die Krankenhäuser zu überführen; dahin gehören die an Unterleibstyphus, Krätze, Syphilis oder an Trachom Erkrankten. Dass dagegen sich die Frühjahrsrevision auf die ansteckenden Krankheiten beschränkt und nicht den ganzen Gesundheitszustand, namentlich die genügende körperliche Entwickelung des einzelnen Individuums berücksichtigt, halte ich für durchaus fehlerhaft, da ich öfter Arbeiter und Mädchen gesehen habe, die nur unseren 12jährigen Schulkindern an Wuchs und Stärke gleichkommen; sie sind ausser Stande, unter ungünstigen Aussenverhältnissen schwere Land- und Feldarbeit zu verrichten und verkommen geistig und sittlich. Eine Musterung nach militärischer Art ist hier unbedingt am Platze; die Schwachen müssten sofort nach Hause geschickt werden.

Bald machen sich die rheumatischen Einflüsse in Augen-, Ohren-, Hals- und Lungenleiden, Rheumatismen und Neuralgien bemerkbar, bald stellen sich in Folge der ungewohnten Kost Verdauungsstörungen ein, bald klagen die Mädchen über allgemeine Schwäche und Blutarmuth. Viele 18—20jährige Mädchen haben während ihres $^1/_2$—$^3/_4$jährigen Aufenthalts in hiesiger Gegend die Menstruation nicht, ohne schwanger zu sein.

Je mehr der warme Sommer heranrückt, desto mehr häufen sich Ekzeme, Erytheme im Gesicht, an den Ohren, den Lippen, Armen und Füssen, die nackt getragen werden. Täglich erscheinen Zahnpatienten in der Sprechstunde. Zu Zeiten mehren sich die Brechdurchfälle zu Dutzenden auf einem Gute. Viele klagen über Wadenschmerz, da sie das lange Stehen nicht vertragen können, andere empfinden unerträgliche Arm- und Brust- oder Lendenschmerzen, da die Muskulatur überanstrengt wird. Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Mattigkeit und allgemeine Abgeschlagenheit stellen sich ein in Folge des ungenügenden Essens und Trinkens; die Leute sparen mit wenigen Ausnahmen und wenden zu wenig für das Essen auf, wenn sie sich selbst beköstigen müssen.

Einige Tage Bettruhe und geordnete Diät würde sicherlich viel zur schnellen Genesung beitragen, wenn in der Küche eine einfache Wasser-, Schleim- und Mehlsuppe verabreicht würde. Indessen Krankenkost giebt es nur in Ausnahmefällen, denn die Surrogate dazu fehlen der Köchin der Kasernen in dem Speiseetat. Leider kümmern sich nur wenige Arbeitgeber in dieser Hinsicht um die Krankenpflege. Schon schimpft der Gutsinspektor oder Bauer, wenn der Arbeiter krank wird und zu Hause bleibt, noch ungehaltener wird er, wenn der Kranke nach dem Arzte verlangt, da dieser in der Regel Schonung und Bettruhe anordnet. Kommt der Kassenarzt, dann wird sofort gefragt, wie lange wird es

dauern, bis der Patient wieder an die Arbeit gehen kann, oder schnell heisst es: „Doktor, bringen Sie doch den Kranken in's Krankenhaus".

Während der Ernte giebt es allerhand leichte und schwere Verletzungen. Hier schneidet die Sichel oder Sense in den Finger, Arm oder Fuss oder in die Wade, dort schlüpft ein Mädchen in die Dreschmaschine und quetscht sich beide Schenkel ab; hier fällt ein Mann bei der ungewohnten Arbeit vom Fuder und bricht den Arm oder Schenkel, dort wird ein Bursche, der leichtsinnig vom Bocke während des Fahrens springt, über das Becken und den Leib gefahren. Bei der Rübenernte stehen die Mädchen oft, wenn der Herbst regnerisch ist, Tage lang in Nässe und Schmutz, dem selbst die hohen Stiefel nicht widerstehen können, zwischen den nassen Rüben. Da giebt es ausser rheumatischen Leiden Hiebwunden in die Finger, Hand und den Fuss, Schrunden an den Händen, schlimme Augen und Ohren und alte Leiden, von denen man früher nichts mehr wusste, brechen von Neuem aus.

Kurz, es giebt keine Krankheitsgruppe, welche nicht gelegentlich im Laufe des Frühjahrs, Sommers und Herbstes, oder sogar Winters an den Sachsengängern und landwirthschaftlichen Arbeitern beobachtet wird. Kein Gebiet der Medizin, selbst die Geburtshilfe, Gynäkologie, Syphilidologie und gerichtliche Medizin (Aborte, Kindsmord) bleibt dem Kassenarzte verschlossen. Immerhin treten aber einzelne Krankheitsgruppen besonders zahlreich auf, wie ich aus der Durchsicht der Krankenjournale unserer 14 Kassenärzte für die landwirthschaftliche Kreis-Krankenversicherung pro 1896 ersah. Ungefähr 6000 Mitglieder zählt die Kasse, nur wenige sind im Laufe des Jahres nicht, die meisten ein- oder mehrmal erkrankt. Welche Arbeit es dort für den Arzt giebt und welche Summe seitens des Kreises verausgabt wird, illustrirt die Rechnung der Kreis-Kommunal-Kasse für das Etatsjahr 1896/97.

a) Kosten für ärztliche Behandlung . . .	27 348	M.
b) Kosten für Arznei und sonstige Heilmittel .	21 216	„
c) Krankengelder	30 686	„
d) Kur- und Verpflegungskosten an Krankenanstalten	8 409	„
e) Ersatzleistungen an Armenverbände . .	587	„
f) Transport- u. Reisekosten für in Krankenanstalten untergebrachte Versicherte .	440	„
g) Sonstige Ausgaben	3	„

Demnach fehlen etwa 12000 M. an der Summe von 100 000 M.

In erster Linie stehen die chirurgischen Fälle. Kontusionen treffen gelegentlich jeden Körpertheil, den Kopf, die Schultern, die Arme, den Rücken, die Brust, das Becken und die Schenkel, selbst die äusseren und inneren Genitalien sind ihnen ausgesetzt. Häufig sind Panaritien, Hautwunden, Abszesse, Pflegmonen, Distorsionen, Frakturen und Ulcera, darunter solche maligner Natur. Gleich nach ihnen kommen in der Häufigkeitsskala die rheumatischen Leiden der Muskel, Gelenke, Knochen, Sehnen und

Nerven und die Respirationsleiden, z. B. Angina, Laryngitis, Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis und Phthise. Dann folgen die immer wiederkehrenden Haut- und Magendarmkrankheiten. Fast täglich wird der Arzt wegen Zahnschmerz, der in Caries, Pulpitis Periostitis und konstitutionellen Leiden begründet ist, konsultirt. Ein Konserviren des kranken Zahnes kennt der Sachsengänger nicht, der böse Zahn muss heraus; oft wird an einem Tage mehr als ein Zahn extrahirt, denn der Zahn hindert am Essen, Arbeiten und Schlafen, drei Dinge, die dem Sachsengänger sehr am Herzen liegen. Dagegen treten die Nervenleiden, die Störungen der Zirkulationsorgane, mit Ausnahme der Anämie und Chlorose der jungen Mädchen, und krankhaften Affektionen der Genitalorgane zurück. Geschlechtskrankheiten werden bisweilen, wie es bei gehäuftem Zusammenwohnen verschiedener Geschlechter auch sonst vorkommt, doch nicht zu häufig übertragen. Wegen Ohrenleiden wird der Kassenarzt seltener, meist wegen Schwerhörigkeit in Folge von Ohrenschmalzansammlung im äusseren Gehörgange, gefragt.

Manche dieser angeführten Krankheiten würde gar nicht zum Ausbruch kommen oder schneller als bisher heilen, wenn allgemein als gültig anerkannte Grundsätze der Hygiene bei den Sachsengängern und ländlichen Arbeitern zur Geltung gelangten. Um nur einzelne Fälle herauszuziehen, so würde mancher Magen-Darmkatarrh nicht entstehen oder schnell schwinden, wenn der Kost mehr Sorgfalt zugewendet und in der Kost mehr Abwechselung geboten würde. Manches Augen- und Hautleiden würde bei körperlicher Reinigung, regelmässigem Waschen der Hände und des Gesichts und öfterem Baden der Füsse nicht hervortreten. Manches Unglück, herbeigeführt durch die Maschinen und den Verkehr mit Pferden und Ochsen, würde verhütet, wenn die unerfahrenen, leicht ermüdenden, zu jungen Knechte und Mädchen nicht zu ländlichen Arbeiten herangezogen würden. Doch alle guten Lehren fallen in hiesiger Gegend, wo die Rübe gedeiht, meist auf dürren Boden und tragen keine Früchte, weil die Saat gar nicht aufgeht.

Manches wird hoffentlich mit der Zeit in Zukunft, wenn die Krankenpflege auf dem Lande mehr Anhänger, wie ich jüngst empfohlen habe[1]), gefunden hat. Jeder Amtsbezirk müsste eine Krankenpflegerin, welche täglich ein- bis zweimal ihren Bezirk durchwandert, erhalten, selbst, wo sie darf und kann, Hand anlegt und auf ärztliche Hilfe direkt dringt, sobald der Arbeitgeber seiner Pflicht nicht nachkommt. Manches Panaritium und manche Phlegmone würde dann günstiger verlaufen. Auch für die einheimischen Landarbeiter würde besser gesorgt sein. Die kranke Arbeiterfrau würde bessere Pflege, die unmündigen Kinder passende Nahrung und die Wöchnerin die so nothwendige Schonung im Wochenbett finden, das Neugeborene regelmässig gebadet oder gewaschen und durch Darreichen entsprechender Kost verhütet werden, dass allgemeine Atrophie, Magen-Darmkatarrh und Tuberkulose zur

[1]) Die Krankenpflege in kleinen Städten und auf dem Lande. Deutsche Krankenpflege-Zeitung 1898, Nr. 4.

Kindersterblichkeit so ausserordentlich viel im Arbeiterstande beitrügen. Ich kenne Familien, die kein Kind aufwachsen sahen, weil sie regelmässig im Sommer ihr Kind in Folge Brechdurchfalls wegen mangelnder Pflege verloren.

Dass mit der Verbreitung besserer Krankenpflege nicht alles geschehen ist, was auf dem Lande Noth thut, lässt sich leicht erweisen. Ein Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit, der wohl in den Städten, aber auf dem Lande noch nirgends besteht, — hier giebt es nur einen Landarmenverband, welcher andere Ziele verfolgt — würde viele Aufgaben zu erledigen finden. Hierbei habe ich weniger die Sachsengänger als die einheimischen Familienväter und Familienmütter der landwirthschaftlichen Bevölkerung in Krankheitsund Invaliditätsfällen im Auge. Gesetzt den Fall, die sonst zur Arbeit gehende Mutter erkrankt an Gicht der verschiedendsten Gelenke, besonders der Hände und Kniee; sie ist $^1/_4$ Jahr auf Kosten der Krankenkasse behandelt, versucht es auch wieder, zur Arbeit zu gehen, doch der Versuch schlägt fehl. Sie wird mehr und mehr arbeitsunfähig. Von diesem Augenblicke an fehlt der Familie nicht blos eine zweite Erwerbsquelle, sondern vor allen Dingen die Mutter und Hausfrau, da sie ihre häuslichen Verrichtungen wenig oder gar nicht vollbringen kann. Wird sie nun nach Jahresfrist zur Invalidin erklärt, wer sorgt an der Mutterstelle für die Familie? Der Mann erhält keine rechte Kost, die Kinder werden nicht gewaschen und nicht gekleidet, das Haus wird nicht sauber gehalten, die Wäsche geht entzwei, ohne ersetzt zu werden. Der Lohn des Mannes reicht nicht aus, um eine Arbeiterin als regelmässigen Ersatz für die fehlende Hausfrau zu bezahlen, oft noch nicht mal dazu, die Lebensmittel in genügendem Masse zu bestreiten. Der Mann ändert bald seinen Charakter gegen die früher fleissige Frau und misshandelt sie aus Aerger und Ueberdruss, dass Alles rückwärts geht. Hier gilt es offenbar, den Haushalt aufrecht zu erhalten dadurch, dass nicht blos die Frau Pastor des Ortes einmal in der Woche eine Suppe schickt oder die Arbeitgeberfrau vier Wochen Nahrungsmittel in das Haus bringen lässt, sondern es muss Jemand regelmässig kochen, die Wäsche besorgen, das Haus säubern etc. Fehlt es an wirthschaftlichen Gütern, so muss für Erhaltung des alten Hausstandes und Erneuerung von Wäsche, Mobiliar etc. rechtzeitig gesorgt werden. Der Vortheil, dass der alte Wohnraum mit seinem Inventar ungestört erhalten bleibt, leuchtet Jedermann sicher ein. Wird ein Mann krank und findet im Hause gute Pflege, so braucht er nicht immer in das Krankenhaus. Kommt die Frau nieder, so kann sie das Wochenbett ruhig im Hause abwarten, anstatt vorzeitig aufstehen zu müssen, ehe die Genitalien genügend zurückgebildet und der Körper genügend gekräftigt ist. Das Wochenbett im eigenen Hause ist vielfach dem Aufenthalte im Asyle, wie seiner Zeit der Landeshauptmann Graf v. Wintzingerode aus Merseburg[2]) zu Kiel zutreffend

[2]) Die Umschau; 1898, Nr. 23.

sagte, vorzuziehen. Die Hauspflege ist mithin eine Forderung, deren Organisation des Fleisses aller Familien besserer Stände werth ist und nicht zu den unklaren Ideen idealer Zukunftsschwärmer gerechnet werden darf. Die heute so sehr geforderten Volks-Sanatorien, die Virchow mit Recht jüngst in Heilstätten umgetauft hat, kommen nur einzelnen Kranken zu Gute, die Armenpflege bringt aber Hunderten und Tausenden von Familien, die durch Krankheit in Noth gerathen und des Familienglückes verlustig gehen, unschätzbare Wohlthaten.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Herbstversammlung der Medizinalbeamten des Rgb. Magdeburg in Magdeburg am 30. Oktober 1898.

Anwesend: Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Hirsch, die Kreisphysiker Dr. Kant-Aschersleben, Dr. Probst-Gardelegen, Dr. Herms-Burg, Dr. Gutsmuths-Genthin, Dr. Strassner-Magdeburg, Dr. Bartsch-Neuhaldensleben, Dr. Janert-Seehausen, Dr. Holthoff-Salzwedel, Dr. Plange-Stendal, Dr. Kuntz-Gr. Wanzleben, Dr. Kluge-Wolmirstedt, die Kreiswundärzte Dr. Ziehe-Quedlinburg, Dr. Frantz-Genthin und Dr. Brill-Magdeburg.

1. Vorsitzender besprach zuerst den Erlass des Herrn Ministers über die **Neubesetzung von Medizinalbeamtenstellen** und betonte, dass derselbe ebenso die schnelle und geeignete Besetzung der Stellen bezweckt, wie er auch den Wünschen der Beamten entsprechen will.

2. Kr.-Phys. Dr. Kant gab eine ziemlich ausführliche Uebersicht über die in den letzten fünf Jahren vorgenommenen, die **Desinfektionsfrage der Hände** betreffenden bakteriologischen Untersuchungen und deren Resultate. Ausführlich behandelte er die skeptische Stellung von Zweifel, Krönig und Menge zu derselben. Zum Schluss demonstrirte er die geburtshülfliche Tasche, welche Ahlfeld seinen Hebammen-Schülerinnen auf deren Wunsch mit in die Praxis giebt, um sie in den Stand zu setzen, die genannte Desinfektion auch weiter auszuüben.

An das Referat schloss sich eine sehr lebhafte Diskussion an, bei der verschiedene Meinungen ihren Ausdruck fanden. Während von der einen Seite unter Hinweis auf die Bergfexe, die das schöne Bergsteigen übertreiben, gewünscht wurde, man solle auch in der Desinfektion nicht zu weit gehen, es genüge, wenn die Hebamme ihre Vorschriften richtig erfüllten, wurde von anderer Seite darauf aufmerksam gemacht, dass die Hebammen sich zu leicht zur Nonchalance verleiten liessen, weil sie durch einfaches Waschen mit Karbolsäure- oder Lysollösung ihr antiseptisches Gewissen beruhigt fühlten. Aus diesem Grunde wurde Erweiterung der jetzigen Vorschriften durch systematische empfohlen, die das Verfahren genau und in seiner Reihenfolge präzisiren sollten, besonders Reinigung und Instandhaltung der Nägel, Nagelfälze, Falten der Haut, der Winkel zwischen den einzelnen Fingern und der Handtellern.

Weiter wurde die Ansicht ausgesprochen, zum Desinfiziren sei das Beste gerade gut genug, deshalb solle man immer neue bessere Methoden wählen, aber sie nicht sofort den Hebammen in die Hände geben. Diese („die Lämmer, die der Sepsis Sünde tragen") könnten durch ergänzende Anhänge an das Hebammenlehrbuch sehr gut mit besseren Methoden versehen werden, aber es sei selbstverständlich, dass sie nur erprobte und allseitig anerkannte anzuwenden haben, weshalb diese immer der Wissenschaft nachhinken müssten. Uebrigens besteht in der Art der Ausführung der Desinfektion zwischen der preussischen Ministerialverfügung vom 22. November 1888 und dem Hebammenlehrbuch von 1892 nicht mehr volle Uebereinstimmung.

Betont wurde auch, dass es eine bestimmte Norm geben müsse, an die sich die Hebammen zu halten haben; das sei wichtig bei gerichtlicher Beurtheilung der Schuldfrage beim Tode einer Wöchnerin, wo so oft der Vertheidiger

mit der Frage komme, ob dies oder jenes Verfahren zur Desinfektion geeignet oder ausreichend sei.

Darin aber stimmten alle Anwesenden überein, dass man, so lange für die Hebammen bindende gesetzliche Bestimmungen beständen, denselben nicht vorzeitig anderweitige, noch nicht allseitig anerkannte Desinfektionsmethoden bekannt und freigeben sollte. Wenn die bestehenden nicht mehr brauchbar oder veraltet seien, dann werde auch rechtzeitig höheren Orts Remedur eintreten.

3. Kr.-Phys. Dr. Bartsch demonstrirte hierauf einen kleinen sauberen, recht handlichen **Apparat, bestimmt zum Abschneiden der Fingernägel.** Verfertigt aus Nickel bezw. Stahl kostet er je nach Beschaffenheit und Grösse 0,90 oder 1,60 Mark in der Fabrik von Adrian & Stock in Solingen.

Weiter lenkte er auf die **Karbolsäureflasche** von Wenderoth in Kassel die Aufmerksamkeit, doch wurde gegen sie das Bedenken erhoben, dass sie leicht auslaufen könnte.

4. Derselbe referirte auch noch über eine **Fleischvergiftung.** Vor zwei Wochen waren in dem Dorfe Sch. seines Kreises in 44 Familien 141 Personen ganz plötzlich erkrankt. Sie hatten nachweislich sämmtlich von einem bestimmten Fleischer am Sonntag gekauftes, angeblich in frischem Zustande befindliches Rindfleisch (Hackfleisch) roh gegesen. Am Montage erfolgte die Magenerkrankung, die sich durch Schüttelfröste und Aufblähung geltend machte. Spontanes Erbrechen gab häufig Erleichterung. Meist stellten sich auch Durchfälle ein, stets bestand grosse Erschlaffung und Abgeschlagenheit. Die Dauer der Erkrankungen erstreckte sich auf 8 Tage. Gestorben ist Niemand. Leider konnte B. nicht eigene Untersuchungen anstellen, da er Kenntniss erst nach Genesung der Erkrankten und nach Beseitigung des Fleisches erhielt.

Die Untersuchung ist noch im Gange, doch sind B. bisher positive Resultate noch nicht bekannt geworden. Kurz vorher war vom Kreisthierarzt ein Ochse wegen „Stauungsikterus“ [1]) beanstandet worden, doch ist noch nicht festgestellt, ob er Verwendung fand.

5. Kr.-Phys. Dr. Janert regte eine Besprechung der **Revision der Drogenhandlungen** und der ganz verschieden in den einzelnen Bezirken stattfindenden Zuziehung des Kreisphysikus an, die ausserhalb des Wohnsitzes häufig von Apothekern allein besorgt werden.

6. Kr.-Phys. Dr. Holthoff machte zum Schluss eine Mittheilung über **Färben von Wurst** mit unschädlichem Anilin und die gerichtsärztliche Beurtheilung [2]) des Verfahrens. Dasselbe ist nach §. 10 des Nahrungsmittelgesetzes strafbar, — worüber verschiedene Erkenntnisse von Strafkammern und auch vom III. Strafsenat des Reichsgerichts vom 18. Februar 1882 vorliegen —, weil der Waare der Schein einer besseren Beschaffenheit gegeben wird und weil es auch durch das Färben möglich wird, geringwerthiges, sogar verdorbenes Fleisch zu verarbeiten.

An die Sitzung schloss sich ein heiteres, zwangloses Mahl an, das die Kollegen noch für einige Zeit zusammenhielt.

Dr. Strassner-Magdeburg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber die nach Sättigung des Amylnitrits mit Kohlenoxyd auftretende Aenderung der Amylnitritwirkung. Von F. Winkler. Zeitschrift für klinische Medizin; 36. Bd., H. 1 und 2, S. 30.

---

[1]) Stauungsikterus dürfte ohne andere Veränderung des Fleisches jene Wirkung nicht hervorrufen, doch ist daran zu denken, dass Ikterus auch bei Infektions- und septischen Krankheiten vorkommt und dass auch im Hackfleisch von ganz gesunden Thieren giftige Veränderungen (Toxine oder Ptomaine) eintreten können. D. Ref.

[2]) Schmidt-Mülheim: Verkehr mit Fleisch u. s. w., S. 106. — Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1895, Nr. 19; — 1896, Nr. 10; — 1897, Nr. 21 und 22; Zeitschr. f. Medizinalbeamte; Beilage zu Nr. 19, Seite 141. (D. Ref.)

In der Absicht, dem Amylnitrit [1]) die herzschädigende Wirkung zu nehmen und das Auftreten von Methaemoglobin im Blute zu verhüten, versuchte Verfasser geringe Mengen von CO neben Amylnitrit in's Blut zu bringen, um so die für Methaemoglobin nachgewiesene innigere Bindung des Sauerstoffs an Haemoglobin hintanzuhalten. Die Firma E. Merck-Darmstadt stellte den Angaben des Verfassers entsprechend ein mit Kohlenoxyd gesättigtes Amylnitrit dar, welches etwa 0,005 % CO enthielt. Die Inhalation dieses „Amylium nitrosum carbonisatum" erzeugte beim Menschen zwar Röthung des Gesichtes, nicht aber das Gefühl der Völle und liess kein Eingenommensein des Kopfes zurück.

Den vorher gehegten Intensionen entsprechend erwies sich das CO-haltige Amylnitrit thatsächlich beim Thiere als ein Gift, das kein Methaemoglobin mehr bildete. Die letale Dose lag höher als beim Amylnitrit; auch fehlte Lungenödem und das Blut war hellroth. Zum Vergleich der Aenderungen der Herzarbeit wurden sowohl am kurarisirten, als am spontan athmenden Thiere gleichzeitig der Druck im linken Vorhof, als in der Aorta gemessen und es ergab sich nach jeder intratrachealen Einführung zunächst eine vorübergehende Verschlechterung der Herzarbeit, der aber eine erhebliche Steigerung des Nutzeffektes derselben folgte. Das Herz zeigte bei Inspektion des offenen Thorax solcher Thiere, denen vor Einführung des Giftes das Sternum resezirt war, kräftige und ausgiebige Kontraktionen des l. Ventrikels. Während nach Amylnitritanwendung das Herz im Zustande höchster Auftreibung des rechten Ventrikels stehen bleibt, und der linke nur $^1/_{10}$ des ganzen Herzvolumens einnimmt, bleibt nach Anwendung des Kohlenoxyd-Amylnitrits das Herz in beiden Antheilen dilatirt stehen.

Verfasser sättigte zum Vergleiche Amylnitrit auch mit Leuchtgas. Es entwickelte sich eine dunkle Flüssigkeit, nach deren Anwendung im Blute der Thiere sich reichlich Methaemoglobin fand; es trat Lungenödem und Verschlechterung der Herzarbeit auf. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber eine nach Aetiologie, klinischem Verlaufe und Prognose genau abgrenzbare, sich als „alkohologene kardiale Epilepsie" charakterisirende Gruppe epileptoider Zustände. Von Dr. A. Smith, Schloss Marbach. Münchener med. Wochenschrift; Nr. 43, 1898.

Nachdem Verfasser erwähnt, dass im Laufe der letzten Jahre häufiger gewisse Fälle von sogenannter symptomatischer Epilepsie als zweifellos mit Herz- und Gefäss-Erkrankungen (Klappenfehler [Aortenstenose] und Arteriosklerose) zusammenhängend und von ihnen veranlasst, beschrieben wurden, macht er auf eine weitere hier in Betracht kommende Form von Herzerkrankung mit symptomatischen epileptischen bezw. epileptiformen Anfällen aufmerksam, d. i. die idiopathische Herzerweiterung nach Bollinger und Bauer, welche nach Ansicht des Verfassers nicht idiopathischer Natur ist, sondern sich als eine Herzreaktion auf Alkohol darstellt.

Verfasser beschreibt eine eigene, von ihm angewandte Untersuchungsmethode des Herzens (modifizirte Friktionsmethode), verbreitet sich dann in längeren Auseinandersetzungen über die ätiologischen und klinischen Erscheinungen der von ihm beobachteten „alkohologenen Herzepilepsie" und fasst am Schlusse seiner interessanten Abhandlung seine Anschauungen und Beobachtungen in kurzen Sätzen zusammen:

1. Es giebt unter den uns bekannten Erkrankungen mit epileptischen Symptomen eine grosse Gruppe, deren Zusammenhang mit einer Herzdilatation bei besonders dazu disponirten Individuen aus folgenden Gründen angenommen werden muss: Einmal ist die Herzveränderung zuerst nachzuweisen, meist eher die epileptischen Symptome sich bemerkbar machen, sodann treten diese erst mit der Dauer jener immer stärker in die Erscheinung, und schliesslich verschwindet mit der Besserung und Heilung des kranken Herzens auch die Epilepsie vollständig.

2. Die Herzdilatation selbst ist, wie experimentell feststeht, rein alkohologen und bildet sich nach Abbruch des Alkoholgenusses theils so gut, wie vollständig zurück, theils treten noch in unbestimmten Intervallen immer ge-

---

[1]) Vergl. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, S. 581.

ringer werdende Erweiterungen eine Zeit lang auf, um dann auch definitiv fortzubleiben. Diese Erweiterungen haben dieselbe Erscheinungsform, wie die alkoholischen. Bei der ersten Gruppe genügt jeder Zeit ein geringes Ueberschreiten ganz mässiger Dosen, um einen Anfall auszulösen, bei der zweiten Form ist in der Zwischenzeit die Alkoholintoleranz nicht so ausgeprägt, während zur Zeit der periodischen Erweiterung der Anfall mit besonderer Schwere bei Alkoholgenuss auftritt.

3. Eine Heilung dieser Zustände ist nur bei völliger Alkoholabstinenz möglich. Beschleunigt wird dieselbe durch therapeutische Massregeln, welche auf eine Kräftigung der Herzmuskulatur hinarbeiten. (Gelinde Kaltwasserbehandlung, viel Bewegung in frische Luft, Rudern, Radfahren etc.)

Dr. Waibel-Günzberg.

Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica nebst einem anatomischen Befunde. Von Dr. Karl Wickel. Archiv für Psychiatrie; 1898, 30. Bd., 2. H.

Wenn auch die Syphilis nicht die einzige Ursache der Paralyse ist, so nimmt sie doch, wie Verfasser einleitend betont, in der Aetiologie derselben die erste Stelle ein. Es giebt jedoch noch verschiedene Hirnaffektionen auf zweifellos syphilitischer Basis, die sowohl prognostisch wie anatomisch von der Paralyse getrennt werden müssen. Neben der diffusen gummösen Basilarmeningitis findet sich gelegentlich eine spezifische Endarteritis oder eine gummöse Periarteritis mit gleichzeitiger Wucherung der Gefässintima. In klinischer Hinsicht bieten alle diese Prozesse mit der Paralyse viel Uebereinstimmung, so dass die Diagnose nicht immer mit Sicherheit gestellt werden kann. Ein wichtiges Kriterium für Paralyse ist deren schnellerer Verlauf, während bei eigentlicher Gehirnlues einzelne Störungen, z. B. in der Pupillenreaktion ein Jahrzehnt ohne Hinzutreten anderer Symptome beobachtet werden können. W. giebt 6 eingehend beobachtete Fälle dieser Art aus der Marburger Klinik, die ausnahmlos Erscheinungen manifester tertiärer Lues (Exantheme, Geschwüre, Hodengumma u. s. w.) und ein der Paralyse sehr ähnliches psychisches Krankheitsbild bei zahlreichen, schnell verschwindenden Innervationsstörungen boten, eine Kombination, die sich bei der eigentlichen Paralyse niemals findet. In einem Falle (Nr. IV) trat unter spezifischer Behandlung Heilung ein. (Prostituirte, floride Lues, ängstlich hypochondrische Erregung, labile Stimmung, zeitweise Apathie.) Eine Kombination von primärer luetischer Gehirnaffektion mit späterem Uebergang in reine Paralyse bot nach Ansicht des Verfassers Fall VI, zu dem der Obduktionsbefund mitgetheilt wird. Die mikroskopische Untersuchung, durch eine Reihe trefflicher Zeichnungen erläutert, ergab: Diffuse Kernanhäufung um die Hirn- und Pia-Gefässe und im Rindengewebe, stellenweise Ansammlung rother Blutkörperchen um die Gefässe, Verdickung der Gefässintima, vereinzelt mit stark obturirender Bindegewebswucherung, Verdickung des adventitiellen Gewebes der Gefässe mit Kernanhäufung in demselben. Die Verminderung der Hirnsubstanz hält Verfasser für eine Folge der durch die ausgebreitete primäre Endarteritis geschaffenen Ernährungsstörung.

Als differentialdiagnostisch wichtigste Symptome zwischen Paralyse und Gehirnlues nennt W. resumirend: „Augenmuskelstörungen von wechselndem Charakter, passagere und chronische aphasische Störungen, passagere Paresen, geistige Schwäche ohne Progressivität mit lang erhaltener Krankheitseinsicht, Auftreten florider spezifischer Prozesse, günstiger Einfluss der spezifischen Therapie, langjährige Krankheitsdauer.

Dr. Pollitz-Brieg.

Ueber die Hypochondrie. Von Dr. A. Boettiger in Hamburg. Archiv für Psychiatrie; 31. Bd., 1. und 2. H., 1898.

B. bemüht sich in der vorliegenden Abhandlung die eigentliche Hypochondrie von der Neurasthenie abzugrenzen. Unter Anführung einiger selbst beobachteter Fälle findet er als charakteristisch für das „eigentliche hypochondrische Irresein" eine Vermehrung oder Verminderung der Intensität illusionär transformirter Gefühle und Empfindungen des eigenen Körpers, sekundär auch der Aussenwelt; unter gleichzeitig bestehenden Unlustempfindungen. Er nimmt ferner eine schwachsinnige Hypochondrie an, die sich durch die Ungeheuerlich-

keit der Vorstellungen kennzeichnet. Die interessanten Ausführungen des Verfassers werden jedoch kaum auf allgemeine Zustimmung rechnen können.

Ders.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Zur Lehre der arthritischen Muskelatrophie. Von Prof. Dr. Albert Hoffa-Würzburg. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 22.

Der berühmte Verfasser des kleinen Aufsatzes behandelt ein Thema, welches kennen zu lernen gewiss vielen Unfallbegutachtern willkommen sein wird.

Verfasser will beweisen, dass die nach Gelenkleiden — einerlei, ob Arthritis, Trauma, Synovitis serosa, haemorrhagica, purulenta — oft beobachtete Atrophie der Muskeln nicht Folge der Inaktivität, sondern eine durch das Rückenmark bewirkte Reflexthätigkeit sei, und zwar wirke der von den Gelenknerven ausgehende Reiz durch Vermittelnug des kleinen Reflexbogens (sensible periphere Sphäre — sensibler Nerv — Hinterhorn — Vorderhorn — motorische und trophische Nervenfasern — Muskel) auf das Vorderhorn des Rückenmarks.

Der Beweis für die Richtigkeit dieser Reflextheorie — im Gegensatz zu der sog. Inaktivitätstheorie — liegt in den feststehenden Beobachtungen:

1. Dass die Muskelatrophie schon ganz kurze Zeit nach dem Beginn des Gelenkleidens — 1—2 Tage — durch Schlaffheit und Welkheit des entsprechenden Streckmuskels zu erkennen ist.

2. Dass schon 8—10 Tage nach Beginn des Gelenkleidens ein messbarer Umfangsunterschied zwischen dem erkrankten und dem gesunden Gliede zu beobachten ist.

3. Dass die Atrophie auch eintritt, wenn die Patienten das Gelenk gebrauchen, wenn also durch immobilisirende Verbände gar keine Inaktivität vorhanden gewesen ist.

Diese Kenntniss verdanken wir im Wesentlichen Charcot.

Im Gegensatz hierzu ist festzuhalten, dass bei der reinen Inaktivitätswirkung — wie sie z. B. eine mit Lähmungen komplizirte Apoplexie darstellt — die Athrophie der Muskeln erst ganz allmählich, nach längerer Zeit eintritt, während das Aufhören der willkürlichen Bewegungen schon lange vorher beobachtet ist.

Die Kenntniss dieser Theorie ist von Bedeutung einmal für alle diejenigen, welche berufsmässig oft Unfälle zu begutachten haben; sodann aber in therapeutischer Beziehung: Die Inaktivitätsatrophie ist fast unheilbar, während die arthritische Muskelatrophie bei rechtzeitiger Erkennung durch Elektrizität, Massage und Gymnastik geheilt und ihrer Schmerzhaftigkeit beraubt werden kann.

Dr. Hesse-Lüneburg.

Die Wandlungen in der Lehre von den Nervenerkrankungen nach Trauma. Von R. Gnauck. Ibidem; Nr. 23.

Der Aufsatz, welcher nicht ganz leicht zu lesen ist und am besten von denen, die sich dafür interessiren, im Original nachgelesen wird, beschäftigt sich mit den verschiedenen Auslegungen und Einschränkungen, welche Oppenheim's „traumatische Neurose" seit Ende der achtziger Jahre gefunden hat. Es handelt sich im Wesentlichen um die Untersuchungen und Erklärungsversuche der engeren Fachgenossen: v. Strümpell, Hoffmann, Sänger, Lenhartz u. s. w.; auch kommen die experimentellen Forschungen, welche deutsche Gründlichkeit bei einer so diffizilen und wie es scheint, nur dem höchst ausgebildeten Nervensystem des Kulturmenschen des XIX. Jahrhunderts zukommenden Krankheit bei Kaninchen und Meerschweinchen angestellt hat, zur Erörterung.

Nach dem Verfasser kommt es stets auf eine frühzeitige Behandlung und sorgsame Differential-Diagnose an. Jene soll bedenken, dass Trauma der Ausgangspunkt einer schweren Neurose je einer zentralen Erkrankung sein kann, und deshalb darauf gerichtet sein, den Vorstellungsgang des Kranken zu leiten und von hypochondrischen Vorstellungen abzulenken; diese soll vermeiden, dass ganz gut zu behandelnde periphere (lokale) Neurosen oder gar schwere Kommotionserscheinungen ohne Weiteres mit der traumatischen Neurose zusammengeworfen werden.

Auch ist mit mehr Nachdruck als früher betont, dass die Unversehrtheit des Nervensystems vor dem Trauma festzustellen sei. Bei der Verfolgung dieses Gedankens kommt man zu der Frage: wer ist denn in diesem Sinne völlig gesund, besonders unter den in grossen Städten Lebenden oder gar bei den Arbeitern grosser Städte? Alkohol, Tabak, Syphilis, Arteriosklerose und hereditäre Disposition unter ihnen nehmen zu und schwere körperliche Arbeit ist eine wesentliche Ursache zur Erhöhung der Reflexe. Auch ist nicht zu verkennen, dass der Beruf (Eisenbahnfahrdienst) eine Verschlechterung des Nervensystems bewirkt, welche bei vorkommendem Trauma schwer in Ansatz zu bringen ist und doch die einzige Erklärung der schweren neuropathischen Erscheinungen nach einfachen Traumen darbietet.

Der Aufsatz beschäftigt sich ferner mit den Begriffen „Uebertreibung und Simulation". Es müsse viel auf den Gesammteindruck und die Glaubwürdigkeit des Verletzten gegeben werden. Nur wer alles simulire, sei ein Simulant; Uebertreibung sei das eine Mal Simulation, das andere Mal ein Krankheitszeichen.

Das Ziel der Neuropathologen sei, dass Nervenerkrankungen nach Trauma seltener auftreten und wenn sie aufgetreten sind, leichter verlaufen. Der Verfasser meint, dass dies Ziel der Zukunft bis zu einem gewissen Grade nicht unerreichbar sei. Ders.

Grad der Erwerbsverminderung bei Quetschung des Kniegelenks. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 16. September 1898.

Die Folgen des Unfalls bestehen zur Zeit noch in einer geringen, $^1/_2$ bis 1 cm betragenden Verdickung unter- und oberhalb des Kniegelenks und einer geringen Abmagerung der Wadenmuskulatur. Die Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. L. und Dr. O. stimmen insoweit überein. Wenn Dr. O. ferner ein leichtes Knarren (Krepitiren) im Kniegelenk feststellt, so ist dieses Knarren auch von Prof. Dr. L. beobachtet, wie sein neuestes Gutachten vom 4. Juni 1898 ergiebt, aber von diesem Sachverständigen für bedeutungslos erachtet, da es nicht durch eine krankhafte Veränderung des Gelenks bedingt sei. Unter diesen Umständen ist die höhere Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit durch Dr. O. nicht ausreichend begründet; das R.-V.-A. trägt kein Bedenken, der Schätzung des Prof. Dr. L., der nur eine Erwerbsunfähigkeit von 30 Prozent angenommen hat, den Vorzug zu geben. Der Grund, auf den sich das Schiedsgericht bei Bewilligung einer Rente von 40 Prozent noch stützt, dass von Prof. Dr. L. die Ausführung von „Muskelbewegungen" im Kniegelenk für unausführbar erklärt sei, beruht auf einem Missverständniss; der Prof. Dr. L. hat nicht von Muskelbewegungen, sondern von Wackelbewegungen gesprochen und die Thatsache, dass Wackelbewegungen nicht ausführbar sind, ist nichts Abnormes, sondern entspricht, wie Prof. Dr. L. in dem Gutachten vom 4. Juni 1898 bestätigt, dem normalen Zustand des Kniegelenks. Berücksichtigt man noch, dass Ch. zur Zeit einen Handel betreibt, bei dem er nach der Auskunft des Beauftragten der Berufsgenossenschaft vom 1. Juni 1898 viel umhergehen muss, und dass sein Gang daher flott und sicher ist, so fehlte es für das Schiedsgericht an einem genügenden Anlass, um die Rente van 30 Prozent, welche die Berufsgenossenschaft festgesetzt hatte, zu ändern und auf 40 Prozent zu erhöhen. Dem Rekurse war somit zu entsprechen, und die Berufsgenossenschaft, unter Aufhebung des Urtheils vom 11. März 1898, nur zur Zahlung einer Rente von 30 Prozent für schuldig zu erachten. Kompass; 1898, Nr. 24.

Grad der Erwerbsverminderung bei Distorsion des linken Kniegelenks mit nachfolgender Entzündung und wässerigem Erguss ins Kniegelenk. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 17. September 1898.

Gegenüber dem ärztlichen Befund vom 19. Juni 1895 zeigt der Zustand des Klägers, wie er in dem Gutachten der Aerztekommission vom 3. Januar 1898 geschildert wird, unzweifelhaft eine wesentliche Besserung durch die von der Aerztekommission ausdrücklich festgestellte und ohnedies bei der Länge der Uebergangszeit wohl erklärliche Angewöhnung an den Gebrauch der Prothese. Das Gutachten des Dr. K. steht dieser Annahme nicht ent-

gegen, er hat offenbar den früheren Zustand des Klägers aus eigener Wahrnehmung nicht kennen gelernt, während derselbe den drei Ausstellern des Gutachtens vom 3. Januar 1898 aus früheren eingehenden Untersuchungen sehr wohl bekannt ist, insbesondere dem Dr. G. bereits seit dem Mai 1895 und dem Professor Dr. L. sogar schon seit dem Jahre 1891. Diese Sachverständigen sind daher auch viel eher als der Dr. K. in der Lage, die Zuverlässigkeit der subjektiven Beschwerden des Klägers zu prüfen.

In welchem Maasse durch die hiernach festgestellte wesentliche Besserung die Erwerbsfähigkeit des Klägers gesteigert ist, ist in der Hauptsache nicht vom ärztlichen, sondern vom wirthschaftlichen Standpunkt aus zu bestimmen. Mit Rücksicht darauf, dass der Kläger — wie dies Professor Dr. L. in seinem Gutachten vom 1. November 1897 ausdrücklich hervorhebt — abgesehen von dem Beinleiden völlig gesund ist, dass er auch noch in rüstigem Alter steht, seit Jahren schon Gelegenheit und Anlass gehabt hat, sich auf Erlangung eines Erwerbs vorzubereiten und, wie dies an sich selbst Dr. K. zugiebt, unzweifelhaft zur Verrichtung von Arbeiten im Sitzen im Stande ist, ist die dem Gutachten der Aerztekommission vom 3. Januar 1898 entsprechende Schätzung des Schiedsgerichts, das den Kläger gesehen hat, für durchaus zutreffend, die Erwerbsfähigkeit des Klägers daher nur noch für um 75 Prozent gemindert erachtet worden.

Obwohl die Steigerung der Erwerbsfähigkeit lediglich mit der Angewöhnung an die Prothese begründet ist, wird dadurch doch die Beklagte zur entsprechenden Herabsetzung der Rente berechtigt, weil sie die Kosten für Beschaffung und Instandhaltung dieses Apparates bisher getragen hat, während andererseits eine etwaige Weigerung der Beklagten, die Kosten auch ferner zu tragen, Anlass dazu geben könnte, einem demnächstigen Antrage des Klägers auf Erhöhung der Rente stattzugeben. Ibidem.

Berechtigung zur Einstellung der für eine Uebergangszeit zum Angewöhnen gewährten Rente nach Ablauf dieser Zeit. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 19. September 1898.

Mit Recht hebt die Beklagte hervor, dass es im vorliegenden Falle (Bruch beider Knochen des Vorderarmes) nicht einmal des Nachweises einer Aenderung im ärztlichen Befunde bedurfte. Denn der Bescheid vom 20. Januar 1896, durch den die 15 Prozent Rente gewährt worden waren und auf den hier zurückgegriffen werden muss, weil er durch das den Renteneinstellungsbescheid vom 15. Juli 1896 aufhebende Urtheil des Reichsversicherungsamts vom 18. Septbr. wieder hergestellt worden ist, bezeichnete die darin getroffene Festsetzung ausdrücklich als nur „für eine Uebergangszeit zum vollen Angewöhnen“ bestimmt. In solchem Falle bildet aber nach der ständigen Rechtsprechung des R.-V.-A. schon der Ablauf einer nach Lage des Falles angemessenen Uebergangszeit eine wesentliche Veränderung der für die erste Rentenfestsetzung massgebend gewesenen Verhältnisse und genügt mithin an sich schon, die Anwendung des §. 65 des Unf.-Vers.-Ges. zu Ungunsten des Verletzten zu rechtfertigen. Dass aber die seit jener Rentenfestsetzung bis zu der hier in Frage stehenden Einstellung verflossene Zeit von mehr als zwei Jahren zur Schonung des verletzten Armes und zur Gewöhnung an die Arbeit ausreichend war, kann um so weniger zweifelhaft sein, als schon nach den Gutachten des Dr. R. vom 17. Januar 1896 und des Professors Dr. L. vom 24. Februar 1896, welche dem Bescheide vom 20. Januar 1896 beziehungsweise dem ihn bestätigenden Schiedsgerichtsurtheil vom 28. März 1896 zu Grunde lagen, die Unfallsfolgen nur noch sehr geringfügig waren, nämlich, soweit sie überhaupt für die Erwerbsfähigkeit in Betracht kamen, nur in „einer gewissen Schwäche“ des Armes oder in „einer geringen Einbusse an Muskelkraft“ bestanden. Durch das nach dem angefochtenen Urtheil von der Beklagten beigebrachte ärztliche Gutachten vom 17. Mai 1898 ist dargethan, dass jetzt auch diese Folgen beseitigt sind, und insofern ist auch eine Aenderung im objektiven Befunde eingetreten, die nach Lage des Falles für eine wesentliche erachtet werden muss. Hiernach war die Beklagte befugt, die Rentengewährung in Anwendung des §. 65 des Unf.-Vers.-Ges. einzustellen, und es musste deshalb auch dem Rekurse des Klägers der Erfolg versagt werden. Ibidem.

Steifheit des rechten Mittelfingers in halbgebeugter Stellung bedingt keine zahlenmässig ausdrückbare Verminderung der Erwerbsfähigkeit. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 22. November 1898.

Das Rekursgericht hat aus dem von den Aerzten im Wesentlichen übereinstimmend festgestellten Befunde keine genügende Grundlage für die Annahme einer nennenswerthen abschätzbaren Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit entnehmen können. Danach handelt es sich um theilweise Steifheit des rechten Mittelfingers in halbgebeugter Stellung in Folge Sehnenverletzung. Dieser Zustand mag, namentlich im Anfang, ehe der Kläger sich an die veränderten Verhältnisse gewöhnt hatte, bei der Arbeit etwas störend gewesen sein, dass er aber eine zahlenmässig ausdrückbare Verminderung der Erwerbsfähigkeit bedingt habe und fortdauernd bedinge, davon hat sich das Rekursgericht nach seinen Erfahrungen in ähnlichen Fällen trotz der gegentheiligen Meinung des vom Schiedsgericht zugezogenen Sachverständigen nicht überzeugen können. Es konnte deshalb ein Anspruch des Klägers auf Rente nicht anerkannt werden und war hiernach unter Aufhebung des angefochtenen Urtheils, wie geschehen, zu erkennen.

C. Hygiene.

Beitrag zum Studium der Hyperleukozytose und der Leukozytolysis bei der experimentellen Diplokokkeninfektion. Aus dem Institut für pathologische Anatomie an der Königlichen Universität Catania. Zusammenfassende Notiz von Dr. A. Motta Coco. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; Bd. XXIV, S. 473—480.

Auf die Hyperleukozytose und die wichtigste Eigenschaft des Blutes, bakterienfeindlich zu wirken, die insbesondere den Leukozyten zugeschrieben wird, ist in dieser Zeitschrift schon oft aufmerksam gemacht worden.[1]) Verfasser prüfte diese Frage im Besonderen bei der Diplokokken (Pneumokokken-) Infektion und kam zu folgenden Schlüssen:

1. Nach Einimpfung abgeschwächter Diplococcuskulturen folgt bei Kaninchen bedeutende Leukozytose, die zum grössten Theil aus grossen, einkernigen, mit grossem Kern und wenig Protoplasma versehenen Leukozyten ohne Granulationen, aus einer mässigen Zahl vielkerniger oder mit polymorphem Kern ausgestattete Leukozyten und wenig Lymphozyten besteht.

2. So oft infizirt wird, folgt bei abgeschwächten Dosen des Diplococcus auf die Hyperleukozytose in einer späteren Periode Hypoleukozytose, und vor dieser Erscheinung bemerkt man Alteration der Kerne, zuweilen Zerfall des ganzen Kügelchens von Seiten der mononukleären Zellen von Medullartypus.

3. Inokulationen von virulenten Kulturen, wenn sie auf andere mit Material von mittlerer Kraft ausgeführte folgen, bringen mässige Leukozyten, worauf keine Hyperleukozytose folgt; wenn man dagegen von Anfang an virulentes Material benutzt, entsteht keine Leukozytenreaktion.

4. Einimpfungen, auch wenn sie mit virulenter Kultur an seuchenfesten Thieren oder an solchen ausgeführt werden, die sich an das Virus gewöhnt haben, bringen mässige Hyperleukozytose hervor. Diese wird in solchen Fällen in gleichem oder fast gleichem Verhältniss von einkernigen Elementen mit Medullartypus und vielkernigen gebildet.

5. Die Zahl der Diplokokken im Blut und ihre Virulenz steht im umgekehrten Verhältniss zu der Zahl und den Alterationen der Leukozyten. Hieraus erhellt die Wahrscheinlichkeit, dass die nach dem Zerfall gewisser Leukozytenformen frei gewordenen Substanzen bakterizide Eigenschaften besitzen.

6. In Fällen von bedeutender Leukozytose beobachtete man im Knochenmark reichliche Produktion von Markzellen, die alle Eigenschaften der im Blute umlaufenden grossen einkernigen Leukozyten mit wenig Protoplasma aufweisen.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Zur Aetiologie der Cerebrospinalmeningitis. Von Regimentsarzt

---

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1896, S. 51, 1897, S. 333, 623, 1898, S. 123, 351, 555, 683.

Dr. Ludwig Kamen in Czernowitz. Mit einer Tafel. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; Bd. XXIV, S. 545—556.

Nachdem durch Jäger's[1]) Arbeit die Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Weichselbaum'sche Meningococcus die Ursache der Cerebrospinalmeningitis sei, erheblich gestiegen ist, mehren sich die Mittheilungen, die für jenes Bakterium als die Ursache der epidemischen Genickstarre eintreten. Auch Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Mit der höheren Vervollkommnung der bakteriologischen Technik und steigenden Vertrautheit der Aerzte mit derselben mehren sich sichtlich die Berichte über den Nachweis der Weichselbaum'schen Mikroben im Gegensatz zu jenem des Pneumococcus.

2. Dieser Mikroorganismus ist leicht züchtbar bei Körpertemperatur, kommt hingegen bei Zimmertemperatur nur schlecht fort.

3. Durch die verschiedenartige Zusammensetzung der Nährböden wird sowohl seine Form, als auch seine Gruppirung bis zu einem gewissen Grade beeinflusst.

4. Die Lebensfähigkeit der späteren Generationen ist eine grössere als die der ersten, was auf eine grosse Anpassungsfähigkeit dieses Mikroorganismus an die saprophytische Existenz hindeutet.

5. Die Virulenz der Kulturen ist in hohem Grade schwankend und scheint unter Umständen sich rasch ganz zu verlieren. Ders.

Ueber Geosot. (Guajacol. valerianic. — Dr. Wendt.) Von Kreisphysikus Dr. Rieck-Bassum. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1898, Nr. 91 u. 92.

Der Tuberkulosetag in Braunschweig (23. September 1897) hat eine grosse Rathlosigkeit der Aerztewelt gegenüber der Tuberkulose ergeben. Luftkur- und Anstaltsbehandlung war die Lösung! Aber die Resultate dieser Kuren? Nur in Initialfällen! Die Volksheilstätten haben sicher ihren Werth, aber der Erfolg steht nicht im Verhältniss zu den Geld- und Zeitopfern; ganz abgesehen davon, dass sie ihre Entstehung, wenigstens zum Theil, der Furcht vor dem rothen Gespenst und der Mode verdanken.

Nach Cornet stirbt $^1/_7$ aller Menschen an Tuberkulose, demnach würde die Zahl der Erkrankten vielleicht $^1/_8$ in Deutschland, also etwa 16 Millionen betragen. Was können hier Volksheilstätten schaffen? Ist dies nicht so, sagt der Verfasser, als ob man den Bodensee mit Eimern ausschöpfen wolle?

Das Rüstzeug gegen die Tuberkulose liefert die Chemie; die Serumtherapie, die auch hierher gehört, hat leider im Stiche gelassen. Dagegen behauptet noch unentwegt die Sommerbrodt'sche Kreosotbehandlung ihren Platz. Das Streben nach Reindarstellung des Kreosots hat eine ziemliche Anzahl der verschiedensten Verbindungen geliefert. Von diesen interessiren uns hier das Eosot und das Geosot, letzteres am meisten. Es sind von Dr. Wendt hergestellte einbasische, d. h. an einem Benzolkerne hängende Baldriansäurereste des Kreosots und Guajakols.

Nachdem Verfasser eine Reihe von Versuchen anderer Autoren mit diesen Präparaten kurz erwähnt hat, theilt er seine eigenen Erfahrungen mit, die sich über einen Zeitraum von 20 Monaten erstrecken. Das Geosot wird äusserlich, subkutan und innerlich ohne Beschwerden vertragen, selbst von zwei Monaten alten Säuglingen. Als angemessene Dosis hat sich 0,6—1,8 g pro die ergeben, nur zu energischer Desinfektion des Darmes wurden 4,0—5,0 g pro die verabreicht.

Das Gebiet der Krankheiten, für welche Geosot angezeigt erschien, war ein sehr umfangreiches: Anämie und Chlorose, akute und chronische Diarrhöen, Kinderbrechdurchfall, akuter und chronischer Magenkatarrh, nervöse Dyspepsie, Magenerweiterung, ferner chronischen Bronchialkatarrh, Kinderbronchitiden mit Neigung zu Bronchopneumonien, Influenzakatarrh, Keuchhusten, Larynx-, Pharynx- und Nasenkatarrhe, endlich schliesst sich der äusserliche Gebrauch des Mittels an: „jede vernähte Wunde wurde in der ambulanten Praxis mit Geosot bepinselt."

Die eigentliche Domaine für Geosot ist aber die Tuberkulose und zwar die Tuberkulose jeder Art.

Seit 1896 hat R. 116 Tuberkulöse behandelt, davon wurden geheilt 37

---

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1896, S. 73.

(32,7 %), gebessert 43 (37 %) und als gebessert noch jetzt behandelt 15 13 %).

Als geheilt wurden die Kranken bezeichnet, die einen, viele sogar zwei Winter ohne Rezidiv geblieben sind.

Gegeben wurde durchgängig 0,6—1,8 g Geosot pro die unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller diätetischen und hygienischen Massregeln.

Die objektiven Krankheitserscheinungen schwanden nach 3—6 Monaten. — Systematische Sputumuntersuchungen konnten allerdings nicht ausgeführt werden.

Ist nun das Geosot nur ein Tonikum oder wirkt es besonders auf die Tuberkelbazillen? Das Letztere ist zu bejahen. Es wird bewiesen durch das Verhalten von tuberkulösen Drüsen nach Geosot-Einspritzung: Geschwollene, vor der Erweichung stehende oder theilweise erweichte Drüsen schmelzen, so dass der Inhalt mittelst Spritze aspirirt werden kann. Ganz alte, obduzirte Drüsen erweichen nur zentral, verheilen aber mit einer beträchtlichen Volumenveränderung. Schwellende Drüsen mit noch erholungsfähigen Zellen endlich erweichen nicht, sondern kehren zur normalen Grösse zurück.

Ferner ändern sich typische tuberkulöse Granulationen schon nach einmaliger lokaler Geosotanwendung. Entsprechende Vorgänge zeigen sich beim Lupus, von dem R. zwei Fälle hat ausheilen sehen, d. h. seit $1^1/_2$ Jahren sind sie ohne Rezidiv. Und analoge Prozesse spielen sich ab bei Periost- und Knochentuberkulose, wenn das angewandte Geosot den Erkrankungsherd direkt trifft. Das ist nämlich die conditio sine qua non: das Geosot muss lokal angewandt, mit dem Herde in Kontakt gebracht werden.

Auch von Tumor albus, Coxitis tub. incipiens, Stinknase, Ozaena und Otitis media scroph. sind Heilungen zu verzeichnen.

Zum Schluss verwahrt sich R. gegen Ewald's Einwurf, dass Eosot und Geosot theuere Präparate seien: Der Engrospreis für Eosot sei pro Kilogramm 30 Mark (100 Kapseln 1,65 Mark) und für Geosot 60 Mark pro Kilogramm (100 Kapseln 2,60 Mark). Dr. Hoffmann-Halle a. S.

Erwiderung auf Herrn Dr. Böing's „Neue Untersuchungen zur Pocken- und Impffrage". Von Dr. L. Voigt, Oberimpfarzt in Hamburg. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; H. III, 1898.

Die Angriffe Böing's, der bekannten ärztlichen Autorität aller Impfgegner, die derselbe von Neuem in seiner Schrift „Neue Untersuchungen zur Pocken- und Impffrage" (s. Referat darüber in Nr. 6 v. J., S. 397 der Zeitschrift) gegen Impfgesetz und Impfzwang erhebt, sowie die von ihm hier aufgestellten Forderungen weist Voigt in klassischer Weise streng logisch zurück, indem er den einzelnen Trugschlüssen nachgeht. Die Abhandlung verträgt keinen Auszug und sei deshalb auf das Original verwiesen.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Vom Desinfektionsdienst in der Stadt Zürich. Von Stadtarzt Dr. Leuch in Zürich. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1898, Heft II.

Im Jahre 1893 wurde die Stadt Zürich mit 11 Aussengemeinden vereint und erhielt hierdurch eine Einwohnerzahl von 100000, die sich bis jetzt auf nahezu 160000 gehoben hat. Bei der hierdurch nöthig werdenden Neuorganisation wurde auch das Sanitätswesen geändert, wobei die Verwaltung eine, wie zugestanden werden muss, überaus glückliche Hand hatte. Verfasser schildert dieses in sehr klarer Weise. Indem wir wegen der Einzelheiten auf das Original verweisen, beschränken wir uns im Nachstehenden die leitenden Punkte des Desinfektionsdienstes anzuführen.

Das Sanitätswesen wurde von der Polizeiverwaltung völlig getrennt und zu einer selbstständigen Verwaltungsabtheilung erhoben; u. A. erhielten die 20 — nicht Sanitätspolizisten, sondern Sanitätsbediensteten eine ganz unauffällige in nichts an die Polizei erinnernde Dienstkleidung. Hierdurch wurde dieser Verwaltungszweig mit einem Schlage von dem üblen Geruche befreit, indem die Polizei und Alles, was mit ihr zusammenhängt, nun einmal beim grossen Publikum steht.

Während bis dahin in der Dampfdesinfektionsanstalt nur diejenigen Gegenstände desinfizirt wurden, die eine Behandlung mit Dampf ohne Schaden ertragen,

kam jetzt eine planmässig durchgeführte Desinfektion der infizirten Wohnräume durch geschultes amtliches Personal hinzu. Zur Wohnungsdesinfektion wurden zwei Frauen — die sich zu Reinigungsarbeiten erfahrungsgemäss besser eignen, als Männer — gehörig instruirt und fest angestellt. Bei der Ausführung wird nicht schematisirt, sondern individualisirt, d. h. der Umfang der Wohnungsdesinfektion wird nicht nach der Schablone, sonderr auf Grund der von Fall zu Fall verschiedenen örtlichen Verhältnissen bestimmt. Die Anzeigepflicht der einzelnen Krankheiten liegt nur den Aerzten, nicht auch den Haushaltungsvorständen ob, mit Ausnahme von Pocken und Cholera, die auch diese zu melden haben. Die Anzeigepflicht erstreckt sich für die Aerzte auch auf Beendigung der Krankheit, wobei aber deren Schreibarbeit auf ein Minimum reduzirt ist, und erst nach Eingang dieser Meldung wird die Schlussdesinfektion vorgenommen. Die entstehenden Kosten werden aus öffentlichen Mitteln bestritten und auch, falls einmal ein Gegenstand in Folge der Desinfektion in erheblichem Masse gelitten hat, vom Gesundheitsamte eine dem angerichteten Schaden angemessene Vergütung verabreicht (was aber nur selten verlangt wird). Aus praktischen, durchaus zutreffenden Gründen wird von dem gesetzlichen Rechte der zwangsweisen Entfernung der Einwohner aus ihrer Behausung für die Dauer der Desinfektion, ausser bei Variola, kein Gebrauch gemacht. Für diese Zwecke stehen zwei Evakuationsgebäude zur Verfügung, die für 180 Personen bequem Platz bieten; in ihnen befinden sich gut ausgestattete Zimmer und ist die Verpflegung eine ausgezeichnete. Arme werden für den durch die Internirung verursachten Verdienstausfall voll und ganz entschädigt, und zwar werden die betr. Kosten zur Hälfte von der Eidgenossenschaft und zu je einem Viertel vom Kanton und der Gemeinde getragen.

Wie sehr das Sanitätsamt mit seinen Anordnungen das Richtige getroffen hat, dafür nur zwei Beispiele: Seit 1893 bis jetzt wurden durch das Gesundheitsamt rund 3000 Wohnungsdesinfektionen ausgeführt; Widerstand seitens des Publikums fand sie dabei höchstens ein Dutzend Mal, doch war es immer ohne Anwendung von Zwangsmitteln — Geldbusse — möglich, durch einfache Belehrung durch den Stadtarzt diesen auf Unkenntniss und Vorurtheil beruhenden Widerstand zu überwinden. Ferner: Für Lungen-, Kehlkopf-, Darm- oder Nierentuberkulose ist die Desinfektion nach dauerndem Abgange des betreffenden Patienten durch Tod, Eintritt in ein Spital etc. zwar ebenfalls unentgeltlich, aber nicht obligatorisch; trotzdem führt die Methode, in die betreffende Familie einen Sanitätsbediensteten zu schicken, der die Leute auf die Wichtigkeit der Desinfektion und die möglichen deletären Folgen einer Unterlassung aufmerksam macht, in beinahe allen Fällen zum Ziele. Ders.

Beitrag zur sanitätspolizeilichen Bedeutung und Nothwendigkeit von Obduktionen. Von Dr. Schwab, Irrenanstaltsdirektor a. D. Münchener mediziniche Wochenschrift; 1898, Nr. 45.

Verfasser berichtet über einen Fall, welcher in vivo als Typhus abdom. diagnostizirt, bei der gemeinschaftlich mit anderen Kollegen vom Verfasser vorgenommenen Obduktion jedoch als akute Miliartuberkulose erkannt wurde. An diese Beobachtung knüpft er ganz zutreffende Bemerkungen über die Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit häufiger vorzunehmenden Leichenöffnungen.

Unter Nichtverkennung der Thatsache, dass das Experiment, wie die chemischen und bakteriologischen Forschungen der medizinischen Wissenschaft neue Wege zum Wohle des Einzelnen und der Gesammtheit eröffnet haben, hebt Verfasser besonders die Wichtigkeit des Studiums der pathologischen Anatomie, als der lautersten Quelle der ärztlichen Erkenntniss und Wahrheit hervor und betont, wie aus der wissenschaftlichen Betrachtung der erkrankten Körperorgane an der Leiche die Beurtheilung der während des Leben am Kranken beobachteten Krankheitszustände eine höchst werthvolle Vertiefung gewonnen und mancher zu Lebzeiten dunkel gebliebener Vorgang durch eine genaue Leichenschau bezw. Leichenöffnung aufgehellt wird, wodurch, wenn auch nicht gerade bei jedem Sterbefalle, so doch in sehr vielen Fällen zweifellos nicht nur ein grosser wissenschaftlicher, sondern auch sozialer Nutzen erreicht wird.

Nachdem die Förderung der Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung im Programme jeder staatlichen oder gemeindlichen Verwaltung figurirt, der es ernstlich darum zu thun ist, die kulturellen Fortschritte des Menschen-

geschlechts all' denen zuzuwenden, über und für welche sie zu walten und zu schalten hat, so wird es nicht an Anlässen fehlen, die im allgemeinen Interesse liegende Leichenschau, deren Ausführung freilich nicht immer auf der Höhe der Zeit steht, sowie die ärztliche Anzeigepflicht bei Infektionskrankheiten und dergleichen durch Vorschriften über theilweise oder vollständige Besichtigung der inneren Körpertheile, z. B. der in Krankenhäusern Verstorbenen, der oder jener Berufsarten und dergl. zu erweitern und nutzbringend auszugestalten. So wäre vielleicht zu überlegen, ob und wie sich aus der zuverlässigen Erkennung und Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde verstorbener Genossenschaftsmitglieder für die persönlichen Beziehungen der lebenden Vereinsangehörigen Schlüsse ziehen und prophylaktische Massregeln aufbauen liessen.

Welch' gründlichere Aufklärung könnte in verschiedenen Fällen allen Betheiligten verschafft werden, als die, welche die Sektion bietet? Gar häufig würde an die Stelle nachträglichen marternden Zweifels und unfruchtbaren Grübelns positives Wissen treten, das zwar nicht für den Verstorbenen, wohl aber für seine Hinterbliebenen und Mitmenschen bezw. für das öffentliche Interesse von Nutzen sein würde.

Abgesehen von der in grösseren Städten bestehenden Uebung der intelligenteren Bevölkerungskreise, ihre verlebten Angehörigen seziren zu lassen, werden bis jetzt Sektionen in der Regel nur dann vorgenommen, wenn solche der Staatsbehörde für Zwecke der Rechtspflege geboten erscheinen, obwohl die Nichtvornahme einer Leichenöffnung aus Gründen familiärer oder öffentlicher Natur unter Umständen einer Unterlassungssünde gleich zu achten ist. Denn es ist z. B., wie in dem vorliegenden Falle, doch ein gewaltiger Unterschied für die Beurtheilung und Behandlung der Verhältnisse, ob der Verlebte an Typhus abdom. oder an Miliartuberkulose, Krankheiten, deren differentielle Diagnose ja in vivo manchmal sehr schwierig, unter Umständen kaum möglich ist, verstorben ist.

Schliesslich weist Verfasser in einem Nachtrage noch auf einen Vortrag des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Heller in Kiel bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Lübeck 1895 (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; 3. Folge, XIII, 2) über die „Nothwendigkeit der gesetzlichen Einführung von Verwaltungssektionen" hin, worin bereits auf die empfindliche Lücke in unserer Gesetzgebung betreffs der Vornahme von Obduktionen aufmerksam gemacht, die Beseitigung der in manchen Theilen Deutschlands früher bestandenen besseren Einrichtungen bedauert, und der in Oesterreich noch jetzt bestehenden Exofficio-Sectionen gedacht wird. Heller sagt, es genüge durchaus nicht, dass die Todesursache nur da durch die Sektion festzustellen sei, wo der Verdacht einer fremden Schuld obwalte, sondern es müsse gefordert werden, die Todesursache auch in solchen Fällen sicher festzustellen, wo immer dies im öffentlichen Interesse gelegen ist etc. etc. Dr. Waibel-Günzberg.

Welche Bedenken und Schwierigkeiten haben sich bei der Anwendung der ministeriellen Anweisung über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen in und aus Privat-Irrenanstalten (§. 30 der Gewerbeordnung), sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung solcher Anstalten vom 20. September 1895 ergeben? Von Dr. Tippel, dirigirendem Arzt der Heilanstalt zu Kaiserswerth a. Rh. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 1898, 55 Bd., IV. H.

T. stellte durch Rundfragen bei dem grössten Theil der Preussischen Privatirrenanstaltsärzte fest, dass man mit der Anweisung vom 20. September 1895 im Allgemeinen durchaus zufrieden sei und gute Erfahrungen gemacht habe. Mancherlei Schwierigkeiten, die nichtsdestoweniger eingetreten und bei einer so komplizirten Materie nicht ganz zu verhüten sind, lassen sich bei zunehmender Kenntniss der „Anweisung" und verständnissvollem Entgegenkommen aller betheiligten Faktoren sicher leicht beseitigen. Man wird jedoch T.'s Bedenken gegen einzelne Vorschriften nicht ganz ablehnen können. So erscheint die Aufnahme geistesgesunder Epileptiker unter Umständen recht erschwert, das gleiche gilt für Ausländer. Dass Konflikte zwischen Amtsarzt und Anstaltsleiter ihre Erledigung in einer höheren Instanz, etwa beim Regierungspräsidenten,

finden müssten, scheint sicher nicht unberechtigt. Ebenso gerechtfertigt erscheint T.'s Wunsch nach Einschränkung des Schreibwerks durch Einführung von Formularen, wie früher bereits von Rapmund vorgeschlagen wurde. Nach §. 11 darf eine Beurlaubung nicht über zwei Wochen dauern; ein Termin, der nach T.'s Ansicht zu kurz ist, um die Kranken in freiheitlichen Verhältnissen zu erproben. In Bezug auf §. 18, 2 wünscht T., dass die Anstellung der leitenden Aerzte direkt von dem Regierungspräsidenten [ausgehen möge; es wäre sicher wünschenswerth, wenn diesem die Genehmigung eines vollständigen Anstellungskontraktes zustände. Die Bedenken, die T. gegen die §§. 19 und 21 in's Feld führt, scheinen von geringerer Bedeutung; eine unvermuthete Revision wird in einer gut geleiteten Anstalt keine Unannehmlichkeiten im Betriebe hervorrufen, in einer schlechten manche Schäden aufdecken. Ihre Beibehaltung würden wir im Gegensatz zu T. schon im Interesse des vorurtheilsvollen Publikums für gerechtfertigt halten. Im Anschluss an T.'s Auseinandersetzungen nahm der Psychiatrische Verein der Rheinprovinz eine Resolution an, in der „die Anweisung" als ein erheblicher Fortschritt gerühmt und gleichzeitig um Berücksichtigung einzelner Wünsche bei einer event. Aenderung derselben gebeten wird. Dr. Pollitz-Brieg.

Allgemeine Disposition der Provinzial-Irrenanstalt zu Conradstein bei Preussisch-Stargard in psychiatrischer und ökonomischer Beziehung. Von Medizinalrath Dr. Kroemer. Archiv für Psychiatrie; Bd. 31, 1. und 2. H., 1898. (Festschrift, Herrn Geheimrath Hitzig zum 60. Geburtstage gewidmet.)

Die neue westpreussische Irrenanstalt ist nach den Plänen und Angaben Kroemer's mit einem Aufwand von 4 Millionen Mark erbaut worden, so dass der einzelne Platz sich inkl. sämmtlicher Kosten auf die bescheidene Summe von 4000 Mark berechnet. Trotz mancherlei Bedenken gegen übergrosse Anstalten ist eine spätere Belegung bis zu 1600 Kranken in's Auge gefasst. Kroemer rechnet bei 5% Geisteskranker in der Bevölkerung, 2‰ Anstaltsbedürftiger; demnach ist in Folge des Neubaues in Westpreussen für 1500 Kranke gleich 1‰ Unterkunft geschaffen. — Eine Reihe Grundrisse erläutern die Gesammtanlage wie die der einzelnen Abtheilungen. Die Front bildet eine Anzahl von Verwaltungs- und Beamten-Wohnhäuser, die Mitte des Terrains wird von einer den technischen bezw. geselligen Zwecken dienenden stattlichen Gebäudereihe durchschnitten. Senkrecht zu dieser stehen rechts und links — für beide Geschlechter getrennt — die Krankenpavillons. Letztere, im Interesse der Sparsamkeit nur mit den nothwendigsten Keller- und Dachräumen versehen, enthalten in Parterre und einem Stockwerk durchschnittlich Raum für 60 Kranke. — Ein Lazareth (60 Plätze) ist mit allen Einrichtungen moderner Krankenpflege, reichlichen Baderäumen, vorzüglichem Operationssaal, Tuberkulosestation und Station für der Tuberkulose Verdächtige ausgestattet. Eine verschliessbare Glasverranda gestattet den Aufenthalt in frischer Luft. Die einzelnen Abtheilungen enthalten hier nur 15 Plätze. Das Ueberwachungs- und Beobachtungshaus ist für je 20 Kranke in zwei Abtheilungen berechnet. Um von der beruhigenden Wirkung langdauernder Bäder reichlich Gebrauch machen zu können, ist für je 6 Kranke eine Badewanne vorhanden, die Badestuben selbst sind geräumig und bequem hergestellt. Auf je 10 Kranke kommt ein Isolirraum, im Ganzen verfügt die Anstalt bei z. Z. 640 Kranken über 20 derartige Räume. Ferner sind Abtheilungen für Sieche, für Ruhige und Rekonvaleszenten und für Unruhige vorhanden, letztere wie die Beobachtungsstation sind allein vergittert. Die Häuser für Pensionäre sind von denen der übrigen Kranken gänzlich getrennt. Zu jedem Haus gehört ein Morgen Garten.

Der Luftkubus beträgt in den Tageräumen 15, in den Schlafräumen 30, in den Isolirräumen 40, in den Lazarethen 50 cbm. Neben den Badestuben ist noch eine besondere Zentralbadeanstalt vorhanden. Die Heizung wird durch Warmwasser-Niederdruckanlage bewirkt, die Beleuchtung durch 18 elektrische Bogen und 800 Glühlampen geliefert. Das Wasser wird mittelst Elektromotoren aus drei Tiefbrunnen gepumpt und von seinem Eisengehalt durch Lüftung und Koksfiltrirung befreit. Die Abwässer werden mit natürlichem Gefälle einem 18 Morgen grossen Rieselfelde zugeführt. Dass alle technischen Einrichtungen bis in's Kleinste den modernen Anforderungen entsprechen, braucht kaum aus-

geführt zu werden. Für die Beschäftigung der Kranken ist neben Werkstätten aller Art, in denen die betreffenden Kranken gleichzeitig Unterkunft finden, reichlich gutes Ackerland vorhanden, während die Anlage von Irrenkolonien in der Nähe der Anstalt vorbereitet ist. — Der Provinz Westpreussen, sowie dem Schöpfer der Anstalt, der das Verdienst hat, bereits die Anstalt Neustadt eingerichtet zu haben, gereicht der Bau zu besonderer Ehre. Schliesslich möchten wir wünschen, dass die interessante Abhandlung Kroemer's weiteren Kreisen zugängig gemacht würde. Ders.

Zur Medizinalreform IV. Die Gründe des Fehlschlagens. Von Geh. Med.-Rath Dr. Hüpeden. Sonderabdruck aus den „Preussischen Jahrbüchern"; Bd. 94, H. 1.

Mit dem vorliegenden schliesst Verfasser die Reihe seiner geistvollen Artikel über die Medizinalreform vorläufig ab. In dem Bedauern, das sich durch seine jetzigen Ausführungen hindurchzieht, nämlich darüber, dass die durch den Antrag Douglas gross und erschöpfend angelegte Medizinalreform schliesslich doch nur in eine pekuniäre Aufbesserung der Kreisphysiker auslaufen soll, werden die Freunde der öffentlichen Gesundheitspflege in Preussen und unter ihnen nicht zum Wenigsten die Kreisphysiker sich mit dem Verfasser einig fühlen.

Hüpeden hebt als Gründe des Fehlschlagens der Medizinalreform besonders hervor: Mangelhaftes Verständniss im grossen Publikum, kurzsichtiges Hervordrängen eigener Interessen, ungünstige geschäftliche Behandlung der Frage, allzu günstige Auffassung des Gesundheitswesens in Preussen von Seiten der massgebenden Kreise und Uneinigkeit im Lager der Medizinalbeamten selbst, deren Objektivität durch die beabsichtigte Veränderung der Einkommensverhältnisse gefährdet werde.

Wenn der Verfasser den Einfluss der Medizinalbeamten auf die Entscheidungen der Zentralinstanz einerseits überschätzt, so ist es andererseits ein betrübendes Zeichen der Situation, dass überhaupt der Vorwurf erhoben werden kann, die Reform des Gesundheitswesens in Preussen sei — wenn auch nur zu einem Theile — mit durch den Widerstand der preussischen Gesundheitsbeamten zu Falle gebracht worden.

Der Hauptgrund liegt wohl in dem auch vom Verfasser in erster Linie angeführten Mangel an Verständniss im grossen Publikum sowie in dem Widerstand, der sich namentlich in den ostelbischen Kreisen gegen eine grössere Machtvollkommenheit der staatlichen Gesundheitsbeamten bemerkbar gemacht hat. Auch hat sich in ärztlichen Kreisen nicht überall das Interesse für die Medizinalreform gezeigt, das zu deren Durchführung von Seiten der Aerzte als der unmittelbarsten hygienischen Berather des grossen Publikums dringend erwünscht ist, damit dessen Verständniss für die öffentliche Gesundheitspflege und demgemäss für die Nothwendigkeit einer Medizinalreform grösser wird als bisher. Die jüngsten Beschlüsse des Aerztekammerausschusses sowie die vorangehenden Beschlüsse der meisten Aertekammern betreffs der Medizinalreform beweisen jedoch, dass sich in dieser Beziehung ein Umschwung vollzogen hat; das Erfreulichste dabei ist, dass sich jene Beschlüsse fast vollständig mit denjenigen des Preussischen Medizinalbeamtenvereins decken, so dass also auf diesem Gebiete ein einträchtiges Zusammengehen der praktischen Aerzte mit den Medizinalbeamten besteht.

Dem am Schlusse der Hüpeden'schen Arbeit sich vorfindenden Wunsche, dass man neben der auf alle Fälle berechtigten Erhöhung der Physikatsgehälter das grössere Ziel nicht aus dem Auge verlieren möchte, wird jeder Medizinalbeamte rückhaltlos zustimmen. Dr. Dietrich-Merseburg.

Besprechungen.

Prof. C. Fürstner, Direktor der psychiatrischen Klinik der Universität Strassburg: Wie ist die Fürsorge für Gemüths-

kranke von Aerzten und Laien zu fördern? Berlin 1898. Verlag von S. Karger. Gr. 8°; 64 S. Preis: 1 Mark.

In der vorliegenden, klar und schwungvoll geschriebenen Broschüre sucht F. im Anschluss an verschiedene psychiatrische Gesichtspunkte und Fragen zu ergründen, inwieweit die Fürsorge für Gemüthskranke durch Aerzte und Laien gefördert werden kann. Mit Recht bedauert er zunächst den Umstand, dass die praktischen Aerzte auf diesem Gebiete nicht die vermittelnde Stellung zwischen Fachleuten und Laienpublikum einnehmen können, wie dies für andere Zweige der Medizin zutrifft. Oft fehlt den Aerzten die Fähigkeit, die unzutreffenden Bilder und Vorstellungen zu korrigiren, die sich Laien über die Psychosen, ihre Aeusserungsweise, ihre Behandlung u. s. w. machen. Indem F. sodann auf die Differenzen eingeht, welche die Kliniken oder Stadtasyle und Landesanstalten ihrer verschiedenen Organisation, Lage, Aufgabe entsprechend, bedingen, hebt er die Nothwendigkeit einer unbehinderten und schnellen Entfernung der Kranken aus den Stadtasylen und Kliniken hervor. Auch die Aufnahme in dieselben muss möglichst schnell und leicht erfolgen können, da es sich meist um akute und plötzliche Fälle handelt. Werthvoll ist hier die Verbindung mit einer Poliklinik, durch welche einmal die Frühaufnahme Geisteskranker begünstigt, sowie ihre Beaufsichtigung vor und nach der Aufnahme erleichtert wird. Die Schwierigkeiten, die aus der Vorschrift entstehen, dass zu jeder Aufnahme die Untersuchung eines Amts- oder Polizeiarztes erforderlich ist, sind natürlich bei den Kliniken oder Stadtasylen noch viel schwieriger als bei Privat- oder Landesanstalten; denn einerseits tritt dadurch eine Verzögerung. wenn nicht Unterlassung der Aufnahme ein, andererseits wird die Begutachtung oft durch eine so schnelle Untersuchung und so oberflächliche Anamnese vorgenommen, dass sie zu einer blossen Formalität herabsinkt; und dieser formelle Vorgang erweckt bei der Bevölkerung nicht selten den Eindruck, dass es sich bei der Aufnahme nicht um die Behandlung der Krankheit und um eine Wohlthat für den Kranken handelt, sondern um die Verhütung eines Unrechts. Um die Klagen über angebliche Freiheitsberaubung u. s. w. zum Verstummen zu bringen, dürfte nichts geeigneter sein, als gewissen Beamtenkategorien, Juristen, Verwaltungsbeamten, die sich später mit den einschlägigen Fragen amtlich zu beschäftigen haben, Gelegenheit zu geben, auf Grund eigener Wahrnehmung und Prüfung sich Sachkenntniss zu erwerben. F. empfiehlt sogar zu diesem Zwecke den obligatorischen Besuch einer psychiatrischen Klinik für ein Semester; auch will er sowohl in den Stadtasylen, wie in den grösseren Anstalten die Krankenabtheilungen selbst für die Besucher und Angehörigen zugänglich machen, um so erzieherisch und belehrend auf das Publikum zu wirken. Natürlich wird die Berechtigung und Legitimation der Besucher jedesmal sorgfältig zu prüfen sein.

Eingehend wird auch die Fürsorge für entlassene Geisteskranke erörtert. Auch hier werden wir wesentliche Erfolge verzeichnen können, wenn die heute noch geläufigen Anschauungen über geistige Störungen und ihre Träger eine gründliche Umgestaltung erfährt und wenn das Laienpublikum den Geisteskranken gegenüber die Toleranz üben wird, die sie als selbstverständlich andern Kranken gewährt. Während das Loos der bedauernswerthen Kranken in den Anstalten in ungerechtester Weise beklagt und beschuldigt wird, lässt man es hier an jeder Mitwirkung fehlen; und dabei ist es doch nicht zweifelhaft, dass zahlreiche Rückfälle vermieden werden können, wenn der rekonvaleszente Gemüthskranke aus der Anstalt in günstigere Verhältnisse treten würde. Vor allem wäre hier wünschenswerth eine materielle Unterstützung durch Nachweis für Beschäftigung, vorurtheilslose Aufnahme u. s. w. Welches Feld hier der privaten Wohlthätigkeit noch offen steht, lehren u. A. die Erfolge der Vereine zur Fürsorge für entlassene Geisteskranke, wie z. B. Brandenburg und Berlin sie aufweisen.

Wie in den bisher genannten Fragen zeigt sich F. auch in dem schwierigen Punkte der Pflegepersonalfrage eine ebenso grosse Erfahrung wie kritische Beurtheilung. Auch hier bieten die Kliniken oder Stadtasyle und die grossen Landesanstalten wesentlich andere Verhältnisse. Eine Steigerung der Lohnverhältnisse hat weder die Sesshaftigkeit des Personals, noch den Zuzug von Bewerbern vermehren können. Auch der Einrichtung von Wärterschulen stehen grosse Bedenken entgegen. Am meisten liefert noch die ländliche Bevölkerung

brauchbares Personal. Nicht selten trägt gerade ein mangelhaftes Personal zu falschen Gerüchten über Behandlung der Geisteskranken bei.

Im letzten Abschnitt unterzieht F. das Entmündigungsverfahren einer Kritik. Auch hier hebt P. die Nothwendigkeit hervor, dass die Juristen angehalten werden, ein Semester psychiatrische Kenntnisse in der Klinik zu erwerben. Was die Thätigkeit der ärztlichen Sachverständigen anbetrifft, so werden häufig die Angaben der Angehörigen, sowie der Inhalt der Akten überschätzt und nicht kritisch genug geprüft. Andererseits legt mancher Gutachter einzelnen Aeusserungen und Handlungen des Angeklagten zu viel Bedeutung bei, ohne die näheren Verhältnisse genügend zu berücksichtigen. Das Vorhandensein psychischer Abnormitäten bedingt nicht stets Unzurechnungsfähigkeit; und jeder Geisteskranke ist nicht gleich unter den Schutz des §. 51 zu stellen. Im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Sachverständigen hält F. es für geeignet, sich auch über den Schlusspassus des §. 51 zu äussern und den Richtern seine Meinung zu sagen, ob und wie weit die freie Willensbestimmung durch nachweisbare psychische Abnormitäten beeinträchtigt wird. Dadurch wird dem Richter die Beurtheilung der Schuldfrage erleichtert, ohne dass er an das Gutachten des Sachverständigen gebunden ist. Die Grenze zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit sieht der Verfasser nicht als eine zu scharfe an; man muss mit dem Begriff einer geminderten Zurechnungsfähigkeit operiren, ohne mit dem Begriff der intellektuellen Schwäche verschwenderisch umzugehen.

S. Kalischer-Berlin-Schlachtensee.

Hebammen-Kalender für 1899. Berlin. Verlag von Elwin Staude. Preis 1 Mark.

Der diesjährige Hebammenkalender bedarf wohl kaum mehr der Erwähnung. Die hinzugekommenen geringen Neuerungen sind praktisch. Für die Zukunft soll jeder Jahrgang Lebensbeschreibung und Bildniss eines der Herren Hebammen-Direktoren bringen und ist diesmal mit dem Geh. Med.-Rath Dr. Abegg, Verfasser des so praktischen „Auszugs aus dem Preussischen Hebammen-Lehrbuch“ der Anfang gemacht. Ein Druckfehler auf Seite 115, Anfangsgehalt der Hebammen 1200 Mark statt 1—200 wird nirgends eine irrthümliche Auffassung herbeiführen.

Dr. Blokusewski-Daun.

Tagesnachrichten.

Zur Medizinalreform. Politischen Blättern zu Folge ist die Frage, ob die Medizinalverwaltung von dem Kultusministerium abgezweigt und dem Ministerium des Innern unterstellt werden solle, bis zur Durchführung der Medizinalreform vertagt. Damit kann man sich nur einverstanden erklären, vorausgesetzt, dass die Medizinalreform nun wirklich zur Durchführung gelangt und dem Landtage während seiner diesjährigen Session ein Gesetzentwurf vorgelegt wird. Die von einzelnen Tagesblättern gebrachte Mittheilung, dass es noch fraglich sei, ob bis zur Tagung des Landtages die gesetzliche Unterlage für die beabsichtigte Reform geschaffen werden könne, wird sich hoffentlich nicht als zutreffend erweisen, sondern sich unter den bei Eröffnung des Landtages angekündigten Vorlagen auch diejenige über die Medizinalreform befinden.

Zur Berathung einer **neuen ärztlichen Prüfungsordnung** wird am 5. Januar in Berlin eine Konferenz zusammentreten. Als Grundlage der Berathungen wird ein schon vor Jahresfrist ausgearbeiteter Entwurf dienen, der neuerdings einige Abänderungen erfahren hat. In dem Entwurf werden bekanntlich von den zu prüfenden Kandidaten eingehendere Kenntnisse in der Psychiatrie, Hygiene und Bakteriologie gefordert; ausserdem ist vor Allem nach bestandener Staatsprüfung ein sogenanntes „praktisches Jahr“ an einer Universitätsklinik oder an einem von der Behörde bezeichneten öffentlichen Krankenhause vorgesehen, nach dessen Absolvirung erst die Aushändigung der Approbation als Arzt erfolgt. Gemäss den Wünschen der ärztlichen Standesvertretungen soll auch erwogen werden, wie dem unberechtigten Missbrauch der

Bezeichnung „Spezialarzt“ entgegengetreten werden könne, und ob es sich empfehle, die Führung dieses Titels abhängig zu machen von dem Nachweis eingehender spezialistischer Studien bezw. dem Nachweis einer mehrjährigen Assistentenzeit an einer spezialistischen Klinik. Desgleichen soll die betreffende Konferenz sich auch über die Zulassung von Frauen zum Studium der Medizin an deutschen Universitäten gutachtlich äussern.

Berufung: Sanitätsrath Dr. Aschenborn in Berlin ist als Hilfsarbeiter in das Kultusministerium berufen worden, um in der Medizinalabtheilung bei der Bearbeitung der ärztlichen Angelegenheiten mitzuwirken.

Nachdem in Folge der Einführung des thierischen Impfstoffes und der Aenderung des Wirkungskreises der bisherigen Impf- und Lympherzeugungs-Institute diese Bezeichnung derselben unzutreffend geworden ist, hat der preussische Minister der Medizinalangelegenheiten bestimmt, dass diese Anstalten in Zukunft **„Anstalten zur Gewinnung thierischen Impfstoffs“** genannt und in gleicher Weise im amtlichen Verkehr bezeichnet werden.

Der vom Deutschen Zentralkomité zur Errichtung von Volksheilstätten einberufene **Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit** soll vom 23. bis 27. Mai 1899 in Berlin stattfinden. Der Reichskanzler Fürst Hohenlohe hat den Ehrenvorsitz übernommen. Die Aufgabe des Kongresses soll darin bestehen, einerseits die Bedeutung der Tuberkulose als Volkskrankheit, andererseits die Mittel zu ihrer Bekämpfung den weitesten Kreisen vor Augen zu führen. Um dieser Aufgabe zu entsprechen, hat das mit der Organisation des Kongresses beauftragte Komité, an dessen Spitze die Herren Herzog von Ratibor und Geheimrath v. Leyden stehen, den gesammten Gegenstand in fünf Abschnitte: Ausbreitung, Aetiologie, Prophylaxe, Therapie, Heilstättenwesen, zerlegt. Die Referate über die einzelnen Gebiete sollen möglichst kurz und präzise gefasst werden, so dass ausreichende Zeit für eine freie Diskussion zur Verfügung bleibt. Mitglied des Kongresses kann Jeder werden, der Interesse an der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit hat und eine Mitgliedskarte bei der Kasse des Zentralkomités für Lungenheilstätten löst. Die Regierungen des In- und Auslandes werden von der Abhaltung des Kongresses verständigt und um die Abordnung von Delegirten ersucht werden. Schon jetzt ist ersichtlich, dass der Besuch ein ausserordentlich lebhafter werden wird. Die praktischen Massnahmen, welche man in Deutschland seit der Begründung des Zentralkomités für Lungenheilstätten insbesondere auf Grund der Arbeiterversicherung hinsichtlich der Bekämpfung der Tuberkulose getroffen hat, und welche als den nächsten, am meisten in die Augen fallenden Erfolg die Errichtung von etwa 50 Heilstätten für minderbemittelte Lungenkranke ermöglichten, haben nicht allein im Inlande die Theilnahme weitester Kreise erregt, sondern auch die Blicke des mit ähnlicher sozialpolitischer Fürsorge nicht ausgestatteten Auslandes auf die deutschen Verhältnisse gelenkt. Der Kongress darf mithin, da er hauptsächlich praktische Gesichtspunkte zur Erörterung stellen wird, voraussichtlich auf eine grössere und vielseitigere Theilnahme rechnen, als andere ähnliche Versammlungen, auf welchen die rein medizinische, nicht die sozialhygienische Seite der Tuberkulose im Vordergrunde steht.

Die ständige Kommission für Berathung des Deutschen Arzneibuches wird vom 3.—6. Januar im Reichsgesundheitsamt tagen.

Das für Preussen jetzt erlassene **Verbot des Vorräthighaltens zusammengesetzter Arzneitabletten fabrikmässiger Herstellung in den Apotheken** (s. Beilage zur heutigen Nummer, S. 7) bildet hoffentlich den ersten Schritt zu der bereits in anderen Bundesstaaten (Hamburg, Baden u. s. w.) bestehenden allgemeinen Anordnung, dass der Apotheker alle pharmazeutischen Präparate, wie destillirte Wässer, Elixire, Latwerge, Pflaster, Salben, Sirupe und Tinkturen, Linimente u. s. w., künftighin in eigenem Betriebe herzustellen hat, da er ebenso wie bei den zusammengesetzten Arzneitabletten auch bei allen übrigen sogenannten galenischen Arzneimitteln sonst gar nicht in der

Lage ist, die richtige Darstellung und Dosirung zu prüfen und zu gewährleisten. Von Jahr zu Jahr dringt die Grossfabrikation immer mehr in die Apotheken ein, ein Missstand, dessen Beseitigung sowohl im öffentlichen, als im Interesse des Apothekerstandes selbst dringend nothwendig ist. Jetzt sind in sehr vielen Apotheken die Laboratorien völlig unbenutzt, selbst die einfachsten Salben, sogar gemischte Thees u. s. w. werden vom Grosshändler bezogen und nicht etwa nur in kleineren, sondern auch in grossen Geschäften, um das kostspielige Hülfspersonal zu sparen. Ein Apotheker muss für die Güte und Reinheit der von ihm vorräthig gehaltenen Arzneimittel die volle Verantwortlichkeit tragen; das ist ist ihm aber bei den galenischen Arzneimitteln nur möglich, wenn er sie selbst anfertigt; thut er dies nicht, dann darf er sich nicht wundern, wenn von anderer Seite seine Gewissenhaftigkeit und Tüchtigkeit in Zweifel gezogen wird. Dass die „verwaisten Laboratorien" in den Apotheken nicht zum geringen Theil zu dem von vielen Seiten behaupteten Rückgang des Apothekerstandes beigetragen haben, darüber dürfte wohl kein Zweifel sein; hier sollte daher vor allem der Hebel eingesetzt werden; denn ehe nach dieser Richtung hin keine Besserung erzielt ist, werden auch alle sonstigen Bestrebungen nichts helfen!

Die Vorbedingung für die Durchführung des vorher erwähnten Verbotes ist, dass nun auch die Aerzte fabrikmässig hergestellte, zusammengesetzte Tabletten ihren Patienten weder durch Rezept, noch mündlich verordnen; denn sie begünstigen dadurch nur die Arzneimittelfabriken und bringen ausserdem die Apotheker in die peinlichste Verlegenheit. Insbesondere sollte jede derartige mündliche Verordnung streng vermieden werden; da die Kranken, falls sie mit ihrem Verlangen in der Apotheke abgewiesen werden, nicht selten versuchen werden, sich die Tabletten aus Drogenhandlungen oder direkt aus der Fabrik zu verschaffen.

Wenn übrigens der preussische Erlass vorschreibt, „zusammengesetzte Tabletten müssen auf jedesmalige ärztliche Verordnung besonders hergestellt werden", so gilt dies besonders für diejenigen Tabletten, die scharfwirkende und nur auf ärztliche Verordnung abzugebende Arzneimittel enthalten. Selbstverständlich ist aber dem Apotheker gestattet, von ihm selbst verfertigte zusammengesetzte Tabletten, die keine scharfwirkenden Arzneimittel enthalten, auf Verlangen auch im Handverkauf innerhalb der hierfür geltenden Grenzen abzugeben.

Stiftung. Lord Iveagh, der Chef der Brauerei von Guinness in Dublin, hat dem Jenner-Institut eine Viertel-Million Pfund Sterling gestiftet, um dasselbe in Stand zu setzen, die Forschungen auf den Gebieten der Bakteriologie und der Biologie im Hinblick auf die Verhütung von Krankheiten zu erweitern. Ausserdem hat sich der Stifter erboten, eine Viertel-Million zur Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse in den ungesunden Gegenden im Zentrum von Dublin herzugeben.

Von vielen Fabrikanten wird bekanntlich bei den **Anpreisungen von Geheimmitteln** in Zeitungen der Zusatz gemacht: „Vorräthig in allen Apotheken" oder „in den Apotheken zu . . . zu erhalten", sobald es sich um Geheimmittel bezw. Arzneizubereitungen handelt, deren Handel nicht freigegeben ist. Durch Urtheil des Kammergerichts (Strafsenats) vom 19. Dezember 1898 ist nun entschieden, dass, falls in dem betreffenden Bezirk das Ankündigen von Heilmitteln, deren Handel nicht freigegeben ist, durch Polizeiverordnung verboten ist, auch eine Anpreisung derselben mit einem derartigen Zusatz unzulässig ist; denn wenn die Apotheker auch berechtigt seien, derartige Arzneimittel (es handelte sich im vorliegenden Falle um Antiarthrin) feilzuhalten, so seien sie doch nicht befugt, diese auch öffentlich anzupreisen. Die betreffende Polizeiverordnung stehe keineswegs mit der Kaiserl. Verordnung vom 27. Januar 1890 in Widerspruch, da diese einen anderen Thatbestand: das Feilhalten und den Verkauf von Heilmitteln regele, während jene nur das Ankündigen und Anpreisen derselben betreffe.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben von

Dr. OTTO RAPMUND,

Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld, Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 2. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 15. Januar.

Eine Milzbrandepidemie im Kreise Templin.

Von Kreisphysikus Dr. Solbrig in Templin.

Gehören auch Milzbranderkrankungen bei Menschen nicht gerade zu den Seltenheiten,[1]) so dürfte eine gleichzeitige Erkrankung einer grösseren Anzahl von Personen doch nichts häufiges sein. Es erscheint deshalb eine kurze Besprechung einer von mir im hiesigen Kreise beobachteten Milzbrandepidemie wohl gerechtfertigt, um so mehr als eine Anzahl von Krankheitsfällen Symptome darboten, die von den sonst für Milzbrand angegebenen erheblich abweichen und doch m. E. nicht wohl anders als Milzbranderkrankungen angesehen werden können.

Bei Gelegenheit einer Konsultation im Februar v. J. berichtete mir der prakt. Arzt Dr. Sch., dass er in einem Dorfe G. einen Fleischer Sch. in Behandlung habe, der eine Erkrankung an zwei Fingern zeige, die in ihm den Verdacht einer Milzbrandinfektion erweckt habe. Auf Befragen habe der Fleischer erzählt, dass er eine Kuh, die vordem von dem betr. Besitzer geschlachtet sei, zerlegt und dabei sich den linken Mittelfinger — denselben Finger, der zuerst erkrankte — mit dem Messer leicht verletzt habe.

Auf meine Veranlassung wurde dieser Fall zur Anzeige ge-

[1]) Nach Wehmer (Eulenburg, Encyclop. Jahrbücher, Band VII) wurden in Deutschland:

1891:	68	Personen	infizirt,	von	denen	12 starben,
1892:	98	„	„	„	„	10 „
1893:	99	„	„	„	„	15 „
1894:	101	„	„	„	„	14 „

bracht und ich vom Landrath beauftragt, die Sache zu untersuchen. Dabei stellte ich am 17. Februar Folgendes fest:

Der Bauer O. in A. hatte eine Kuh, die mit zwölf anderen im Stalle stand, am Abend des 29. Januar geschlachtet, weil dieselbe, ohne dass vorher etwas Krankhaftes an ihr bemerkt worden war, im Stalle gelegen und nur noch „gezappelt" hatte. Die Tödtung durch Halsabschneiden nahm ein alter, schwächlicher Mann (Vater des Besitzers) allein vor; derselbe sagte aus, dass das Blut stark geflossen sei, während der Arbeiter W. bei seiner späteren Vernehmung bekundete, dass er beim Nachsehen an der betr. Stelle im Stall **keine** Blutspuren gefunden habe. Beim Schlachten und Abhäuten bemerkten die dabei beschäftigten Personen, dass sich hinter dem Vorderblatt unter der Haut eine von aussen nicht sichtbare blutunterlaufene Stelle von der Grösse eines grossen Tellers befand, die blauschwarz aussah, und eine ähnliche, nicht ganz so grosse Stelle in der Kreuzgegend sichtbar war. Ausserdem floss nach Angabe der Frau des Besitzers O. Blut aus dem After der Kuh. Die blutunterlaufenen Stellen hielt der p. O. für Spuren von vorausgegangenen Hieben seitens des Knechtes, ohne dass er gesehen hatte, dass thatsächlich solche Misshandlungen passirt waren. Obgleich nun der Arbeiter W. darauf aufmerksam machte, dass die Kuh wohl krank gewesen sei und deshalb eine Untersuchung durch den Thierarzt empfahl, geschah letzteres nicht, sondern das Fleisch wurde ohne Weiteres (zu einem billigen Preise) in einzelnen grösseren und kleineren Stücken verkauft, und zwar an Personen aus dem Nachbardorfe D. Die Eingeweide waren nicht zur Benutzung gekommen, sondern sofort den Hunden zum Fressen gegeben.

Etwa 3—6 Tage nach dem Schlachten erkrankten die Personen, die mit dem Schlachten zu thun gehabt haben, in folgender Weise:

1. Der Besitzer O., der von dem Fleisch in rohem und gekochtem Zustande genossen hatte, erkrankte an Ziehen in den Gliedern, Magenbeschwerden, verbunden mit Fieber; er erholte sich, ohne bedenklich krank zu sein, nach etwa 14 Tagen völlig.

2. Die Frau desselben bemerkte am linken Vorderarm zwei „Pickel", die zu blauschwarzen Bläschen sich entwickelten; es trat Fieber ein, das die Kranke auf einige Tage an's Bett fesselte. Das eine der Bläschen von der Grösse einer kleinen Erbse war nach 14 Tagen abgeheilt und nur noch ein trockener, blauschwarzer Schorf zu sehen; das zweite Bläschen vergrösserte sich, führte zu Schwellung der Umgebung und zu Schwellung der Achseldrüsen. Der behandelnde Arzt nahm tiefere Inzisionen vor, wobei sich kein Eiter entleerte. Als ich die Kranke etwa 14 Tage nach dem Ausbruch der Erkrankung zu sehen bekam, war eine etwa thalergrosse kraterförmige Wunde vorhanden, deren Ränder verdickt waren und deren Grund ein blauschwarzer, festansitzender, trockener Schorf bildete. Schmerzen bestanden fast gar nicht an dem Geschwür und dessen Umgebung. Die Achseldrüsen waren noch leicht geschwollen.

Der weitere Verlauf war, wie ich bei späteren amtlichen Untersuchungen feststellte, der: Ganz allmählich stiess sich der Schorf ab und füllte sich die Höhle mit Granulationen. Vollständige Vernarbung war Ende März, d. h. etwa 7 Wochen nach der Infektion eingetreten; am Rande der im Uebrigen festen und nicht schmerzhaften Narbe bemerkte ich bei meiner letzten Untersuchung am 6. April eine Reihe kleiner, bis stecknadelkopfgrosser Bläschen.

Die Behandlung hatte Anfangs in Karbolumschlägen, dann nach der Inzision in Umschlägen mit essigsaurer Thonerde, schliesslich in Salbenverbänden bestanden.

3. Frau W., die nach ihrer Angabe an dem Tage, an dem die Kuh geschlachtet wurde, eine kleine Hautabschürfung am rechten kleinen Finger hatte, bemerkte, dass dieser Finger anschwoll, schmerzte und sich blau färbte. Die Schwellung nahm zu, dehnte sich über den ganzen Handrücken aus und führte zu bedeutender Schwellung der Achseldrüsen. Der behandelnde Arzt nahm eine Inzision am kleinen Finger vor, wobei sich kein Eiter, sondern nur trübe wässerige Flüssigkeit entleerte. Ich fand nach ca. 14 Tagen eine tiefgehende Wunde über dem Gelenk zwischen Metacarpus und I. Phalanx mit schmierigem Belag, Oedem des ganzen Handrückens, schmerzhafte Schwellung der Achsel-

drüsen. Wie ich später dann feststellte, kam es zu einer Nekrose der Sehnen des Streckmuskels des kleinen Fingers und dadurch bedingte Steifheit des Fingers im Metakarpo-Phalangealgelenk. Das zunehmende Oedem des Handrückens veranlasste den behandelnden Arzt, eine tiefe Inzision zwischen 4. und 5. Metacarpus vorzunehmen, wobei sich trübe seröse Flüssigkeit, später auch Eiter entleerte. Die Heilung beider Wunden erfolgte langsam; nach dem Schwinden des Oedems kam es zu flächenartiger Abschuppung der Epidermis,[1]) und erst nach 7—8 Wochen war Vernarbung eingetreten; doch blieb eine grosse Schwäche der Hand neben Steifheit des kleinen Fingers zurück.

4. Der Fleischer Sch. (derselbe, der oben genannt ist) bemerkte, dass der linke Mittelfinger, an dem er sich beim Zerlegen der Kuh eine kleine Verletzung zugezogen, anschwoll, dunkelblau wurde, und dass allmählich auch der vierte Finger in derselben Weise erkrankte; auch stellte sich eine schmerzhafte Schwellung der Achseldrüsen ein. Als ich den Kranken sah, waren, nach energischer Sublimatbehandlung seitens des behandelnden Arztes, an beiden Fingern von der Spitze bis fast zur Mitte, hauptsächlich auf der Rückenfläche, geschwürige Flächen, die zum Theil noch blauschwarze Ränder hatten, zu bemerken, während die Achseldrüsen ziemlich abgeschwollen waren.

Der Fall kam erst nach reichlich 2 Monaten zur Heilung, doch waren die beiden ergriffenen Finger fast völlig steif geblieben und die Gebrauchsfähigkeit der Hand vorläufig gleich Null.

Ausser diesen Personen waren nun noch eine Anzahl anderer, die von dem Fleische der Kuh in rohem und gekochtem Zustande genossen hatten, erkrankt, und zwar, wie ich am 24. Februar feststellte, in folgender Weise:

5—11. 7 Personen, davon 4 aus derselben Familie, erkrankten etwa 6 Tage, nachdem sie von dem betr. Fleisch gegessen hatten, mit starkem Jucken und Brennen am ganzen Körper; es zeigten sich dann kleine rothe Bläschen an verschiedenen Stellen der Haut, die zum Kratzen reizten; ausserdem sagten sämmtliche Personen aus, dass sie sich einige Tage lang unwohl und matt gefühlt hätten. Da die ganze Erkrankung nur leicht war, hätten sie kein Gewicht darauf gelegt und auch ärztliche Hülfe nicht in Anspruch genommen. In allen Fällen trat nach 8—14 Tagen völliges Wohlbefinden ein.

12. Eine weitere Person, Frau L., hatte ein Stück des Fleisches eingepökelt; nachdem sie hierbei wiederholt das Fleisch angefasst hatte, bemerkte sie an zwei Fingern der einen Hand kleine blaurothe Blasen, die platzten und sich zu Geschwüren entwickelten. Letztere waren, als ich die Frau zum ersten Mal zu sehen bekam, verheilt, ohne dass eine ärztliche Behandlung vorausgegangen war.

13. Schliesslich meldete sich bei mir eine Frau Sch., die angab, von dem Fleisch genossen zu haben, worauf sich etwa 8 Tage später eine blaurothe Blase an der Unterlippe gezeigt habe; es war an ihr eine bedeutende Schwellung der linken Hälfte der Unterlippe und schmerzhafte Schwellung der Drüsen unterhalb des linken Unterkieferastes zu bemerken. Die ödematöse Schwellung machte eine Inzision nothwendig, nach der innerhalb 14 Tagen Heilung eintrat; nur blieben die Drüsen noch längere Zeit geschwollen.

Fassen wir diese Fälle zusammen, so haben wir 5 (Nr. 2, 3, 4, 12 u. 13), die an das Bild des Milzbrandkarbunkels bezw. Milzbrandödems erinnern; der Fall Nr. 2 entspricht sogar völlig dem Bilde der Pustula maligna mit günstigem Verlaufe, wie sie von den verschiedenen Forschern (Garrè im Handbuch der spez. Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing, I. Bd., Wehmer in Eulenburg's Encyclop. Jahrb., Bd. VII u. a.) beschrieben wird; Nr. 3 und 4 haben viel Aehnlichkeit mit den für Milzbrandödem charakteristischen Zeichen, die beiden letzten Fälle sind in der Beziehung weniger deutlich ausgeprägt.

[1]) Dies ist für Milzbrandödem diagnostisch wichtig nach Zuelzer Eulenburg, Realencycl. II. Aufl., Bd. XIII, S. 243).

Der Fall Nr. 1, charakterisirt durch Beschwerden seitens des Magendarmkanals, könnte als leichte Form der intestinalen Milzbranderkrankung angesehen werden. Die übrigen 7 Fälle haben, soweit ich in der Literatur unterrichtet bin, an sich nichts für Milzbrand charakteristisches.

Als eine weitere auffallende Erscheinung schien mir bei meinen Erhebungen die Thatsache angesehen werden zu können, dass in den Dörfern A. (wo die Kuh geschlachtet war) und D. (wohin das Fleisch zum Konsum gekommen war) eine ganze Anzahl Katzen in der Zeit, in die die Erkrankungen der Menschen fielen, krepirt waren.

Auf Grund der ersten Erhebungen erklärte ich die Fälle für milzbrandverdächtige.

Leider war nun von dem Fleisch oder Blut der Kuh nichts mehr vorhanden, um durch bakteriologische Untersuchung die Diagnose „Milzbrand" sicherzustellen. Dagegen führte die Untersuchung von Gewebstheilen aus dem Geschwür, das die unter Nr. 4 genannte Frau W. hatte, zu folgendem Resultat:

Ich entnahm am 17. Februar ein Stück von dem nekrotischen Gewebe, impfte damit ein Nährgelatine-Röhrchen und konstatirte nach mehreren Tagen — leider fehlte mir ein Brutschrank, so dass ich die für das Gedeihen der Milzbrandbazillen günstigste Temperatur wohl nicht erreicht habe — ein Verflüssigen der Gelatine; ein Präparat, mit Gentianaviolett gefärbt, liess das Vorhandensein von langen, dicken Fäden, die sich zuweilen verästelten, und die in deutlich sich absetzende einzelne dicke Stäbe mit scharfen Enden zerfielen, erkennen; daneben waren zahlreiche Kokken vorhanden. Das Bild der erstgenannten Fäden entsprach dem für Milzbrandbazillen charakteristischen Aussehen, sowohl der Form, als der Grösse nach. Meine Diagnose bestätigte der hiesige bakteriologisch geschulte Kreisthierarzt. Wiederholt in den nächsten Tagen von mir vorgenommene mikroskopische Untersuchungen ergaben dasselbe Bild. Uebrigens waren in dem Blut derselben Kranken Bazillen nicht nachzuweisen.

Dagegen misslang ein mit einem Kaninchen angestellter Impfversuch; das Thier schien Anfangs krank zu sein, erholte sich aber und blieb leben. Andere, für Milzbrandinfektion mehr disponirte Thiere (weisse Mäuse) hatte ich nicht zur Verfügung.

Die mir sicher scheinende Diagnose „Milzbrand" wurde von dem Königlichen Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, das ich um Nachprüfung bat, nicht bestätigt: weder der bakteriologische, noch der Impfversuch ergab dort das Vorhandensein von Milzbrandbazillen.

Ist damit nun gesagt, dass es sich bei den aufgezählten Fällen überhaupt nicht um Milzbrand handelt? Meiner Ueberzeugung nach nicht! Zunächst steht es doch wohl zweifellos fest, dass die gemeinschaftliche Ursache sämmtlicher Erkrankungen in dem Fleische der geschlachteten Kuh zu suchen ist; denn das gleichzeitige Erkranken und die Aehnlichkeit der Erkrankungen bei den Personen, die mit dem Schlachten der Kuh zu thun hatten

oder von dem Fleisch derselben gegessen hatten, ist beim Fehlen jeder anderen Ursache nicht anders zu deuten. Dann aber spricht für die Annahme, dass es sich um Milzbranderkrankungen handelt, Folgendes:

1. die auffallend plötzliche Erkrankung der Kuh mit den für Milzbrand charakteristischen Zeichen (Blutextravasate, Blutungen aus dem Anus);

2. das gleichzeitige Erkranken von drei Personen, die mit dem Schlachten und Abhäuten der Kuh zu thun hatten, an Fingeraffektionen, welche die grösste Aehnlichkeit mit Milzbrand-Karbunkel bezw. Oedem hatten;

3. das gleichzeitige Erkranken von einer Anzahl Menschen an Magen- und Darmerscheinungen nach dem Genuss des fraglichen Fleisches, vielleicht auch

4. das gleichzeitige Krepiren mehrerer Katzen, offenbar nach dem Geniessen des fraglichen Fleisches.

Ob ich meinen mikroskopischen Befund gegenüber dem negativen Resultat aus dem Institut für Infektionskrankheiten aufrecht erhalten darf, erscheint allerdings fraglich; vielleicht ist es denkbar, dass die Anfangs vorhandenen Milzbrandbazillen durch die überwiegenden Eiterkokken in ihrer Entwickelung gehemmt und allmählich vernichtet sind, da die für das Gedeihen der ersteren günstigen Bedingungen fehlten. — Die Untersuchung im Institut wurde etwa eine Woche nach meinen Untersuchungen vorgenommen.

Sollte aber auch anzunehmen sein, dass ich mich überhaupt in meinem mikroskopischen Befund geirrt und etwa vorhandene Saprophyten für Milzbrandbazillen angesehen habe, so glaube ich, kann doch die Diagnose „Milzbrand“ aufrecht erhalten werden, weil die sonstigen aufgeführten Zeichen dafür sprechen; es würde dann das Fehlen der Bazillen so zu deuten sein, dass bei der Entnahme der Probe, die ja erst etwa 20 Tage nach der Infektion stattfand, dieselben bereits aus dem Körper eliminirt waren.

Es würde mir interessant sein, wenn ich über meine Annahme die Ansichten von anderer Seite erfahren würde.

Aus diesem mitgetheilten Vorkommniss ist nun vor Allem das Facit zu ziehen, dass obligatorische Fleischbeschau auch auf dem Lande, und vielleicht erst recht auf dem Lande, eine Forderung ist, deren Durchführung energisch angestrebt werden muss.

Was die gerichtlichen Konsequenzen betrifft, so kam einmal die Uebertretung des §. 31 des Reichsgesetzes, betr. Abwehr und Unterdrückung von Viehseuchen, vom 23. Juni 1880, wonach Thiere, welche an Milzbrand erkrankt oder dieser Seuche verdächtig sind, nicht geschlachtet werden dürfen, und dann eine solche des Nahrungsmittelgesetzes in Frage, da das Fleisch als verdorben bezw. als geeignet, die menschliche Gesundheit zu beschädigen, angesehen werden musste.

In diesem Falle wurde Anklage wegen Uebertretung des Nahrungsmittelgesetzes erhoben und der Besitzer der fraglichen

Kuh durch Entscheidung der Strafkammer des Landgerichts P. zu 14 Tagen Gefängniss verurtheilt.

Tod durch Verhungern?

Kasuistischer Beitrag von Dr. Ohlemann in Minden, pro physicatu approbirt.

Am 18. September 1898 wurde eine weibliche Leiche mit folgendem Begleitschein in das Leichenschauhaus zu Berlin eingeliefert:

„Polizeirevier X., Vor- und Zuname: N. N., Stand: Wittwe, Alter: 40 Jahre, Todesart: anscheinend verhungert, sonst unbekannt. Die N. N. wurde am 18. September, Morgens gegen 11 Uhr, in ihrer Wohnung vor dem Sopha liegend aufgefunden. Sie hatte seit längerer Zeit keine Nahrung mehr zu sich genommen; es scheint Selbstmord unzweifelhaft. Ein Arzt ist nicht zugezogen, weil der Tod bereits vor mehreren Stunden eingetreten ist."

Diese Meldung, Selbstmord durch Verhungern unzweifelhaft, war so seltsam, die aus der Obduktion gewonnenen Resultate so zweifelhaft, dass ich, während der Sektion anwesend, Herrn Prof. Dr. Strassmann bat, weitere Ermittelungen über den Fall anstellen zu dürfen. Ich erhielt in liebenswürdigster Weise die Erlaubniss und konnte Folgendes in Erfahrung bringen:

Die Verstorbene wohnte in der Gegend des Görlitzer Bahnhofes. Sie war 5 Jahre dort in derselben Wohnung und von der Hausverwalterin gut gekannt. Ausser einem Stiefsohn, der entfernt wohnte, stand sie allein, doch war sie nicht unbemittelt. Ueber irgend eine Krankheit liess sich nichts feststellen; die Frage nach Alkoholismus wurde verneint und der Verstorbenen in dieser Beziehung, wie auch sonst in ihrem Leben, das günstigste Zeugniss ausgestellt. Ihr Wesen hatte sich jedoch im letzten Jahre sehr verändert. Während sie früher freundlich gewesen sei, habe sie allmählich ein scheues und mehr schroffes Benehmen gezeigt. Auf freundliches Anreden habe sie vor sich hin gestiert und sich rasch ohne Wort und Gruss entfernt. Ueberhaupt habe sie sich immer mehr von allem Verkehr abgeschlossen und Niemand in ihre Wohnung gelassen.

Am meisten auffallend war der Umstand, dass sie in den letzten sechs Wochen keine Nahrungsmittel mehr eingekauft hatte; es war nicht einmal mehr Brod und Milch für sie des Morgens geliefert worden. Auf die Frage, wie man das wissen könne, wurde mir erwidert, dass die Fenster der Hausverwalter-Wohnung so liegen, dass man bequem jeden Hausbewohner nach dieser Richtung hin beobachten könne.

Einige Wochen vor dem Tode hatte die Hausverwalterin die Verstorbene mit deren Stiefsohn besucht. Bei dieser Gelegenheit fiel der Besucherin ein fürchterlicher Geruch aus dem Mund der Besuchten auf. Von Nahrungsmitteln wurden von ihr nur geringe Reste Brod bemerkt; auf dem Tische stand ein Glas Wasser. Auf die theilnehmende Frage nach ihrem Ergehen, hatte die Verstorbene schroff erwidert, es gehe ihr gut, sie brauche Niemand, man solle sie zufrieden lassen. Ein einige Zeit später von der Hausverwalterin gerufener Arzt wurde ebenso behandelt: Wer ihn bestellt habe? Sie sei gesund, ihr fehle nichts, sie brauche ihn nicht. Als einige Tage darauf den Hausbewohnern die Stille in der Wohnung auffiel, die Thür verschlossen blieb, sandte man nach dem nächsten Polizeirevier, welches die gewaltsame Oeffnung der Wohnung anordnete, wobei man dann die Inhaberin derselben in der Eingangs erwähnten Weise fand.

Lassen so die äusseren Umstände die Muthmassung, Tod durch Mangel an Nahrungsmitteln, um einen neutralen Ausdruck zu brauchen, zu, so waren die Ergebnisse der Obduktion doch einer solchen nicht ganz entsprechend. Diese ergab in ihrem wesentlichen Befunde:

Die 158 cm lange weibliche Leiche ist von mässigem Körperbau, gut entwickelter Muskulatur und mässig starkem Fettpolster. Spuren äusserer Gewalt an der Körperoberfläche nicht nachweisbar.

Die weiche Hirnhaut ist im Verlaufe der grösseren Gefässe namentlich an der Hirngrundfläche trübe und undurchsichtig, etwas fester an der Hirnsubstanz haftend.

Das Fettpolster über dem Brustkorb ist ca. 1,5 cm, an den Bauchdecken etwa 3—4 cm dick, Muskulatur kräftig. Die Lage der Baucheingeweide entspricht der normalen, nur ist der Magen unter dem linken Rippenbogen nicht sichtbar. Aus dem kleinen Becken ragt von rechts her in die Bauchhöhle eine kindskopfgrosse Geschwulst.

Die Lungen berühren sich mit ihren freien Rändern und bedecken grösstentheils den Herzbeutel. Dieser ist ziemlich fettreich, an seiner Innenfläche glatt, glänzend. Das Herz ein wenig grösser als die rechte geballte Hand, schlaff, weich, das subperikardiale Fett ziemlich reichlich. Das Herzfleisch ist braunroth, vielfach gelblich gefleckt; diese Tigerung tritt besonders deutlich an den Papillarmuskeln der zweizipflichen Klappe hervor.

Beide Lungen sind gebläht, mit glattem Pleuraüberzug, ihr Gewebe überall lufthaltig.

Die Milz ist 10 cm lang, 7 cm breit, 3 cm dick; Kapsel glatt, gerunzelt; das Gewebe trocken, fest, braunroth. Milzbläschen sind nur spärlich sichtbar, das Gerüst sehr deutlich.

Der vom rechten breiten Mutterbande ausgehende Tumor wird durchsägt, da er harte Konsistenz zeigt; es entleeren sich weisse, breiige Massen, untermischt mit Knorpelstücken und Haaren.

Mastdarm, Zwölffingerdarm haben geringen Inhalt.

Der Magen ist stark kontrahirt und enthält etwa 50 ccm bräunlicher Flüssigkeit ohne spezifischen Geruch; an der Schleimhaut des Magens, die weisslich grau ist, zeigen sich nur an der kleinen Kurvatur reichlich mit Blut gefüllte Venen.

Die Gallenblase ist mit einer grossen Anzahl kirschkerngrosser Gallensteine prall ausgestopft, der Gallengang mit zäher Galle gefüllt.

Der Dünndarm enthält wenig gelblich gefärbten flüssigen Inhalt, sonst keine Veränderungen. Der Dickdarm enthält in allen Theilen breiigen Koth in mässiger Menge.

Die Venen sämmtlicher Organe bis in ihre feineren Verzweigungen sind mit dunklem flüssigem Blute gefüllt.

Die mikroskopische Untersuchung des Herzfleisches ergab sowohl an Präparaten aus den Papillarmuskeln, als auch an solchen aus der vorderen Wand des linken Ventrikels fast an allen Stellen eine hochgradige fettige Entartung der Muskulatur. Die spektroskopische Untersuchung des Blutes ergab keinen Gehalt desselben an Kohlenoxyd.

Von diesem Befunde kann in erster Linie die fettige Degeneration der Herzmuskulatur als Todesursache in Betracht kommen, indem sie zu Herzlähmung Veranlassung gab. Allein es sind auch Veränderungen gefunden worden, die darauf hindeuten, dass Nahrungsmangel in erheblichem Masse stattgefunden hat und demgemäss die Annahme als möglich erscheinen lassen, dass dieser in letzter Instanz die Ursache der Herzlähmung gebildet hat. Zu diesen Veränderungen gehören: der stark zusammengezogene Magen und Dünndarm, sowie die kleine Milz. Dagegen spricht freilich der nicht unbedeutende Fettgehalt der Leiche, besonders das Fettpolster des Abdomen und der erhebliche Blutgehalt in den einzelnen Organen.

Forscht man nach, was die Erfahrung über den Obduktionsbefund beim Tode durch Verhungern lehrt, so findet man bei Liman[1]) eine Beobachtung, die zwar sehr alt ist, etwa aus dem

[1]) Liman: Handbuch der gerichtlichen Medizin; 1871, S. 407.

Jahre 1835 stammt, dafür aber ein sehr instruktives Obduktionsprotokoll enthält. Es handelte sich um einen Hungertod in Folge Kieferverwachsung: Leichnam sehr abgezehrt, Magen so weit verengt, dass das Lumen kaum dem des Kolon gleichkam. Dünndarm ebenfalls verengt, desgleichen Dickdarm. Gallenblase gefüllt, Milz klein, welk, mürbe. Ueber den Herzbefund findet sich nichts angegeben; auch nicht, wie stark das Fettpolster der Haut war. Eine Verwachsung der Kiefer setzt jedoch ein langes Kranksein und Siechthum voraus, so dass es gewiss nicht Wunder nimmt, wenn es heisst: Leiche stark abgezehrt. Dagegen stimmen mit dem vorliegenden Falle überein die Befunde von Magen und Milz.

Kommt als Hauptkriterium beim Hungertode nach allgemeiner Ansicht pathologisch-anatomisch in Betracht: allgemeine Abmagerung und Anämie bei zusammengeschrumpftem Magen und Darm, so ist doch zu bedenken, dass von den älteren und neueren Autoren bisher kein Unterschied gemacht wurde zwischen dem Hungertod in Folge Mangels an Nahrung und Wasser und dem in Folge von Mangel an Nahrung allein.

So betont v. Hofmann[1]) die hochgradige Abmagerung und Anämie; die inneren Organe seien ohne Fett, Magen und Darm verengt, Leber, Milz, Nieren verkleinert, blutarm; Blut theerartig eingedickt.

Der Verkleinerung der Leber anlangend, so legt man gegenwärtig übrigens mehr Werth auf das Gewicht derselben im Verhältnisse zum Körpergewichte. Im vorliegenden Falle fand keine Wägung vergleichender Art statt; die Diagnose Hungertod erschien zu unwahrscheinlich und die Grössenverhältnisse der Leber entsprachen zu sehr der Norm. Auch im Uebrigen boten Leber und Nieren nichts Bemerkenswerthes.

Strassmann[2]) führt ebenfalls an: Grosse Abmagerung, Schwinden des Fettpolsters, Zusammenziehung von Magen und Darm. Falk[3]) nennt noch trübe Schwellung innerer Organe, Fehlen von Glykogen in der Leber nach Claude-Bernard, Luchsinger, Külz, doch sind diese Befunde noch nicht bestätigt. So hat denn noch heute Liman's Ausspruch Geltung, dass es Fälle giebt, bei denen bei der allgemeinen Unzuverlässigkeit des Leichenbefundes auch der negative Beweis durch Untersuchung und Feststellung der Abwesenheit jeder anderweitigen Todesart geführt werden muss, womit allein in zweifelhaften Fällen der Sachverhalt zur Aufklärung gebracht werden kann.

Da pathologisch-anatomisch kein Unterschied gemacht wird zwischen Tod durch Hungern mit oder ohne Entziehung von Wasser, dürfte mit Rücksicht gerade auf den vorliegenden Fall auch eine klinische Darstellung über die Verhältnisse beim Hungern am Platze sein.

---

[1]) v. Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; 1891, S. 589.
[2]) Strassmann: Lehrbuch der gerichtl. Medizin; 1895, S. 317.
[3]) Maschka: Handbuch der gerichtl. Medizin; 1882, I, S. 733—750.

Der Tod durch Hungern ist selten von forensischer Bedeutung; die Fälle von Tod in Folge mangelnder Pflege bei Haltekindern scheiden bei dieser Darstellung aus. Er kann vorkommen bei Verschüttungen, Schiffbrüchigen, Geisteskranken, indessen sehr selten. Beim Fehlen von Nahrung und Wasser kann der Tod schon nach 7 Tagen erfolgen (v. Hofmann), doch hat Liman von einem Gefangenen berichtet, der 10 Tage lang weder Essen, noch Trinken zu sich nahm, aber am 11. Tage wieder anfing zu essen. Bei beschränkter Nahrung kann jedoch das Leben bis 60 Tage erhalten bleiben (v. Hofmann). Es zeigen auch die Fälle von Succi und Tanner u. a., die sportmässig hungerten, aber Wasser dabei tranken, dass bis zum 30. Tage und länger noch relatives Wohlbefinden vorhanden sein kann.

Hungern bei Wassertrinken ist leichter durchführbar als ohne dieses, auch schwindet das Hungergefühl ziemlich rasch. Liman führt noch ein bestimmtes Symptom an, das er bei dem Gefangenen beobachtete, der freiwillig 10 Tage hungerte: „Am 7. Tage", so berichtet er, „ist auch deutlich ein übler Geruch aus dem Munde wahrnehmbar." v. Hofmann nennt gleichfalls das Auftreten eines foetiden Geruches aus dem Munde. Im vorliegenden Falle ist dies Symptom, wenn man es ein solches nennen darf, ebenfalls wahrgenommen worden.

Wie ist aber, wenn man Hungertod annehmen wollte, der relative Fettreichthum der Leiche zu erklären? Die physiologischen Vorgänge beim Hungern mit Wassertrinken sind schon beim Lebenden untersucht, so von Luciani[1]) während des 30tägigen Hungerns Succi's in Florenz mit Bezug auf den Stoffwechsel, von Senator[2]), Zuntz, Lehmann, J. Munk, Fr. Müller während des 10tägigen Hungerns von Cetti in Berlin. Während J. Munk über Harnuntersuchungen berichtete, Zuntz und Lehmann über den Gaswechsel, machte Senator unter anderen das Unterhautzellgewebe zum Zwecke seiner Untersuchungen. Unter Aufheben einer Hautfalte wurde mittelst Tasterzirkels vor und nach dem Hungern die Stärke des Fettpolsters unter der Haut gemessen. Der Unterschied zwischen dem 1. und 10. Hungertage war an der Brust bis zu 2,7—3 cm, an verschiedenen Stellen des Bauches 1,1—2,8 cm, an verschiedenen Stellen des Oberarmes bis zu 1,2 cm, am Oberschenkel 1,5—2,2, am Unterschenkel bis 1,2 cm.

Es stellte sich somit heraus, dass am Bauche das Fettpolster erheblich weniger schwand als an der Brust.

Aehnlich war es auch im vorliegenden Falle, so dass der Fettgehalt der Leiche vielleicht nicht der Annahme entgegensteht, dass Denata verhungert ist. Nur weiss man freilich nicht, wie stark das Fettpolster früher war. Aber, muss man einwenden, lag denn für die Verstorbene ein Grund vor, freiwillig zu verhungern?

Hier kann man allerdings nur das Gebiet der Hypothese

---

[1]) Luigi Luciani: Das Hungern. Studien und Experimente von Menschen. Hamburg und Leipzig 1890. Verlag von Voss.

[2]) Senator: Berliner klinische Wochenschrift; 1897, Nr. 24, S. 425—435.

betreten. Aus den Mittheilungen über das Vorleben der Verstorbenen erscheint wohl der Schluss gerechtfertigt, dass dieselbe geistig nicht mehr gesund war. Welcher Art die Psychose war, darüber lassen sich aber nur auf dem Wege der Ausschliessung Muthmassungen bilden. Erwägt man jedoch, dass auch in psychopathischen Zuständen Selbstmord durch Hungern ebenfalls zu den grössten Seltenheiten gehört,[1]) so ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Verstorbene in ihrem krankhaften Zustande die Nahrungsaufnahme unterliess, ohne dass sie gerade an Selbstmord durch Verhungern dachte, und dass sie so in Folge von Erschöpfung durch Herzlähmung plötzlich vom Tode überrascht wurde.

Der mikroskopische Befund der Herzmuskulatur verdient noch einige Worte der Erwähnung. Eine mikroskopische Untersuchung der Herzmuskelfibrillen in Folge von Hung rtod — auch nur experimentell — findet sich meines Wissens in der Literatur nicht. Im vorliegenden Falle zeigte sich eine feine dichte Körnelung des Protoplasma der Muskelfibrillen, die gegen Essigsäure und Natronlauge resistent war.

Das Herz hat beim Hungern und Entbehren der nöthigen Nährstoffe die Hauptmuskelarbeit des Körpers zu tragen. Hungernde sind schwerlich arbeits- und leistungsfähig. Es wäre daher wohl anzunehmen, dass die verbrauchte Muskulatur zerfällt, und schliesslich der regressiven Metamorphose unterliegt. Es muss dann einmal der Moment kommen, wo die Elastizität des gesammten Organs den Anforderungen der Innervation nicht mehr entspricht; es bleibt einfach stehen, oder die Herzkontraktionen werden immer schwächer und schwächer, daher allgemeine Venostase, und der Tod tritt ein in Folge von Herzlähmung oder Herzschwäche, wie es klinisch heisst.

Bei dem Fehlen anderer Todesursachen auf der einen Seite, bei dem gegen vollständigen Mangel an festen Nahrungsmitteln sprechenden Leichenbefund (Inhalt des Darmkanals, Fettreichthum) andererseits, ist es wohl gerechtfertigt, wenn wir in dem vorliegenden Falle in dem eben gedachten Sinne Herzlähmung in Folge ungenügender Nahrungszufuhr als wahrscheinliche Todesursache annehmen.

Es erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Ziemke, Assistenten am Institut für Staatsarzneikunde für seine freundlichst ertheilten Auskünfte bei der Sektion, in erster Linie jedoch Herrn Prof. Dr. Strassmann für gütige Ueberlassung des Falles meinen Dank an dieser Stelle zum Ausdruck zu bringen.

---

[1]) Thomsen hat aus seinem Kreise in Schleswig allein 127 Fälle von Selbstmord gesammelt, unter denen 30 Fälle Geisteskranke betrafen, aber unter diesen war kein einziger, der den Tod durch Hungern wählte. (Archiv für Psychiatrie; 1891, S. 121—140.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 6. Konferenz der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Aachen vom 15. September 1898.

Anwesend waren die Vereinsmitglieder DrDr. Baum, Heinrichs, Hommelsheim, Kreutz, Mayer, Noethlichs, Peren, Rabbertz, Ricken, Schlegtendal, Schmitz, Stühlen, Thoma, Wellenstsin, Wex und Wilbert.

Der Vorsitzende, H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Schlegtendal, gedachte vor Eintritt in die Tagesordnung des am 15. Mai d. J. erfolgten Hinscheidens des Regierungsrathes a. D. und Geh. Med.-Raths Dr. Ferdinand Trost, Ehrenmitgliedes des Vereins, welcher sich während seiner langjährigen Wirksamkeit als Reg.- u. Med.-Rath bei der Königlichen Regierung in Aachen durch sein äusserst kollegialisches Wesen die Liebe und Hochachtung aller bis zu seinem im Jahre 1895 erfolgten Ausscheiden aus dem Staatsdienst mit ihm thätigen Medizinalbeamten im höchsten Grade erworben hatte. Die Versammlung ehrte das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Plätzen.

Darauf erörterte der Vorsitzende die seit der letzten Zusammenkunft ergangenen Verfügungen und Verordnungen bezüglich des Medizinalwesens.

Hieran reihte sich ein Vortrag des Kreisphysikus Dr. Ricken-Malmedy **über Besichtigung der Drogen- und Farbwaarenhandlungen,** dessen Inhalt folgender war:

In Folge der enormen Zunahme der Drogengeschäfte in Stadt und Land ist ein grosser Theil des Arznei- und Gifthandels in die Hände der Drogisten gelangt. Ein neues Gewerbe, ein neuer Stand hat sich gebildet, der auch der festen Organisation keineswegs mehr entbehrt, da die Drogisten sich überall zu Vereinen zusammenschliessen, zahlreiche Fachschulen gegründet haben, an deren Spitze die Drogisten-Akademie zu Braunschweig steht, und durch eine rührige Presse ihre gemeinschaftlichen Interessen zu vertreten wissen. Obenan auf ihrem Wunschzettel steht die Freigabe einer noch grösseren Anzahl von Arzneimitteln, sodann staatliche Anerkennung durch Einführung eines Befähigungsnachweises für solche, die Drogenhandel treiben wollen.

In seiner Existenz bedroht ist zunächst der Apothekerstand, den zu schützen und zu erhalten staatliche und allgemeine Interessen gebieten. Unmittelbar gefährdet durch diese Ausbreitung des Arznei- und Gifthandels ist jedoch auch das Allgemeinwohl, die öffentliche Gesundheit. Wohl können wir, der neuen Lage der Dinge uns fügend, es gutheissen, dass die Drogisten, mit Hülfe ihrer Fachschulen, auf welchen Botanik, Chemie und Waarenheilkunde gelehrt wird, Wissenschaftlichkeit in ihren Kreisen zu verbreiten und ihren Stand zu heben bestrebt sind, auch können wir es erklärlich und verzeihlich finden, dass ihre auf Erweiterung ihrer Rechte hinzielenden Wünsche über das Maass der Zulässigkeit und Bescheidenheit hinausgehen, ganz und gar zu verurtheilen ist aber das gemeingefährliche Treiben jener Drogisten, welche ihre Geschäfte zu „wilden Apotheken und Schulen des Kurpfuscherthums" werden lassen.

Gegenüber solchen Zuständen haben die Medizinalbehörden die Pflicht, ihr Aufsichtsrecht nach Massgabe der gesetzlichen Bestimmungen streng und gewissenhaft zu handhaben. Eine genaue Kenntniss und umfassendes Verständniss der einschlägigen Verfügungen ist dazu unerlässlich. Referent will sich bei seinen Ausführungen nur auf die Punkte beschränken, welche ihm besonders wichtig erscheinen und die zu Zweifeln häufig Anlass gegeben haben.

1. Welche Handlungen sind zu revidiren? Alle diejenigen, in denen Gifte, also die in Anlage I der Polizeiverordnung vom 24. August 1895 aufgeführten Stoffe, oder Arzneimittel, d. h. Drogen und chemische Präparate, die zu Heilzwecken dienen, feilgehalten und verkauft werden. Schwierig ist mitunter, zu beurtheilen, ob eine Handlung zu revidiren ist, in denen nur solche Drogen und chemischen Präparate feilgehalten werden, die in hervorragendem Masse zu wirthschaftlichen, technischen u. s. w. Zwecken dienen, z. B. Weinsteinsäure, Natrium bicarbonicum, Senfsaamen u. s. w. Hier wird meistens aus dem allgemeinen Charakter des betreffenden Geschäfts der Schluss gezogen werden können, ob die Tendenz des Arzneiverkaufs vorliegt. Nicht die

Bezeichnung des Geschäfts ist also massgebend, ob eine Handlung der Revision zu unterziehen ist, sondern die Art des Geschäftsbetriebes. Dasselbe gilt

2. betreffs der polizeilichen Anmeldung der betreffenden Gewerbebetriebe. Nach Absatz 6 des §. 35 der Gew.-Ordnungsnovelle muss die Eröffnung des Gewerbetriebes mit Drogen- und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, der Polizeibehörde angezeigt werden. Diese Bestimmung bezieht sich nicht nur auf die nach Inkrafttreten des Gesetzes, d. i. seit dem 1. Januar 1897 neuerrichteten Geschäfte, sondern auch auf die vor diesem Tage bereits vorhandenen. Alle Handlungen, welche Arzneimittel, wenn auch nur wenige führen, sowie der Handel mit Thierheilmitteln, sind anzeigepflichtig. Es wäre sehr wünschenswerth, dass dieser Anzeigepflicht auf dem Lande mehr genügt würde als bisher und somit von den Polizeibehörden zuverlässige Listen über die Drogen- und ähnliche Handlungen aufgestellt werden könnten.

3. Ausser Drogen-, Gift- und Farbwaaren-Handlungen sind auch alljährlich zu besichtigen die Arzneivorräthe der Kurpfuscher und Heilpraktiker für Menschen und Thiere, sowie der homöopathischen Vereine.

4. Die Besichtigung soll sich nicht nur auf die Verkaufsstellen, sondern auch auf die zugehörigen Vorraths- und Arbeitsräume sowie auf das Geschäftszimmer des Inhabers erstrecken. Eine Durchsuchung von Privaträumen ist jedoch nur auf Grund der §§. 102, 103 und 105 der Str.-Pr.-Ordn. und §. 153 des Gerichtsverfassungsgetzes möglich; sie kann nur bei Gefahr im Verzuge von dem anwesenden Polizeibeamten, nicht von dem Physikus angeordnet werden; auch muss ersterer gleichzeitig Hülfsbeamter der Staatsanwaltschaft sein, also Polizei- und Kriminalkommissar, Polizeiinspektor, Amtmann, Bürgermeister, Orts- und Gemeindevorsteher oder deren Vertreter; Gendarmen, Polizeisergeanten und Schutzleute sind demgemäss nicht zum Vornehmen von Durchsuchungen berechtigt.

5. Die Feststellung von etwaigen Uebertretungen der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 ist die erste und schwierigste Aufgabe der Revisoren. Um dieser gerecht zu werden, ist vor Allem das Studium der verschiedenen gerichtlichen Urtheile rathsam. Dieselben stimmen allerdings nicht immer überein, widersprechen sich sogar oft; gleichwohl sind sie geeignet, um sich über die allgemeinen Begriffe und einzelnen Sätze der Verordnung zu informiren und sich über alle bei der Revision herantretenden Fragen die zu ihrer sachgemässen Erledigung erforderliche Klarheit zu verschaffen. Zu diesen Fragen gehört z. B.:

6. Was heisst Feilhalten? Feilhalten schliesst in sich die Absicht des Verkäufers, welche gemäss Reichsgerichtsentscheidung vem 4. Juni 1881 durch das äusserlich erkennbare Zugänglichmachen zum Verkauf dargethan wird. Demgemäss erklärte das Oberlandesgericht zu Posen am 22. Mai 1894 das Vorräthighalten im Lagerraum nicht als Feilhalten, während das Landgericht zu Stolp durch Urtheil vom 31. Oktober 1894 die Aufbewahrung von Arzneien in einem auf dem Hausflur stehenden Speiseschrank als verschleiertes Feilhalten ansah. Eine erschöpfende Definition des Wortes Feilhalten ist bis jetzt noch nicht gegeben; betreffs der Gifte der Abth. I fällt dabei in's Gewicht, dass sie an einem dem Publikum zugängigen Orte überhaupt nicht aufbewahrt werden.

7. Was ist Grosshandel? Grosshandel liegt vor, wenn Arzneimittel nur an Wiederverkäufer in grösserer Menge abgegeben werden, und wenn diese Quantitäten sowie der ganze Jahresverbrauch und die Preise dem im Grosshandel Ueblichen entsprechen (Urtheil des Oberlandesgericht zu Frankfurt a. M. vom 16. März 1892). Hausirer sind keine Zwischenhändler im gesetzlichen Sinne (Urtheil des Oberlandesgerichts zu Posen vom 11. Juli 1894).

8. Was ist Heilmittel? Massgebend hierfür ist der allgemeine Sprachgebrauch, wonach Heilmittel solche Mittel sind, die Kranke gesund machen, wiederherstellen sollen; dagegen gehören hierher nicht die vorbeugenden Mittel. Zahlreiche gerichtliche Entscheidungen bestätigen diese Ansicht.

Eau de Quinine ist als Mittel gegen Schienenbildung dem freien Verkehr überlassen, dagegen nicht, wenn es zur Entfernung der lästigen Kopfschuppen feilgehalten wird (Urtheil des Landgerichts zu Bielefeld vom 25. April 1895). Kothe's Zahnwasser kann zur Desinfektion der Zähne, aber nicht als Mittel zur Beseitigung von Zahnfäulniss abgegeben werden (Urtheil des VIII. Strafsenats

des Landgerichts zu Berlin vom 13. Dezbr. 1893); ebenso ist die Abgabe von Salicylsäuremundwasser unzulässig, wenn es zur Beseitigung des üblen Geruches aus dem Munde dienen soll (Urtheil des Kammergerichts vom 16. März 1896). Wegen Feilhaltens von Lanolin-Cream gegen Juckreiz und Unreinlichkeiten der Haut wurde ein Drogist vom Kammergericht verurtheilt (Urtheil vom 12. Juli 1894). Nach einer Entscheidung des Amtsgerichts zu Benthen (Urtheil vom 12. Juli 1897) ist jedoch der Lanolin-Cream identisch oder gleichwerthig mit Cold-Cream und darum wie dieser dem freien Verkehr überlassen.

Die meisten Gerichte haben die obige Definition des Begriffs Heilmittel zur Grundlage ihrer Entscheidungen gemacht. Vereinzelt steht das Erkenntniss des Oberlandesgerichts zu München vom 30. Mai 1895 und das Urtheil des Oberlandesgerichts zu Naumburg vom 7. Sept. 1896, in welchen auch die vorbeugenden Mittel für Heilmittel erklärt werden. Sind die feilgehaltenen Zubereitungen nicht ausschliesslich Heilmittel bezw. aus den Aufschriften der Heilzweck nicht ohne Weiteres ersichtlich, so bedarf es zur Begründung der Strafbarkeit des Nachweises, dass das betreffende Mittel thatsächlich als Heilmittel abgegeben ist. Dass Thierheilmittel ebenfalls unter §. 1 der Kaiserlichen Verordnung fallen, darüber besteht jetzt nach der Zusatzverordnung vom 25. November 1897 kein Zweifel mehr.

9. Sämmtliche Verbandstoffe, auch Jodoform- und Sublimatwatte dürfen ausserhalb der Apotheken geführt werden (Urtheil des Oberlandesgerichts zu Rostock vom 14. Dezember 1895). Cocaïnwatte und Eisenchloridwatte sind jedoch den Apotheken vorbehalten.

10. Freigegeben sind ferner Zubereitungen zu Bädern Es befinden sich unter den üblichen Zusätzen zu Bädern Zubereitungen aus Stoffen, die im Verzeichniss B der Kaiserlichen Verordnung stehen, z. B. Jodkalium, Sublimat, Ol. Sinapis u. s. w. Dass jedoch auch solche keiner Einschränkung unterliegen, ergiebt sich aus den Beziehungen von §. 1 und 2 der Verordnung. Der §. 2 spricht nur von Drogen und chemischen Präparaten und reservirt diese den Apotheken, nicht dagegen die Zubereitungen aus denselben, diese fallen vielmehr unter §. 1 (Urtheil des Oberlandesgerichts zu Celle vom 6. Juni 1896 und des Oberlandesgerichts zu Frankfurt a. M. vom 16. Juni 1897). Da also Zubereitungen aus Stoffen des Verzeichnisses B, soweit sie nicht als Heilmittel unter §. 1 und Verzeichniss A fallen, an und für sich dem freien Verkehr überlassen sind, so haben sie auch für Bäder als frei zu gelten.

11. Auch alle festen und pulverisirten Seifen, welche medizinische Stoffe enthalten, sind dem freien Verkehr überlassen, z. B. Sublimat-, Karbol- und Arsenikseifen; desgleichen ist eine Giftkonzession zum Handel mit solchen Seifen nicht erforderlich. Dagegen sind Sapo medicatus und Sapo Jalapinus innerlich zu nehmende Arzneimittel und gehören in die Apotheken. Dasselbe gilt betreffs der Bleiseifen, weil sie Pflaster sind.

12. Die Verzeichnisse A und B der Kaiserlichen Verordnung stehen zu dem deutschen Arzneibuch in keinem engeren Zusammenhang. Es kann darum auch nicht verlangt werden, dass die freigegebenen Zubereitungen genau den Vorschriften des Arzneibuchs gemäss angefertigt sind. Eine Arnikatinktur kann also aus 1 Theil Arnika und 15 Theilen Spiritus bereitet sein, obgleich die Tinktur der Pharmakopoe 1 Theil Arnika auf 10 Theile Spiritus enthält. Ist dagegen in ihr ein ihr nicht zukommender Zusatz enthalten, so ist sie Zubereitung, welche im freien Verkehr nicht erlaubt ist, z. B. mit Wasser verdünnte Aloëtinktur ist eine verbotene Lösung (Urtheil des Oberlandesgerichts zu München vom 24. Juni 1897, Drogisten-Zeitung Nr. 35, 1897).

13. Zu den einzelnen Abschnitten des Verzeichnisses A ist Folgendes zu bemerken.

ad 2. Aetzstifte. Es gehören hierher Aetzpasten in Form von Stiften, z. B. Wiener Aetzpasten, Pasten von Kali caustis. fusum und Zinc. chlorat.; ausgenommen sind Mentholinstifte, die nicht ätzend wirken. Höllenstein in Stängelchen ist zu technischen Zwecken erlaubt, jedoch zu beanstanden, wenn er in Federposen feilgehalten wird oder sonst ersichtlich ist, dass er zu Heilzwecken dienen soll.

ad 3. Auszüge in fester oder flüssiger Form (extracta et tincturae). Zu den Tinkturen gehört das Elixir, d. i. Auszug aus mehreren Substanzen, z. B. Elixir amarum, Elixir Aurantiorum comp. und Elixir e succu

Liquir. Zu erwähnen ist noch Elixir proprietat. Paracelsi und Elixir pectorale. Auch die Essenzen gehören hierher, z. B. Essent. amara, Menth. piper., Pepsini u. s. w. Tafelliköre, die den Namen Elixir führen, sowie Punsch- und Bowlenessenzen sind natürlich nicht zu beanstanden. Oft wird der Name Essenz für Tinktur angewandt, um den Revisor zu täuschen. Tinct. Vanillae, Tinct. Zingiberis, Tinct. aromatica zur Fabrikation von Schnäpsen sind frei. Betreffs der Tinct. Valerianae aether. liegen verschiedene sich widersprechende Urtheile vor, z. B. von den Landgerichten in Frankfurt a. M. vom 4. November 1897 und Königsberg i. Pr. vom 27. Oktober 1897.

Als frei gelten allgemein die Destillate (ätherischen Oele, destillirte Wässer und spirituösen Destillate) mit Ausnahme von Aq. Amygdal. amar., Aq. Laurocerasi, Aq. Opii, Ol. Chamomillae aether., Ol. sinapis und Ol. Valerianae. Senfspiritus darf zu Heilzwecken nicht abgegeben werden, weil er eine Lösung ist.

ad 4. Gemenge, trockene, von Salzen oder zerkleinerten Substanzen oder beiden unter einander (pulveres, salia et species mixta). Brausesalze, brausende (Sandow'sche) Quellsalze gehören in die Apotheken; Brauselimonadebonbons sind dagegen freigegeben. Die Abgabe gemischter Thees ist untersagt. Diese Bestimmung wird von den Drogisten oft in der Weise umgangen, dass sie die einzelnen Bestandtheile nach dem vorgeschriebenen Verhältniss in einzelnen Packungen feilhalten und das Mischen von dem Käufer besorgen lassen. Die Oberlandesgerichte zu Köln (Urtheil vom 3. September 1891), von Celle (Urtheil vom 18. Juni 1898) und von Jena (Urtheil vom 13. September 1898) haben dieses Verfahren für erlaubt, die Oberlandesgerichte zu Hamm und zu Stettin, sowie das Kammergericht dagegen für strafbar erklärt. Man wird es daher stets auf eine gerichtliche Entscheidung ankommen lassen müssen.

ad 5. Gemische, flüssige und Lösungen (mixturae et solutiones). Zu den Lösungen gehören die Liquores. Das Vorräthighalten von Liq. Plumb. subacet. ist ohne Weiteres nicht strafbar, da er zur Herstellung des für Thierheilzwecke freigegebenen Bleiwassers und zu technischen Zwecken (Imprägnirung) Verwendung finden kann (Urtheil des Landgerichts zu Halle vom 10. März 1897). Das Feilhalten von Liq. Ferri sesquichlorati ist dagegen verboten (Urtheil des Oberlandesgerichts zu Breslau vom 15. März 1897), desgleichen dasjenige von Kalkwasser, auch als Zusatz zur Milch, sowie von essigsaurer Thonerdelösung (Urtheil des Oberlandesgerichts zu Posen, Drogisten-Ztg. Nr. 11, 1897). In die Apotheke gehören ferner das Erlenmeyer'sche Bromwasser und die verschiedenen Eisentincturen.

Mehr als 3prozentige Karbollösungen dürfen zu Desinfektionszwecken feilgehalten werden, wenn der Geschäftsinhaber eine Giftkonzession besitzt. Schwächere Lösungen sind als Heilmittel anzusehen und daher zu beanstanden. Nicht erlaubt sind ferner gemischte Balsame, Zuckersyrup mit Honig vermischt, Feigenhonig-Fruchtsaft. Freigegeben dagegen ist Syr. Rhamni cathartici, während Tamarindenmus, weil Extrakt, nur in Apotheken geführt werden darf

ad 8. Linimente. Unter dem freigegebenen flüssigen Liniment ist sowohl Liniment. ammoniat. als Liniment. ammoniat. camphoratum zu verstehen.

ad 9. Pastillen, Pillen und Körner. Aus einfachen Stoffen durch Druck hergestellte Tabletten sind als Heilmittel dem freien Verkehr überlassen gemäss Entscheidung des Oberlandesgerichts zu Celle vom 27. Februar 1897. Desgleichen Bonbons, z. B. Zwiebelbonbons (Urtheil des Oberlandesgerichts zu Dresden vom 17. Dezember 1888 und des Landgerichts zu Düsseldorf vom 31. Oktober 1896). Schilddrüsentabletten sind dagegen geschützt.

ad 10. Salben und Pflaster. Es sind im freien Verkehr nicht beschränkt die Kosmetika, ferner Vaseline, Ung. Paraffini, Lanolin, Salicyltalg, Salicylvaseline und Salicyllanolin. Graue Salbe darf als Mittel gegen Filzläuse nur in Apotheken abgegeben werden (Erkenntniss des Reichsgerichts vom 3. November 1891); auch Ung. populeum compositum ist nicht freigegeben. Dasselbe gilt von Ichthyol-Heftpflaster, Empl. picis irritans und Empl. oxycroceum. Betreffs der Wasmuth'schen Hühneraugenringe liegen verschiedene gerichtliche Erkenntnisse vor; nach dem letzten und jetzt wohl massgebenden Erkentniss des Oberlandesgerichts Celle vom 10. April 1897 sind diese auf Grund des Gutachtens von Prof. Liebreich für echte Hühneraugenringe erklärt und freigegeben.

Aus den vorstehenden Ausführungen geht hervor, dass die Kaiserliche Verordnung in vielen Punkten unklar ist und eine sichere Unterlage für

sachverständige Beurtheilung und Rechtsprechung nicht immer darbietet. Umsomehr ist jeder vorkommende Fall genau und gewissenhaft zu prüfen, ehe Bestrafung beantragt wird; denn gerichtliche Freisprechungen haben nur Schädigung des Ansehens der betreffenden Behörden, insbesondere der revidirenden Medizinalbeamten zur Folge. Mit Rücksicht hierauf ist es daher rathsam, in zweifelhaften Fällen nur dann ein Strafverfahren zu veranlassen, wenn wichtige Interessen in Frage kommen oder es sich darum handelt, Entscheidungen grundlegender Natur herbeizuführen.

14. Ueber die Aufbewahrung und Bezeichnung, sowie Beschaffenheit der freigegebenen Arzneimittel, soweit diese zu den indifferenten Stoffen gehören, bestehen keine allgemeinen Bestimmungen, sondern nur für einzelne Regierungsbezirke, die hier auf dem Wege der Polizeiverordnung erlassen sind, z. B. für die Regierungsbezirke Minden (25. Juli 1894), Gumbinnen (18. Jan. 1895), Köln (10. Mai 1895) und Köslin (17. Jan. 1896), sowie für die Stadt Berlin (10. Mai u. 9. Juli 1897). Es ist dringend erwünscht, dass derartige Verordnungen in allen Regierungsbezirken getroffen werden.

15. Viel einfacher gestaltet sich die Revision der Gifthandlungen auf Grund der Polizeiverordnung über den Verkehr mit Giften vom 24. August 1895. Hier hat man zunächst festzustellen, ob der Geschäftsinhaber eine Konzession zum Handel mit Giften besitzt, die an seine Person gebunden ist; einer solchen bedarf jedoch der Grosshandel mit Giften nicht, sofern damit ein in einem offenen Laden betriebener Einzelverkauf nicht verbunden ist (Urtheil des Kammergerichts vom 4. Juli 1898).[1]) Ferner hat der Revisor zu prüfen, ob die Konzession sich auf sämmtliche Gifte oder nur auf diejenige der Abtheilung III der Polizeiverordnung oder überhaupt nur auf einzelne Gifte erstreckt.

Betreffs der Aufnahmegefässe für Gifte ist darauf zu achten, dass sie diejenigen Bezeichnungen tragen, welche in der Anlage I der Verordnung enthalten sind. Die Revisoren haben sich auch zu überzeugen, ob richtig bezeichnete Dispensirgeräthe, Abgabegefässe, Papierbeutel u. s. w. sowie Belehrungen für die Verwendung von Ungeziefermittel vorhanden sind. Die Bestimmung, dass in jedem zur Aufnahme der Farben bestimmten Behältniss sich ein Löffel befinden muss, hat übrigens den Nachtheil, dass die Griffe dieser Löffel fast immer beschmutzt sind.

16. Was ist bei vorgefundenen Mängeln zu thun? Bei kleineren, offenbar auf Unwissenheit oder Irrthum beruhenden Mängeln soll nach dem Ministerialerlass vom 1. Februar 1894 zunächst keine Bestrafung eintreten; gröbere Verstösse sind dagegen nach vorheriger Verwarnung zur Anzeige zu bringen. Es darf jedoch nicht der Auffassung Raum gegeben werden, dass kleinere Mängel oder grössere Verstösse überhaupt nur im Wiederholungsfalle wirksam durch Strafen getroffen werden könnten; der Ministerialerlass hat lediglich den Werth einer Instruktion für die Revisoren, denen es überlassen bleibt, im gegebenen Falle die Bestrafung zu beantragen oder nicht. Nach den gesetzlichen Vorschriften (§. 367 des Str.-G.-B.) ist jede Uebertretung strafbar, sobald der Thatbestand einer solchen vorliegt, einerlei, ob der Angeklagte vorher verwarnt worden ist oder nicht. Wird festgestellt, dass in einer Drogenhandlung u. s. w. Rezepte angefertigt werden, so ist stets die gerichtliche Bestrafung zu beantragen.

Mängel, welche die Aufbewahrung der freigegebenen Arzneimittel betreffen, sind nur da strafbar, wo Polizeiverordnungen darüber erlassen sind, jedoch ist die Polizeibehörde auf Grund des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883, §. 132 befugt, die Beseitigung dieser Mängel unter Androhung von Zwangsmitteln herbeizuführen.

Bei widerrechtlichem Handel mit Giften ist ebenfalls das Strafverfahren einzuleiten (§. 147 der Gewerbeordnung); liegt wiederholte Nichtachtung der über den Handel mit Giften bestehenden Vorschriften seitens eines Geschäftsinhabers vor, so ist gemäss §. 53 der Gew.-Ordn. das Verfahren auf Entziehung der Konzession zu beantragen.

Eine wichtige gesetzliche Handhabe gegen gewissenlose Drogisten bietet der §. 35 Abs. 4 der Gew.-Ordn. in der Fassung der Novelle vom 6. Aug. 1896. Ich verweise an dieser Stelle auch auf die Ministerialverfügung vom 5. Mai 1898, die Schrankdrogisten betreffend. Wegen Nichterfüllung der Vorschriften des

[1]) S. Beilage zur heutigen Nummer der Zeitschrift.

Abs. 6 des §. 35 der Gew.-Ordn.-Novelle vom 6. August 1896 tritt gemäss §. 148 Ziff, 4 der Gew.-Ordn. Bestrafung bis zu 150 M. ein.

Die Polizeibehörde ist ferner befugt, Aufschriften auf Firmenschildern, wie Medizinalhandlung, Medizinaldrogen, Apothekerwaaren, Apotheker u. s. w. entfernen zu lassen, wenn dadurch der Glauben erweckt wird, die Drogenhandlung sei eine konzessionirte Apotheke.

Besondere Beachtung verdienen die Geheimmittel. Da nach der für die Rheinprovinz geltenden Verfügung vom 3. Oktober 1895 die öffentliche Ankündigung von Geheimmitteln verboten ist, so würde in dem einzelnen Falle festzustellen sein, ob durch aufgehängte Reklamezettel, Ausstellung der Waaren im Schaufenster u. dergl. die öffentliche Ankündigung bewiesen wird. Zutreffendenfalls ist nach §. 2 der Verfügung zu verfahren. Werden die Geheimmittel als Zubereitungen des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung erkannt oder stellen sie Mitfel aus Verzeichniss B dar, so tritt Bestrafung nach §. 367 Str.-G.-B. ein. Das Gleiche gilt von den homöopathischen Mitteln.

Anklage auf Betrug kann erhoben werden (§. 263 Str.-G.-B.), wenn der Händler in der Absicht, sich einen Vermögensvortheil zu verschaffen, ein beliebiges Präparat für ein anderes, in seinen Eigenschaften bekanntes ausgiebt, es als solches bezeichnet, feilhält oder verkauft.

Verbotene Waaren können beschlagnahmt werden, wenn der theilnehmende Polizeibeamte Hülfsbeamter der Staatsanwaltschaft ist. Dagegen ist eine Vernichtung von verbotenen oder verdorbenen Waaren nur mit Einverständniss des Besitzers statthaft. Sind aber die verdorbenen Arzneimittel gleichzeitig Genussmittel, so ist Bestrafung auf Grund des §. 10 des Nahrungsmittelgesetzes möglich.

17. Berichterstattung. Die Verhandlung über die erfolgte Besichtigung ist nach einem bestimmten Schema, am besten unter Benutzung eines geeigneten gedruckten Formulars aufzunehmen und gleichzeitig bei Einsendung der Verhandlungen seitens der Ortsbehörden an den Landrath ein Vermerk über die zur Beseitigung der Mängel ergriffenen Massnahmen, über Bestrafungen und Nachrevisionen zu machen. Der Kreisphysikus, dem zu seiner Orientirung über den Werth der stattgefundenen Revision nicht nur die Berichte der Polizeibehörden, sondern auch die Besichtigungsprotokolle im Original vorzulegen sind, hat dann auf Grund des eingelaufenen Materials und der persönlich geleiteten Besichtigungen unter thunlichster Berücksichtigung des üblichen Formulars, jedoch in etwas freierer Form, den erforderlichen Bericht an die Aufsichtsbehörde zu erstatten.

Am Schluss seiner Ausführungen fordert Referent:

a) Die Physiker sind zu den Revisionen mehr als bisher heranzuziehen.
b) Ueber Ordnung, Aufbewahrung und Beschaffenheit der freigebenen Arzneimittel sind genaue Vorschriften nothwendig.
c) Bei der Ertheilung der Konzession zum Gifthandel ist ausser auf die Befähigung und Zuverlässigkeit des Antragstellers auch darauf Rücksicht zu nehmen, ob und in welchem Grade ein lokales Bedürfniss vorhanden ist.

Der Vortrag fesselte das Interesse der Zuhörer in hohem Grade, indem derselbe ein praktisches Thema behandelte und manchen Aufschluss über zweifelhafte Punkte liefert. Es schloss sich daran eine lebhafte Diskussion, wobei u. A. darauf hingewiesen wurde, dass bei der Zunahme der Drogenhandlungen, welche wie Pilze fast in jedem grösseren Orte auftauchen, eine gut durchgeführte Kontrole nothwendig sei, welche der Kreisphysikus am besten ausführen könne, und dass daher dieser mehr als bisher zu diesen Revisionen zugezogen werden sollte.

Nach Schluss der Sitzung fand ein gemeinschaftliches Essen statt, welches die Mehrzahl der Mitglieder noch lange vereinigte.

San.-Rath Dr. L. Schmitz-Aachen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Die Prellschüsse des Bauches mit spezieller Berücksichtigung der subkutanen Kontusionen und Rupturen der männlichen Bauchorgane. Von Dr. P. Seliger, jetzt Kreisphysikus in Querfurt. Sonderabdruck.

In einer ausführlichen Abhandlung beschäftigt sich Verfasser mit den Prellschüssen des Bauches unter spezieller Berücksichtigung der subkutanen Kontusionen und Rupturen der männlichen Bauchorgane. An der Hand der 11 Fälle umfassenden Kasuistik stellt er zunächst fest, dass in 63 % der Fälle überhaupt keine Verletzungen der Bauchorgane zu finden waren, während in den übrigen nur Sugillationen und Ecchymosen beobachtet wurden. Nach den Erfahrungen aller Autoren ist aber die Unversehrtheit oder geringe Beschädigung der äusseren Haut durchaus kein Massstab für den Grad der Verletzungen der inneren Bauchorgane. Prellschüsse kommen durch die Kombination einer abnehmenden Grösse der Geschwindigkeit und Kraft des Geschosses und einer relativ grossen Resistenz der Bedeckungen bei grosser Mobilität derselben zu Stande, oder, wenn der Körper durch das Geschoss tangential getroffen wird. Das Geschoss vermag in Folge geringer Geschwindigkeit und erlöschender Kraft die elastische Haut nicht mehr zu durchdringen und hinterlässt als Effekt seiner Einwirkung nur die Zeichen einer Quetschung. Die Bauchdecken sind zum Zustandekommen von Prellschüssen besonders geeignet, weil sie vermöge ihrer weichen, nachgiebigen und elastischen Beschaffenheit auch sehr grossen momentanen Krafteinwirkungen auszuweichen vermögen. Hierbei geben sie aber die von ihnen eingeschlossenen Organe der Gewalteinwirkung um so intensiver Preis. Wenn die Hautdecken dem Ansturm der Gewalt noch Stand halten, die unter ihnen gelegenen Bauchmuskeln hingegen nachgeben und zerrissen werden, so kann durch Ausstülpung des Zwerchfells in diese Muskellücke ein Bruchsack präformirt und der Prellschuss die Ursache einer Bauchhernie werden.

Die gefährlichsten Kontusionen der Bauchorgane werden durch Kartätschen und Fragmente groben Geschosses hervorgebracht. Prellschüsse mit dem jetzigen Militärgewehr kommen erst bei einer Distanz von über 3000 Schritten zu Stande, während solche durch Platzpatronen erst bei 1,5 bis 2 m Nähe Exkoriationen der Haut und Brandwunden verursachen. Prellschusskontusionen durch blinde Schüsse, d. h. solche, welche durch einfache Pulverladung ohne Projektil erzeugt werden, erfordern die Abgabe des Schusses aus nächster Nähe und hinterlassen Hautverbrennungen und die Zeichen des Nahschusses.

Die Kontusionen und Rupturen der Bauchorgane werden veranlasst durch Gewehrkugeln, Zerplatzen von Gewehren, Zerspringen von Geschützen, Schiessen mit blindgeladenen Waffen, durch Kartätschen, Bomben, Granatsplitter, endlich durch direkte oder indirekte Einwirkung anderer Arten stumpfer Gewalt. Muskelkontraktionen und Contrecoup spielen hierbei nicht selten eine Rolle. Die Art der Verletzung in Bezug auf Gefährlichkeit schwankt zwischen tödtlichen und unter Umständen sogar leichten Verletzungen. Die Diagnose derselben kann sehr schwierig sein; zuweilen überrascht trotz der schwersten Läsionen der inneren Bauchorgane das gänzliche Fehlen irgend welcher äusserlich wahrnehmbarer Symptome; ganz geringfügige Gewalteinwirkungen haben oft die schwersten Organverletzungen zur Folge.

Die Gefahren für das Leben bestehen vor Allem in der Entwickelung einer diffusen eiterigen Peritonitis und im Shok. Indem Verfasser auf die ätiologischen Momente der Peritonitis näher eingeht und im Zusammenhang hiermit die Shokhypothesen bespricht, sucht er eine Anzahl hierher gehöriger Fälle dadurch zu erklären, dass er eine Paralyse des Darms oder eine nicht palpable Darmkontusion mit Läsion der Darmschleimhaut annimmt, welche die massenhafte Aufnahme von Darmbakterien in das Blut und eine hieraus resultirende Blutvergiftung mit letalem Ausgang mit oder ohne das Zwischenglied einer septischen Peritonitis ermöglichen. Füllungsgrad und Füllungsart der Därme und des Magens, vor Allem aber die Darmgase spielen in diesen Fällen eine wichtige Rolle. Der Gefährlichkeit nach stehen unter den Verletzungen der Baucheingeweide die vom Bauchfell eingeschlossenen Dünndarmtheile obenan, dann folgen Magen, Milz, die vom Bauchfell überzogenen Dickdarmpartien, end-

lich Leber und die extraperitoneal gelegenen Dickdarmtheile. Am häufigsten sind Verletzungen der Leber, dann folgen die Nieren, Milz, der Dünndarm und der Dickdarm. Verfasser geht sodann auf die Besprechung der möglichen Verletzungen und ihren Folgen im Einzelnen über und behandelt nach einander die Verletzungen der Leber, der Milz, der Nieren, die Blasenverletzungen, die Pankreaszerreissungen, die Zwerchfellrupturen, Magen- und Darmrupturen, die Knochenverletzungen und die Verletzungen des Lendenmarks durch stumpfe Gewalt. In Bezug auf Einzelheiten hierüber muss auf das Original verwiesen werden.

Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber Pseudoparesis spastica. Von Dr. Hoeflmayr, Nervenarzt in München. Münchener med. Wochenschrift; 1898, Nr. 45.

Nachdem Verfasser in der Einleitnng bemerkt, dass die an Pseudoparesis spastica Leidenden häufig als organisch Nervenkranke bezw. Spinalkranke diagnostizirt und behandelt werden, während sie in die Reihe der Hysterischen zu verweisen sind, veröffentlicht er einen solchen Fall und knüpft dann verschiedene interessante Bemerkungen daran.

A. B., 54 Jahre alt, Telegraphenoffizial a. D., kam am 13. April 1896 in Behandlung des Verfassers, nachdem ihn vorher verschiedene andere Aerzte und zuletzt einen Heilmagnetiseur behandelt hatten.

Patient ist verheirathet und war angeblich nie luetisch infizirt. Vor 4 Jahren litt er an Influenza, an welche sich seine jetzige Krankheit anschloss. Er war nie Trinker oder starker Raucher, hatte immer pedantisch geregelten Lebenswandel geführt und führte seine Erkrankung auf Ueberanstrengung in seinem schweren Dienste zurück. Nervenleiden sind in seiner Familie nicht bekannt.

Sein jetziges Leiden begann mit Schwäche und Zittern im linken Arm; dann breitete sich die Schwäche auf beide Arme aus, während das Zittern auf den linken Arm beschränkt blieb. Die Schwäche wurde so gross, dass er nicht immer allein essen, sich waschen und ankleiden konnte. Weiterhin wurden beide Beine von der Schwäche befallen, so dass Patient nur mit Unterstützung kurze Strecken gehen konnte. In Folge dessen sass er den grössten Theil des Tages vor seinem Schreibtische und sank dabei mit dem Oberkörper immer mehr zusammen, so dass sich im Laufe der Jahre eine Verkrümmung der Brustwirbelsäule nach hinten und rechts ausbildete. Die Arme, Beine, Nacken- und Gesichtsmuskeln waren den grössten Theil des Tages wie gelähmt, so dass er dieselben nur im Affekte willkürlich benutzen konnte. Die Athemmuskulatur war stets intakt, während die Schlingbewegung mitunter sehr behindert war. Blase und Darm funktionirten stets gut, auch die Potenz war erhalten. War zeitweise die Parese fast vollständig verschwunden, so genügte die geringste seelische Erregung, um alle Erscheinungen wieder auftreten zu lassen.

Der Schlaf war sehr gut; während desselben restirten die Lähmungserscheinungen vollständig. Merkwürdigerweise war das Schreiben, wenn auch langsam, stets möglich.

Beim ersten Besuche zeigte das Gesicht einen ängstlich-blöden, erschlafften Ausdruck, der Mund war offen, der Blick starr. Patient machte im Allgemeinen auf den ersten Blick den Eindruck eines Schwerkranken.

Die Untersuchung ergab die schon erwähnte Kyphoscoliose, welche sich mit grosser Anstrengung theilweise korrigiren liess; sonst gute Ernährung und gesundes Aussehen. Die vegetativen Organe waren ohne krankhaften Befund, kein Zucker im Urin.

Im Uebrigen das Bild einer Hystero-neurasthenia levis (leichte Erregbarkeit, Depression, Suggestibilität nach der schlechten Seite, Nosophobie im Sinne eines unheilbaren Rückenmarkleidens mit allgemeiner Lähmung, auffallend rasche, geistige und körperliche Ermüdung, beschleunigte Herzthätigkeit, Hyperhydrosis, Aufhebung des Würgereflexes, Zittern der Augenlider und Zunge, krankhaftes Interesse an seiner Person, verbunden mit Theilnahmlosigkeit für alles Andere etc.).

Die oberen Extremitäten werden in halbgebeugter Stellung dauernd fixirt gehalten und lassen sich nur mit Anwendung grosser Kraft passiv strecken. Die rohe Kraft ist in beiden Händen stark herabgesetzt. Im linken Arme besteht ein kleinschlägiger Tremor, welcher nur bei stärkster psychischer

Ablenkung auf kurze Zeit aufhört. Die Muskeln sind gut entwickelt, straff, nicht hypertrophisch. Patient macht an einem Trapeze 3—4 Klimmzüge ohne besondere Anstrengung. Tiefe Reflexe gesteigert.

Die unteren Extremitäten sind ebenfalls etwas gebeugt und lassen sich nur unter grosser Kraftanstrengung passiv strecken; es bestehen jedoch Kontrakturen ebenso wenig, wie in den Armen. Die rohe Kraft ist herabgesetzt. Hypertrophie der Muskulatur sowie Tremor ist nicht vorhanden; im rechten Bein Fussklonusreflex. Die Patellarsehnenreflexe sind beiderseits gesteigert, ebenso Fusssohlen-, Cremaster- und Achillessehnenphänomen.

Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden; kein Romberg'sches Symptom. Alle sonstigen Empfindungen gut erhalten. Die elektrische Erregbarkeit vollkommen normal. Von Seiten der Gehirnnerven keine Störungen.

Patient steht mit halbgebeugten Knien etwas breitspurig, und balanzirt beständig; er fürchtet fortwährend zu fallen und ist deshalb sehr ängstlich.

Sein Gang ist ausgesprochen spastisch und zwar so, dass Patient manchmal in's Schiessen kommt und nach vorne zu Boden fällt, wenn er sich nicht festhalten kann. Er führt die Beine, auf den Zehen gehend, steif in der Beuge nach vorne und klebt dabei mit den Zehen fest am Boden, so dass sein Gang scharrend und geräuschvoll ist. Er kann willkürlich diese rasche Vorwärtsbewegung nicht hemmen. Rückwärtsgehen ist dem Patient fast unmöglich, nach 2—3 Schritten fällt derselbe steif wie ein Stock nach rückwärts gegen die Wand oder zu Boden, von dem er sich allein nicht mehr erheben kann.

Während er grössere Strecken ohne Führung, bei vollkommen spastischem Gange, nicht zurücklegen kann, geht er die 4 Stiegen zu seiner Wohnung flott auf und ab, ohne sich anzuhalten. Hören die Stufen auf, so tritt sofort der spastisch-paretische Gang wieder auf. Am Abend geht Patient verhältnissmässig am besten.

Zum Ankleiden, Waschen, Essen etc. braucht Patient die 10fache Zeit der gewöhnlichen. Der Versuch, eine rasche Wendung zu machen, büsst er fast stets mit einem Fall.

Die Hebung der Beine und Arme ist für gewöhnlich unmöglich, Niedersitzen und Aufstehen geschieht sehr langsam, Niederlegen und dann Aufstehen ist ohne fremde Hülfe unmöglich.

Beim Schlucken nimmt Patient die zu trinkende Flüssigkeit erst in den Mund und presst dieselbe mit sichtbarem Kraftaufwand in die Speiseröhre hinab.

Auf diesem Befund hin stellte Verfasser die Diagnose: Hysterie mit Lähmungserscheinungen.

Die Therapie bestand in einer streng systematisch durchgeführten gymnastischen Kur, indem mit allen möglichen Bewegungen begonnen und auf diesen Stück für Stück weiter gebaut wurde; daneben wurden hydrotherapeutische und elektrische Heileffekte benutzt. Die Hypnosen hatten meist nur sehr rasch vorübergehenden Erfolg und wurde deshalb später davon abgesehen.

Allmählich erreicht Verfasser ein vorzügliches Resultat und befindet sich Patient auf dem besten Wege vollkommen gesund zu werden, wenn Verfasser auch nicht in Abrede stellen will, dass von ihm nicht beeinflussbare Umstände eintreten können, die eine Rückkehr des ganzen anfänglichen Krankheitsbildes verursachen könnten.

Da bei dem Kranken jede Möglichkeit eines Traumas mit Sicherheit auszuschliessen war, rechnet Verfasser den Fall zur Kategorie der von Krafft-Ebing veröffentlichten Fälle; denn ebenso wie bei diesen, fanden sich vor: 1. Störungen der Innervation der unteren Extremitäten; 2. spastische Erscheinungen; 3. Steigerung der Reflexe. Als Symptome, die das Bild der spastischen Spinalparalyse nur noch täuschender vorführten, fand Verfasser Störungen der Innervation auch in den Armen sowie in der Hals- und Gesichtsmuskulatur, Schluckbeschwerden, Schütteltremor im linken Arme, welcher demnach nicht nur auf traumatischem, sondern auch auf rein neuropathischem Wege sich entwickeln kann.

Erschwerend für die Diagnose „Hysterie" wirkte das vollkommene Fehlen der Stigmata, wie z. B. der Sensibilitätsstörungen. Nach Verfasser handelt es sich bei diesem Patienten um eine „rein kortikal zu lokalisirende und psychisch bedingte Funktionsstörung" (Krafft-Ebing).

Man hat bei den gymnastischen Uebungen und bei den willkührlich versuchten Bewegungen des Kranken den Eindruck, als ob eine Hemmung, die stärker ist als der Wille, den richtig vom Zentrum abgeschickten Impuls ge-

wissermassen auf dem zentrifugalen Laufe abfängt und so die Ausführung jeder Bewegung verhindert. Der Patient fühlt dies selbst und sucht dieser Hemmung zuvorzukommen, was ihm aber nicht immer gelingt. Dann geräth er über das „Hinderniss“ stets in Erregung und wenn diese Erregung stark genug wird, gelingt es ihm oft, die hemmenden Einflüsse zu beseitigen. Die Hemmung wirkt auch nicht mehr, wenn stärkere Reize sie übertönen, so bei nicht willkührlichen Affekten, z. B. bei überraschendem Aerger. Im willkührlichen Affekte verschwinden diese Hemmungen nicht. Gerade diese Art der Hemmung beweist am besten, dass diese kordikale Hemmung ihre Ursache in der früher bestandenen Autosuggestion hat, „schwer spinal erkrankt zu sein“. Nur durch fortgesetzte Uebungen und die dagegen gesetzte Suggestion, „alle Bewegungen machen zu können, weil es sich nur um eine krankhafte Willensschwäche, und nicht um eine Lähmung handle“, nahm die Kraft der Hemmung allmählich ab. Im Anfang musste Patient stets erst das Kommando des Verfassers abwarten, bis der sofort nach dem kortikalen Impuls für die verlangte Bewegung auftretende Hemmungsreiz verklungen war, während jetzt der motorische Impuls stark genug ist, um bei Anspannung der ganzen Willenskraft sogleich zu siegen und die Bewegung auszuführen. Dadurch ist selbstverständlich die Erinnerung an die seiner Zeit durch die Autosuggestion erzeugten Associationsbilder stark verblasst und um diese letzteren immer mehr und mehr zu verwischen, ist es nöthig, die Behandlung gewissermassen über die Genesung hinaus fortzusetzen und dabei selbstverständlich alle Umstände, die das Nervensystem des gewöhnlichen Hysterikers oder Neurasthenikers schädigen, wie Aufregungen oder geistige und körperliche Uebermüdungen zu vermeiden suchen.

Einen ganz ähnlich gelagerten Fall von Hysterie, welcher von verschiedenen vorher behandelnden Aerzten als spinales Leiden diagnostizirt wurde, bekam Referent im Jahre 1885 in Behandlung und ist dieser Fall in der Münchener med. Wochenschrift, 1885, Nr. 22, veröffentlicht. Dr. Waibel-Günzburg.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ein Fall von traumatischer Leukaemie. Von Dr. F. Hermanni in Biebrich. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 23.

Der Verfasser vermehrt die nicht sehr starke Kasuistik von Leukaemie nach Trauma — Prof. Ebstein hat zwei Fälle veröffentlicht, ausserdem sind noch drei weitere Fälle in der Literatur zu finden — um einen weiteren. Derselbe hat den Vorzug, einmal durch Sektion bestätigt zu sein; zweitens ursächlich sicher gestellt zu sein, als Leukaemie vor dem Trauma sicher nicht bestanden hatte (der Verletzte hatte nämlich zwei mässig schwere Kontinuitätstrennungen erlitten; von diesen blutete eine sehr stark und anhaltend, die andere nicht auffallend; wenn es sich um Haemophilie gehandelt hätte, würde man starkes Bluten aus beiden Wunden zu erwarten berechtigt gewesen sein). Endlich zeichnet sich der Fall dadurch aus, dass das Obergutachten des Vertrauensarztes der Genossenschaft das Gutachten des behandelnden Arztes einfach bestätigte. (Die Gründe des Kollegen zögern wir nicht, vollauf anzuerkennen und seine Ansicht über den Fall zu den unsrigen zu machen.) Es handelt sich um den schweren Sturz (5 Meter Höhe) eines 30jährigen Arbeiters auf den Bauch und den 1 Jahr und 8 Monate später eintretenden Tod des Verletzten durch Leukaemie. Dr. Hesse-Lüneburg.

Insektenstich, inwiefern Betriebsunfall. Entscheidung der bayerischen Landes-Versicherungs-Anstalt vom 21. Juni 1898.

Auch Insektenstiche können unter der gleichen Voraussetzung einen Unfall bedingen. Das Reichsversicherungsamt hat in Rekursentscheidung 788 ausgesprochen, dass die Verletzung eines Forstaufsehers, die derselbe während der Begehung eines sumpfigen Waldes durch einen giftigen Insektenstich erlitt, als Betriebsunfall anzusehen sei, weil wegen des Vorkommens verwesender Thierleichen im Walde überhaupt, namentlich aber in sumpfigen Wäldern, in welchen sich bekanntlich Insekten in grosser Anzahl aufzuhalten pflegen, für die Forstbediensteten eine besondere Gefahr besteht und deshalb zwischen einer Verletzung durch Insektenstich und dem forstwirthschaftlichen Betriebe ein ursäch-

licher Zusammenhang gegeben ist. Dagegen hat dasselbe in der Rekursentscheidung 1159 bei einem Maurer, der während der Arbeit auf einem Neubau in einer grösseren Stadt von einer giftigen Fliege in die Hand gestochen wurde, das Vorliegen eines Betriebsunfalles verneint, weil weder die Art des Betriebes, noch die Lage der Betriebsstätte zu der Annahme berechtigen, dass der Betrieb mit einer besonderen Gefahr, von einem giftigen Insekt gestochen zu werden, verbunden sei. Was nun die Anwendung dieser Grundsätze auf den gegebenen Fall anbetrifft, so musste der Rekurskläger auf freiem Felde arbeiten. Der betreffende Acker befand sich, wie in der Berufungs- und Rekursschrift geltend gemacht wird, in der Nähe eines Waldes und eines Weihers; es stand ein schweres Gewitter am Himmel; der Wagen und das Anspannvieh befanden sich in unmittelbarer Nähe, und der Rekurskläger hatte, da die Arbeit drängte, keine Möglichkeit, die wohl auch durch seine Transpiration angelockten Insekten abzuwehren. Alle diese Momente zwingen aber zu der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Unfalle und dem landwirthschaftlichen Betriebe.

Krankenhausbehandlung; Voraussetzung für deren Anordnung. Entscheidung der bayerischen Landes-Versicherungs-Anstalt vom 14. Juni 1898.

Die Befugniss der Berufsgenossenschaft, einen verheiratheten Verunglückten gegen seinen Willen in ein Krankenhaus einzuschaffen, enthält einen bedeutenden Eingriff in die persönliche Freiheit; trotz des vorliegenden pekuniären Interesses der Berufsgenossenschaft ist deshalb die gesetzliche Bestimmung als eine Ausnahmsmassregel im engsten Sinne auszulegen. Erwägt man nun, dass Oberarzt Dr. J. nur deshalb die Unterbringung im Krankenhause für wünschenswerth erachtet, weil zu befürchten sei, dass der Verletzte zu Hause die (zur Verhütung einer Fingerversteifung) anzulegenden Schienchen wahrscheinlich nicht liegen lasse, so handelt es sich hier also nur um eine Massregel, die ganz gut in der Familie vorgenommen werden kann und die die Unterbringung in ein Krankenhaus nicht als nothwendig erscheinen lässt. Die Berufsgenossenschaft ist deshalb nicht berechtigt, die Festsetzung der Rente von dem Eintritte in's Krankenhaus abhängig zu machen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Beihefte zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts. XIV. Bd. 3. (Schluss-) Heft. Mit in den Text gedruckten Abbildungen. Berlin 1898. Verlag von Julius Springer. 4°; 292 S. Preis: 10 M.

Kanalisirung der Residenzstadt Schwerin. Berichterstatter: Regierungsrath Dr. Ohlmüller.

In dem Gutachten des Kaiserlichen Gesundheitsamts vom 9. Juli 1888 war die Einleitung der Kanalwässer Schwerins, ausschliesslich der Fäkalien, in den Ziegelsee und den grossen See bedingungsweise auf eine Frist von zwei Jahren nach Vollendung der Kanalisation zugestanden worden. Es konnte erwartet werden, dass nach dieser Periode am See Merkmale auftreten würden, bestehend in Ablagerung von Schlamm oder in Verunreinigung des Wassers, welche ein Urtheil zuliessen, ob eine Reinigung der Kanalwässer vor ihrer Einleitung aus sanitären Gründen gefordert werden müsste. Die Kanalisation ist im Jahre 1893 fertig gestellt worden, und die Untersuchungen, welche nach Ablauf der gegebenen Frist vorgenommen wurden, habe gezeigt, dass die Einleitung der Abwässer zu hygienischen Nachtheilen nicht geführt hat, und dass nach den gemachten Erfahrungen bezüglich der selbsreinigenden Thätigkeit des Seewassers solche auch späterhin nicht zu erwarten sind. Von diesem Gesichtspunkte aus liegt nach O. zunächst ein zwingender Grund nicht vor, in der gegenwärtigen Art der Ableitung der städtischen Kanalwässer eine Aenderung eintreten zu lassen, zumal die Technik der Reinigung von Abwässern sich auch bis heute nicht in dem Masse entwickelt hat, dass das Gesundheitsamt ein bestimmtes System vorschlagen könnte.

Verunreinigung der Kötschau und Orla. Berichterstatter: Regierungsrath Dr. Ohlmüller.

Die Verunreinigung der Kötschau und Orla durch die Abwässer der

Flanellfabriken, Gerbereien, Brauereien, Leimsiedereien, Strassenkanäle und Schlachtereien der vereinten Städte Pösneck und Jüdewein sind schon einmal, im Jahre 1888, Gegenstand einer Untersuchung des Gesundheitsamts gewesen. Da die vom Gesundheitsamt damals gemachten Vorschläge, welche auf eine Reinigung der Fabrikwässer und eine ordnungsmässige Durchführung der Kalisation der genannten Orte abzielten, unberücksichtigt geblieben waren, so hatten die durch die Flussverunreinigungen herbeigeführten Schäden im Laufe der Jahre immer mehr zugenommen und schliesslich eine solche Höhe erreicht, dass das Gesundheitsamt abermals in Anspruch genommen werden musste. Die sehr eingehenden Untersuchungnn zeigten, dass für das Zustandekommen der hygienischen Missstände im Wesentlichen die Sinkstoffe der Abwässer und deren Eigenschaft, gelöste organische Substanzen zu fällen, verantwortlich zu machen sind, und dass nur in der Fernhaltung dieser Sinkstoffe von den Flussläufen eine befriedigende Lösung der Frage zu erwarten sei. Es wurde empfohlen, die Fabrikabwässer in ein Rohrnetz zu fassen und nach einer gemeinsamen Kläranstalt zu leiten. Von der Anwendung eines besonderen chemischen Klärstoffes könnte abgesehen werden, da die Untersuchungen des Flusswassers auf seine selbstreinigende Thätigkeit ergeben hatten, dass in den Fabrikabfallstoffen (Soda, Seife und Kalkerdeschlamm) solche Mittel bereits vorliegen. Schwierigkeiten würde die Beseitigung und Verwerthung des Klärschlammes machen, da derselbe vermöge seines Gehaltes an fettigen und öligen Stoffen für eine landwirthschaftliche Verwerthung sich nicht eignet. Es bleibe technischer Erwägung zu überlassen, ob sich derselbe nicht etwa als Baumaterial verarbeiten liesse.

Untersuchungen über die Häufigkeit der Sterbefälle an Lungenschwindsucht der Bevölkerung des Deutschen Reichs und einiger anderen Staaten Europas Berichterstatter: Geh. Regierungsrath Dr. Rahts.

R. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die allgemeine Sckwindsuchtssterbeziffer, d. h. die auf je 1000 Lebende der Gesammtbevölkerung reduzirte Zahl der Sterbefälle an den unter dem Namen „Schwindsucht“ oder „Tuberkulose“ zusammengefassten Krankheiten, ist während der letzten abgelaufenen Jahrzente — seit 1880 — in fast allen europäischen Staaten geringer geworden.

2. Mit der Abnahme der allgemeinen Schwindsuchtssterbeziffer ging, sowohl in den grössten Staaten des Deutschen Reichs, wie auch in mehreren anderen Staaten Europas ein nicht unerhebliches Sinken der jährlichen Sterbefälle unter den im Alter von 15—60 Jahren stehenden Bewohnern einher.

3. Im Königreich Preussen sind an Tuberkulose die meisten Personen von 15—60 Jahren im Jahre 1890 gestorben, d. h. zur Zeit der ersten grossen Influenza-Epidemie; eine stetige Abnahme der betr. Todesfälle ist seit 1893 beobachtet worden.

4. Die Zahl der Sterbesfälle an Tuberkulose hat von 1887 bis 1895 in den Landgemeinden stärker als in den Stadtgemeinden abgenommen. Die Abnahme machte sich am wenigsten in Berlin, Westpreussen und in Hohenzollern, am stärksten in Schleswig-Holstein und Hannover bemerklich.

5. Im Alter von 15—60 Jahren starben an Tuberkulose die wenigsten Personen in Ost- und Westpreussen, die meisten in Westfalen und Rheinprovinz.

6. In Bayern und Sachsen war die Zahl der betr. Sterbefälle am höchsten während des Influenzajahres 1890, in jedem späteren Jahre geringer.

7. In Württemberg, Baden, Hessen, Elsass-Lothringen ist die höchste Zahl der Sterbefälle — seit 1892 — im Jahre 1894 beobachtet.

8. Die Tuberkulose war für das Absterben der Gesammtbevölkerung von grösster Bedeutung in Hessen, demnächst im Königreich Preussen und in Baden, von geringerer Bedeutung in Bayern und Elsass-Lothringen, von geringster im Köngreich Sachsen.

9. In England ist neuerdings die Zahl der Todesfälle an Schwindsucht erheblich geringer geworden.

10. In Italien hat die Tuberkulose während der letzten Jahre verhältnissmässig mehr Todesfälle als in den Jahren vorher herbeigeführt.

11. Im Königreich der Niederlande ist die Zahl seit 1890 stetig gesunken.

12. In Norwegen hat die Zahl seit 1890 stetig zugenommen.

13. In den 50 grössten Städten Frankreichs ist die Bedeutung der Tuberkulose als Todesursache von 1892 bis 1896 gestiegen.

14. In den 31 Städten Schwedens hat die betr. Zahl seit 1888 ziemlich stetig abgenommen.

15. In den 74 Städten Dänemarks war die Zahl der Schwindsuchtstodesfälle am grössten im Jahre 1890; später sind Jahr für Jahr — mit Ausnahme von 1895 — weniger solche Todesfälle beobachtet worden.

Ueber Margarinekäse. Von Dr. Karl Windisch, technischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte, Privatdozenten an der Königlichen Universität in Berlin.

Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick über die bisherige Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Margarinekäserei, aus dem hervorgeht, dass bereits zu Anfang der siebenziger Jahre in Nord-Amerika Versuche gemacht wurden, aus Magermilch mit Hülfe von Schweineschmalz eine Art Kunstfettkäse herzustellen, giebt W. eine ausführliche Schilderung der Darstellung der Margarinekäse und hieran anschliessend, die Ergebnisse seiner sehr eingehenden Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung derselben. Nach W. hat der Margarinekäse neben dem echten Milchfettkäse nur dann eine wirthschaftliche Berechtigung, wenn er, gemäss seinen niedrigen Herstellungskosten zu einem entsprechend niedrigen Preise verkauft wird, als der echte Milchfettkäse. Dies sei aber zur Zeit nicht der Fall.

Die Ergebnisse der Weinstatistik für 1896. Von Regierungsrath Dr. Moritz.

M. stellt auf 6 Tabellen die Ergebnisse der Weinstatistik für 1896 in ähnlicher Weise zusammen, wie das für die der vorausgegangenen Jahre früher geschehen ist. Eine siebente Tabelle giebt für die fünf Jahre von 1892 bis 1896 die Abweichungen von dem Mindestwerthe an, welcher auf Grund der Bekanntmachung vom 28. April 1892 in Folge des Zusatzes einer wässerigen Zuckerlösung nicht überschritten werden darf. Eine Ueberschreitung hat in keinem einzigen Falle stattgefunden.

Untersuchung eines neuerdings im Handel befindlichen Fleisch-Konservirungsmittels, genannt „Carolin-Pulver"; hergestellt von F. Behrend & Co., Berlin. Von Dr. W. Polenske, technischer Hilfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Die Analyse ergab schweflige Säure, Schwefelsäure, Natriumoxyd und krystallisirte Borsäure.

Chemische Untersuchung von Branntweinschärfen und Essenzen, die neuerdings zur Herstellung von Qualitätsbranntweinen Verwendung finden. Derselbe.

P. giebt die Analyse von 97 Proben von Branntweinschärfen, deren Herstellung sich in neuester Zeit zu einem lebhaften Industriezweige entwickelt hat. Dies neue Produkt dient ausschliesslich zur Ersparniss des Spiritus und empfiehlt sich besonders da, wo durch sehr billige Verkaufspreise es nöthig ist, den Branntwein in der Alkoholstärke herabzusetzen. Die Basis ersetzt dann gewissermassen den Ausfall.

Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten.

A. Ostafrika.

I. General-Sanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für das Berichtsjahr vom 1. April 1895 bis zum 31. März 1896. Erstattet vom Oberstabsarzt Dr. Becker, Chefarzt der Kaiserlichen Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika.

Nach einer tabellarischen Uebersicht des Krankenzugangs in den einzelnen (18) Stationen berichtet B. über die zur Ausführung gelangten sanitären Massregeln in Bezug auf Unterkunft, Verpflegung, Trinkwasser, Bekleidung u. s. w. Ein zweiter Hauptabschnitt ist der Besprechung der einzelnen Krankheitsgruppen — des Nervensystems, der Athmungsorgane u. s. w. = mit klinischen Beobachtungen und zahlreich eingestreuten kasuistischen Mittheilungen gewidmet. Bemerkenswerth sind die Auslassungen B. in Bezug auf das Schwarzwasserfieber, gegen welches er auf Grund seiner Erfahrungen in einer siebenjährigen Tropenpraxis Chinin in grossen Gaben empfiehlt. Kleine Chinindosen zu verabfolgen, hält B. für gänzlich verfehlt.

II. Die Impfungen, welche vom 1. Juli 1895 bis 30. Juni 1896 in Deutsch-Ostafrika durch die der Medizinalabtheilung des Kaiserlichen Gouvernements unterstellten Aerzte ausgeführt sind. Derselbe.

Im Bericht wird unterschieden zwischen:

1. Erstimpflinge, d. h. Personen, die jetzt zum ersten Male mit Schutzpockenlymphe geimpft wurden, früher niemals mit echtem Menschenpockensekret inokulirt und auch noch nie an echten Pocken erkrankt waren;
2. Wiederimpflinge, d. h. Personen, welche früher mindestens einmal mit Schutzpockenlymphe geimpft, jedoch nicht der Inokulation unterworfen, auch noch nicht an echten Pocken erkrankt waren;
3. Inokulirte, d. h. Personen, denen früher einmal echtes Menschenpockensekret beigebracht worden ist;
4. Pockendurchseuchte, d. h. Personen, die früher echte Pocken überstanden haben.

Das künstliche Inokuliren der Pocken ist als Schutzmassregel sowohl bei den verschiedensten Volksstämmen Deutsch-Ostafrikas, als auch bei den Sudanstämmen, welche die Leute für die Schutztruppe geliefert haben, eine weitverbreitete Massregel. Die Inokulation findet entweder auf der Stirn oder Nasenwurzel statt, oder auf der Schulterhöhe, oder in der Hautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger. Die verwandte Lymphe stammte aus dem bakteriologischen Institute Grahamstown (Südafrika), aus den Instituten zu Karlsruhe, Dresden, Berlin und aus der Oranienapotheke zu Berlin. Bei zwanzig Personen wurde die Impfung von Arm zu Arm vorgenommen. Die Erfolge waren meistens gute.

III. Die sanitären Verhältnisse von Tanga während des Berichtsjahres 1896/97, Von Regierungsarzt Dr. Friedrich Plehn.

Pl. berichtet über seine meteorologischen Beobachtungen, über die vorgekommenen Krankheiten, unter welchen, für die Europäer wenigstens, die Malaria mit 79 % die erste Stelle einnimmt und über die sanitären Verbesserungen im Stadtgebiete. Pl. verwendet neuerdings gegen Malaria Euchinin an Stelle des vielfach unangenehme und schädliche Nebenwirkungen zeigenden Chinin.

IV. Heilverfahren bei afrikanischen Völkerschaften. Durch Rundschreiben hatte der Chefarzt der Schutztruppe für Ostafrika die unterstellten Aerzte zur Sammlung von Notizen über Negermedizin und zur Einsendung von Heilverfahren der Eingeborenen aufgefordert. Als Gesichtspunkte, auf deren Klarstellung das Augenmerk hauptsächlich zu richten sei, wurden folgende aufgestellt: Impfungen, Beschneidung, Abortivmittel, Behandlung von inneren, chirurgischen, venerischen, Geisteskrankheiten, Verfahren bei der Geburt u. s. w. Hierzu sind folgende Berichte eingegangen:

1. Ueber Negermedizin. Von Stabsarzt Dr. Gärtner (Bagamoyo).
2. Ueber Negermedizin. Von Stabsarzt Hösemann (Tanganyika-See).
3. Die Heilmethoden der Wasiba. Von Stabsarzt Dr. Zupitza (Viktoriasee).
4. Die Heilmittel der Mssais. Von Stabsarzt Dr. Eggel Kilima-Ndjaro).
5. Die Heilmittel der Wadjaggas. Derselbe (Kilima-Ndjaro).
6. Ueber Negermedizin. Von Assistenzarzt Dr. Drewes (Tabora).
7. Ueber Medizinen und Behandlungsweisen von Krankheiten, wie sie bei den Eingeborenen des Bezirks Pangani beobachtet wurden. Von Assistenzarzt Dr. Schreber (Pangani).

Bei der grossen Fülle der beigebrachten, z. Th. sehr interessanten, im Ganzen aber fremdartig anmuthenden Mittheilungen kann auf Einzelheiten nicht eingegangen werden, um so weniger, als ein Theil der Notizen, namentlich diejenigen, welche sich auf die Bezeichnung der medizinischen Pflanzen beziehen, für den Europäer unverständlich sind. Der Werth der Negermedizin im Allgemeinen dürfte am besten durch das Geständniss eines Suaheli-Medizinmannes charakterisirt werden, welches dahin geht, dass, wenn man die gewünschte Pflanze nicht finde, man eine ähnliche nehmen könne, der Erfolg wäre der gleiche. Spekulation auf den Geldbeutel der Patienten, sagt Gärtner, ist wohl die Hauptsache für den Medizinmann, der Erfolg der Kur ziemlich gleichgültig; schlagen die gereichten Mittel nicht an, so werden die Patienten damit getröstet, dass es nicht Allahs Wille gewesen sei, und damit müssen sie sich zufrieden geben, wenn sie nicht als Ungläubige gelten wollen.

B. Westafrika.

I. Die Gesundheitsverhältnisse in Togo in der Zeit vom 1. Januar bis zum 1. Juli 1897. Von Dr. Döring, stellvertretender Regierungsarzt.

Von Wichtigkeit war eine Beri-Beri-Epidemie, welche in Gross- und Klein-Popo unter den Krooboys einer in beiden Orten stationirten Faktorei herrschte. D. fasst diese Massenerkrankung als Infektionskrankheit auf, übertragbar von Ort zu Ort durch Menschen oder durch gebrauchte Gegenstände.

II. Erkrankungen und Todesfälle an Beri-Beri in der Kaiserlichen Schutztruppe für Kamerun. Von Dr. Lichtenberg, Assistenzarzt I. Kl. in der Kaiserlichen Schutztruppe für Kamerun.

L. berichtet über 8 Erkrankungen an Beri-Beri mit 5 Todesfällen, von denen als Besonderheit hervorzuheben ist, dass es sich um eine äusserst rasch verlaufende, schwere nervöse Form gehandelt hat, wie sie nach den Literaturangaben fast kaum beobachtet wurde.

III. Klima und Gesundheitsverhältnisse des Schutzgebietes Kamerun in der Zeit vom 1. Juli 1896 bis 30. Juni 1897. Von Regierungsarzt Dr. Plehn.

Der Gesundheitszustand der Europäer der Kolonie und ihre Mortalität war sehr ungünstig, ganz besonders am Regierungssitz, der Jossplatt. Es kamen im Jahre 6 Malariaanfälle pro Kopf mit 8,58 % Schwarzwasserfieber vor. Ausser der Malaria waren es die Beri-Beri und die Ruhr, welche im Berichtsjahr an Bedeutung gewonnen haben. Nach P. ist es fraglos, dass es sich bei der Kamerun-Beri-Beri um eine Erkrankung des Sympathikussystems, meist mit Betheiligung des Vagus, handelt. Die ganze Art des Verlaufs deutet nach P. auf toxische Einflüsse hin, welche zu einer rasch und schwer verlaufenden Neuritis der genannten Nervengebiete führen. Eine Uebertragung war in keinem Falle wahrscheinlich. Bei der Untersuchung der Todesursachen im Allgemeinen tritt nach P. der verderbliche Einfluss zu langen Kamerun-Aufenthalts deutlich hervor; selbst dann, wenn ein erster zweijähriger Dienst noch scheinbar leidlich überwunden wurde, zeigen sich die Folgen häufig kurz nach der Rückkehr vom Urlaub; dabei soll eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch hygienische Massnahmen nur in beschränktem Masse zu erwarten sein.

C. Marschallinseln.

I. Bericht über die Gesundheitsverhältnisse auf Jaluit für die Zeit vom 1. Juli 1895 bis zum Mai 1896. Vom Regierungsarzt Dr. Schwabe.

II. Bericht über die Gesundheitsverhältnisse auf Jaluit in der Zeit vom 17. Juli bis 30. September 1897. Von Regierungsarzt Dr. Bartels.

Die Berichte enthalten nichts für den Medizinalbeamten Bemerkenswerthes.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Beiträge zu einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im preussischen Staate. Herausgegeben von der Kommission der Aerztekammer der Provinz Sachsen: San.-Rath Dr. Bertog-Oschersleben, San.-Rath Dr. Brennecke-Magdeburg und Kreisphysikus Dr. Dietrich-Merseburg. Berlin 1898. Verlag von Elwin Staude. 8°, 64 Seiten. Preis: 1,20 Mark.

Im Frühjahr 1897 betraute die Aerztekammer der Provinz Sachsen eine Kommission von drei Mitgliedern (Bertog, Brennecke und Dietrich) mit der Durcharbeitung eines von Brennecke vorgelegten Entwurfs: „Grundzüge einer geburtshülflichen Neuordnung im Königreich Preussen". Das Ergebniss ihrer Arbeit unterbreitet die Kommission der Aerztekammer in der Sitzung vom 5. Mai 1898 in eingehenderen Referaten.

Um auch weiteren Kreisen eine erneute Anregung zu geben zu einer allgemeinen Bewegung für die Verbesserung des Hebammenstandes und der Wochenbettpflege einschliesslich der Hauspflege bei Wöchnerinnen, entschloss sich die Kommission, die von Brennecke ursprünglich vorgelegten, sowie die von ihr und später von der Kammer beschlossenen „Grundzüge einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im preussischen Staate" nebst den zur Begründung gelieferten Referaten zu veröffentlichen. Die von der Kammer beschlossenen „Grundzüge für die Reorganisation des Hebammenwesens" haben folgenden Wortlaut:

„Die Aerztekammer der Provinz Sachsen hält eine gesetzliche Neuordnung

des Hebammenwesens für dringend geboten. Es gilt im Wesentlichen Verhältnisse zu schaffen, die geeignet sind, dem Hebammenberufe reifere, moralisch und intellektuell höher stehende Kräfte als bisher zuzuführen.

A. Leitung des Hebammenwesens.

Das Hebammenwesen im Preussischen Staate untersteht dem Medizinal-Ministerium und den Provinzialverbänden nach Massgabe des Edikts vom 27. September 1725, sowie der Gesetze vom 28. Mai, 29. Juni und 8. Juli 1875, soweit nicht diese Grundzüge Aenderungen und Zusätze bedingen.

B. Hebammenschulwesen.

1. In jeder Provinz sind eine oder höchstens zwei grössere Hebammen-Lehranstalten zu unterhalten, die ausschliesslich dem Zwecke der Ausbildung der Hebammen in der Geburtshülfe und Wochenbettspflege dienen.

2. Jede Lehranstalt ist der Leitung eines ärztlichen Direktors zu unterstellen, dem je nach Grösse der Anstalt mehrere Hilfsärzte als Hebammenlehrer und eine entsprechende Anzahl Ober-Hebammen beizuordnen sind.

3. Das gesammte Lehrpersonal erhält Wohnung in der Anstalt und ist derart zu honoriren, dass es ausschliesslich dem Lehrberuf leben kann.

4. Die Dauer des Lehrkursus ist in sämmtlichen Lehranstalten auf ein Jahr zu bemessen.

5. Die Kosten des Lehrkursus (Pflegegeld und Unterrichtshonorar) sind grundsätzlich von den Schülerinnen selbst zu tragen.

Das bisher übliche Präsentationsrecht der Gemeinden hört auf.

6. Zur Theilnahme am Hebammen-Lehrkursus ist jede Frau, bezw. jedes Mädchen im Alter von 20 bis 30 Jahren berechtigt, welche bei sittlicher Unbescholtenheit ihre körperliche wie geistige Qualifikation darzuthun vermag.

7. Dem Hebammenschul-Direktor muss es freistehen, die in den ersten drei Monaten des Lehrkursus sich als untauglich erweisenden Schülerinnen aus der Anstalt zu entlassen und die so entstandenen Vakanzen aus der Zahl der noch vorhandenen Bewerberinnen zu ergänzen.

8. Schülerinnen, welche die Staatsprüfung nicht bestanden haben, dürfen nur nach Wiederholung eines vollen Kursus zum zweiten Male zur Staatsprüfung zugelassen werden.

9. Die Staatsprüfungen der Schülerinnen finden in sämmtlichen Hebammenlehranstalten unter dem Vorsitze eines und desselben Medizinalbeamten statt.

C. Anstellung der Hebammen.

1. Jeder Kreis der Monarchie ist unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse in eine bestimmte Zahl von Hebammenbezirken einzutheilen.

2. Sämmtliche Hebammen sind als Bezirks-Hebammen anzustellen.

3. Den Hebammen ist eine neue, den Mühen und der Verantwortlichkeit ihres Berufes entsprechende Gebührentaxe zu bewilligen. Die Gewährung eines Mindesteinkommens ist in Erwägung zu ziehen.

4. Für Alters- und Invaliditäts-Versorgung der Hebammen ist in auskömmlicher Weise gesetzlich Sorge zu tragen.

5. Die Hebammen je eines Kreises bilden einen Verband nach Massgabe besonders zu erlassender Bestimmungen behufs wissenschaftlicher Fortbildung und Erörterung von Standesfragen und Berufsangelegenheiten aller Art.

6. Der Kreisphysikus hat als nächster Vorgesetzter der Hebammen die Kontrole über deren Berufsthätigkeit zu üben.

Es steht ihm das Recht zu, sich in besonderen Fällen durch einen praktischen Arzt (Aufsichtsarzt) vertreten zu lassen."

Der I. Theil der durch die Kommission beschlossenen Grundzüge betrifft die Organisation der Wöchnerinnenpflege. Die betreffenden Sätze lauten:

1. „Die Mitarbeit der Frauen an den Aufgaben der Geburts- und Wochenbetts-Hygiene ist zu einer gesetzlich geregelten Pflicht zu erheben. Hierzu sind an Stelle der bisher in freiwilliger Liebesarbeit thätigen Frauenvereine „Frauengenossenschaften mit beschränkter Haftpflicht" in's Leben zu rufen.

2. Die aus der Unterstützung ärmerer Familien erwachsenden Kosten sind aus öffentlichen Mitteln zu decken."

Die Berathung über diesen Theil der Grundzüge hat die Aerztekammer in ihrer Sitzung vom 5. Mai 1898 zunächst noch vertagt.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Fortbildungskurse für Medizinalbeamte des Grossherzgthums Hessen im Herbst 1898.

Ueber den ersten von den Professoren DDr. Bostroem, Gaffky und Sommer abgehaltenen Fortbildungskursus für die Medizinalbeamten des Grossherzogthums Hessen wird in Nr.. 22 des Korrespondenzblattes der ärztlichen Vereine des Grossherzogthums Hessen Folgendes mitgetheilt:

Der Kursus hat in der Zeit vom 10.—22. Oktober v. J. unter Theilnahme von 9 Medizinalbeamten stattgefunden und zwar sind an 5 Tagen jeder Woche je 1 Stunde für den physikalischen und gerichtlich-medizinischen Kursus, die übrige Zeit für die Hygiene bestimmt gewesen.

Im hygienischen Theil haben einen grossen Theil der zur Verfügung stehenden Zeit die Uebungen in den Untersuchungsmethoden in Anspruch genommen. Neben der bakteriologischen Untersuchung von Wasser, Luft und Boden kam hier vor allem die Beschäftigung mit den wichtigsten bekannten Krankheitserregern (Milzbrand, Diphtherie, Tuberkulose, Typhus, Cholera, Pest, Influenza, Tetanus, Gonorrhoe) in Betracht. Die diagnostische Verwerthung der Kenntniss der spezifischen Krankheitserreger fand dabei eingehende Berücksichtigung, insbesondere bezüglich des Typhus (Widal'sche Probe etc.), der Diphtherie, der Cholera und der Pest.

Von chemisch- und physikalisch-hygienischen Untersuchungsmethoden wurden folgende bei den Uebungen berücksichtigt: Nachweis der Kohlensäure und des Kohlenoxyds in der Luft; Bestimmung der Luftfeuchtigkeit; qualitativer Nachweis von Chlor, Ammoniak, salpetriger Säure und Salpetersäure im Wasser; quantitativer Nachweis von Chlor im Wasser und Oxydirbarkeit des Wassers durch Kaliumpermanganat; Messung der Geschwindigkeit von Luftströmen in geschlossenen Kanälen und Ermittelung der Ventilationsgrösse; ein Dampf-Desinfektions-Apparat wurde bakteriologisch und physikalisch auf seine Wirksamkeit geprüft.

Gegenstand hygienischer Besprechungen, bei welchen den Herren Theilnehmern auch Gelegenheit geboten war, ihre eigenen Erfahrungen auszutauschen, bildeten folgende Themata: Wasserversorgung und Kanalisation einschliesslich der Abwässer-Reinigung; Müllbeseitigung; Friedhof-Anlagen; Schutzpockenimpfung und Impfgeschäft; Schularztfrage.

Als Objekte der hygienischen Besichtigungen haben gedient: das hygienische Institut, das Volksbad, das Schlachthaus, die Knaben-Volksschule (Schulbrausebad, Heizanlage etc.) und die städtische Wohnungsdesinfektion in Giessen, das Wasserwerk der Stadt Giessen und dasjenige der Stadt Grünberg, die Abwässer-Reinigungsanstalt der Stadt Marburg (Riensch's System), die Kreiswasenmeisterei in Friedberg, die Zellenstrafanstalt in Butzbach, die Kanalisation und Kläranlage der Stadt Frankfurt a. M., die Heiz- und Ventilations-Anlage des Opernhauses und die Kühlhallen des Schlachthauses daselbst.

Im gerichtlich-medizinischen Theil wurden behandelt: die traumatische Entstehung der Endocarditis, der Herzklappenfehler, der Aneurysmen, der Geschwülste, insbesondere des Gehirns, der Nierenbeckensteine etc. mit ausgedehnten Demonstrationen; die intrauterinen Frakturen, insbesondere die sog. intrauterine Fraktur der Tibia, die Frakturen intra partum mit Demonstrationen; die interstitielle Gravidität, die Tubengravidität und diejenige des rudimentären Uterushornes in gerichtsärztlicher Beziehung mit zahlreichen Damonstrationen; die Pankreashaemorrhagien als plötzliche Todesursache und ihre Beziehung zur Fettgewebsnekrose des Pankreas; Pankreascysten mit Demonstrationen; Untersuchung von Haaren, theils an fertig gemachten Präparaten, theils an fingirten Fällen, Besprechung der gerichtsärztlichen Bedeutung der Haare; Untersuchung von Sperma, theils aus Samenblaseninhalt, theils aus älteren und jüngeren Spermaflecken, Herstellung der Florence'schen Reaktion aus Spermaflecken, verfaultem Sperma, aus Cholin, Neurin etc., Bedeutung derselben; verschiedene Verletzungen des Schädels, der Wirbelsäule etc. mit Demonstrationen; die mit

Haemoglobinurie einhergehenden Vergiftungen; die Entstehung und Bedeutung des dabei auftretenden Ikterus und daran anschliessend kurze Besprechung und Demonstration der neueren Anschauungen über die Entstehung der Lebercirrhose; Karbolsäurevergiftung, Salzsäurevergiftung, Sublimatvergiftung, Diagnose derselben, Bedeutung der Verkalkungen bei der letzteren für die Diagnose; die Darmverschlingungen, Bedeutung der restirenden Dottergefässe für dieselben mit Demonstrationen; Phosphorvergiftung, Entstehung der Fettleber dabei, erläutert an Experimenten, fettige Degeneration und fettige Infiltration, chemischer Phosphornachweis; Fettembolie; Luftembolie.

Im psychiatrischen Theil wurde zunächst eine Gesammtübersicht über das Gebiet der Geisteskrankheiten gegeben unter Verwendung von Projektionsbildern. Sodann wurden eine Anzahl praktisch wichtiger Kapitel (besonders die paralytischen Erkrankungen, Ursachen und Formen der Idiotie, die epileptischen Zustände, die verschiedenen Formen von Erregungszuständen u. s. f.) mit Krankenvorstellungen speziell vom differential-diagnostischem Standpunkt aus behandelt.

Zur Uebung wurden den Theilnehmern des Kursus in den klinischen Untersuchungszimmern neben den Wachsälen eine grössere Menge von Fällen speziell Schwachsinnsformen in vergleichender Weise vorgeführt, nachdem die Theilnehmer vorher die betreffenden Krankengeschichten zur Durchsicht erhalten hatten.

Den Abschluss bildete eine mit Grundrissen belegte Geschichte der Formen des Anstaltsbaues vom Klosterstil bis zu dem neueren kolonialen System und bis zur Gestaltung eines klinischen Baustiles, worauf die Besichtigung der Klinik folgte. Bei allen Krankenvorstellungen wurde die kriminalpsychologische und gerichtsärztliche Seite nach Möglichkeit in Betracht gezogen.

Hoffentlich werden demnächst die Fortbildungskurse für die preussischen Medizinalbeemten in ähnlicher Weise wie hier ausgebildet, die einberufenen Medizinalbeamten würden dies jedenfalls sehr dankbar begrüssen. Rpd.

Besprechungen.

Dr. W. Missmahl, Oberamtsarzt in Riedlingen: Katechismus der Geburtshülfe für Hebammen. 2. verbesserte Auflage. Mit 20 Abbildungen im Text und 8 Tafeln. Tübingen 1898. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. Gr. 8°; 72 Seiten. Preis: 1,60 Mark.

Dr. C. Pelzer II, Frauenarzt in Mühlheim a. Rh.: Merkbüchlein für Hebammen, insbesondere auch für die Hebammennachprüfungen. Wiesbaden 1898. Verlag von J. F. Bergmann. Kl. 8°; 83 Seiten. Preis: geb. 1,50 Mark.

Während der Waibel'sche Leitfaden[1]) verfasst ist für die Nachprüfungen der Hebammen, die nach dem Schultze'schen Lehrbuch unterrichtet worden sind, demnach insbesondere für die bayerischen Hebammen, hat Missmahl denselben Zweck bei der Anfertigung seines Katechismus für die württembergischen Hebammen beabsichtigt, indem er das Lehrbuch von Prof. Fehling zu Grunde legte. Auch er giebt Frage und Antwort und erläutert die Antworten hie und da durch sehr deutliche und unterrichtende Abbildungen, die zum Theil dem Fehling'schen, zum Theil dem sächsischen Hebammenlehrbuch entnommen sind. Am Schlusse des Katechismus sind aus dem „Kurzen Auszug aus dem Königlich Sächsischen Lehrbuch für Hebammen" von Leopold und Zweifel[2]) die bekannten 8 Tafeln angefügt, die die äussere Untersuchung in vier Griffen zeigen. Gerade die im Text und am Schlusse angebrachten Abbildungen machen

[1]) Zeitschr. f. Medizinalbeamte; 1898, S. 716.

[2]) Kurzer Auszug aus dem Lehrbuch für Hebammen von Prof. Leopold und Prof. Zweifel. 2. Auflage. Leipzig 1898. S. Hirzel.

den Missmahl'schen Katechismus zu einem sehr empfehlenswerthen. Im Uebrigen muss von den preussischen Medizinalbeamten der schon früher[1]) besprochene Unterschied des preussischen von den süddeutschen, der auch für das Fehling'sche gilt, beachtet werden.

In dieser Beziehung erscheint das Pelzer'sche Merkbüchlein als ein sehr willkommener Ersatz. Es lehnt sich ganz an das preussische Hebammenlehrbuch an und ist eine klar und knapp gehaltene Wiedergabe alles dessen, das die preussische Hebamme im Examen wissen muss. Es ist nicht in der Form von Frage und Antwort, sondern in kurzgefassten Kapiteln zusammengestellt und enthält alles, was der preussische Kreisphysikus in den Nachprüfungen zu fragen pflegt.

Während einer 3½jährigen Anstellung als erster Assistenzarzt an der Rheinischen Provinzial-Hebammenlehranstalt in Köln hat der Verfasser unter der Oberleitung des Herrn Direktor Dr. Frank drei Kurse von je 40 Schülerinnen zum Examen für preussische Hebammen ausgebildet und zwar sowohl durch praktische Uebungen an Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, als auch vermittelst des Unterrichts an der Hand des preussischen Hebammenlehrbuchs. In diesen Unterrichtsstunden machte er die Beobachtung, dass der Lehrstoff im Lehrbuch bisweilen zu ausgedehnt behandelt sei. Er half sich zunächst mit kurzen, leicht verständlichen Diktaten, die sich die Lehrtöchter leicht einprägen konnten. Schliesslich kam er auf den Gedanken, dass ein kurz abgefasster, dem ganzen Lehrstoff aber hinreichend Rechnung tragendes Buch das Richtige wäre, um neben dem Lehrbuch zunächst den Schülerinnen die knappere Zusammenfassung (Repitition) der nöthigen Kenntnisse zu erleichtern, dann aber auch namentlich den schon in der Praxis befindlichen Hebammen ein handliches Nachschlage- und Repititionsbuch zu sein.

Ob es zweckmässig ist, den Lehrtöchtern ausser dem Lehrbuch noch ein Repetitorium in die Hände zu geben, muss Sache der Hebammenlehrer bleiben Dass aber der Verfasser ein gutes Repetitionsbuch für die Praxis und die Nachprüfung geschaffen hat, indem er die einzelnen Kapitel seines Merkbüchlein jedesmal an eine entsprechende Reihe von Paragraphen des Hebammenlehrbuchs anschloss, kann Referent aus eigener Erfahrung unbedingt zugeben. Das Büchlein kann allen preussischen Medizinalbeamten, die die Nachprüfungen mit den Hebammen abzuhalten haben, bestens empfohlen werden. Aber auch den preussischen Hebammen selbst wird es ein willkommenes Hilfsbuch sein.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Dr. med. Oebus, prakt. Arzt: Der ärztliche Nothstand und die Mittel zu seiner Abhülfe. Leipzig 1898. Verlag von Krüger & Co. 8°, 48 Seiten. Preis: 1,20 Mark.

Das vorliegende Heft stellt eine geschickte Zusammenstellung alles dessen dar, das in den letzten Jahren über den ärztlichen Nothstand und die Mittel zu seiner Abhülfe veröffentlicht worden ist. Die statistischen Angaben über die Zahl der Aerzte und über die Kurpfuscherei sind etwas alt. Dem Verfasser ist augenscheinlich nicht bekannt, dass die beste amtliche Kurpfuscherstatistik im Königreich Sachsen besteht. Wenn der Verfasser übrigens annimmt, dass das Gehalt der preussischen Physiker im Betrage von 900 Mark pensionsberechtigt ist, so befindet er sich in einem gutgemeinten Irrthum. Die vom Verfasser gepriesene Selbsthülfe der Aerzte ist sehr schön, aber, wie die Erfahrung gezeigt hat, unsicher. Sicherer erscheint immerhin noch die in Sachsen erprobte und bewährt befundene Staatshülfe. Ders.

Tagesnachrichten.

Die in Folge des Bundesrathsbeschlusses vom 16. Juni 1897 im Juli v. J. im Kaiserlichen Gesundheitsamte zusammengetretene Kommission von Sachverständigen[2]) zur Prüfung der Frage, ob eine Revision oder Ergänzung

---

[1]) Zeitschr. f. Medizinalbeamte; 1898, S. 717.

[2]) S. Jahrg. 1898 dieser Zeitschrift, S. 449, 487 und 523.

der zum Vollzuge des Impfgesetzes ergangenen Ausführungsbestimmungen nothwendig sei, hat jetzt dem Reichsamt des Innern eine Anzahl Ergänzungs- resp. Abänderungsvorschläge unterbreitet, über die Folgendes berichtet wird: „Es soll insbesondere eine Erhöhung des Schutzes gegen schädliche Nebenwirkungen der Impfung herbeigeführt werden. Als dringend erwünscht hat es die Kommission bezeichnet, dass zu den Impfungen im Inlande ausschliesslich Lymphe aus staatlichen Anstalten verwendet wird. Andererseits wurde anerkannt, dass es eine Härte wäre, wenn die privaten Impfinstitute aufgehoben würden, und es deshalb als empfehlenswerth erachtet, diese Institute zwar bestehen zu lassen, aber bezüglich ihrer Einrichtungen und ihres Betriebes den gleichen Bedingungen zu unterwerfen, welche in Zukunft von den staatlichen Anstalten zu erfüllen sind. In der Kommission ist ferner darauf hingewiesen worden, dass die Bestimmung zum Vollzuge des Impfgesetzes, wonach eine regelmässige technische Ueberwachung sowohl der öffentlichen als auch der privaten Impfinstitute erfolgen soll, bisher nur in beschränktem Umfange eingehalten worden sei. Als unumgänglich nothwendig wurde allerseits bezeichnet, dass diese Bestimmung thunlichst bald und wirksam durch Anordnung regelmässiger, von Medizinalbeamten vorzunehmenden Revisionen der in Betracht kommenden Anstalten zur Ausführung gebracht werde. Nachträglich sind von Mitgliedern der Kommission noch zwei Zusätze zu dem Entwurfe von Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Erstimpflinge befürwortet worden. Der eine dieser Zusätze, durch welchen ausgesprochen wird, dass die erfolgreiche Erstimpfung deutlich sichtbare Narben hinterlässt, bezweckt, Täuschungen durch Scheinimpfungen vorzubeugen. Durch den anderen Zusatz soll der Schutz der Impflinge gegen Wundinfektionskrankheiten erhöht werden. Da nämlich beobachtet worden ist, dass bisweilen Erreger von rosenartigen Entzündungen, Wundvereiterungen und Hautkrankheiten in die Schnittstellen des Impflings aus seiner Umgebung übertragen werden, sollen die Angehörigen der Impflinge durch einen besonderen Hinweis auf diese Gefahr aufmerksam gemacht werden. Die Kommissionsmitglieder, welche nachträglich um ihre Auffassung befragt worden sind, haben in ihrer grossen Mehrheit diesen Anregungen zugestimmt. Der Bundesrath wird nunmehr über die Beschlüsse der Sachverständigenkommission zu befinden haben.

Der Gesetzentwurf über die **obligatorische Fleischschau** soll jetzt dem Bundesrathe vorliegen. Nach den „Hamburger Nachrichten" soll seine Fertigstellung durch den Widerstand einzelner süddeutschen Regierungen, sowie durch besondere agrarische Wünsche sehr erschwert sein. Dass die Interessen der Landwirthschaft hierbei eingehende Berücksichtigung finden, ist durchaus berechtigt; dies ist aber auch möglich, ohne dass alle extrem agrarischen Forderungen befriedigt werden. Vollberechtigt ist jedoch die von den Landwirthen gestellte Forderung einer allgemeinen Schlachtviehversicherung in Verbindung mit der obligatorischen Fleischschau; denn ohne diese Versicherung wird die Fleischschau nicht nur mit grossen Härten für die Viehbesitzer verbunden sein, sondern auch ihre Durchführung sehr erschwert werden. Deshalb würde es sehr zu bedauern sein, wenn die obligatorische Schlachtviehversicherung im Gesetzentwurf fallen gelassen wäre; dagegen soll daran festgehalten sein, dass alles Grossvieh, wozu auch die Schweine gerechnet werden, vor und nach dem Schlachten, ganz gleichgültig, ob dies in Schlachthäusern oder privatim für den eigenen Hausbedarf geschieht, der Fleischschau unterworfen werden muss.

Betreffs der aus dem Auslande importirten Fleischwaaren ist eine genaue Untersuchung am Eingangsorte vorgesehen, und zwar soll sich diese auf jedes einzelne Stück erstrecken, Stichproben sind somit unzulässig. Schwierig wird diese Untersuchung allerdings bei der eingeführten Wurst sein, da sich keine Möglichkeit bietet, diese auf ihren Inhalt sicher zu prüfen. Deshalb soll dem Bundesrath nach dem Gesetz die Vollmacht gegeben werden, nöthigenfalls die Einfuhr ausländischer Wurst zu verbieten. Dagegen ist die Einfuhr von Büchsenfleisch zugelassen, soweit sich aus der Form der Büchse, der Einbuchtung des Deckels u. s. w. erkennen lässt dass das Fleisch hinreichend gekocht ist. Auch die Einfuhr von einwandfreiem Siedeschmalz soll im Gesetzentwurf ge-

stattet, dagegen diejenige von auf kaltem Wege durch Pressen erzeugtem Schmalz verboten sein.

Der Schwerpunkt des Gesetzes wird in den vom Bundesrath festzusetzenden Ausführungsbestimmungen liegen, zu deren Erlass ihm im Entwurfe jedenfalls weitgehende Vollmachten eingeräumt werden.

Ueber die Benutzung der Kleinbahnen bei Dienstreisen der Staatsbeamten in Preussen sind jetzt durch Staatsministerialerlass vom 25. Oktober v. J. und Ausführungsbestimmungen der verschiedenen Ressortminister vom 25. Dezember v. J. bestimmte Vorschriften getroffen, nach denen im Allgemeinen die Kleinbahnen in gleicher Weise wie die Eisenbahnen oder Dampfschiffe bei Dienstreisen zu benutzen sind und bei ihrer Benutzung dieselben Entschädigungen wie für Reisen auf jenen gewährt werden. Die betreffenden Bestimmungen werden in der Beilage zur nächsten Nummer zum Abdruck gelangen.

Um ein Urtheil darüber zu gewinnen, ob und in welchem Umfange eine **ärztliche Ueberwachung der Schulkinder in ländlichen Volksschulen** erforderlich ist, hat der preussische Kultusminister jetzt angeordnet, dass in jedem Regierungsbezirk in etwa sechs Schulen, bei deren Auswahl auch die etwaige Verschiedenheiten der Bevölkerung möglichst zu berücksichtigen ist, durch den zuständigen Medizinalbeamten unter Zuziehung des Kreisschulinspektor und mit Unterstützung des Hauptlehrers sowohl die zum Schulbesuche angemeldeten Kinder beim Eintritt, als die die Schule schon länger besuchenden Kinder auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden sollen. Gleichzeitig soll eine Besichtigung der betreffenden Schulgebäude vom hygienischen Standpunkte aus stattfinden. Der Wortlaut des Erlasses wird in der nächsten Nummer der Beilage zum Abdruck gebracht werden.

Die prinzipiell wichtige **Gebührenfrage**, ob die preussischen Medizinalbeamten in Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung berechtigt sind, bei Amtsgeschäften im ortspolizeilichen Interesse Gebühren zu beanspruchen, ist am 6. d. Mts. vom Reichsgericht endgültig unter Bestätigung des Urtheils des Kammergerichts vom 23. August 1898 (siehe Beilage zu Nr. 13 der Zeitschrift; Jahrgang 1898, S. 89) zu Gunsten der Medizinalbeamten entschieden. Wir werden in der Beilage zu einer der nächsten Nummern das Urtheil bringen, sobald dieses im Wortlaute vorliegt.

Nach dem Geschäftsbericht, der in der am 9. d. Mts. in Gegenwart Ihrer Majestät abgehaltenen Sitzung des **Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke** mitgetheilt wurde, bestehen zur Zeit in Deutschland 33 Volksheilstätten-Vereine, drei sind in der Bildung begriffen. Acht dieser Vereine haben bereits eigene Anstalten im Betrieb; 10 Vereine werden ihre im Bau begriffenen Anstalten im Laufe des Jahres 1899 fertig stellen; die übrigen sind noch mit der Sammlung von Geldmitteln und der Projektirung von Heilstätten befasst. Einschliesslich einzelner Privatanstalten stehen zur Zeit 20 Heilstätten zur Verfügung, die Mehrzahl jedoch für männliche Kranke. Von den Alters- und Invaliditäts-Versicherungsanstalten besitzen drei je eine eigene Anstalt; ausserdem haben diese Versicherungsanstalten die Heilstättenbewegung durch leihweise Hergabe billiger Kapitalien wirksam gefördert. Dasselbe gilt von der Grossindustrie.

In derselben Sitzung referirte Geh.Med.-Rath Prof. v. Leyden über die speziellen Aufgaben des im Mai d J. stattfindenden **Kongresses zur Bekämpfung der Tuberkulose** (s. Nr. 1 der Zeitschrift, S. 31). Darnach sollen 5 Fragen zur Berathung gelangen, und für jede dieser Fragen eine besondere Abtheilung mit zwei Vorsitzenden eingesetzt werden. Es werden leiten die Besprechungen über die Ausbreitung der Tuberkulose: der Direktor des Reichsgesundheitsamts Dr.

Köhler und Geh. Med.-Rath Dr. Krieger-Strassburg, über die Ursachen der Tuberkulose: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Koch und Prof. Dr. L. Fränkel, über die Prophylaxe: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gerhard und Generaloberarzt Dr. Schjerning, über die Therapie: Prof. Dr. v. Ziemssen-München und Prof. Dr. Schrötter-Wien und über das Heilstättenwesen: Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. Gäbel und Geh. San.-Rath Dr. Dettweiler-Kronberg. Redner schloss mit dem Ausdruck der Hoffnung, dass der Kongress dazu beitragen werde, die Anschauungen über die Bedeutung und die Erfolge der nationalen, humanitären Arbeit im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit zu klären und neue Förderer und Gönner zu gewinnen.

Zwangsweise Anwendung von Diphtherieserum. In einer vom Stadtrath in Loebau (Königr. Sachsen) vor Kurzem erlassenen Bekanntmachung heisst es wörtlich: „Der Stadtrath als Gesundheitsbehörde glaubt nicht nur im Allgemeinen, sondern insbesondere auch die Einsichtslosen auf diese Pflicht (an ihren Pflegebefohlenen Einspritzungen mit Diphtherieserum vornehmen zu lassen) nachdrücklichst aufmerksam machen und dabei darauf hinweisen zu sollen, dass die Einspritzung des Heilserums auch im öffentlichen Interesse gefordert werden muss. Es wird in Erwägung zu ziehen sein, inwieweit gegen Eltern und Pfleger von Amtswegen vorzugehen ist, welche leichtfertig oder gewissenlos genug sind, ihren Kindern ein fast sicher wirkendes Heilmittel vorzuenthalten, dadurch ihren Tod oder längeres Siechthum verschulden und ihre Mitmenschen der Gefahr aussetzen, von einer Krankheit ergriffen zu werden, deren zur Genüge bekannte Ansteckungsfähigkeit die besonders peinliche Anwendung aller zu ihrer Bekämpfung und gegen ihre Weiterverbreitung zur Verfügung stehende Mittel gebieterisch fordert."

Der Stadtrath wird es wohl bei diesem Schreckschuss bewenden lassen; ein zwangsweises Vorgehen gegen Eltern und Pflegern von Amtswegen könnte ihm doch recht schlecht bekommen! Durch derartige übereifrige Polizei-Massregeln wird aber der Sache nur geschadet.

Zur Frage der **Feuerbestattung** in Deutschland liegen folgende bemerkenswerthe Beschlüsse vor. In Wiesbaden hat der Magistrat die Summe von 15000 Mark zur Errichtung eines Kolumbariums in den städtischen Etat eingestellt, vorbehaltlich der Genehmigung der Stadtverordnetenversammlung. In Braunschweig hat der Landtag mit einer an Einstimmigkeit grenzenden Mehrheit beschlossen, eine Petition des Vereins für Feuerbestattung in Braunschweig wegen Zulassung der fakultativen Feuerbestattung der Regierung zur Berücksichtigung zu überweisen. Ferner hat der ärztliche Bezirksverein München in seiner Sitzung vom 27. Dezember v. J. nach einem eingehenden Referat des H. Dr. Franke einstimmig nachstehende Resolution angenommen: „Die Feuerbestattung besitzt in gesundheitlicher und ökonomischer Beziehung wesentliche Vorzüge vor dem Begräbniss; zur Nothwendigkeit wird sie in Zeiten verheerender Volksseuchen. Darum spricht sich der ärztliche Bezirksverein München für die alsbaldige Erbauung von Leichenöfen, so vor allem in München, aus und für die fakultative Benutzung derselben.

Notiz: H. San.-Rath Dr. Wolffberg, Kreisphysikus in Tilsit, schreibt uns, „dass es in näherer und entfernterer Umgebung des Ortes, an welchem der von H. Kreisphys. Dr. v. Kobylecki in Nr. 24 der Zeitschrift, Jahrg. 1898 geschilderte Fall sich abspielte, ausser ihm kaum noch einen anderen praktisch thätigen „San.-Rath Dr. W." gebe. Wolffberg legt Werth darauf, mitzutheilen, dass er nicht identisch ist mit dem von v. K. als „San.-Rath Dr. W." bezeichneten Sachverständigen."

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.

J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 3. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 1. Febr.

Eine Lücke im Strafgesetzbuch. Straflosigkeit der Vornahme unzüchtiger Handlungen (§. 174 Nr. 3 des St.-G.-B.) seitens nicht beamteter Krankenwärter in einer öffentlichen Irren- u. s. w. Anstalt mit ihren Pflegebefohlenen.

Von Landesrath Vorster in Düsseldorf.

Ein für Aerzte, insbesondere Irrenärzte, sowie für Juristen und Strafanstaltsbeamte gleich interessanter Fall hat jüngst durch eine Entscheidung des Reichsgerichts und des Königlichen Landgerichts zu K. seine Erledigung gefunden.

Ein gewisser N., welcher in der Provinzial-Irrenanstalt zu Z. 9 Monate lang als (einfacher, nicht beamteter) Krankenwärter diente, verübte während dieser Zeit mit mehreren, seiner Pflege überwiesenen geisteskranken Männern (durch Greifen an die Geschlechtstheile in unsittlicher Absicht, gegenseitiges Onanieren pp.) „unzüchtige Handlungen“ im Sinne des §. 174 St.-G.-B.

Auf die Anklage der Staatsanwaltschaft verurtheilte das Königliche Landgericht zu K. den N. wegen dieses Verbrechens zu einer Gefängnissstrafe von 1 Jahr 5 Monaten. Das Gericht ging dabei von der Auffassung aus, dass der N. als „Medizinalperson“ im Sinne des §. 174 Nr. 3 des St.-G.-B. anzusehen sei, da zu diesen auch Personen gehören müssten, die zur Pflege von Kranken angestellt sind und hierbei in selbstständiger Weise thätig werden. Dies ergebe sich aus dem gesetzgeberischen Grunde des §. 174 des St.-G.-B., der das strafbare Moment für die Vornahme unsittlicher Handlungen darin erblicke, dass gewisse Personen zu gewissen anderen Personen in einem Autoritäts- und

Abhängigkeits-Verhältniss stehen; dieses liege aber ebenso wohl bei Medizinalpersonen höherer, wie der gedachten niederen Ordnung vor. Der Sachverständige habe ausserdem gerade bezüglich der Thätigkeit des Angeklagten bekundet, dass diesem selbstständig die Aufsicht und ganze Pflege der Kranken auf seiner Station anvertraut gewesen sei, dass er auch alle Handreichungen, die hiermit zusammenhingen, auszuführen gehabt habe, z. B. das Baden von Kranken, Verabreichung von Medizin und dergl.

Auf die eingelegte Revision hob das Reichsgericht (Feriensenat) unter dem 24. August 1898 das Urtheil des Landgerichts auf und verwies die Sache in die Vorinstanz zurück.

Aus den sehr eingehenden Urtheilsgründen dürften für den vorliegenden Zweck folgende Ausführungen besonders bemerkenswerth sein:

„Die Anwendung, welche die Vorinstanz dem Begriffe der Medizinalpersonen auf einen als Krankenwärter in einer (Provinzial-) Irrenanstalt Angestellten gegeben hat, muss als eine zu weit gehende, mit dem Wortsinne des Gesetzes nicht in Einklang stehende, bezeichnet werden. Zuzugeben ist zwar, dass der den Strafbestimmungen des §. 174 Ziffer 1—3 gemeinsam zu Grunde liegende gesetzgeberische Gedanke, wonach in bestimmten Verhältnissen in denen die persönlichen Beziehungen der betreffenden Personen zur Unzucht leicht Gelegenheit bieten können, während das bestehende Abhängigkeitsverhältniss den Widerstand gegen unzüchtige Zumuthungen zu schwächen geeignet ist, dem Missbrauch der Autorität und des Vertrauens mit Strafe entgegengetreten werden soll (Entsch. des Reichsgerichts Bd. 19, S. 255), auch auf das Verhältniss des Krankenwärters zum Pfleging zutreffen könnte und dass die Pfleglinge einer Irrenanstalt wegen ihrer geistigen Hülflosigkeit eines Schutzes gegen unzüchtige Behandlung seitens ihres Wärters in besonderem Masse als bedürftig erscheinen würden. Allein die positive Bestimmung des Strafgesetzbuchs gestattet es nicht, einen Krankenwärter nur dieser seiner Berufsstellung wegen der Kategorie der in §. 174 Ziffer 2 oder 3 genannten Autoritätspersonen zu unterstellen. Unter die „Medizinalpersonen" der Ziffer 3 des §. 174 ist ein Krankenwärter nicht ohne Weiteres zu rechnen.

Das Strafgesetzbuch hat dem Ausdruck „Medizinalpersonen" eine Begriffsbestimmung nicht beigegeben. Insbesondere hat das Strafgesetzbuch es unterlassen, den Beamten und Aerzten, wie dies mehrfach in anderen Gesetzgebungen geschehen war (z. B. Sächsisches Strafgesetzbuch von 1868 à 352, Bayerisches Strafgesetzbuch von 1861 à 213), auch andere Bedienstete in (Gefängniss-), Heil- oder Pflegeanstalten gleichzustellen, sofern sie nicht Beamte sind. Schon der Wortlaut und die Wortbildung „Aerzte oder andere Medizinalpersonen" ergeben die Beziehung des Ausdrucks auf eine der ärztlichen gleichartige oder ähnliche Berufsthätigkeit, auf ein gemeinsames Merkmal, nämlich auf die Bethätigung der Heilkunde, die sachkundige Thätigkeit in Absicht auf Heilung und Behandlung von Krankheiten und Gebrechen (sei es von körperlicher Art oder von Geisteskrankheit) einschliesslich der Geburtshülfe. Medizinalpersonen sind die mit Ausübung der Heilkunde befassten Personen; allerdings im weiteren Sinne alle mit Ausübung der Heilkunde sei es in vollem, sei es auch nur in einem beschränkten Umfange bezw. in untergeordneter Weise beschäftigten Personen, zu welch' letzteren Heildiener geringerer Kategorie, wie die „Bader" in Bayern, die geprüften Heildiener und Heilgehülfen in Preussen, welche die sogenannte kleine Chirurgie ausüben — das sogenannte unterärztliche oder niederärztliche Personal — zu rechnen wären. Dagegen können andere Personen, welche und soweit sie lediglich mit der Aufsicht, der Warte oder Pflege von Kranken beschäftigt sind oder welche hierbei nur dem Arzte als Diener, als unselbstständige Hülfspersonen zur Seite stehen, nicht als Medizinalpersonen angesehen werden. Sie gehören zum Dienst- oder Wartepersonal, nicht zum ärztlichen Personal. Die Krankenpflege ist noch nicht Ausübung der Heilkunde . . . . . Ein gewöhnlicher Krankenpfleger in einer Irrenanstalt leistet zwar bei der Wartung der Anstaltspfleglinge immerhin eine gewisse Kranken-

pflege, welche zu dem auch eine gewisse sachgemässe Ausbildung oder Uebung erfordern mag; . . . . aber er wird regelmässig in seiner Thätigkeit auf untergeordnete Dienste im Rahmen der Instruktion oder der speziellen Weisungen des Anstaltsarztes beschränkt sein, und wenn auch gegebenen Falles seinem Ermessen und selbstthätigen Eingreifen ein weiterer Spielraum gewährt sein sollte, so wird man doch in ihm nicht eine Person sehen, welche die psychiatrische oder die sonstige Heilkunde ausübt. Es ist nun allerdings in einem konkreten Falle denkbar, dass ein Krankenwärter (bezw. ein Vorwärter, Oberwärter) mit Funktionen betraut ist, deren Ausübung ihn als Medizinalperson erscheinen liesse, so wenn er auch als Heildiener oder Heilgehülfe bestellt bezw. thätig ist. Dass aber im vorliegenden Falle der Angeklagte in einer derartigen Eigenschaft thätig gewesen sei, lässt sich aus den Gründen des angefochtenen Urtheils nicht entnehmen. . . . .

Das Urtheil muss hiernach der Aufhebung unterliegen; da aber die getroffenen Feststellungen nicht als vollständig gelten können, um eine Entscheidung des Revisionsgerichts zu rechtfertigen, so war die Sache zu erneuter Verhandlung an die Instanz zurückzuweisen. Hierbei wird die Strafkammer Veranlassung haben, auch die bisher noch nicht erörterte Frage einer Prüfung zu unterziehen, ob nicht nach den konkreten Verhältnissen und den hierfür massgebenden örtlichen Einrichtungen oder Bestimmungen der Angeklagte als Beamter im Sinne des §. 174 Nr. 2 bezw. Nr. 3 anzusehen sei."

In Folge dieser Entschliessung wurde der N. durch weiteres Erkenntniss des Königlichen Landgerichts X., nachdem dieses festgestellt hatte, dass der N. nicht als „Beamter" anzusehen war, wegen der von ihm nach seinem eigenen Geständniss begangenen erwähnten Handlungen gänzlich freigesprochen.

Eine Prüfung der für den Thatbestand etwa herbeizuziehenden Bestimmungen des Strafgesetzbuches ergiebt, dass keine derselben Anwendung finden kann; insbesondere bezieht sich der §. 175 („widernatürliche Unzucht" zwischen männlichen Personen) nach der Rechtsprechung nur auf „beischlafsähnliche", nicht aber auf sogen. „unzüchtige Handlungen" (§. 174), insbesondere auch nicht auf die Masturbation.

Wenn nun berücksichtigt wird, dass, wie es auch das Reichsgericht selbst treffend hervorhebt, die Pfleglinge einer Irrenanstalt wegen ihrer geistigen Hülflosigkeit eines Schutzes gegen unzüchtige Behandlung seitens ihres Wärters in besonderem Masse bedürfen, so ergiebt sich ohne Weiteres, dass hier eine empfindliche Lücke unseres Strafenrepertoriums vorliegt. Es spricht aller humanen und sittlichen Ordnung Hohn, dass ein Individuum, welches sich — um mit dem Landgerichtsurtheil zu sprechen — in so scheusslicher Weise an seinen Pflegebefohlenen vergangen hat, vor dem Gesetz völlig straflos dastehen soll. Man braucht sich nicht die Empfindungen der Angehörigen dieser Kranken auszumalen, um es einleuchtend zu finden, dass es im öffentlichen Interesse liegt, diesen schreienden Widerspruch des allgemeinen Rechtsbewusstseins mit dem geschriebenen Recht zu beseitigen. Wenn derartige Dinge ungestraft nicht nur in Irrenanstalten, sondern überhaupt in Krankenhäusern, in Gefängnissen pp. — auch hier liegt ein Abhängigkeitsverhältniss körperlicher und geistiger Art vor — geschehen dürfen, so wird dies das Volk nie verstehen.

Der „Beamte", die „Medizinalperson" wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren für dieselbe Handlung bestraft, welche der

täglich mit dem Pflegling umgehende Wärter, sofern ihm keine Beamtenqualität beigelegt ist, ohne Strafe begehen darf.

Es erscheint deshalb als dringende Pflicht, namentlich aller verantwortlichen Leiter von Krankenhäusern und Strafanstalten etc., dahin zu wirken, dass der §. 174 des St.-G.-B. einen Zusatz im Sinne des alten Sächsischen und Bayerischen Strafgesetzbuches (vergl. die obigen Ausführungen des Reichsgerichts) erhalte. Nur dürfte es sich empfehlen, statt des dort gewählten Ausdrucks: „Bedienteste" zu sagen: „Aufsichts- oder Pflege-Personen", um das hier nicht in Betracht kommende Wirthschaftspersonal auszuschliessen.

Bei dieser Gelegenheit wird es sich auch empfehlen, den Versuch zu machen, die sachlich durch nichts gerechtfertigte Beschränkung der Strafbestimmung des §. 174 Nr. 3 St.-G.-B. auf öffentliche Anstalten durch Streichung des Wortes „öffentlichen" zu beseitigen. Es ist nicht einzusehen, weshalb die Kranken in Privatanstalten weniger des strafrechtlichen Schutzes bedürfen sollen, als in öffentlichen Anstalten. Von ärztlicher Seite ist u. A. auf die moralisch bedenklichen Vorkommnisse in manchen von Kurpfuschern geleiteten sog. Kurbadeanstalten etc. hingewiesen. Eine Ausdehnung der Nr. 3 des zitirten Paragraphen auf Privatanstalten wird der Gesetzgeber um so weniger ein Bedenken entgegensetzen können, als die Nr. 1 desselben Paragraphen „Geistliche, Lehrer und Erzieher" ohne Rücksicht auf den Charakter der Anstalt, an der sie thätig sind, mit Strafe bedroht.

Der Zweck dieser Zeilen geht dahin, Anregung zu geben, die Frage zunächst auf den regelmässigen Versammlungen der Aerzte, sowie auch der Strafanstaltsbeamten zu erörtern, das Bedürfniss zum Erlass einer Novelle festzustellen und alsdann die Angelegenheit auf geeignet erscheinendem Wege (event. durch gemeinsame Petitionen) den gesetzgebenden Faktoren zur Entschliessung und Verfolgung zu unterbreiten.

Bemerkungen zu Dr. Schilling's Aufsatz über „die Krankheiten der Sachsengänger und ländlichen Arbeiter".

Von San.-Rath Dr. Fielitz-Halle a./S.

Wenn ich mir erlaube, zu Herrn Dr. Schilling's Aufsatze in Nr. 1 dieser Zeitschrift das Wort zu nehmen, so darf ich meine Berechtigung hierzu wohl mit dem Umstande begründen, dass ich selbst 10 Jahre lang Physikus des Querfurter Kreises war, über welchen der Herr Verfasser in jenem Artikel berichtet.

Gleich beim Erscheinen des Aufsatzes hatte ich mir vorgenommen, einiges zu berichten, was mir nicht zutreffend erschien, weil ich meiner alten Heimath noch eine viel zu grosse Anhänglichkeit bewahrt habe, als dass ich sie in Misskredit bringen lassen möchte.

Thatsächlich hat sich sofort eine hiesige Zeitung den Artikel

zu Nutze gemacht, um „den Herren Agrariern“ etwas am Zeuge zu flicken. Die „Saalezeitung“ leitet in ihrer Nr. 25 vom 15. Januar einen Auszug aus Dr. Schilling's Arbeit mit folgenden Worten ein:

„Ueber die traurige Lage der Sachsengänger berichtet in der „Zeitschr. für Medizinalbeamte“ der dortige Kreisphysikus Dr. Schilling, und zwar nach Beobachtungen, die er als Medizinalbeamter machte. Seine, man kann sagen neutrale Stellung als beamteter Arzt schützt ihn vor dem Einwurfe, dass er in irgend einem Parteiinteresse etwa übertreibt.“

Ob der Verfasser diese Verwendung vorausgesehen hat, lasse ich dahin gestellt; sie zwingt mich aber, für meinen alten Kreis eine Lanze zu brechen.

Zunächst hat es mich gewundert, dass Herr Dr. Schilling einen solchen Aufsatz gerade in dem Augenblicke geschrieben hat, in welchem er sein Physikat aufzugeben und Querfurt zu verlassen sich anschickte.[1]) Die Voraussetzung der Saalezeitung ist also nicht vollkommen zutreffend.

Auf der anderen Seite werden Uneingeweihte nun erst recht an die Richtigkeit der Schilderung glauben in der Meinung, der Verfasser habe diese traurigen Zustände nicht früher aufdecken können; denn der freie Bürgersmann liebt auch im Kreisphysikus einen unglücklichen Beamten zu sehen, der sich freie Meinungsäusserungen nicht gestatten darf.

Ich möchte zunächst darauf hinweisen, dass sich in dem ganzen Artikel nur allgemeine Schilderungen, aber keine erweisbaren Thatsachen finden, aus denen sich eine traurige Lage der Sachsengänger im Kreise Querfurt folgern liesse.

Die Sachsengänger sehen dort genau so aus, wie in anderen Theilen unseres Vaterlandes, nur mit dem Unterschiede, dass auf den meisten Rittergütern des Kreises nur deutsche und, wenn ich so sagen darf, möglichst kulturfähige Leute engagirt werden. In den 80er Jahren kehrten auf manchen Gütern alljährlich dieselben Leute wieder, doch sicher ein Beweis, dass sowohl Arbeitgeber, wie Arbeitnehmer zufrieden gewesen sind. Das mag sich allmählich geändert haben, nachdem deutschredende Sachsengänger nicht mehr in genügender Zahl zu bekommen sind. Aber auch heute miethet der Unternehmer — schon im eigenen Interesse — nicht „halbe Kinder und alte Frauen“.

Dr. Schilling sollte aus seiner früheren Thätigkeit in Schlesien wissen, dass unter den armen Bewohnern jener Provinz 20jährige Mädchen häufig in ihrer Entwickelung zurückgeblieben sind und Frauen von 40 Jahren 20 Jahre älter aussehen. Das ist eine natürliche Folge des traurigen Daseins in der Heimath. Aber „Arbeiter und Mädchen von Wuchs und Stärke unserer 12jährigen Schulkinder“ habe ich selbst unter den elendsten Sachsengängern niemals gefunden.

Gerade solche elend einziehenden Menschen werden durch längeren Aufenthalt in unserer Provinz wohlthätig beeinflusst. Die verkommenen, oft geradezu stumpfsinnigen Gesichtszüge be-

[1]) Der Artikel ist im Juni v. J. der Redaktion eingesandt. Red.

kommen einen frischeren, intelligenteren Ausdruck und besonders Mädchen sind bei ihrer Heimkehr nach $^3/_4$ Jahren nicht wieder zu erkennen. Bei Männern bleibt diese Aenderung allerdings meist aus, weil sie fast ohne Ausnahme dem Schnapsgenusse fröhnen.

Im Querfurter Kreise habe ich diese günstige Einwirkung sehr häufig bei meiner ärztlichen Thätigkeit beobachtet. Das war erklärlich, denn die dortigen Arbeiterkasernen sind mit wenigen Ausnahmen im Verhältniss zu denen anderer Kreise und im Gegensatze zu den heimischen Wohnungen als Musterhäuser zu bezeichnen. Besonders in der nächsten Umgebung Querfurts waren die fremden Leute in einer Weise untergebracht, die weder in sittlicher, noch in gesundheitlicher Beziehung etwas zu wünschen übrig liess.

Ausnahmen kommen überall im Leben vor, aber wer Dr. Schilling's Arbeit liest, macht sich von dem schönen und gesegneten Kreise Querfurt eine falsche Vorstellung. Der ganze Aufsatz zeichnet sich durch Schwarzmalerei aus und wirft Dinge unter einander, die nicht zusammen gehören.

Von Altersher waren die Landleute gewöhnt, mit Vorliebe barfuss zu gehen. Jetzt ist es weniger Brauch, aber, wie ich beobachtet habe, noch ebenso bei einheimischen, wie fremden Arbeitern. Nur wüsste ich nicht inwiefern hierdurch besondere Gesundheitsstörungen hervorgerufen wären. Uebrigens schützen die Sachsengänger ihre Füsse besser, als unsere Landbewohner es thun.

In der Körperpflege erschienen mir die fremden Mädchen im Querfurter Kreise geradezu musterhaft: Täglich wuschen sie den Körper gründlich und trugen stets reine Wäsche ohne Löcher und grosse Flicken, wie sie bei unseren Arbeitsleuten üblich sind, und Sonntags zeigten sie sich in blitzblanker Kleidung. Die Herrschaft gab ihnen auch Zeit, Zimmer und Kleider zu reinigen und in Stand zu halten.

Die Unbilden der Witterung und die Anstrengungen in der Landwirthschaft theilten sie mit allen Arbeitern, aber ich meine immer, solche Arbeit ist weit gesunder als die in Fabriken und Nähstuben.

Mittagsruhe auf so primitive Art halten nicht nur Landarbeiter, auch Soldaten freuen sich, wenn sie nach weitem Marsche sich auf Mutter Erde ausstrecken können, und unsere städtischen Pflaster-, Kanal- und ähnliche Arbeiter halten ihr Mittagsschläfchen auf dem Strassenpflaster ohne ein anderes Gefühl als das der Erquickung.

Ich habe auch niemals bemerkt, dass unter den Sachsengängern bestimmte Krankheiten häufiger auftraten, als unter der übrigen Bevölkerung. Eine Ausnahme haben in dieser Beziehung die Augenentzündungen gemacht, auf deren Gefahren für Einheimische ich bereits vor 15 Jahren hingewiesen habe. Diese Augenentzündungen sind aber keine Folge der traurigen Verhältnisse in unserer Provinz!

Krankheiten als Folge ungehöriger Wohnung, Verpflegung oder Beschäftigung sind mir meines Wissens nicht vorgekommen,

so lange ich einen grossen Theil der Querfurter Kreiskrankenkasse als Arzt versorgte.

Stets traten auf dem Lande zur Erntezeit Verdauungsstörungen, im Herbst und Frühjahr rheumatische Beschwerden u. s. w. in den Vordergrund; aber ich wüsste nicht, dass solche Schäden hauptsächlich die Sachsengänger betroffen hätten. Im Allgemeinen erfreuen sich die landwirthschaftlichen Arbeiter einer besseren Gesundheit als die industriellen; das beweist ja jede Statistik und die ärztliche Erfahrung.

Lieblosigkeiten der Herrschaft, wie Dr. Schilling sie schildert, kranken Sachsengängern gegenüber sind wohl nur grosse Ausnahmen. Ich habe im Gegentheil häufig beklagt, dass die Sucht nach Verdienst solche Kranke aus Bett und Zimmer trieb gegen den Willen des Arztes und der Gutsherrschaft.

In dieser Beziehung sieht es in grossen Städten viel schlimmer aus. Ich kenne Geschäfte, bei denen es Grundsatz ist, Angestellte zu entlassen, wenn sie länger als 14 Tage krank sind. Das kommt auf dem Lande nicht vor.

Nicht das Sachsengängerwesen und die schlechte Lebenslage der landwirthschaftlichen Arbeiter im Kreise Querfurt trägt die Schuld an den hohen Kosten der Kreiskrankenversicherung. Hierfür ist lediglich der Umstand verantwortlich zu machen, dass in liberalster Weise jeder anbrüchige Mensch, der sich noch irgendwie beschäftigen kann, der Kasse als Mitglied zugeschoben wird. Diese Liberalität kommt nicht fremden Arbeitern, sondern einheimischen Gebrechlichen zu Gute, welche wegen Emphysem, Herzleiden, gichtischer Anlage u. s. w. in jedem Jahre monatelang Krankengeld, Arzt und Apotheke in Anspruch nehmen.

Auch die Krankenpflege war schon vor 20 Jahren im Querfurter Kreise besser organisirt, als in anderen der Provinz. Frauenvereine und aus Kreismitteln bestellte Diakonissen haben Gutes gewirkt, soweit das eben möglich war.

Meine Erfahrung in diesen Dingen ist auch nicht gering; sie nöthigt mich zu der Erklärung, dass die Lage der Sachsengänger und ländlichen Arbeiter im Kreise Querfurt während meiner Amtszeit eine ebenso gute oder gar bessere war, als in den meisten anderen Bezirken unserer Provinz und dass besonders die Sachsengänger gesundheitlich besser lebten, als in ihrer Heimath. Dass seit 1890 eine so wesentliche Verschlechterung dieser Verhältnisse eingetreten sein sollte, ist wohl nicht anzunehmen.

Einige Beobachtungen über Impferfolg.

Von Kreiswundarzt Dr. Hartisch in Schneidemühl.

Folgende drei Fälle, welche bei dem einen oder anderen Kollegen vielleicht einiges Interesse zu erwecken geeignet sind und vielleicht zur Mittheilung gleichartiger anregen, hatte ich Gelegenheit, bei der vorjährigen Impfung (etwa 1600 Kinder im Ganzen) zu beobachten.

1. O. F., Arbeiterkind, geb. am 2. Febr. 1896 kam 1897

zur Impfung. Bei der Nachschau war an der Impfstelle keine Reaktion zu sehen. Etwa 8 Tage darauf wurde das Kind mir mit einer gut entwickelten Impfpustel in der Sprechstunde gezeigt.

Da bei der Nachschau kein Impferfolg zu sehen war, bekam das Kind einen Schein über erfolglose Impfung und wurde dieses Jahr (1898) wieder zur Impfung vorgestellt. Die aus dem vorigen Jahr herrührende Impfnarbe war sehr gut und charakteristisch ausgeprägt. Trotzdem entwickelten sich bei der fast genau ein Jahr nach der ersten vorgenommenen zweiten Vaccination zwei Knötchen, die am Tage der Nachschau so stark entwickelt waren, dass bei einem Wiederimpfling die Impfung als vollerfolgreich hätte gelten müssen.

2. E. V., Gastwirthskind, geb. am 22. Juli 1895 wurde 1896 zum ersten Mal geimpft. Da nur eine Blatter sich entwickelte, und die sofortige Nachimpfung verweigert wurde, musste das Kind 1897 wieder geimpft werden, — ohne Erfolg. Als dasselbe nun 1898 zum dritten Mal geimpft wurde — es hatte von der ersten Impfung her eine sehr gute, charakteristische Narbe — kam bei ihm ein sehr gutes Knötchen zur Entwickelung.

3. L. F., Briefträgertochter, geb. am 10. Dezember 1885 wurde 1897 zum ersten Male mit dem Erfolge wiedergeimpft, dass eine gut entwickelte Pustel bei der Nachschau sich zeigte. Da das Kind nicht dazu zu bewegen war, eine Nachimpfung vornehmen zu lassen, wurde es 1898 zum zweiten Male zur Impfung vorgestellt und auch geimpft. Es entwickelte sich ein gutes Knötchen. Auch hier war die Impfnarbe gut und charakteristisch ausgeprägt.

In den drei beschriebenen Fällen haftete somit die Vaccität ein Jahr (in Fall 1 und 3) bezw. zwei Jahre (in Fall 2) nach einer Impfung wieder, nach der sich eine deutliche, gut ausgebildete Impfblatter entwickelt hatte.

Ob solche Fälle häufig sind, kann ich — da mir Literatur nicht zu Gebote steht — nicht angeben. Jedenfalls wird man ziemlich selten und dann nur zufällig Gelegenheit haben, sie zu sehen, da meist die Nachimpfung gestattet und in Folge dessen das „einblattrige" Kind nicht wieder zur Impfung gestellt wird.

Schmidt-Petersen (s. Zeitschrift 1898, Nr. 18) sah in seinen Fällen von „späten Impfpusteln" (zu welchem mein Fall Nr. 1 als dritter sich gesellt) bei der ersten Wiederholung der Impfung jedenfalls keine Reaktion.

Auch wenn diese Fälle nur sehr selten vorkommen sollten, verdienen sie meines Erachtens eine gewisse Beachtung. Denn wenn man auch das Wiedererwachen der Reaktion auf Vaccine-Inokulation nicht als Beweis für das völlige Erlöschen des Pockenschutzes ansehen darf — sah doch Voigt gleichmässig bei Gepockten und Geimpften die Reaktion auf die Impfung nach 4—5 Jahren wieder beginnen, also zu einer Zeit, in welcher sicher noch Pockenschutz bestand (Deutsche mediz. Wochenschrift; 1898, Nr. 32) — so wird man aus dem Auftreten einer so intensiven Reaktion wie in den beschriebenen Fällen ein Jahr bezw. zwei Jahre

nach der Impfung mit Entwickelung einer Pustel schliessen dürfen, dass bei manchen Einblattrigen der Impfschutz nur sehr kurze Zeit anhält.

Angesichts solcher Fälle dürfte es nicht unbedenklich sein, die Impfung mit Entwicklung nur einer Blatter ohne Einschränkung als erfolgreich zu bezeichnen unter Verzicht auf die sofortige Nachimpfung (cf. diese Zeitschrift; Jnhrg. 1898, Nr. 16, S. 526).

Die Zahl so gering geschützter Einblattriger, wie es meines Erachtens die oben angeführten Kinder waren, ist allerdings zu klein, um für den allgemeinen Impfschutz der Bevölkerung eine Gefahr zu bedeuten, aber es bleibt zu bedenken, dass jede einzige Erkrankung eines als erfolgreich geimpft bezeichneten Kindes an Pocken — und die Möglichkeit einer Einschleppung dieser Krankheit liegt namentlich für unsere östlichen Grenzkreise durchaus nicht so fern, um vernachlässigt werden zu können — eine Waffe in der Hand der Impfgegner wird zu Angriffen gegen die Impfung überhaupt.

Vorschlag zur Verhütung der Unterlassung von Kindbettfieber-Meldungen seitens der Hebammen.

Von Dr. Rich. Richter in Berlin, pro physicatu approbirt.

In der Deutschen med. Wochenschrift vom 29. Dezember 1898 führt Dr. Dobczynski in Allenstein aus, dass ohne Zweifel „ein grosser Theil“ der Fälle von Kindbettfieber von den Hebammen nicht angezeigt wird, weil durch das Bekanntwerden derartiger Fälle der Ruf der betr. Hebamme gefährdet und ihre Existenz in Frage gestellt wird, indem das Publikum leicht geneigt ist aus der blossen Thatsache des Auftretens von Wochenbettfieber ohne Weiteres eine Schuld an der Erkrankung der bei der Geburt zugegen gewesenen Hebamme herzuleiten. Mit dieser in Laienkreisen vorherrschenden, ganz unhaltbaren Anschauung und den daraus resultirenden Folgen hat die Hebamme bei der Meldung von Wochenbettfieber und des weiteren bei Hinzuziehung eines Arztes wegen „Fieber und Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter“ der Wöchneriu (§. 306 des Hebammen-Lehrbuchs) zu rechnen, selbst wenn sie vor ihrem Gewissen sich frei fühlt von jeder Schuld und die spätere amtliche Untersuchung nichts Tadenlswerthes in ihrem Verhalten hat finden können.

Die in Berlin wohnenden Hebammen haben jeden Fall von Kindbettfieber, sowie jeden Todesfall einer Gebärenden in ihrer Praxis spätestens 24 Stunden nach Feststellung der hiesigen Königlich Sanitäts-Kommission auf vorgedruckten frankirten Meldekarten zur Kenntniss zu bringen (§. 5 der Polizeiverordnung vom 12. Januar 1893).

Im Jahre 1897 sind in Berlin bei 50578 Geburten 188 Fälle von Kindbettfieber amtlich gemeldet worden, von denen 96 tödtlich verliefen. Die Sterblichkeit der Wöchnerinnen an Puerperalfieber betrug demnach 0,19 v. H., in den Jahren 1884—1893 in Berlin durchschnittlich 0,29 v. H. Inwieweit diese Meldungen von Heb-

ammen herrühren, entzieht sich meiner Kenntniss. Wenn es gestattet ist, einen Rückschluss von der Art der Tagebuchführung auf die Regelmässigkeit dieser Meldungen zu machen, so würde obige Annahme des Dr. Dobczynski im vollen Umfange sich bestätigen. Wie die Revision der Tagebücher von 634 Berliner Hebammen aus dem Jahre 1897 ergeben, die im Auftrage des Königlichen Polizeipräsidiums von meinem Vater und mir ausgeführt worden sind (Deutsche med. Wochenschrift; 1898, Nr. 48—50), wird die Eintragung von Erkrankungs- und Sterbefällen der Wöchnerinnen von vielen Hebammen höchst mangelhaft und unordentlich vorgenommen. In den Geburtsregistern von 360 Hebammen mit 28800 Geburten fehlte jegliche Notiz über das Vorkommen von Erkrankungen und Todesfällen der von denselben entbundenen Frauen!

Um dieser Unregelmässigkeit im Meldewesen seitens der Hebammen abzuhelfen, empfiehlt Dobczynski eine bessere Durchbildung der Hebammen, eine mehr diskrete amtliche Untersuchung des einzelnen Falles und event. die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf die Aerzte.

Abgesehen davon, dass diese Forderungen zum Theil schon erfüllt sind, treffen sie nicht den Kern des Uebels, der den Hebammen aus der Anzeige häufig erwächst: die unbegründete Verurtheilung durch die öffentliche Meinung.

Da bei der heutigen ablehnenden Haltung, die weite, selbst gebildete Kreise vielfach zur wissenschaftlichen Medizin einnehmen Dank der Diskreditirung der Schulmedizin und der systematischen Verdummung der Laienwelt durch die Kurpfuscher, eine Belehrung nicht angängig erscheint, ist mit Rücksicht auf das öffentliche Wohl auf andere Massnahmen Bedacht zu nehmen, die eine durchgreifende Bekämpfung des Puerperalfiebers in der offenen Bevölkerung gewährleisten. Mein Vorschlag geht desshalb dahin, nach Abschluss der amtlichen (gerichtlichen) Untersuchung, die keine Fahrlässigkeit der Hebammen ergeben, eine Ankündigung von Amtswegen in den Lokalblättern etwa folgenden Inhalts zu erlassen:

> An der Erkrankung bezw. an dem Tode der Frau — ist nach dem Ergebniss der amtlichen Untersuchung der bei der Geburt zugegen gewesenen Hebamme — eine Schuld (fahrlässiges Verhalten) nicht beizumessen.

Für die Verbreitung einer solchen Bekanntmachung in den interessirten Kreisen würde die betroffene Hebamme selbst Sorge tragen.

Es ist zu erwarten, dass die Hebammen gewissenhafter als bisher ihrer Meldepflicht genügen und auf die rechtzeitige Hinzuziehung des Arztes dringen werden, wenn sie an ihrer Behörde einen Rückhalt finden und nicht mehr Gefahr laufen, in ihrem Ansehen und ihrer wirthschaftlichen Position ungerechter Weise von den Laien geschädigt zu werden.

Die auffallende Differenz zwischen dem Auftreten des Puerperalfiebers in den Anstalten und ausserhalb derselben ist ein

deutlicher Beweis dafür, dass Massnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheit noch immer erforderlich sind. Letztere können nur auf Grund pünktlicher und regelmässiger Meldungen mit Erfolg unternommen werden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die VI. Sitzung des Vereins der Medizinal-Beamten des Regierungsbezirks Gumbinnen am 4. Dezember 1898 zu Insterburg im Gesellschaftshause.

Anwesend sind: Bandisch-Lasdehnen, Birkholz-Sensburg, Blumenthal-Insterburg, Brinn-Szittkehmen, Dubois-Johannisburg, Forstreuter-Heinrichswalde, v. Kobylecki-Gumbinnen, Post-Skaisgirren, Schawaller-Pillkallen, Schultz-Stallupönen, Wolffberg-Tilsit, sowie der pro physicatu geprüfte Dr. Franz-Insterburg als Gast.

Auf der Tagesordnung steht:

1. Geschäftliches. Kreisphys. Dr. Forstreuter-Heinrichswalde eröffnet die Versammlung und theilt mit, dass der Vorsitzende, Sanitätsrath Dr. Surminski-Lyck, leider in Folge von Krankheit verhindert ist, an der Sitzung theilzunehmen. Von den Vereinsmitgliedern ist seit der letzten Sitzung der Kreiswundarzt Dr. Schultz-Koadjuthen als Kreisphysikus nach Stallupönen versetzt. Neu eingetreten sind die kommissarischen Kreiswundärzte Dr. Bandisch-Lasdehnen und Dr. Sommer-Koadjuthen, so dass der Verein jetzt 25 Mitglieder zählt.

Die Versammlung beschliesst:

1. Auf Vorschlag Forstreuter's: Abdrücke der Sitzungsberichte nur auf besonderen Wunsch den einzelnen Mitgliedern zuzuschicken, da die Zeitung für Medizinalbeamte, in der die Berichte veröffentlicht werden, von jedem Mitglied gehalten wird.
2. Auf Vorschlag Wolffberg's: Die Sitzungsberichte vor ihrer Veröffentlichung den einzelnen Mitgliedern, die an der Debatte theilgenommen, zur Durchsicht zugehen zu lassen.
3. Auch auf Vorschlag Wolffberg's: In jeder Sitzung sollen die vorher ergangenen Verfügungen der Königlichen Regierung zu Gumbinnen durch einen vorher zu ernennenden Referenten vorgetragen und besprochen worden.

2. Der nächste Gegenstand der Tagesordnung: **Wasserversorgung durch öffentliche (Schul-, Markt-, Gastwirthschafts- u. s. w.) Brunnen** wird auf Antrag des Korreferenten Wolffberg von der Tagesordnung abgesetzt, da der Referent Surminski-Lyck erkrankt und nicht anwesend ist.

3. **Ueber die Erhöhung der Hebammentaxe im Regierungsbezirk Gumbinnen** referirt Kreisphys. Dr. Forstreuter und führt aus, dass seines Wissens nie eine Hebammentaxe im Regierungsbezirk erlassen ist, so dass bisher rechtlich für die „Belohnung der Hebammen bei der Entbindung und nachherigen Behandlung der Mutter und des Kindes, soweit solche ihres Amtes ist" die in der Taxe für die Medizinalpersonen vom 21. Juni 1815 enthaltene Note massgebend ist, nach der den Hebammen „in der Regel nur ein Viertheil des Satzes für die Geburtshelfer gebührt, und dieser nur, wenn es die Vermögenszustände der Entbundenen erlauben, bis auf ein Dritttheil erhöht werden kann."

Nach dieser Taxe kann die Hebamme für eine leichte Entbindung nur 1,50 bis 3 Mark verlangen und sind Besuche der Hebammen am Tage mit 0,25 Mark, zur Nachtzeit mit 0,50 Mark bewerthet, ohne dass eine Entschädigung für den zurückgelegten Weg vorgesehen ist. Es sind dieses die Sätze, wie sie auch in der Instruktion der Hebammen von der Königlichen Regierung zu Gumbinnen aufgenommen sind und seither immer den Hebammen bei der Vereidigung zugleich mit der Zulassung und der Dienstinstruktion übergeben worden sind.

Durch das Gesetz vom 27. April 1896, betreffend die Aufhebung der im Gebiete der Monarchie bestehenden Taxordnungen für Aerzte und Zahnärzte, ist auch die Taxe vom 21. Juni 1815 aufgehoben und am 15. Mai eine Gebührenordnung für approbirte Aerzte erlassen, nach welcher die ärztlichen Honorare für die geburtshülflichen Verrichtungen nicht unwesentlich in die Höhe gesetzt

sind. Es dürfte sich nun fragen, ob die in der Taxe für die Medizinalpersonen vom 21. Juni 1815 vorhandene, oben erwähnte Note überhaupt noch zu Recht besteht, und andernfalls, ob nun die Hebamme $^1/_4$—$^1/_3$ der früher für die Geburtshelfer gültigen, oder der jetzt bestehenden Sätze liquidiren kann. Die von der Königlichen Regierung in der Instruktion für die Hebammen erlassene Taxe, welche, wie schon gesagt, nur eine Berechnung der Taxsätze nach der Note enthielt, kann als rechtsverbindlich doch wohl kaum angesehen werden, da dieselbe nie als Polizeiverordnung erlassen und demgemäss auch keine gesetzliche Gültigkeit erhalten hat.

Sei dem aber wie ihm wolle, jedenfalls bedarf es wohl keiner Ausführungen mehr, dass eine neue und erhöhte Gebührenordnung durchaus nothwendig sei und habe Vortragender diese Frage angeregt um den Medizinalbeamten-Verein zu veranlassen bei dem Königlichen Regierungspräsidenten eine solche zu beantragen. Die Aerztekammar der Provinz Ostpreussen hat schon am 9. Mai 1891, sowie am 1. Juli 1893 über diese Frage verhandelt. Herr Geheimrath Prof. Dr. Dohrn, der damalige Inhaber des Lehrstuhls für Geburtshülfe und Direktor der Hebammenschule in Königsberg, als Referent und der Vortragende als Korreferent haben damals Vorschläge zur Verbesserung des ostpreussischen Hebammenwesens gemacht und namentlich den Erlass einer erhöhten Hebammentaxe befürwortet. Der einstimmige Beschluss der Aerztekammer hat leider von dem Königlichen Oberpräsidenten keine Berücksichtigung erfahren. Ein Antrag der Medizinalbeamten an den Regierungspräsidenten dürfte jetzt vielleicht unter Befürwortung des betreffenden Medizinalraths eher Aussicht auf Erfolg haben.

Kreisphys. Dr. v. Kobylecki-Gumbinnen schliesst sich dem Antrage des Vorredners lebhaft an. Er hat bereits in seinem Kreise zur Verbesserung der wirthschaftlichen Lage der Hebammen die Altersversicherung auf Kosten des Kreises durchgeführt. Ebenso ist es unter seiner Mitwirkung gelungen, die Honorirung der Hebammen durch den Kreis in allen denjenigen Fällen zu sichern, wo es sich um zahlungsunfähige Wöchnerinnen handelt. In diesem Jahre wollte er an die Verbesserung der Taxe gehen, konnte jedoch die Kreisbehörde zu einem selbstständigen Vorgehen nicht veranlassen. Der Antrag des Vorredners kommt daher seinen eigenen Wünschen entgegen. Die thatsächlich im Bezirk geltende Taxe ist jedoch, worauf er aufmerksam macht, nicht identisch mit der Taxe von 1815, sondern, wenigstens in den höheren Sätzen noch niedriger. Auch höheren Orts könnte man jetzt nicht mehr verkennen, dass eine Taxe nicht mehr zeitgemäss sein kann, die aus dem Anfange des Jahrhunderts stammt, wo das Geld noch einen ganz anderen Werth hatte, als heute. In vielen Kreisen sei man bereits vorgegangen; er empfehle deshalb gleichfalls, einen Beschluss zu fassen, der sich über die Nothwendigkeit einer Erhöhung der Taxe ausspricht und diesen Beschluss nebst Motiven durch den Vorstand zur Kenntniss des Herrn Regierungspräsidenten zu bringen.

Kreisphys. Dr. Dubois-Johannisburg begrüsst gleichfalls eine Erhöhung der Taxe freudig, legt aber das Hauptgewicht auf ein nicht zu geringes Fixum für die Bezirkshebammen, damit sie sich in den armen Gegenden niederlassen. In seinem Kreise würden 80% aller Entbindungen auf dem Lande von Pfuscherinnen geleitet.

Kreisphys. Dr. Wolffberg-Tilsit hält für unzweifelhaft, dass die Taxe auch heute zu Recht bestehe, da sie in die Instruktion für die Hebammen des Bezirks aufgenommen und daher für die letzteren verbindlich sei. Thatsächlich sei diese Taxe in den meisten oder allen Sätzen niedriger als irgend eine andere der ihm bekannt gewordenen Taxen. W. befürwortet deshalb ebenfalls den Antrag des Referenten, wünscht aber, dass der Verein zugleich die Ueberzeugung ausspreche, dass es einer neuen Hebammen-Ordnung für den preussischen Staat bedürfe. Die ganze Stellung der Hebamme müsse gehoben: d. h. ein besseres, d. i gebildeteres, Material gewonnen und für die gesammten durchschnittlichen Einnahmen eine wesentliche Erhöhung ermöglicht werden. W. nimmt Bezug auf die kürzlich bei Elwin Staude erschienenen „Beiträge zu einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im preussischen Staate", herausgegeben von der Kommission der Aerztekammer der Provinz Sachsen (DrDr. Bertog, Brennecke, Dietrich), und schlägt vor, dass in einer der nächsten Versammlungen die Frage, wie die gesammte Stellung und materielle Lage der Hebammen zu bessern sei, erörtert werde. Ohne auf weitere Einzelheiten heute

eingehen zu wollen, erwähnt W. das im Kreise Liebenwerda eingeführte Verfahren, nach welchem jeder Bezirkshebamme ein Mindesteinkommen von 450 Mark garantirt wird. Die Invaliditätsversicherung auf Kreiskosten möchte W., anders als v. Kobylecki, den Kollegen nicht empfehlen. Sie könne nur im Laufe vieler Jahre für alle Hebammen durchgeführt werden, in welcher Zeit hoffentlich Besseres geschaffen werde, und biete schliesslich zu wenig. In der von W. für später gewünschten Erörterung würde u. A. auch die Bekämpfung der Hebammenpfuscherei zu besprechen sein.

Dubois hält es für misslich, das Minimaleinkommen zu garantiren, da er hierfür die Hebammen nicht für zuverlässig genug hält. Doch sei die Bekämpfung der Hebammenpfuscherei sehr schwer. Nachdem in seinem Kreise der betreffende Staatsanwalt sich für die Verfolgung derselben interessirt hatte und einige Pfuscherinnen bestraft waren, werden bei den Vernehmungen jetzt immer die Angaben gemacht, der Mann habe die Frau entbunden, so dass eine Bestrafung der Hebammenpfuscherei Treibenden nur höchst selten sich bewerkstelligen lässt. Die Gefährlichkeit der Hebammenpfuscherei sei daraus zu ersehen, dass er in den letzten 8 Jahren 10 Sektionen in seinem Kreise gehabt habe, bei denen der Tod der Wöchnerin in Folge Hebammenpfuscherei erfolgt sei. Um die Hebammen für das Alter sicherzustellen, habe er auch eine Versicherung derselben bei der provinziellen Alters- und Invaliditäts-Versicherungs-Anstalt angeregt, sei aber von dem Vorstand derselben abschlägig beschieden worden mit dem Bemerken, dass eine Versicherung der Hebammen bei der Anstalt nicht möglich sei.

v. Kobylecki bemerkt, dass sein Kreis die Versicherung der Hebammen bei der Anstalt bewirkt habe. Freilich dürfen als Selbstversicherte nur die unter 40 Jahre alten Hebammen aufgenommen werden. Die Kosten der Altersversicherung wird den Hebammen seitens des Kreises neben den sonstigen Unterstützungen gewährt. Wenn auch vorläufig nur etwa ein Drittel versichert sei, weil das Alter darin eine Grenze ziehe, so werde doch schliesslich der Zeitpunkt kommen, wo alle Hebammen des Kreises der Versicherung angehören und alsdann eine Altersrente beziehen würden, deren Höhe die jetzigen Unterstützungen um das Vielfache überträfe. Er hält deswegen die Einführung der Versicherung für einen segensreichen Akt, da er die Hebammen vor dem traurigen Schicksal bewahrt, in ihrem hohen Alter der Armenpflege anheimzufallen. Was die Qualität des Hebammenmaterials anlangt, so wäre der Kreisphysikus schon jetzt in der Lage, unpassende Elemente fernzuhalten. Frauen aus den gebildeten Ständen heranzuziehen, hätten wir in unserem Bezirk vorläufig noch lange keine Aussicht. Eine höhere Taxe würde auch von selbst bessere Elemente dem Stande zuführen. Mit der Verbürgung eines Mindesteinkommens kann er sich ebenso wie sein Vorredner nicht einverstanden erklären, weil das doch leicht den Hang zur Bequemlichkeit in bedenklicher Weise steigern könnte.

Wolffberg verkennt nicht die Bedenken, welche dem Verfahren von Liebenwerda entgegenstehen; die Erfahrung müsse entscheiden. Durch die Versicherung der Hebammen, welche dem Kreise einen Aufwand von je etwa 20 Mark für die Hebamme jährlich auferlege, leiste der Kreis zu wenig. Die Invalidenrente würden nicht etwa alle untauglich gewordenen Hebammen, sondern nur die auf dem ganzen Gebiete des wirthschaftlichen Lebens „invalide“ gewordenen Hebammen erhalten. Für jetzt sei es seiner Meinung nach besser, anzustreben, dass die Hebammen nicht nur „unterstützt“, sondern auf dem Lande überall als Bezirkshebammen mit möglichst anständigem Gehalt und angemessener Pension angestellt würden. Was die Auswahl der Hebammen-Kandidatinnen durch die Kreisphysiker betrifft, so erinnert W. an eine Verfügung des Regierungspräsidenten aus dem Jahre 1892, in welcher betont wird, dass nach Lage der Sache die Anforderungen an die Intelligenz nicht zu sehr gesteigert werden dürfen, falls überhaupt noch die erforderliche Anzahl von Schülerinnen gewonnen werden solle. — Man schaffe eine völlig neue Hebammen-Ordnung, und es würden dann auch bei uns in Ostpreussen viele besser vorgebildete Frauen — und nicht bloss wie jetzt so oft nur aus Bedrängniss und Verzweifelung — dem Hebammenberufe sich zuwenden. — Wenn diese Angelegenheit demnächst im Verein zur Erörterung gelange, dann sollte nach W.'s Wunsch ausser der Hebammenpfuscherei auch die Frage des Kindbettfiebers besprochen werden, insofern auch dieses die materielle Lage der Hebammen

beeinflusse und letzteres um so mehr, als manche Kollegen die Hebammen nach Kindbettfieber oft für viele Tage, ja Wochen vom Berufe auszuschalten pflegten.

Forstreuter erklärt seine Uebereinstimmung mit den Vorrednern in Betreff weiterer Massnahmen zur Hebung des Hebammenstandes und zur Besserstellung derselben. Er habe aber absichtlich nur den einen Punkt, die Erhöhung der Taxe herausgegriffen, um das Thema nicht zu weitschweifig zu machen und weil er eine neue Taxe für das Nothwendigste halte.

Die Versammlung erklärt sich einstimmig mit seinen Vorschlägen einverstanden und wird der Vorstand beauftragt, im Namen des Beamtenvereins an den Königlichen Regierungspräsidenten ein Gesuch um Erlass einer neuen Hebammentaxe zu richten.

4. Zum letzten Gegenstand der Tagesordnung: **Massregeln zur Bekämpfung der Granulose im Regierungsbezirk Gumbinnen,** wird von den einzelnen Anwesenden über die in den Kreisen getroffenen Massnahmen berichtet. In den masurischen Kreisen Sensburg, Lötzen, Lyck und Johannisburg sind Granulosebezirke gebildet und Aerzte zur Bekämpfung der Krankheit für die einzelnen Bezirke angestellt, welche schon in Thätigkeit getreten sind. In den litthauischen Kreisen Gumbinnen, Pillkallen und Niederung sind ähnliche Massnahmen getroffen. Die Bestätigung derselben durch die höheren Instanzen steht aber noch aus. Dr. Forstreuter-Heinrichswalde.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Die gegenwärtige Bedeutung der gerichtlichen Medizin. Antrittsvorlesung von Prof. Dr. Kockel in Leipzig. Verlag von S. Hirzel.

Verfasser giebt in seiner die gegenwärtige Bedeutung der gerichtlichen Medizin behandelnden Antrittsvorlesung nicht nur einen Ueberblick über die Entwickelung dieses wichtigen Zweiges der Medizin bis zur Gegenwart, sondern erörtert auch die Gründe seines derzeitigen Zurücktretens als Lehrfach auf unseren Hochschulen und bespricht zugleich in eingehender Weise die Aufgaben der Medicina forensis für die Gegenwart und Zukunft; indem er gleichzeitig die Nothwendigkeit der Trennung der gerichtlichen Medizin von der Hygiene in überzeugender Weise darlegt. Es sei auffallend, dass während in den letzten Jahrzehnten die medizinische Wissenschaft so glänzende Fortschritte aufweist, namentlich die krankhaften Organveränderungen, die Aetiologie, Diagnose, Prophylaxe und Therapie vieler menschlicher und thierischer Krankheiten gründlich studirt seien, die Medicina forensis im Gegensatz dazu nicht Schritt gehalten habe.

Früher bildete sie mit der Medizinalpolizei, der öffentlichen Gesundheitspflege, der Pharmakognostik und Pharmazie gemeinsam die Staatsarzneikunde. Aus ihr sonderten sich im Laufe der Jahre mit der steigenden Bedeutung der Infektionskrankheiten die Hygiene und unter dem Einflusse der fortschreitenden Chemie die Pharmakologie (Arzneimittellehre) ab und entwickelten sich als selbstständige Spezialwissenschaften. Uebrig blieb die gerichtliche Medizin, ein Stiefkind der Universitäten in Deutschland, welche nicht von einem Professor ordinar. als selbstständiges Lehrfach, sondern von Privatdozenten und Extraordinarien als Nebenfach gelehrt und von den Medizin-Studirenden nur selten gehört wird.

Warum geschah dies? Man hat ihre Selbstständigkeit als eigene Disziplin bestritten, da sie keine eigenen Untersuchungsmethoden und kein eigenes Erforschungsgebiet besitze, sondern sie anderen Wissenschaften, der Physik, der Chemie und den einzelnen medizinischen Disziplinen entlehne.

Abgesehen davon, dass die Hygiene und Pharmakologie ihre Methoden ebenfalls der Chemie, Physik, Physiologie und Bakteriologie entlehnen und andere Disziplinen gleichfalls streitige Grenzgebiete besitzen, so ist ihre Anwendung in foro keineswegs, wie vielfach angenommen wird, selbstverständlich. Ihre praktische Verwendung, ihre der Rechtspflege geleisteten Dienste, verleihen der gerichtlichen Medizin die höchste wissenschaftliche und praktische Bedeutung und begründen ihre Existenz hinreichend. Nicht jeder Arzt taugt ohne Weiteres zum Gerichtsarzte, er muss ausser Lebenserfahrung medizinische Kenntnisse be-

sitzen und sie im konkreten Falle unter Kenntniss der Gesetzeskunde anzuwenden verstehen. Theorie und Praxis stehen sich hier schroff gegenüber. Mancher Rechtsfall erhält durch das ärztliche Urtheil erst seine Aufklärung; der Untersuchungsgang wird durch das ärztliche Gutachten wesentlich beeinflusst, oft erst möglich. So viele Interessen, Schicksal, Ehre, Freiheit und selbst das Leben von Personen, sind in die Hand des Gerichtsarztes, wie Hofmann in der Einleitung zu seiner gerichtlichen Medizin sagt, gelegt.

Wenn die Medicina forensis nicht mehr wie im 17. und 18. Jahrhundert in hohem Ansehen steht, so liegt es sicherlich mit daran, dass die praktischen Vertreter derselben, die Bezirksärzte und Physiker mit anderen Geschäften überhäuft sind, mit der Medizinalpolizei, der öffentlichen Hygiene, Aufsicht über die Schutzpockenimpfung, Beaufsichtigung der Hebammen, Musterung der Apotheken, Prüfung und Nachprüfung der Trichinenbeschauer etc. zu thun haben, in Preussen aber in erster Linie noch auf die ärztliche Praxis angewiesen sind, und für die Aufgaben des Gerichtsarztes, für Sektionen, Termine, mikroskopische Untersuchungen, Feststellung zweifelhafter Geisteszustände, Bestimmung der Erwerbsfähigkeit und Invalidität und sonstige gerichtliche Fragen wenig Zeit übrig haben.

Der wirkliche Gerichtsarzt bedarf aber spezialistischer Kenntnisse in der Hygiene, Medizinalpolizei, inneren Medizin, Geburtshülfe und Gynäkologie, Chirurgie, Psychiatrie und pathologischen Anatomie, bestimmter Kenntniss der Strafgesetze, demnächst des bürgerlichen Gesetzbuches und der Unfallgesetzgebung. Er hat seine Untersuchungen am Lebenden und an der Leiche vorzunehmen, also eine Aufgabe zu erfüllen, welcher schon jetzt ein besonders geschulter Arzt kaum genügt. Kommt die Erweiterung all der oben genannten Disziplinen hinzu, so wird die Trennung des Bezirks- oder Kreisarztes von der gerichtsärztlichen Thätigkeit unaufschieblich.

Bedenkt man, dass der Gerichtsarzt ein geschulter pathologischer Anatom sein muss, der die umfangreiche und schwierige mikroskopische Diagnostik, die mikroskopische Technik und Deutung der mikroskopischen Befunde beherrschen muss, diffizile spektroskopische und bakteriologische Untersuchungen vornehmen und — was wünschenswerth erscheint — Thierexperimente und Photographien makroskopischer und mikroskopischer Befunde auszuführen hat, so versteht man noch heute, wie in den 60er Jahren die medizinische Fakultät Leipzigs der Staatsregierung vorschlug, die gesammten gerichtlichen Sektionen im Königreich Sachsen ausschliesslich von 2 in Dresden und Leipzig stationirten pathologischen Anatomen ausführen zu lassen.

Was die Bereicherung der Medicina forensis als Wissenschaft anlangt, so hat sie auf thanatologischem Gebiete gleichwie die pathologische Anatomie Erfolge zu verzeichnen. Die Leichenerscheinungen und Verwesungsvorgänge, besonders das Erscheinen der Todtenflecke und die Entwickelung der Leichenstarre, sind durch die chemischen, pathologisch-anatomischen, zoologischen, botanischen und bakteriologischen Fortschrittte so weit erforscht, dass man bis zu einem gewissen Grade angeben kann, welcher Zeitraum seit dem Eintritt des Todes verstrichen ist. Ferner wissen wir, dass die Schnelligkeit des Eintretens der Fäulnisserscheinungen nicht nur von der Feuchtigkeit und Temperatur der Umgebung abhängt, dass Mumifikationsvorgänge bei der Verwesung nicht durch Gifte (Arsenik), sondern lediglich durch schnelle Austrocknung des verwesenden Körpers entsteht; ferner wissen wir, wie das Leichenwachs (Adipocire) entsteht, auf welchem Wege die ersten Fäulnissbakterien nach dem Tode in die Körperorgane eindringen und welche mikroskopischen Veränderungen die einzelnen Zellen des Organismus postmortal durchmachen und wie Verfettung, Kernschwund und Umwandlung der rothen Blutkörperchen vor sich gehen.

Wichtige Errungenschaften sind auf dem Gebiete der Toxikologie zu verzeichnen. Eine grosse Anzahl der Vergiftungen durch Mineralsäuren, Oxalsäure, Karbolsäure, Laugen und andere chemische Körper, Quecksilberverbindungen, Arsen, Phosphor, chlorsaures Kali und Kohlenoxydgas sind aus dem Leichenbefunde resp. der spektroskopischen Blutuntersuchung zu erkennen.

Grosse Erfolge verzeichnet sie bei der Untersuchung verdächtiger Gegenstände, der Wäsche, Kleidungsstücke und mit Blut bedeckter Instrumente. Hier hat sie schon oft Spuren eines Verbrechens aufgedeckt. Blut ist durch die Terpentin-Guajak-Probe und die Teichmann'schen Haeminkrystalle oder spektroskopisch selbst dort noch nachzuweisen, wo die rothen Blutscheiben ge-

schwunden sind, weil das Blut bereits angetrocknet, mit Wasser ausgewaschen, verkohlt oder stark verfault war, indem man spektroskopisch die Umwandlungsprodukte des Haemoglobins, das Methaemoglobin, Haematin und Haematoporphyrin erkennt. Die Untersuchungen von Haaren, welche an Händen, Kleidern und Instrumenten haften, sind beweisend und wichtig. — Thierisches Blut ist bisher noch nicht vom menschlichen sicher zu differenziren.

Als Ursache spontaner plötzlicher Todesfälle sind meist chronische Erkrankungen des Herzens und Gefässapparates erkannt. Unmittelbare tödtliche Verletzungen durch Elektrizität und Verbrennung, auch mittelbar den Tod herbeiführende Verletzungen sind erforscht. Die Bedeutung der Wundinfektion für das Strafmass ist aufgeklärt.

In neuester Zeit ist in Folge des Unfallgesetzes und der Beobachtung, dass Invaliden nachträglich vielfach eine Verletzung als Ursache ihrer Invalidität anschuldigen, das Trauma als Ursache für äussere und innere Krankheiten, für den Ausbruch tuberkulöser Erkrankungen und Geschwülste, der Pneumonie etc. angesehen. Die Frage ist noch nicht entschieden; sorgfältige Einzelbeobachtung und Thierexperimente können diese Frage einer Lösung zuführen.

Es ist noch weiter die Unterscheidung vitaler und postmortaler Verletzungen zu studiren, da die kurz vor dem Tode hervorgerufenen Verletzungen uns bisher kein sicheres Kriterium bieten. Untrügliche Zeichen für eine intravitale Verletzung sind Aspiration von Blut aus der Luftröhre in das Lungengewebe oder Luft-, Fett- und Paremchymzellenembolie, ferner bei Leichen, die verkohlt sind und Verletzungen zeigen, die Anwesenheit von Kohlenoxyd im Blute.

Ferner hat man gelernt, zufällige Leichenverletzungen von absichtlichen Läsionen zu unterscheiden. Den gewaltsamen Erstickungstod durch Erhängen, Erdrosseln und Erwürgen können wir bisher nur mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, wenn wir ausser flüssigem Blut, Blutreichthum in verschiedenen Organen, kleine Blutaustritte an der Oberfläche, Druckspuren oder Strangulationsnarben am Halse sowie Brüche des Kehlkopfes und Zungenbeines finden. Auf Ertrinkungstod schliessen wir durch starke Blähung der Lunge und Nachweis der Ertränkungsflüssigkeit in den Luftröhren und im Lungengewebe event. im Magen und Därmen. Wasser ist als solches durch den kulturellen Nachweis von Wasserbakterien zu ermitteln.

Ob ein Körper lebend oder todt in's Wasser gelangte, ist oft schwierig zu sagen; dass Mord oder Selbstmord in einem bestimmten Falle vorliegt, lässt sich nicht selten ebensowenig mit Sicherheit entscheiden.

Häufig verlangt der Richter bei Leichen Neugeborener den Nachweis, ob das Kind gelebt hat. Unter den Lebensproben ist die Lungenschwimmprobe, 1683 vom Zeitzer Stadtarzte Schreyer angegeben, immer noch massgebend, doch darf man nicht vergessen, dass auch Luft bei Wiederbelebungsversuchen in die Lunge gelangt und Kinder, die mehrere Stunden gelebt haben, im Wasser untersinken können. In den letzten Jahren hat die Breslau'sche Magen-Darmprobe, da in den ersten Lebenstagen Luft verschluckt wird, so dass der ganze Verdauungskanal lufthaltig werden kann, hohen Werth erlangt. Findet man blos in den oberen Darmabschnitten Luft, so spricht dies für das Leben von wenigen Stunden, totale Erfüllung des Darmes mit Luft spricht für eine Lebensdauer von mindestens einem Tage.

Bei lebend geborenen Kindern demarkirt sich die Abstossung des Nabelstranges schon wenige Stunden nach der Geburt in einer Weise, welche vielleicht Rückschlüsse auf das Alter des Kindes zulässt. Nachzuforschen ist noch über den spontanen Tod solcher Neugeborenen, die lediglich in Folge des Geburtsaktes zu Grunde gehen.

Das Arbeitsfeld der Medicina forensis ist also gross genug; auch ist sicherlich viel gearbeitet und wissenschaftlich Grosses geleistet. Nur muss ihr Forschungs- und Arbeitsgebiet erweitert werden. Das beste Gebiet für die nächsten Arbeiten bietet die Unfallheilkunde in Folge der Wichtigkeit der sozialpolitischen Gesetze. Zu diesen Gesetzen hat sie dieselbe Bedeutung zu erlangen als zum Strafgesetz. Löst sie die Frage, wie und inwieweit kann ein Trauma Krankheiten, Tumoren, Tuberkulose, Invalidität etc. hervorbringen, dann gewinnt die gerichtliche Medizin wieder ihr altes Ansehen im gewöhnlichen Leben, bei Aerzten und Studirenden.

Mit der grösseren Pflege der gerichtlichen Medizin und dem Nachweise gründlicher Leistungen wird ihr Inhalt wachsen. Damit muss auch ihr äusseres Gewand ein anderes werden, oder mit anderen Worten, die gerichtliche Medizin muss wieder zur staatsärztlichen Wissenschaft werden, der Gerichtsarzt zum Staatsarzt, der dem Zivil- und Strafrichter, auch den privaten und staatlichen Versicherungsanstalten zur Seite steht.

Dr. Schilling-Leipzig.

Ueber tödtliche Darmverletzungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus. Von Dr. Rud. Mantzel in Elberfeld. Sonderabdruck aus der Prager med. Wochenschrift; XXII, Nr. 29 ff.

In der sehr lesenswerthen Arbeit spricht Verf. nach kurzer Einleitung zunächst über die Todesursachen bei Darmverletzungen (Verblutung, Peritonitis, Sepsis, Pyaemie, Erschöpfung und Neuroparalyse).

Interessant sind hierbei folgende Betrachtungen, die ich chronologisch aneinander reihe: Zunächst die Erfahrung, dass Schuss- u. Stichverletzungen des Darms sich oft durch manchettenartige Schleimhautpfröpfe schliessen und so zur Genesung oder zu einem verzögerten Exitus letal. führen können. — Ferner ist die kolosalle Resorptionsfähigkeit des Bauchfells zu erwähnen, die so gross ist, dass bei Darmruptur massenhafte Bakterien und die von ihnen gebildeten toxischen Substanzen ins Blut überführt werden können, so dass eine wahre Blutvergiftung, Septicaemie, entsteht, die so schnell tödtlich endet, dass bei der Obduktion nur ganz geringe oder gar keine Zeichen von Banchfellentzündung gefunden werden. — Endlich sind die Bemerkungen über die Neuroparalyse, den Shock, der nach Groeningen definirt wird als „eine durch Insulte erzeugte Ermüdung oder Erschöpfung des Rückenmarks und des verlängerten Marks" recht belehrend.

Die Behandlung der Frage, ob die Verletzung vor oder nach dem Tode entstanden ist und die Kapitel, die sich mit der „gerichtsärztlichen Diagnose der Verletzung" und „sonstigen diagnostischen Fragen" beschäftigen, enthalten manchen für den Gerichtsarzt zu beherzigenden Wink.

Ein kurzer Anhang bringt „Civilrechtliches".

Dr. Hoffmann-Halle.

Ueber Leichengeburt. Von Dr. Langerhans. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., Bd. XVII, H. 1, S. 10, 1899.

Verfasser hatte Gelegenheit unter seinem Obduktionsmaterial einen Fall von Leichengeburt zu beobachten, der für die Beurtheilung dieser merkwürdigen Erscheinung insofern besonders günstig lag, als jede Spur von Fäulniss der Leiche fehlte und das Kind noch nicht vollständig aus dem mütterlichen Körper ausgestossen war. Es handelte sich um eine an Phthisis pulmonum gestorbene Person, bei der während des Lebens keine Wehen beobachtet waren, die Zeichen der stattgehabten Geburt vielmehr erst 60 Stunden post mortem wahrgenommen wurden. Nach Ansicht des Verfassers fällt bei jeder Leichen- resp. Sarggeburt die Eröffnungsperiode in die Zeit des Lebens und unterscheidet sich in ihrem weiteren Verlauf von der intra vitam vollendeten Geburt sehr wesentlich dadurch, dass in der Austreibungsperiode, mag diese noch zu Lebzeiten beginnen oder erst post mortem eintreten, die Thätigkeit der Bauchpresse fehlt. Diese ist auch der Grund, dass die Frucht zunächst länger innerhalb der mütterlichen Genitalien liegen bleibt und erst später nach aussen befördert wird, wenn andere Ereignisse mitwirken, welche die Bauchpresse bis zu einem gewissen Grade zu ersetzen vermögen, wie z. B. starke Gasspannung im Abdomen durch Entwickelung von Fäulnissgasen.

Dr. Ziemke-Berlin.

Tödtliche Arsenikvergiftung durch Einreibungen eines Kurpfuschers. Von Dr. Riedel, Stadtphysikus in Lübek. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., Bd. XVII, H. 1, S. 49, 1899.

Eine Dienstmagd litt an Krätze und konsultirte deswegen einen Kurpfuscher, der eine Flüssigkeit zum Einreiben verordnete. Nach dreimaliger Einreibung des ganzen Körpers traten neben zahlreichen Geschwürsbildungen

an der Körperoberfläche und Ausscheidung eines stark eiweisshaltigen Harns, schwere allgemeine Krankheitserscheinungen auf, welche nach wenigen Tagen den Tod zur Folge hatten. Die gerichtlich angeordnete Obduktion ergab keine genügende Ursache für den Tod und gab dem Verdacht einer Vergiftung Raum. Die chemische Untersuchung der asservirten Leichentheile ergab Spuren von Arsen und die zur Einreibung benutzte Flüssigkeit erwies sich als eine mit Pottasche versetzte Arseniklösung von 2,68 % Arsengehalt. Auf Grund dieser Ergebnisse wurde ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Einreibung angenommen und das Gutachten dahin abgegeben, dass der Tod der Dienstmagd durch Arsenvergiftung als eine Folge der durch den Kurpfuscher angewandten Flüssigkeit veranlasst sei. Dieser, bereits früher bestraft, weil mehrere Kühe nach seiner Krätzekur krepirt waren, wurde wegen fahrlässiger Tödtung zu 1 Jahr Gefängniss verurtheilt. Ders.

Zurechnungsfähigkeit einer Brandstifterin. Obergutachten der Kgl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; III. F., Bd. XVII, 1898, S. 1.

Die Mamsell Paula B. hatte das Wohnhaus ihrer Herrin vorsätzlich in Brand gesteckt, nachdem sie vorher an dieselbe einen mit dem Namen eines bekannten Mörders unterzeichneten Drohbrief des Inhaltes gerichtet hatte, dass die Frau M. ermordet und ihr Haus in Brand gesteckt werden solle. Irgendwelche Motive für die That bestanden nicht, da die B. mit ihrer Dienstherrin in gutem Einvernehmen lebte. Unmittelbar nach Ausbruch des Brandes war die B. in Krämpfe verfallen, welche mit Unterbrechung die ganze Nacht anhielten. Auffallend war ihr Benehmen bei dem Brande insofern, als sie selbst auf denselben aufmerksam machte und ihre Schmucksachen schon vorher in die Kleidertaschen in Sicherheit gebracht hatte. Die B. war mütterlicherseits neuropathisch belastet, schon als Kind launisch und von sonderbarem, wechselndem Wesen. Nach einer schweren Diphtherie in der Pubertätszeit traten mit unregelmässiger Periode und allgemeiner Anämie zuerst Krampfanfälle auf, bei welchen die Pupillenreaktion sehr wechselnd, bald vorhanden war, bald fehlte. Ferner wurden Zustände von Hyperästhesie und Anästhesie, Neigung zu Erdichtungen und zu phanthastischen Veranstaltungen beobachtet. So richtete sie an sich selbst eine Reihe von Postkarten, die verschiedene Titel, gleichzeitig aber auch Schmähungen enthielten. Ihre Stimmung war sehr labil, bald ruhig ernst, bald aufgeregt, scheu oder wieder täppisch heiter. Ihr Gedächtniss war seit ihrer Erkrankung mangelhaft; sie gerieth sehr leicht in Zorn, war überhaupt Affekten leicht zugänglich. Die B. leugnete Anfangs die Brandstiftung, später machte sie ein Geständniss und motivirte die That damit, dass sie sich „plötzlich wie mit Gewalt zu derselben getrieben" fühlte. Sie gab ferner an, dass sie öfter in die Lage käme, Handlungen zu begehen, für die sie keine bestimmten Motive angeben könne, sondern die sie ausführte, „weil es ihr so einfalle." Zweifel an der Zurechnungsfähigheit der B. führten zur Einforderung eines Gutachtens. Der Kreisphysikus räumte zwar die Möglichkeit ein, dass Erregungszustände mit momentaner Störung der Gehirnfunktion bestanden hätten, hielt aber gleichwohl die Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der That für erwiesen, weil die B. sich die That vorher überlegt habe. Dem trat das Gutachten des Dr. H. entgegen, welcher die B. zur Zeit der That für unzurechnungsfähig erklärte und den Krankheitszustand als Hysterie mit geistiger Entartung bezeichnete. Das Medizinalkollegium und die wissenschaftliche Deputation schlossen sich der letzteren Auffassung an. Das Obergutachten der wissenschaftlichen Deputation führt aus, dass es sich bei der B. um einen Zustand geistiger Störung handle, der schon seit längerer Zeit in der Entwickelung begriffen und dessen Haupterscheinung als Schwachsinn in Verbindung mit hysterischen Zuständen zu bezeichnen sei. Es wurden während der Beobachtungszeit in der Charité mehrere Krampfanfälle mit arcus hystericus bei gut reagirenden Pupillen und erhaltenem Bewusstsein beobachtet; jedesmal nach den Anfällen trat in der Nacht Bettnässen ein bei unruhigem Schlaf. Diese Anfälle werden als wahrscheinlich nicht rein hysterische, sondern als hystero-epileptische bezeichnet (wegen einzelner Beobachtungen von Pupillenstarre in früheren Anfällen und wegen des Bettnässens), eine Form, welche oft von erheblichen Strörungen der Geistesthätigkeit begleitet sei, insbesondere von rasch

wechselnden Affektzuständen, und von unmotivirten, impulsiven Handlungen. Für die Entstehung der Krankheit wird besonders Werth auf das Auftreten der ersten Krankheitszeichen in der Pubertät nach schwerer körperlicher Erkrankung und weiterhin auf die Unregelmäsigkeit in der Menstruation und die ausgesprochene Bleischsucht gelegt. Das Obergutachten sieht den §. 51 des Strafgesetzbuches, Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit bei der B., als erfüllt an. Dr. Ziemke-Berlin.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Schlaganfall und Betriebsunfall.

a. Bejahung des ursächlichen Zusammenhanges. Obergutachten des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Fürbringer in Berlin vom 26. Oktober 1897.

Dass Sch., als ihn der erste Schlaganfall betroffen, an Arterienverhärtung, d. i. einer mit Brüchigkeit der Schlagaderwand einhergehenden Entartung gelitten, muss mit Rücksicht auf die grosse Häufigkeit dieser Grundlage von Gehirnblutungen und die ausgesprochene Seltenheit des Zustandekommens der letzteren bei gesunder Arterienwand vorausgesetzt werden. Der von Dr. D. erhobene negative Befund am Herzen und an den peripherischen Arterien verbietet diese Annahme nicht, da vorgeschrittene Gehirnarterienverkalkung keineswegs mit erkennbarer entsprechender Entartung der äusseren Schlagadern einherzugehen braucht. Ebensowenig widerspricht die glaubwürdige Bekundung der Zeugen, dass Sch., bevor ihn das Unglück betroffen, immer den Eindruck eines gesunden und arbeitsfähigen Mannes gemacht, der nie über Kopfschmerzen und Blutandrang geklagt habe, obiger Voraussetzung. Selbst die gefährlichsten Grade von Arterienverhärtung können latent verlaufen.

Ist einmal die oben besprochene Vorbedingung für das Zustandekommen von Gefässberstungen im Gehirn gegeben, so pflegen es bestimmte Hülfsursachen zu übernehmen, sie auszulösen. Dieses Gesetz bleibt trotz der nicht seltenen, auch von Dr. Th. erwähnten Ausnahmen, in denen der Schlaganfall ohne jeden ersichtlichen Anlass einsetzt, bestehen. Als eine der vornehmsten mitwirkenden Ursachen gilt die Inanspruchnahme der Bauchpresse mit stärkerer Stauung im Gefässsystem. Dieses Moment ist hier zweifellos gegeben: Sch. hat nach Ausweis des Akteninhalts am kritischen Tage eine schwere Last gehoben und sich unzählige Male gebückt. Gerade das häufige, desgleichen zu Blutdrucksteigerung im Kopf Anlass gebende Bücken wird von den meisten Autoren als Gelegenheitsmoment für Hirnblutungen bei Verhärtung des Arteriensystems beschuldigt. Weiter ist Sch. auch nach den Bekundungen der Zeugin J. im Sommer 1896 bezw. vor seinem ersten Schlaganfall wiederholt mit dem Kopfe gegen einen Querriegel angestossen. Doch möchte ich diese Vorgänge nicht ohne Weiteres als fördernde Gelegenheitsanlässe verwerthen, da über die zeitlichen Verhältnisse nichts Genaueres verlautet und die Heftigkeit der Stösse als eine belangvolle nicht erwiesen ist. Es bedarf aber der Heranziehung dieses Momentes ebensowenig, wie des ebenfalls nicht feststehenden Begriffes der plötzlichen Abkühlung des Körpers durch Zugluft, welchem letzteren ich, falls er überhaupt eine Rolle bei Schlaganfällen spielt, eine mit der oben erwähnten Thätigkeit nicht entfernt vergleichbare Bedeutung beimesse. Thatsache ist, dass Sch. von seinen Anstrengungen „erschöpft“ gewesen.

Die weiteren Vorgänge stimmen durchaus mit der Art und Weise überein, in welcher zunächst langsam einsetzende Gehirnblutungen sich häufig klinisch äussern: Schon in der nächsten Stunde überfiel ihn ein Unwohlsein, so dass er sich die Hände vor's Gesicht hielt und sich mit dem Kopfe hinlegte, um nach kurzem Versuch, die Arbeit wieder aufzunehmen, auf's Neue sich unwohl zu fühlen und zum Hinsetzen gezwungen zu sein, bis er aus der Fabrik abgeführt werden musste. Dr. D. konstatirte dann eine Halbseitenlähmung rechts mit, wenn auch geringer, Sprachstörung.

Es ist also die Kontinuität der Erscheinungen gewahrt. Gewiss ist es nicht ganz von der Hand zu weisen, dass es sich um eine zufällige Koincidenz gehandelt haben kann. Ich stehe aber auf dem Standpunkte, einem positiven geeigneten ursächlichen Moment den höheren Werth beizulegen. Die in den Akten deponirte Mittheilung, dass Sch. seit vielen Jahren die gleichen an-

strengenden Arbeiten ohne üble Folgen ausgeführt, darf nicht gegen einen Zusammenhang verwerthet werden. Der Krug geht eben so lange zum Wasser, bis er bricht.

Ich muss mich also in Uebereinstimmung mit dem Inhalt des ersten D.'schen Gutachtens, das ich für zutreffender erachte, als das zweite, und der Anschauung des Dr. Th. für den gefragten Zusammenhang aussprechen. Jedenfalls bin ich überzeugt, dass Sch. am 14. August 1896, hätte er sich nicht mit Heben und Bücken angestrengt, von seinem Schlaganfall verschont geblieben wäre.

Dem vorstehenden Gutachten folgend, hat das Rekursgericht als Ursache des Schlaganfalls die von dem Kläger an dem Tage, an welchem er davon betroffen wurde, verrichtete Arbeit angesehen und weiterhin angenommen, dass die schädigende Wirkung der Arbeit noch als ein „Unfall" im Sinne des §. 1 des Unfallversicherungs-Gesetzes und der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts anzusehen sei, da sie sich nach Lage der Sache in einem Zeitraum von höchstens zwei bis drei Stunden zusammengedrängt habe.

---

b. Verneinung des ursächlichen Zusammenhanges. Obergutachten des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Wernicke in Breslau vom 19. Nov. 1897.

Die P. ist in der Zeit vom 30. Oktober bis 13. November d. J. in der mir unterstehenden Poliklinik beobachtet und wiederholt eingehend von mir untersucht worden. Augenblicklich bietet sie folgenden Befund: Gut genährte, ihrem Alter entsprechend und gesund aussehende Person. Ihre subjektiven Klagen beziehen sich auf allgemeines Schwächegefühl, Unfähigkeit zu schwerer körperlicher Arbeit, Neigung zu Schwindel und Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte und der linken Körperhälfte, namentlich der linken Lenden- und Gesässgegend bei längerem Gehen oder Treppensteigen. Ihr Gang ist in der That zeitweilig der Art, dass sie das linke Bein etwas schont. Die objektive Untersuchung ergiebt ausser einem leichten Grade von Emphysema pulmonum gesunde innere Organe und keinerlei krankhafte Befunde am Nervensystem bis auf die folgenden: Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung im ganzen Ausbreitungsgebiet des rechten Nervus trigeminus; namentlich ist die Unempfindlichkeit der Schleimhäute an Auge, Nase und Mundhöhle, sowie die der Hornhaut sehr evident; ausserdem Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung an der gesammten linken Rumpfhälfte und den linken Extremitäten. Die Grenzlinie zwischen empfindlichen und unempfindlichen Hautpartien liegt genau in der Mitte des Rumpfes. Es ist noch besonders hervorzuheben, dass die Augenmuskeln richtig fungiren, dass der motorische Ast des Nervus trigeminus intakt ist und keinerlei sonstige abnorme Symptome, etwa an den Unterextremitäten oder in Beziehung auf den Schliessakt, die Sphincteren und dergleichen mehr bestehen, auch das Gesichtsfeld und die Sinnesorgane überhaupt inklusive des Geschmacks an der rechten Zungenhälfte verhalten sich normal.

Dieser Befund gestattet die sichere Diagnose auf das Bestehen einer Herderkrankung in der rechten Hälfte des Pons oder der oberen Hälfte der Medulla oblongata von sehr beschränkter Ausdehnung. Die subjektiven Beschwerden der Kranken sind dadurch vollkommen erklärt, namentlich sind die Schmerzen in der linken Körperhälfte als zentral bedingt aufzufassen und bei dieser Lokalität der Erkrankung nicht ungewöhnlich.

Nach Ausweis der Akten und den eigenen Angaben der Patienten ist die Entstehung dieser Herderkrankung auf den Februar des Jahres 1896 zurückzuführen, wo sie eines Tages inmitten der Arbeit plötzlich an Ohrensausen, Schwindel und Kopfschmerz erkrankt sei und fast ein Vierteljahr habe zu Bett liegen müssen. Bis zu diesem Tage sei sie gesund und arbeitsfähig gewesen, und namentlich hätten die Folgen des Unfalls vom 16. Mai 1895 nur einige Tage gedauert.

Die wichtige Frage, welche hier zur Entscheidung vorliegt, lässt sich dahin präzisiren: Hat etwa der Unfall vom Mai 1895 mittelbar einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Schlaganfall, der im Februar 1896 spontan aufgetreten ist? Diese Frage lässt sich nur entscheiden auf Grund bestimmterer Vorstellungen, die man sich über die Natur der oben geschilderten Herdkrankheit des Gehirns macht. Bei der apoplektischen Entstehungsweise kommen hier

nur die beiden Vorgänge entweder der Hirnblutung oder der Gefässverstopfung in Betracht. Von der Hirnblutung ist es bekannt, dass sie durch Kopftraumen wie einen Fall auf den Hinterkopf — der sich bei dem Unfall vom 16. Mai 1895 zugetragen hat — sowohl unmittelbar, als mittelbar bedingt sein kann, mittelbar insofern, als das Trauma zur Entstehung eines Miliaraneurysma führen kann, dessen spätere Berstung den apoplektischen Anfall bewirkt. Von der Gefässverstopfung wird man einen solchen mittelbaren Zusammenhang ausschliessen können und höchstens vermuthen dürfen, dass ein Trauma den Anlass zur Fortspülung etwa vorhandenen embolischen Materials geben kann; aber diese Folge müsste sich unmittelbar an den Unfall anschliessen. Es ist nun im Allgemeinen sehr schwierig, mit einiger Wahrscheinlichkeit die Frage zu entscheiden, ob eine akute Herderkrankung des Gehirns durch Blutung oder Gefässverstopfung bedingt ist; hier aber in unserem Falle liegen die Bedingungen für eine derartige Entscheidung ausnahmsweise günstig. Spontane Blutungen nämlich von der oben geschilderten Lokalität, welche den lebenswichtigen Zentren eng benachbart ist, pflegen entweder rasch zum Tode zu führen oder doch so schwere Symptome noch anderer Art zu bedingen, wie sie hier nach Lage der Akten und der glaubwürdigen Auskunft der Frau P. sicher nicht bestanden haben. Dagegen giebt es schon eine Reihe von Beispielen in der Literatur, in denen durch Verstopfung eines bestimmten Zweiges der Arteria vertebralis ein Krankheitsbild von ähnlicher Umschriebenheit wie hier erzeugt worden ist. Es lässt sich hier mit grösster Wahrscheinlichkeit feststellen, dass der Anfall im Februar 1896 durch Gefässverstopfung bedingt war und mit dem Unfall vom Mai 1895 auch nicht mittelbar in Zusammenhang zu bringen ist.

Da die P. zu jeder anderen als leichter häuslicher Arbeit in Folge ihres Gehirnleidens dauernd unfähig ist, dürfte sie Anspruch auf Invalidenrente haben.

Auf Grund des vorstehenden Obergutachtens musste angenommen werden, dass der Unfall, der von der Beklagten zu Unrecht nicht als ein Betriebsunfall anerkannt worden war, über die dreizehnte Woche hinaus nachtheilige Folgen für die Erwerbsfähigkeit der Klägerin nicht hinterlassen habe. Demgemäss ist der Rekurs der Letzteren als unbegründet zurückgewiesen worden.

(Unfallversicherungs-Praxis; Nr. 7, 1898.)

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Städte-Kanalisation und Abwässerreinigung. Von Geh. Med.-Rath Dr. Schmidtmann. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; 1898, Septemberheft.

Als Beiheft zu dem letzten Hefte der „Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin“ ist eine von Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Schmidtmann eingeleitete bezw. begutachtete Zusammenstellung der neuesten Methoden, wie man Abwässer unschädlich abführen soll, erschienen, die die ganze Aufmerksamkeit der Medizinalbeamten verdient. Es scheint in das Streben, die Flüssigkeiten aus den Städten fortzuschaffen, ein frischer Zug hineingekommenzu sein, erwünscht wäre es allerdings, wenn dabei auch der kleineren Städte gedacht würde.

Eine kurze Orientirung sei mir gestattet.

Die Abwässer enthalten bekanntlich stets Sinkstoffe, Dinge, welche durch ihre Schwere zu Boden sinken, Schwimmstoffe, welche spezifisch leichter als Wasser, auf diesem schwimmen, und Schwebestoffe, solche Theilchen, welche im Wasser suspendirt bleiben. In langen Leitungen werden die Sinkstoffe vielfach in den Zuleitungsröhren abgesetzt, um so mehr da, wo Absatzschächte in der Rohrleitung angebracht sind. Die Schwimmstoffe kann man, wie besprochen werden soll, auf die verschiedenste Weise entfernen. Aber die Schwebestoffe entfernt nur die Sedimentirung bei Ruhe des Wassers, verbunden mit der Klärung durch Chemikalien. Bisher hat man den Zweck zu erreichen gesucht, 1) durch Klärvorrichtungen, welche die Menge der Abwässer bei ihrem Abfluss aus der Stadt an besonders dazu hergerichteten Stellen aufnahmen, mit und ohne Klärung in Absatzgruben, und Klärung bezw. Desinfektion durch Chemikalien; 2) durch Bodenberieselung, bei der die Abwässer auf weiten Bodenflächen, welche durchlässigen Boden haben, und, nachdem auf diese Weise eine Zersetzung der sämmtlichen

Stoffe auf dem natürlichen Wege der Oxydation herbeigeführt ist, als gereinigtes Wasser mittels Drainage irgend einem Flusslaufe zugeführt werden; 3) durch Klärung der Abwässer unter Benutzung des konstanten elektrischen Stromes in Städten mit elektrischen Werken und 4) durch Einrichtungen, welche die reinigende Kraft der Erdboden nachahmen wollen, mit und ohne die Abwässer chemisch zu reinigen und ohne sie auf grosse Flächen zu vertheilen.

Die zuerst erwähnte Art und Weise der Reinigung der Abwässer erstrebt nicht nur eine Klärung, sondern auch eine Desinfektion durch chemische Materialien. Diese Materialien sind meist Kalk, ferner Manganverbindungen, Eisenvitriol, Theer, Chlormagnesium, Alaun, Kohle, Dolomit, Thonerde-Hydrat, schwefelsaure Thonerde, Torf, lösliche Kieselsäure, präparirte Zellfaser: Verfahren von Röckner-Rothe, Nahusen-Müller, Ferrozone-Verfahren, Blausteinverfahren, Hempels, Hulwas Verfahren etc. Die Wirkung hierbei ist nicht nur eine chemische, sondern auch eine mechanische. So entsteht beim Zusatz von dünner Kalkmich durch Einwirkung der im Wasser durch die Fäulniss gebildeten freien Kohlensäure und durch etwa vorhandenen doppeltkohlensauren Kalk unlöslicher kohlensaurer Kalk; die Phosphorsäure des Wassers verbindet sich zu phosphorsaurem Kalk und der Schwefelwasserstoff erzeugt Schwefelcalcium. Alle diese neuen chemischen Kalkverbindungen sind unlöslich und senken sich bei relativem Ruhestand des Wassers zu Boden. Dabei nehmen sie alle Schwebestoffe mit zu Boden und bilden dort Schlamm. Enthielt das Wasser, wie fast stets, sobald es menschliches Gebrauchswasser war, auch Fett, so entstehen mit dem Kalk auch unlösliche Kalkseifen, die meist auf der Oberfläche schwimmend bleiben und schillernde Häutchen bilden.

Alaun (schwefelsaure Thonerdekali) und schwefelsaure Thonerde (Aluminium sulphur.) bilden mit den in Abwässern stets vorhandenen Ammoniak schwefelsaures Ammoniak und mit etwa sonst noch vorhandenen freien Alkalien schwefelsaure Salze, beide löslich, während die Thonerde als solche fein vertheilt ausfällt und in Flocken, dem Kalke ähnlich, Alles mit sich reissend niedersinkt.

Bei Anwendung von Lösungen von schwefelsaurem Eisen bildet sich unlösliches Eisenoxydhydrat, welches gleichfalls zu Boden fällt und klärt.

Noch bis in die neueste Zeit war man der Ansicht, dass ausser der klärenden die grösste desinfizirende und desodorisirende Wirkung der Kalk ausübt. Allein das in den Abwässern stets vorhandene kohlensaure Ammoniak verliert gern seine Kohlensäure an den Kalk. Dadurch wird freies Ammoniak gebildet, welches sich z. B. bei Desinfektion von Rinnsteinen sehr bald der Nase und oft recht empfindlich bemerkbar macht. Aber noch viel schlimmer besitzt der Kalk die Fähigkeit, die in den Spülwässern enthaltenen und darin schwimmenden organischen Substanzen aufzulösen. Diese werden also nicht mechanisch bei der Sedimentirung zu Boden gerissen, sie bleiben vielmehr unsichtbar und unfassbar in dem geklärten Wasser und können, sobald sie z. B. in einen Fluss, einen See etc. geleitet oder auf Wiesen vertheillt werden, von Neuem in Fäulniss übergehen. Es können sogar unter Umständen die Klärwasser mehr fäulnissfähige Dinge enthalten, als die noch nicht geklärten.

Die schwefelsauren Salze liefern durch die Bindung des Ammoniaks geruchlose Flüssigkeiten und klären leicht. Am schnellsten klärt die Kieselsäure.

Bei allen diesen Klärmethoden waltet ein grosser Uebelstand ob: sie hinterlassen erhebliche Mengen von Schlamm, den fortzuschaffen, grosse Mühe und Kosten verursacht; auch der Preis der Mittel sowie der Preis der Kläranlagen selbst macht ihre Anwendung schwierig.

Die zweite Methode sind die Rieselfelder. Rieselfelder anzulegen, ist nur auszuführen, wo sich durchlässiger Boden befindet; auf Lette-, Thon-, Fels- oder Moorboden, auf dem Boden der Niederungen, Flussmündungen oder der Meeresküste, der meist so wasserreich ist, dass er neues nicht mehr aufnehmen kann, sind sie unausführbar. Ausserdem sind sie stets durch den nothwendigen Grunderwerb und ihren Betrieb so kostspielig, dass nur sehr reiche Städte sich derartige Anlagen erlauben können. In ihren Ergebnissen sind sie allerdings, was Desinfektion und Reinigung der Kanal- etc. Wässer anlangt, sehr befriedigend und, wie es scheint, zur Zeit noch durch nichts übertroffen.

Bei dem dritten Klärverfahren mit Elektrizität, welches aus naheliegenden Gründen noch keine Verbreitung erlangt hat, leitet man einen kon-

stanten elektrischen Strom durch das Kanalwasser. Das Wasser wird dadurch in Wasserstoff und Sauerstoff zerlegt; es bilden sich am positiven Pole der metallischen Elektroden (Platten), die in den Kanälen eingeführt sind, unlösliche Sauerstoffverbindungen, am negativen Pol schlagen sich die Basen nieder, welche mit den Bestandtheilen der Schmutzwässer verschiedene unlösliche chemische Produkte liefern. Enthalten dieselben reichlich Chlor, wie z. B. in Seestädten, Soolwerken, so werden die Chlorverbindungen zerlegt und dadurch eine besonders vorzügliche Klärung bezw. Desinfektion durch das sich bildende Chlor erreicht. Dieses Verfahren ist jedoch noch zu theuer, als das mit Chemikalien, und verlangt ausserdem eine beständige Aufsicht.

In der neuesten Zeit versuchte man als vierte Methode gewissermassen Vorgänge, welche bei der Zersetzung von Dungstoffen im natürlichen Ackerboden vor sich gehen, nachzuahmen. Wenn ein frisch gepflügtes Feld mit Gülle begossen wird, riecht man allerdings einige Zeit den Ammoniak und andere übelriechende Gase derelben. Nach wenigen Stunden schon aber ist der Geruch verschwunden und selbst wenn man die Erde in der nächsten Nähe auf ihren Geruch prüft, hat sie jenen ekelhaften Geruch verloren und einen solchen angenommen, den manche Schriftsteller in poetischer Freiheit „kräftigen Erdgeruch“ nennen. In dieser verhältnissmässig kurzen Zeit hat sich in dem Erdboden ein komplizirter Prozess abgespielt, der darin besteht, dass der Ammoniak sich mit den Säuren des Bodens verbindet und dass gewisse Bakterien über die sich zersetzenden organischen Dungbestandtheile herfallen und sie verzehren bezw. chemisch verändern.

Besonders sind derartige Versuche in den dicht bevölkerten Städten Englands, in erster Linie in gewissen Theilen von London, angestellt worden, wo der Grund und Boden so theuer ist, dass gewisse Anlagen sich nicht weit ausdehnen dürfen. Unter der Leitung des Chemikers Dibdin hatte man die Abwässer in sog. „Betten“, viereckigen Gruben, geführt, welche mit Koaks, Kies oder Ziegelbrocken angefüllt waren. Dort hatte man die Flüssigkeiten einige Stunden sich selbst überlassen und, wenn man sie dann ablaufen liess, angeblich gefunden, dass sie nicht nur filtrirt, geklärt, sondern auch chemisch verändert, oxydirt und besonders von anaëroben Bakterien zerlegt waren. Je mehr solcher Klärbetten eingestellt wurden, desto besser wurde die Klärung. Man glaubte am Ziele zu sein und die Frage der Klärung bezw. Oxydation der Jauche gelöst zu haben. In einem Berichte an den Stadtrath eines Theiles von London (erschienen bei Edward Standfort in London 1896) wurden folgende enthusiastische Schlüsse gezogen: „Die Klärung der Abwässer kann auf bakteriologischem Wege auf irgend einen beliebig hohen Grad von Reinheit gebracht werden. Dieser Grad ist abhängig 1. von der Länge der Zeit, in welcher die Abwässer in Berührung mit dem Füllungsmaterial des Jauchebettes verbleibt, 2. von der Länge der Zeit der Lüftung des Bettes (i. e. von der Zeit, in welcher keine Jauche in den Betten steht und Sauerstoff der Luft und Bakterien sich in dem Filtermaterial ungehindert verbreiten können).“

„Die Wirkung des Bettes ist zweifach: 1. Es trennt mechanisch alle groben, ungelösten Bestandtheile von der Flüssigkeit. 2. Es bewirkt die Oxydation der organischen Stoffe durch die Thätigkeit kleinster Lebewesen und zwar sowohl der gelösten, wie ungelösten.“

„Die Gründung und Kultur dieser Kolonien von Mikroorganismen ist daher das Ziel einer auf wissenschaftlicher Grundlage beruhenden Reinigung von Abwässern. Die Klärung geht so vor sich: Die gewöhnlichen fäulnissbewirkenden und andere ähnliche Bakterien beginnen ihr Werk damit, dass sie die organischen Verbindungen in einfachere Formen verwandeln: in Wasser, Kohlensäure und Ammoniak. Hierauf setzen andere wieder ein, die nitrifizirend wirken und das Ammoniak in salpetrige oder Salpetersäure und Wasser zerlegen. Um diese Wirkung zu erreichen, sind drei Bedingungen zu erfüllen nöthig: 1. sehr viel Sauerstoff für die Bakterien; 2. muss eine Base vorhanden sein, mit der sich die neugebildete Salpetersäure verbinden kann; 3. die Umbildung muss im dunklen, im unteren Theile eines Sammelbeckens vor sich gehen. Um mit Erfolg zu arbeiten, muss das Bett zunächst mit Bakterien reich bevölkert werden. Dies geschieht, da die Mikroben in Abwässer stets in grosser Menge selbst enthalten sind, dadurch, dass man vorsichtig beginnend, erst allmählich die Menge des eingebrachten Abwassers steigert, bis das Maximum der Wirkung erzielt ist. Dieser Vorgang ist an dem Gehalt an Salpetersäure der geklärten Flüssig-

keiten erkennbar, der sich beim Beginn des Betriebes aus geringen Anfängen ständig mehrt."

Indem ich nun nach diesen einleitenden Bemerkungen auf die in England gemachten Versuche und eingerichteten Betriebe nicht weiter eingehe, komme ich auf die in dem Schmidtmann'schen Exposé zuerst erwähnte und besonders berücksichtigte, auf diesen Prinzipien der Selbstreinigung beruhende, soviel mir bekannt in Deutschland zuerst von Herrn Ingenieur Schweder in Lichterfelde errichtete **Reinigungsanlage für städtische Spüljauche**, deren nähere Einrichtung im Original[1]) nachzusehen ist.

Weil eine Stadt meines Kreises (von ca. 9000 Einwohnern) in die Lage gekommen war, ihre Abwässer besser als bisher geklärt einem kleinen Flüsschen zu übergeben, habe ich mir diese Anlage angesehen und ihre Einrichtungen studirt bezw. mit dem gereinigten Wasser experimentirt. Auch habe ich in kleinerem Massstabe die ganze Einrichtung nachgeahmt. Meine Ergebnisse stimmen höchst auffallend mit dem von Sch. abgegebenen Urtheile überein. So gelang es mir niemals eine wirklich stattgefundene Nitrifikation nachzuweisen, und ich zweifle daher sehr, dass eine solche überhaupt während des Betriebes solcher Anlagen eintritt. Auch durch meine Untersuchungen und Versuche konnte ich den sog. nitrifizirenden Bakterien kein Vertrauen abgewinnen. Da es sich nun bei der Prüfung einer solchen Anlage im Wesentlichen darum handelt, ob nicht nur eine Klärung, sondern auch eine Beseitigung pathogener Keime stattfindet, vielleicht dadurch, dass sie von Fäulnissbakterien aufgezehrt werden, habe ich Mäusen und Kaninchen das geklärte Schweder'sche Wasser subkutan injizirt, von dem Gedanken ausgehend, dass, falls pathogene Keime vorhanden waren, welche noch lebten, sie im lebenden Organismus der Warmblüter pathologische Veränderungen hervorrufen mussten. Sonderbarerweise fand ich bei allen den injizirten Thieren weder im Blut, noch in der Milz oder Leber, noch in den Lungen irgend welche Entzündungsspuren oder Bakterien, wage es aber nicht, etwa daraus einen Schluss auf die Reinheit des filtrirten Wassers zu ziehen. Im Gegentheil, es bleibt bei dieser Art der endlichen Abgabe der filtrirten Wässer die Forderung unerfüllt, dass dieselben unbedingt schädlich sind, wenn sie auch nicht mehr so leicht faulen, als bevor sie ihre festen Bestandtheile in dem Klärraum wie in den Filtern abgesetzt hatten. Dazu kommt nun, dass das Berliner stark verdünnte Kanalwasser, ehe es die Lichterfelder Anlage passirt, bereits einen meilenlangen Weg zurückgelegt hat. Es muss auf diesem schon die grössten Sinkstoffe abgesetzt haben und wird somit schon relativ geklärt resp. filtrirt; in Folge dessen setzt sich auch in dem Sammelraum und dem Gärraum so wenig Schlamm ab, dessen Nichtvorhandensein diese Anlage so bestechend macht. Anders muss es sich verhalten, wenn die Jauche noch viel Sink- und Schwimmstoffe enthält, wenn noch nichts von ihren Schwebestoffen sich gesetzt hat. Deshalb gelang mir es wohl auch nie in der Nachahmung der Anlage ein einigermassen auch nur ähnliches Ergebniss zu erhalten, weil ich mich frischerer und stärkerer Jauche dazu bediente. So scheint denn die Anlage in Gross-Lichterfelde, so bestechend ihre dortigen Erfolge sind, noch nicht diejenige Höhe der Vollendung erreicht zu haben, welche für eine solche Anlage im Grossen zu erstreben ist und zwar hauptsächlich deshalb, weil sie ihre Wässer undesinfizirt, nicht befreit von pathogenen Keimen abgiebt. Als Filter scheint sie Befriedigendes zu leisten, sobald die Jauche eine gewisse Verdünnung erreicht hat.

Eine zweite sehr interessante und in demselben Hefte beschriebene Behandlung der Abwässer ist das **Eichen'sche Verfahren.**[2]) Auch hierbei wird im Prinzip die Sedimentirung der festen Stoffe in erster Linie erstrebt,

---

[1]) Aufsatz Nr. 7 des Beiheftes: Ueber die Prüfung der von der Firma Schweder & Co. und E. Merten & Co. bei Gross-Lichterfelde errichteten Versuchs-Reinigungsanlage für städtische Spüljauche seitens der hiermit betrauten Sachverständigen-Kommission. Erstattet vom Geh. Med.-Rath Dr. Schmidtmann, Prof. Proskauer, Dr. Elsner, Direktor Dr. Wollmy und Dr. Bayer.

[2]) Aufsatz 3: Das Eichen'sche Verfahren zur Reinigung städtischer und industrieller Abwässer; auch Aufsatz 10: Bericht über die Ergebnisse der bisherigen Prüfung der Versuchskläranlage, System Eichen in Pankow bei Berlin. Von Prof. Dr. Proskauer und Dr. Elsner.

verbunden mit Absetzen dieser Dinge in nach unten spitz trichterförmig sich verjüngenden Behältern. Im Grossen bestehen solche Anlagen, soviel mir bekannt, in Dortmund; im Kleinen ist diese, Versuchsanstalt genannte, Einrichtung in Pankow erbaut worden, damit sie von den Zentralbehörden fortgesetzt kontrolirt werden kann. Den langsam weiterfliessenden Spülwässern wird ein geheim gehaltenes Desinfektions- bezw. Klärmittel beigefugt. Die weitere Konstruktion und der Betrieb ist im Original nachzusehen. Die Resultate sollen ganz gute sein, sowohl was Aussehen, Geruch und Farbe des gewonnenen Filtrats, als seinen Bakterienreichthum anlangt; allein die Fortschaffung, Verwerthung oder Lagerung des in Menge sich bildenden Schlammes veranlasst die Berichterstatter 16 Seiten ihrer 21 Seiten langen Arbeit darauf zu verwenden, um nachzuweisen, „dass die geringste jährliche Gesammtaufwendung für die Klärung und Schlammbeseitigung einschliesslich Verzinsung und Amortisation der Baukapitalien pro Kopf und Jahr der Bevölkerung einer Stadt von 50000 Einwohaern im günstigsten Falle etwa 1,40—1,50 M. und die Aufwendung in ungünstigen Fällen durchschnittlich 1,70—1,80 M. betragen.“ Es scheint dies eine so erhebliche Summe zu sein, dass nur wohlhabende Kommunen in Anbetracht der Schlammkalamität eine Eichen'sche Anlage machen dürften.

Der sechste Aufsatz[1]) bespricht das **Proskowetz'sche Abwässerreinigungsverfahren.** Um die Abgänge von Zuckerfabriken, deren „stinkende Fäulniss“ es unmöglich zulässt, dass sie kleineren Bächen oder Flüssen übergeben werden, zu reinigen, hat der Zuckerfabrik-Direktor Proskowetz in Sadowa und Sokolnitz ein originelles Verfahren eingerichtet. Auch hier handelt es sich zunächst um Abklärung und Dekantirung der Rübenwässer in offene Bassins. Das Neue ist eine Doppelberieselung und damit Ausfaulung des Wassers in einem Rieselfelde, in welchem die Drainageröhren nur 47 cm tief liegen. Von hier wird dieses mit der Luft in Berührung gestandene Wasser — offener Auslauf der oberen Drainageröhren in einen offenen Sammelgraben — durch nochmalige Drainage auf einem drainirten Felde in 80 mm weiten, 1—1,25 m tiefen und 2 m von einander entfernt liegenden Drains dem Bachlaufe zugeführt. In Sadowa wird das Wasser mit Kalk geklärt und desinfizirt, in Sokolnitz ausserdem noch mit Eisenchlorid. Das gewonnene Wasser in Sadowa ist nicht mehr stinkender Fäulniss ausgesetzt und fliesst in einen Bach ab; das in Sokolnitz gereinigte Wasser wird nicht nur in einem früheren Stadium, nachdem es durch Abstehen sich geklärt hat, wie auch in Sadowa, zum Reinigen der Rüben wieder benutzt, sondern es hat angeblich nur noch eine so geringe Menge von Verunreinigungen in sich, dass es sofort wieder zum Raffiniren von Zucker verwendet wird. In Sokolnitz ist der Kreislauf von Wasserverbrauch und Klärung ein soweit in sich abgeschlossener, dass erst nach Beendigung der Kampagne das verbrauchte Wasser in einen Bach abgepumpt wird. Dass bei dieser Art von Sammelbecken, Klärabtheilung und Berieselung jede Belästigung durch üblen Geruch wegfallen sollte, ist zweifelhaft, wie denn auch die Menge der Rückstände ganz erheblich sein muss, die bekanntlich von Zuckerfabriken einen höchst unangenehmen Geruch zu verbreiten pflegen, von deren Verbleib erfährt man nichts.

Von sehr erheblicher allgemeiner Bedeutung ist der Aufsatz Nr. 9: **Ueber die hygienische Untersuchung des Kohlebreiverfahrens zur Reinigung von Abwässern auf der Klärstation Potsdam.** Von Prof. Dr. Proskauer und Dr. Elsner. Bekanntlich werden in Potsdam von einem Theile der Stadt die Abwässer einschliesslich des Regenwassers einer Pumpstation zugeführt. Auf diese gelangen sie in eine 10 m lange Rinne und laufen mit einem feingemahlenen Braunkohlen-(Torf-)Brei vermischt, dem 3 m vor dem Einlauf eine schwefelsaure Eisenoxydlösung zugesetzt wird, in die Brunnen, über denen die RöcknerRothe'schen Sedimentirzylinder stehen. Nachdem die

---

[1]) Bericht über die im Auftrage des Herrn Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten und des Ministers für Handel und Gewerbe ausgeführten Besichtigung und Untersuchung des Proskowetz'schen Abwässerreinigungs-Verfahrens bei Zuckerfabriken zu Sadowa (Böhmen) und Sokolnitz (Mähren), erstattet von v. Rosnowski, Reg.- u. Gewerberath in Marburg und Prof. Dr. Proskauer in Berlin.

durch den luftleeren Zylinder hindurchgegangenen und chemisch geklärten Wassermengen in eine Rinne abgeflossen sind oder beständig abfliessen, sind dieselben genügend geklärt, nur enthalten sie bisweilen noch Kohlepartikelchen oder Ueberschuss von dem Eisenoxydsalze. Um nun auch diese zurückzuhalten, durchläuft das Wasser noch kleine mit Coaks oder Braunkohle beschickte Filter. Schliesslich sollte aber das Wasser, das noch reichlich Bakterien aller Art enthielt, nur in möglichst sterilem Zustande der Havel zugeführt werden. Zu diesem Zweck bedient man sich jetzt des Chlorkalkes, nachdem Versuche mit Kalkmilch und Schwefelsäure keine guten Resultate ergeben hatten. Der Chlorkalk erwies seine alte Desinfektionskraft (s. Original). Diese Erfolge sind als höchst erfreulich zu bezeichnen. Schwierigkeiten scheinen nur auch hier die Mengen von Schlamm zu machen, die aus den Sedimentirzylindern herausgepumpt und ihres Wassergehaltes durch Pressen bis zur genügenden Trockenheit beraubt werden. Doch macht sie der Zusatz von Kohlebrei vielleicht zu allerlei industriellen Verwerthungen passend und sogar zur Quelle einer Einnahme für die Stadt und nicht mehr zu einer Last.

Ueber die **Wirkung des Chlorkalkes** handelt ein Aufsatz Nr. 8 von Prof. Dr. Dunbar und Dr. Zinn, welche die desinfizirenden Eigenschaften jenes Mittels an den Hamburger Abwässern verschiedenen Ursprungs geprüft haben. Auch ihre Ergebnisse sind sehr gute gewesen. Besonders weisen sie darauf hin, dass man von Chlorkalk sehr viel weniger anzuwenden nöthig hat, als von Kalkmilch, und durch Zusatz von Eisensulphatlösung etwa überflüssigen Chorkalk leicht ausfällen kann. Dadurch wird der Einwand beseitigt, dass man mit Chlorkalk vermischtes Klärwasser mit Fischen besetzten Gewässern nicht zuführen dürfe; die von den Verfassern mit solchen auf diese Art behandelten Wässern und mit verschiedenen Fischen gemachten Experimente haben dieses Ergebniss bestätigt. In der Potsdamer Anlage soll sich das Chlor in den Filtern vollständig verlieren und das Wasser ebenfalls für die Fische nicht schädlich sein (s. Original).

Der Aufsatz Nr. 5: Die **Kanalisation von Steglitz** von Gemeindebaurath Klumann, hat besonders ein technisches Interesse, indem er zu beweisen sich bestrebt, dass unter günstigen Fallverhältnissen eine Kanalisirung einer Stadt möglich ist, ohne dass die atmosphärischen Wässer ebenfalls aufgenommen werden. Doch wird darüber wohl endgültig ein langjähriger Betrieb erst entscheiden können.

Die beiden Artikel Nr. 1 und 2 sind sehr interessante Gutachten über die **Reinigung der Kanalisationswässer der Stadt Hannover** von Prof. Dr. Rubner und Prof. Dr. Virchow und über die **Einleitung der Abwässer des Landkrankenhauses zu H. in die Fulda** von Prof. Dr. Virchow und Geh. Med.-Rath Dr. Schmidtmann. Aus demselben geht hervor, dass unsere oberste Militärbehörde nicht schematisch einem Reinigungssystem besondere Vorzüge einräumt, sondern rein nach der Lage der örtlichen Verhältnisse in weiser Abwägung seine Entscheidung zu treffen pflegt.

Der reiche Inhalt dieses jüngsten Beiheftes der „Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin etc." verdient somit im höchsten Grade die Aufmerksamkeit des medizinischen, chemischen und technischen Fachmannes und wird nicht verfehlen, zu fortgesetztem Studium anzuregen. Die in allen den Aufsätzen zum ersten Male hervortretende Zusammenarbeit von Techniker, Chemiker, Hygieniker kann man nur als eine sehr glückliche bezeichnen und aus reinster Ueberzeugung den schönen Worten des Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Schmidtmann beistimmen, mit denen er seine einleitende Besprechung schliesst:

„Die Fundamente sind gelegt, nach menschlicher Voraussicht so breit und sicher, dass sie ein stolzes Gebäude tragen können. Viele fleissige Hände sind nöthig, werthvolle Bausteine herbeizuschaffen und zahlreiche rührige Mitarbeiter (zu denen hoffentlich auch die Physiker gehören. D. V.) können bei dem Aufbaue lohnende Arbeit finden, bevor das Gebäude mit sicherer Bedachung dasteht und ein weithin wirkendes Zeugniss ablegt von deutschem geistigen und industriellen Können, das uns nicht nur vom Auslande unabhängig, sondern auch vorbildlich für dasselbe macht." Dr. Cöster-Goldberg.

Die Aufgaben und Grenzen der Eisenbahnhygiene. Vortrag, gehalten auf dem Bahnärztetag zu Köln am 14. September 1898. Von Geh. San.-

Rath Dr. Otto Brähmer-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1898, Nr. 19.

In der Einleitung beantwortete der auf diesem Gebiete hochbedeutende Verfasser die Frage, wer denn eigentlich berufen sei, Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege aufzustellen, ob der Arzt, der Verwaltungsbeamte, der Techniker, der Statistiker am berufensten sei, dahin, dass alle gemeinsam Forderungen stellen müssten; denn wenn jeder einzeln forderte, so sei die Gefahr naheliegend, dass die Forderung einseitig übertrieben sei und in ihrer Ausführung die technische Entwickelung eines Industriezweiges hindern könne; nur die gemeinsame Arbeit sichere das schöne Ebenmass zwischen Fortschritt der Technik und Sicherung der Hygiene.

Zu dem jetzigen Vortrage sei der Verfasser gekommen durch die Beurtheilung seiner kürzlich erschienenen Schrift über diesen Zweig der Gesundheitslehre. Diese Beurtheilungen hätten zwei einander schroff gegenüberstehende Ergebnisse gehabt; die einen hätten gemeint: „es gäbe überhaupt keine Eisenbahnhygiene", den anderen seien die hygienischen Forderungen des Verfassers lange nicht weitgehend genug erschienen.

Denen, welche der Meinung sind, die Eisenbahn-Unfälle gehörten nicht in das Gebiet der Eisenbahnhygiene, erwidert Verfasser, dass es viele Eisenbahn-Unfälle gebe, die nicht durch technische Mängel, sondern durch fehlerhafte hygienische Massnahmen oder durch körperliche Mängel des Personals entstanden sind. Der Hygieniker muss sich auch mit den rein technischen Einrichtungen so weit vertraut machen, dass er ihre Fehler und die Abstellung derselben verstehen kann.

Wenn man auf den Eisenbahnverkehr das alte Wort „cito, tuto et jucunde" anwende, so müsse man sich doch stets sagen, dass die Erfüllung dieser Eigenschaften einander entgegenstände und dass daher nur ein Kompromiss, eine Diagonale zwischen drei auseinandergehenden Linien möglich sei.

Möglichst grosse Fahrgeschwindigkeit und möglichst grosse Annehmlichkeit stehen der möglichst grossen Sicherheit entgegen. Auch sei zu erwägen, dass nicht Alles, was die Behaglichkeit, den Komfort beeinträchtige, auch gesundheitsschädlich sei. Jeder Reisende müsse auf manchen häuslichen Komfort verzichten; doch habe er das Recht zu fordern, dass ihm Leben und Gesundheit nicht geschädigt werde.

Was die finanzielle Seite des Eisenbahnwesens betreffe, so sei es eine berechtigte Forderung, dass keine Bahnverwaltung sparen dürfe auf Kosten der Sicherheit. Die Sicherheit sei es, welche der Schnelligkeit, der Annehmlichkeit und auch der Einträglichkeit bestimmte, nicht überschreitbare Grenzen ziehe.

Die Gefahren des Eisenbahnbetriebes für Leben und Gesundheit werden hervorgerufen — abgesehen von unabwendbaren Naturereignissen — durch Fehler der Betriebsmittel und des Betriebes, durch Fehler der Angestellten, durch Fehler des Sanitätsdienstes und durch Fehler der Reisenden.

Was die ersteren betrifft, so müsse abgesehen werden von einem einseitigen Subjektivismus, der alles das für hygienisch nothwendig erkläre, was innerhalb seiner persönlichen Wünsche läge. Auch müsse berücksichtigt werden, dass das Tempo, in welchem Wünsche auftreten, meistens ein weit schnelleres sei, wie die doch recht schnelle Betriebstechnik der Eisenbahnen.

Aber das sei eine berechtigte Forderung, dass Alles, was sich für die Sicherheit des Eisenbahnbetriebes bewährt habe, sofort eingeführt und unentwegt von den besten technischen Kräften an der weiteren Entwickelung der Sicherheitseinrichtungen fortgearbeitet werde. Dahin gehören: zweckmässige Einrichtung der Bahnhöfe, möglichst mit Untertunnelung, um das Betreten der Geleise zu verhindern; fester Oberbau mit Bettung aus Steinschlag; gute Schwellen, Schienen aus bestem Stahl mit zweckmässiger Befestigung; Milderung der Stösse an den Schienenlücken; jeder Witterung Rechnung tragende Signalvorrichtungen; Zentral-Weichen und Blocksystem; fest gebaute, genügend lange Wagen mit Drehgestellen, unversehrten Radreifen, starken Federn; beste Lüftungs- und Heizungsvorrichtungen; zweckmässigste Beleuchtung; sichere und energisch wirkende Dampf- und Luftleerbremsen; für die Maschinen das beste Heizmaterial, Funkenfänger und einen Sitz für den Führer.

Unter den Wagen bietet natürlich jedes System Vorzüge und Nachtheile; jedoch gebührt vom hygienischen Standpunkte aus für längere Fahrten den

Durchgangswagen der Preis, nur für kürzere Strecken und lebhafteren Verkehr mag das Coupeesystem, welches eine schnellere Entleerung gestattet, vorzuziehen sein.

Die Massnahmen gegen Cholera sind in der Dresdener internationalen Konferenz festgesetzt; auch gegen Tuberkulose bestehen ausreichende Bestimmungen; die Gesetze über die Beseitigung von Ansteckungsstoffen bei Viehtransporten sind genügend. Dagegen lasse die Beförderung von Kranken und Verletzten in den meisten Ländern zu wünschen übrig. Vor Allem müsste in Kurorten Gelegenheit zu unschädlichem Transport Schwerkranker gegeben sein; auch sei bei unseren meist hochgelegenen Bahnhöfen das Fehlen eines Fahrstuhls zur Beförderung Verletzter, wie dieselben für die Gepäckstücke vorhanden sind, ein Mangel, dessen Abstellung erforderlich sei.

Der Verfasser weist endlich noch auf eine neue, geradezu ideale Entdeckung hin, die nämlich, die fahrenden Züge unter sich oder mit den Stationen in Rapport zu setzen, so dass also ein Zug an jeder Stelle festgehalten werden kann.

Bezüglich der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beamten müssten die allerschärfsten Bestimmungen über die körperlichen Anforderungen, namentlich der Sinnesorgane, erlassen und durchgeführt werden. Zu den unerlässlichen Forderungen für die Gesundheit der Beamten gehöre: eine Grenze der Dienstzeit, über welche hinaus der Beamte die Verantwortung nicht mehr tragen kann; ein jährlicher, mindestens 14tägiger Urlaub, dessen Dauer mit dem Dienstalter steigt; Gelegenheit zur zweckmässigen Ausnutzung des Urlaubs durch Erholungs- und Genesungsheime; obligatorische Naturalverpflegung für das Fahrpersonal, desgleichen gute Uebernachtungs- und Unterkunftsräume mit Bädern, die benutzt werden müssen; rechtzeitige Ausserdienststellung bei Krankheiten; rechtzeitige Pensionirung mit ausreichender Pension.

Der Verfasser hält es für zu weit gegangen, den Bahnbeamten jeden Alkoholgenuss in und ausser dem Dienst zu verbieten; doch sei Trunkenheit im Dienste unnachsichtlich, möglichst mit sofortiger Entlassung, zu bestrafen.

Was den ärztlichen Dienst betrifft, so erachtet Verfasser Folgendes für das Beste: In jeder Zentral-Eisenbahnverwaltung wird ein medizinischer Referent als Beamter angestellt, ebenso für jeden grösseren Verwaltungsbezirk ein Chefarzt, welcher unter Beaufsichtigung der ganzen Strecke in Verbindung mit den behandelnden Bahnärzten die hygienischen Massregeln zu treffen, sowie den physischen Zustand des Personals, sowie die Dienstgebäude, Werkstätten, Uebernachtungsräume u. s. w. zu überwachen hat. Er vereinigt alle Bahnärzte seines Bezirks zu regelmässigen Versammlungen. Aus den Bahnärzten müssen die Chefärzte hervorgehen. Zu ihrer Vorbereitung müssen an den Universitäten eisenbahnhygienische Vorlesungen gehalten und in die hygienische Prüfung „Eisenbahnhygiene" aufgenommen werden.

In Bezug auf das Verhalten der Reisenden ist Verfasser der Meinung, dass bei uns die Menschen weniger die Kunst des Reisens verstehen, als z. B. die Amerikaner. Den Grund sieht Verfasser darin, dass bei uns die Eisenbahnen zu den Stätten hoher und alter Kultur hinzutreten, während in Amerika die Eisenbahn die Kultur schuf. Wir haben den Verkehr auf Eisenbahnen hinzulernen müssen, während der Amerikaner damit aufwächst. Doch vermeidet es Verfasser, kleinliche und detaillirte Regeln für die Reisenden aufzustellen, sondern sagt nur: „Wer reisen will, halte Augen und Ohren offen; er komme nicht zu spät und erhitzt an; er nehme wenig Gepäck mit und lagere es so, dass er seine Mitreisenden nicht belästigt; auch halte er das Fahrpersonal nicht durch unnöthiges Fragen in seinem Dienste auf. Essen, Trinken, Rauchen, Plaudern, Gehen oder Liegen während der Eisenbahnfahrt, ohne die Mitreisenden zu belästigen, sind nicht nur Pflichten des Anstandes, sondern auch Theile der Eisenbahnhygiene."

Wir können uns dem nur anschliessen und aussprechen, dass diese Regeln, so selbstverständlich sie zu sein scheinen, auch nach unseren Erfahrungen durchaus nicht immer angewandt werden.

Verfasser fasst seine Ausführungen, die in gedrängter Kürze die Aufgaben und Grenzen der Eisenbahnhygiene wiedergeben sollen, in Folgendem zusammen:

1. Die Eisenbahnhygiene hat die Ursachen nicht nur der mit dem Eisen-

bahnbetrieb verbundenen Krankheiten, sondern auch der Unfälle zu erforschen und zu bekämpfen.

2. Keine Bahnverwaltung darf sparen auf Kosten der Sicherheit. Die Rücksicht auf Sicherheit zieht der Einträglichkeit, Schnelligkeit und Annehmlichkeit Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen.

3. Die Sicherheit wird verbürgt durch die Güte der Betriebsmittel, durch Zweckmässigkeit der hygienischen Massnahmen, durch ein körperlich und geistig gesundes Personal und durch einen gut organisirten Sanitätsdienst. Der letztere ist allein im Stande, die richtige Ausführung der hygienischen Massnahmen und die Leistungsfähigkeit des Personals zu gewährleisten.

Dr. Hesse-Lüneburg.

Ueber den Transport Schwerkranker auf den Eisenbahnen. Vortrag, gehalten auf der VII. öffentlichen Jahresversammlung des Allgemeinen Deutschen Bäder-Verbandes zu Eisenach am 11. Oktober 1898. Von Sanitäts-Rath Dr. med. Kothe-Friedrichroda. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1898, Nr. 22.

Verfasser hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, durch Kenntnissnahme der Verkehrsordnungen der Eisenbahnen in Deutschland, Oesterreich, Frankreich, England und Russland ein sehr wichtiges, modernes Thema der allgemeineren Kenntniss zugänglich gemacht zu haben.

Die Bestimmung für Deutschland ist die, dass

1. Personen, welche wegen einer sichtlichen Krankheit oder aus anderen Gründen (Geisteskrankheit) voraussichtlich die Mitreisenden belästigen würden, nur in besonderen Abtheilungen, und

2. Personen, von welchen bekannt ist, dass sie an leicht übertragbaren Krankheiten leiden (Diphtherie, Masern, Scharlach, Ruhr, Flecktyphus, Pocken) nur in besonderen Wagen befördert werden dürfen.

Es kostet die Benutzung eines Salonwagens den 12fachen, die Benutzung eines gewöhnlichen Krankenwagens den 4fachen Preis einer Fahrkarte I. Klasse.

Die innere Einrichtung eines Salonkrankenwagens entspricht derjenigen eines Wagens I. Klasse, die des gewöhnlichen Krankenwagens ist verschieden: entweder nur ein bedeckter Güterwagen oder ein solcher, welcher eine Tragbahre mit Stahlfedermatratze zum Stellen und Aufhängen, Klosett etc. enthält.

Die Beförderung plötzlich verletzter oder erkrankter Arbeiter zum Zwecke der Ueberführung in ein Krankenhaus erfolgt auf ärztliche Anordnung im Gepäckwagen der Personen- oder Güterzüge. Beförderung und Rückbeförderung der Krankenkörbe erfolgt frachtfrei.

Aehnlich sind die Verhältnisse in Oesterreich, Frankreich und England, in letzterem Lande sind die Kosten eines Salonkrankenwagens wesentlich niedriger als bei uns (4 Fahrkarten I. Kl.), während die Einrichtung fast genau dieselbe ist. In Russland hat man bis jetzt nur in Cholerazeiten an Sanitätswagen gedacht; doch werden voraussichtlich schon vom nächsten Jahre ab wenigstens auf russisch-polnischen Bahnen eine Anzahl Sanitätswagen eingestellt werden, deren innere Einrichtung — wenigstens nach dem Promemoria der Techniker für den Verkehrsminister — allen Anforderungen der Neuzeit entspricht.

Die Verkehrsordnungen für den Transport Schwerkranker auf den Eisenbahnen der europäischen Kulturstaaten stimmen somit ziemlich überein, sind aber in Deutschland am präzisesten und weitgehendsten.

Nach diesen Bestimmungen ist allerdings hier eigentlich Alles in das persönliche Ermessen der Stations-Vorsteher gestellt; der Verfasser, auch der Referent, haben aber mit diesem freien Ermessen jener Beamten die besten Erfahrungen gemacht und die Hochherzigkeit und Hülfsbereitschaft derselben ausserordentlich schätzen gelernt.

Die weitere Frage: Haben sich diese Einrichtungen und Anordnungen als richtig und genügend bewährt? — beantwortet der Verfasser mit „Nein".

Die Meinung der rigorösesten Eisenbahnhygieniker, Kranke mit ansteckenden Leiden überhaupt vom Eisenbahnverkehr auszuschliessen, ist praktisch durchaus undurchführbar; die strengsten Schutzmassregeln für Mitreisende und Beamte zu fordern, ist indessen berechtigt.

Auf Grund einer Berechnung über den auf den Einzelnen entfallenden

Luftraum in den verschiedenen Wagenklassen in Verbindung mit der wirklichen Benutzung derselben kommt Verfasser zu dem Schluss:

Die Abtheilungen (Plätze) I. Klasse sind, ganz abgesehen von den gesundheitlichen Vortheilen, welche sie bieten, relativ zu billig. Ausserdem sind sie weit über Bedarf vorhanden, können also wesentlich reduzirt und durch rationell eingerichtete Krankenabtheilungen ersetzt werden, welche einzeln oder zu mehreren oder als vollständiger Krankenwagen regelmässig in die durch Erfahrung noch zu bestimmenden durchgehenden Züge einzustellen sind.

Die Sanitätswagen haben dieselbe Berechtigung wie Schlaf- und Speisewagen.

Die Einrichtungen für das Ein- und Aussteigen Schwerkranker auf den Bahnhöfen sind ungenügend, auch dem Publikum nicht einmal genügend bekannt.

Verfasser meint, dass bei dem grossen in Deutschland stattfindenden internationalen Verkehr und auch ohne denselben bei den weiten Entfernungen von der See bis zu den Alpen das Umtransportiren schwerkranker Personen — für welche als selbstverständlich ein Begleiter gefordert wird — durch entsprechend geschulte Bahnbeamte geschehen müsse.

Sodann aber sei eine Ergänzung und Verbesserung des kleinen Transportmaterials (Sitzwagen, Tragbahren, Rollstühle) nothwendig. In Bahnhöfen mit Untertunnelung müsste auch die Benutzung der jetzt nur der Gepäckbeförderung dienenden Aufzüge oder Fahrstühle gesichert sein. Endlich habe der allgemeine Deutsche Bäder-Verband ein aktuelles Interesse daran, dass besonders an Badeorten derartige Einrichtungen ganz besonders ausgestaltet und dass das Aus- und Einsteigen Schwerkranker auf ihren Stationen unter allen Umständen ermöglicht werde.

Das Ergebniss seiner Betrachtungen fasst Verfasser in eine Anzahl Sätze zusammen, welche in gedrängter Kürze die Forderungen wiederholen, die der Aufsatz selbst eingehend erläutert und begründet.

Auch der Referent schliesst sich gern der Ueberzeugung des Verfassers an, dass nächst der Verbesserung der Hygiene der Badeorte eine Verbesserung der Transportverhältnisse für Kranke auf Eisenbahnen eine der wichtigsten Angelegenheiten ist. Ders.

Tagesnachrichten.

Zur Medizinalreform. Die Hoffnung, dass in der Thronrede zur Eröffnung des preussischen Landtages ein Gesetzentwurf über die Medizinalreform angekündigt werden würde, ist in Erfüllung gegangen. Der betreffende Passus lautet:

„Die Medizinalverfassung des Staates wird in der Lokalinstanz in einer den gesteigerten Anforderungen an die Gesundheitspflege entsprechenden Weise gesetzlich auszugestalten sein. Auch sollen im Interesse der Hebung des ärztlichen Standes ehrengerichtliche Einrichtungen in's Leben gerufen und den Aerztekammern erweiterte Befugnisse gegeben werden."

Der Gesetzentwurf über ärztliche Ehrengerichte[1]), das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern ist am 28. Januar dem Landtage zugegangen, hoffentlicht folgt ihm der andere Gesetzentwurf über Aenderung der Stellung der Kreismedizinalbeamten recht bald nach und entspricht den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege, wie den Wünschen der betheiligten Beamten. Für das nächste Etatsjahr scheint jedoch leider die Durchführung dieses Entwurfs nicht in Aussicht genommen zu sein, denn sonst würde der Etat in dieser Beziehung irgend welche Aenderungen bringen. Dies ist aber nicht der Fall. Als wichtigere Aenderung ist hier nur die Errichtung eines hygienischen Instituts in Posen vorgesehen (s. S. 96). Die Nothwendigkeit hygienischer Institute für jede Provinz ist von den betheiligten

---

[1]) Gleichzeitig ist durch eine soeben im Reichsanzeiger veröffentlichte Königliche Verordnung vom 23. Januar d. J., deren Wortlaut in der nächsten Nummer der Zeitschrift abgedruckt werden wird, bestimmt, dass die aktiven Militär- und Marineärzte, sowie die Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes für die Dauer ihrer Einziehung zur Dienstleistung nicht wahlberechtigt und wählbar zur Aerztekammer sind.

Kreisen, insbesondere von den Medizinalbeamten so oft betont worden, dass man sich über den ersten Schritt auf diesem Wege nur freuen kann. Dass in der Provinz Posen damit der Anfang gemacht ist, hat allerdings noch besondere Gründe; wenn aber in den Motiven gesagt wird, dass derartige Institute für die gesundheitlichen und medizinischen Verhältnisse der Provinz von grosser Bedeutung sind und ebenso zur Vermeidung gesundheitsgefährdender und zur Durchführung gesundheitsfördernder Massnahmen, wie zur wissenschaftlichen Anregung und beruflichen Förderung der ärztlichen Kreise und zur allgemeinen Verbreitung hygienischer Kenntnisse in Stadt und Land dienen, so trifft dies auch für alle übrigen Provinzen zu, selbst für diejenigen, in denen sich an den Universitäten hygienische Institute befinden; denn diese sollen doch in erster Linie Unterrichtszwecken dienen. Hoffentlich folgen dem ersten derartigen staatlichen Provinzialinstitute recht bald gleiche Institute in allen Provinzen nach!

Das preussische Medizinalwesen stellt sich nach dem **Staatshaushalts-Etat 1899/1900** wie folgt:

1.	**Für Besoldung der Mitglieder der Provinzial-Medizinal-Kollegien, der Regierungs-Medizinalräthe u. s. w.** . . .	241 350,00 M. [1]
2.	**Für Besoldung der Kreis-, Bezirks- und Stadtphysiker, Kreiswundärzte, sowie für Stellenzulagen bei schwer zu besetzenden Kreisphysikaten (36 000 Mark)** . . .	718 888,82 „ [2]
	Vermerk: Ersparnisse können zu Stellvertretungskosten verwendet werden.	
3.	**Zu Wohnungsgeldzuschüssen**	22 140,00 „
4.	**Zur Remunerirung eines Medizinal-Assessors bei dem Polizeipräsidium in Berlin, der Bureau- und Kanzleihülfsarbeiter, sowie der Botengeschäfte bei den Provinzial-Medizinalkollegien**	12 401,00 „
5.	**Zu Bureaubedürfnissen der Medizinalkollegien, Dienstaufwands-Entschädigung für den Regierungs- und Medizinalrath in Berlin, sowie zu Tagegeldern und Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial-Medizinalkollegien, für die psychiatrischen Mitglieder der Besuchskommissionen behufs Beaufsichtigung der Privat-Irren-Anstalten (incl. Entschädigung für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte) und für die auswärtigen Mitglieder des Beirathes für das Apothekenwesen**	18 255,00 „ [3]
6.	**Zur Remunerirung der Mitglieder und Beamten der verschiedenen Prüfungskommissionen**	183 760,60 „
7.	**Zuschüsse für Unterrichts-, Heil- und Wohlthätigkeits-Anstalten (Charité, Institut für Infektionskrankheiten, Kontrolstation für Diphtherieserum u. s. w., für ein hygienisches Institut in Posen) und zur Vermehrung des hülfsärztlichen Personals in öffentlichen Irrenanstalten**	521 786,32 „ [4]
8.	**Für das Impfwesen (Remunerirung der Vorsteher, Assistenten u. s. w., der Impf- und Lymphherzeugungs-Institute und zu sachlichen Ausgaben)**	78 850,00 „
9.	**Für Reagentien bei den Apothekenrevisionen**	1 900,00 „

[1]) 600 Mark weniger nach Massgabe des Dienstalters der Regierungs- und Medizinalräthe.

[2]) 600 Mark weniger durch erledigte Aussterbebesoldungen.

[3]) Es ist beabsichtigt, den psychiatrischen Mitgliedern der Besuchskommissionen für die Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten für ihre neben der Besichtigung verlangte Thätigkeit bei der Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte eine Entschädigung von 20 Mark für den Besichtigungstag zu gewähren.

[4]) 30302 Mark mehr, darunter 27722 an regelmässigen Ausgaben (Gehälter, Wohnungsgeldzuschuss und sächliche Ausgaben) für das in Posen zu errichtende hygienische Institut. Ueber dessen Einrichtung siehe die Begründung unter a der einmaligen und ausserordentlichen Ausgaben.

10. Zu Unterstützungen für aktive und ausgeschiedene Medizinalbeamte, deren Wittwen und Waisen	65 000,00	M.
11. Zu Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimath, sowie für arme Kranke	900,00	„
12. Für medizinalpolizeiliche Zwecke einschliesslich 15 000 Mark zur Bestreitung der sanitätspolizeilichen Ueberwachung behufs Abwehr der Choleragefahr	70 000,00	„ [5]
13. Verschiedene andere Ausgaben (Quarantäne-Anstalten, künftig wegfallende Besoldungen u. s. w.)	26 521,41	„
Zusammen:	1 960 692,55	M.
im Vorjahre:	1 922 815,55	„
darnach mehr:	37 877,00	M.

Für einmalige und ausserordentliche Ausgaben zum Bau von Universitätsgebäuden und zu anderen Universitätszwecken sind ausserdem 4 296 513 Mark (105 935 Mark weniger als im Vorjahre) vorgesehen, davon entfallen fast 75 % (3 101 450 Mark) auf Neu- und Umbauten von medizinischen, chemischen und physikalischen Instituten bezw. auf Ergänzung des Inventars dieser Institute, Deckung von Fehlbeträgen u. s. w. Sämmtliche Universitäten sind hierbei betheiligt. Dazu kommen noch 275 604 Mark als dritte Rate zur Verlegung des botanischen Gartens, sowie 961 000 Mark als zweite Rate zum Neubau des Charitékrankenhauses (Verwaltungsgebäude, Küchen- und Maschinenhaus, psychiatrische und Nervenklinik, Institut für Infektionskrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohren-Abtheilung).

Ausserdem sind noch folgende einmalige und ausserordentliche Ausgaben vorgesehen:

a. 24 000 Mark zur Errichtung eines hygienischen Instituts in Posen. In der Begründung hierzu heisst es: „Die Errichtung eines staatlichen hygienischen Instituts in der Stadt Posen ist für die gesundheitlichen und medizinischen Verhältnisse der Provinz Posen von grosser Bedeutung. Dasselbe wird ebenso zur Vermeidung gesundheitsgefährdender und zur Durchführung gesundheitsfördernder Massnahmen innerhalb der Provinz, wie zur wissenschaftlichen Anregung und beruflichen Förderung der ärztlichen Kreise und zur allgemeinen Verbreitung hygienischer Kenntnisse in Stadt und Land dienen. Vor allem bildet das Institut auch eine Schutzwehr gegen das künftige Eindringen von Volkskrankheiten wie Flecktyphus, Cholera, Kindbettfieber, Pocken, Pest, Tollwuth u. s. w. über die Grenze.

Als Aufgaben des Instituts lassen sich im Einzelnen betrachten: Kontrole und Verbesserung der Wasserversorgungsanlagen, Lösung der Frage der zweckmässigen Beseitigung der Abfallstoffe, Bodenuntersuchungen für öffentliche Bauten, Begutachtung von Wohnungen, hygienische Ueberwachung gewerblicher Betriebe, Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten, Prüfung und Begutachtung von Desinfektionsapparaten, Sektionen von Leichen, Abhaltung von Fortbildungskursen auf hygienischem und bakteriologischem Gebiete, pathologisch-anatomische Demonstrationen, populäre Vorträge u. s. w.

Das Institut soll eine hygienisch bakteriologische und eine pathologisch-anatomische Abtheilung umfassen. Die erstere wird von dem Direktor, die letztere von einem pathologischen Anatomen geleitet werden; ausserdem sind zwei Assistenten, darunter ein Chemiker, vorgesehen. "

b. 30 000 Mark zur Bekämpfung der Lepra insbesondere zur Herstellung und Ausrüstung eines Leprakrankenheims im Kreise Memel. Die hierfür zur Deckung der Baukosten bewilligten Mittel haben nicht ausgereicht, weil mit ihnen auch die Kosten des Grunderwerbs, der Unterbringung und Verpflegung der Leprakranken in Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern, sowie alle sonstigen Massnahmen auf dem Gebiete der Lepra-Erforschung und Bekämpfung zu bestreiten gewesen sind.

c. 50 000 Mark zur Untersuchung der Maul- und Klauenseuche Die Arbeiten sollen künftighin bei dem hygienischen Institut der Universität Greifswald unter Leitung des Geh. Med.-Rath Dr. Löffler fortgesetzt werden.

d. 350 000 Mark zur Bekämpfung der Granulose. In der Begrün-

[5] 10 000 Mark mehr für Unterhaltung und Betrieb des Lepraheims im Kreise Memel, das voraussichtlich im August 1900 fertiggestellt sein wird.

dung heisst es hierzu: „Mit Hülfe dieser Mittel haben in ausgedehntem Maasse Untersuchungen über den Umfang der Krankheit stattgefunden. Eine grosse Anzahl von Aerzten aus den Provinzen Ostpreussen und Westpreussen, sowie aus dem Regierungsbezirk Köslin und Bromberg ist durch besondere Kurse in der Erkennung der Krankheit und in den verschiedenen Arten ihrer Behandlung ausgebildet werden. Nach den im vorigen Etat mitgetheilten Grundsätzen (s. Nr. 2 der Zeitschrift, Jahrg. 1898, S. 62) sind in der Provinz Ostpreussen mit einer grossen Anzahl von Kreisen Vereinbarungen über eine geregelte intensive Bekämpfung der Krankheit, sowie über das Mass der staatlichen Beihülfen zu Stande gekommen.

In denjenigen Kreisen, in welchen für ein Vorgehen gegen die Krankheit nach der vorbezeichneten Grundlage noch keine Möglichkeit geschaffen ist, soll zunächst eine genauere Ermittelung über die Verbreitung der Krankheit angestellt, eventuell für die Ausbildung der Aerzte Sorge getragen und soweit sich eine Bekämpfung unter staatlicher Betheiligung als nothwendig herausstellt — wie bisher — durch Beihülfen geholfen werden. In ähnlicher Weise soll auch in den übrigen Provinzen, aus welchen Nachrichten über fortdauernd anwachsende Trachomfälle vorliegen — soweit die Mittel reichen — vorgegangen werden."

e. 40 000 Mark für Einrichtung von Fortbildungskursen in der Psychiatrie für Regierungs- und Medizinalräthe und Kreisphysiker. Um mit der Fortbildung schneller vorzugehen, ist in dem Etat ein doppelt so hoher Betrag als in den Vorjahren eingestellt.

Aus dem Reichstage. 1. In der Sitzung vom 28. Januar wünschte bei Gelegenheit der Berathung des Etats für das Reichsgesundheitsamt der Abg. Dr. Böckel wirksamere Massnahmen zur **Verhütung einer weiteren Verbreitung der Tuberkulose**, die gefährlicher sei, als selbst die Cholera und mehr Menschen als die blutigsten Kriege hinraffe. Staatssekretär Graf v. Posadowsky wies darauf hin, dass unter seinem Vorsitze ein Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose bestehe und sich bereits zahlreiche Vereine zur Gründung von Volksheilstätten gebildet hätten. Um aber der ganzen Bewegung eine breitere Grundlage zu geben, habe das Zentralkomitee beschlossen, in diesem Jahre zu Pfingsten einen grossen Kongress nach Berlin zu berufen, der die Frage der Bekämpfung der Lungenschwindsucht als Volkskrankheit vom wissenschaftlichen und praktischen Standpunkte aus einer eingehenden Untersuchung unterziehen soll. Das Ergebniss der Berathungen dieses, einen internationalen Charakter tragenden Kongresses müsse man zunächst abwarten. Die Bereitstellung von Mitteln zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht, sei Sache der Einzelstaaten; durch eine solche Einstellung würde die private Liebesthätigkeit, die zur Bekämpfung der Tuberkulose bisher ganz ausserordentlich grosse Mittel aufgebracht habe, leicht erlahmen. Mit der wachsenden Besserung der Lebenshaltung in den ärmeren Volksklassen stehe ein allmählicher Rückgang der Tuberkulose zu erwarten. Jedenfalls komme ausserordentlich viel auf die Prophylaxe an; denn die Ansteckungsgefahr bei Tuberkulose sei vielleicht noch grösser, als man selbst in wissenschaftlichen Kreisen bisher annehme.

2. Der Abg. Beckh wünscht möglichst grosse Sauberkeit und gute Desinfektion in der **Bürsten- und Pinselindustrie**, hauptsächlich im gesundheitlichen Interesse der in ihr beschäftigten Arbeiter. Es müsse ein Unterschied zwischen der Behandlung der Rosshaare und Schweinsborsten gemacht werden, da erstere die gefährlicheren seien und die letzteren durch zu scharfe Desinfektion unbrauchbar würden. Staatssekretär Graf v. Posadowski giebt zu, dass man im Interesse der Hygiene nicht soweit gehen dürfe, eine Industrie vollständig lahm zu legen, glaubt aber, dass die Verordnung, die in allernächster Zeit vom Bundesrath auf Grund eingehender Erwägungen und Versuche im Kaiserlichen Gesundheitsamte erlassen werde, den Wünschen der Industriellen soweit als möglich Rechnung tragen wird. Die Ansicht der Fabrikanten, dass durch Verarbeitung von Schweinsborsten Milzbrand auf Menschen nicht übertragen werden könne, sei übrigens nach den mehrfach gemachten Beobachtungen nicht zutreffend.

Abg. Dr. Endemann bespricht die Agitation der Impfgegner gegen das **Reichs-Impfgesetz.** Die Statistik zeige eine wunderbar rückläufige Be-

wegung in den Zahlen der Pockenerkrankungen. Unsere animale Lymphe sei im Laufe der Jahre immer vorzüglicher geworden. An den Grundlagen des Impfgesetzes dürfe daher nicht gerüttelt werden. Redner geht sodann auf die Frage des **Frauenstudiums** ein und tritt der Forderung, dass die heutige Universität und in specie die medizinische Fakultät dem weiblichen Geschlechte geöffnet werde, energisch entgegen. Man möge nach amerikanischem Muster eigene Universitäten für das andere Geschlecht errichten. Die ganze Frauenbewegung müsse überhaupt in andere Bahnen gelenkt werden.

Abg. Dr. Kruse betont wiederum die **Reformbedürftigkeit der Irrenpflege** und die Nothwendigkeit eines **Irrengesetzes.**

Abg. Lenzmann führt verschiedene Fälle an, in denen nach seiner Meinung willkürlich vorgegangen worden sei; die bestehenden Zustände in den Privat-Irrenanstalten und die gegenwärtigen Vorschriften über das Entmündigungsverfahren würden immer unhaltbarer. Es müsse eine staatlich organisirte, aus Richtern, Aerzten und Laien bestehende Ueberwachungskommission vorhanden sein, welches über die Aufnahme in eine Irrenanstalt Entscheidung zu treffen habe.

Staatssekretär Graf von Posadowsky erwidert, dass die verbündeten Regierungen auch heute noch der Ansicht sind, dass das **Reichs-Impfgesetz** in allen seinen wesentlichen Theilen aufrecht zu erhalten ist. Auf Grund der inzwischen stattgefundenen sachverständigen Berathungen sei jedoch ein Entwurf zur Abänderung der Ausführungsbestimmungen im Reichsamt des Innern ausgearbeitet worden, der jetzt dem Bundesrath zur Beschlussfassung vorliege. Namentlich solle eine strengere Ueberwachung derjenigen Anstalten eintreten, die Lymphe herstellen.

Eine reichsgesetzliche Regelung des **Irrenwesens** könne auf Grund der angestellten Erhebungen nicht in Aussicht gestellt werden. Die hervorgehobenen Bedenken lassen sich nicht durch gesetzliche Bestimmungen ändern, sondern nur dadurch, dass über die öffentlichen und privaten Irrenanstalten eine strenge Kontrole im Einzelnen ausgeübt werde. Es müsse genau geprüft werden, wie die Kranken unterhalten und behandelt werden, ob das Aerztepersonal auf der Höhe seiner Aufgabe steht, ein ausreichendes und genügendes Wärterpersonal vorhanden, die Verpflegung eine angemessene ist und ob sich wirklich nur Personen in der Anstalt befinden, die der Anstaltspflege bedürfen? Das lasse sich aber durch eine sorgfältige Ueberwachung aller Anstalten, auch der öffentlichen, durch eine sachkundige Behörde erreichen, wie solche jetzt in allen Bundesstaaten stattfinde. Die Aufsichtsbehörde müsse in jedem Fall ihre Pflicht thun und energisch einschreiten, wo Missstände vorliegen.

Im Uebrigen sollten sich Laien hüten, Geisteskranke für geistesgesund zu halten; denn solche Personen verstehen sich bei Besuchen ihrer Angehörigen u. s. w. ausserordentlich zusammenzunehmen, um den Eindruck zu erwecken, dass sie entlassungsfähig sind. Aber das Urtheil der Aerzte, die die Kranken in der Anstalt täglich beobachten, laute in der Regel wesentlich anders, als das der Angehörigen.

Ueber das Ergebniss der im vorigen Monat im Reichsamt des Innern stattgehabten Konferenz zur Berathung einer neuen **ärztlichen Prüfungsordnung** wird berichtet, dass die Studienzeit auf zehn Semester festgesetzt ist, wovon fünf Semester auf die Vorfächer (Vorprüfung) und fünf auf die Hauptfächer (Hauptprüfung) entfallen. Die Prüfung in Anatomie und Physiologie soll im Wesentlichen in der Vorprüfung erledigt und in der Hauptprüfung nicht nochmals besonders vorgenommen werden, da den einzelnen Examinatoren Gelegenheit gegeben ist und sie Gelegenheit nehmen sollen, auf dieses Gebiet einzugehen. In der chirurgischen Prüfung ist besondere Rücksicht auf die topographische Anatomie zu nehmen. Als neue Prüfungsgegenstände sind Psychiatrie und Kinderheilkunde aufgenommen worden. Ausserdem wurde die Ablegung eines praktischen Jahres an einer deutschen Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einer sonstigen besonders autorisirten Krankenanstalt vor Ertheilung der Approbation als wünschenswerth bezeichnet.

Die Hauptprüfung umfasst fortan folgende Abschnitte: I. die Prüfung in der pathologischen Anatomie und in der allgemeinen Pathologie; II. die pharmakologische Prüfung; III. die medizinische Prüfung; IV. die chirurgische Prüfung; V. die geburtshilflich-gynäkologische Prüfung; VI. die Prüfung in

der Augenheilkunde; VII. die Prüfung in der Kinderheilkunde; VIII. die psychiatrische Prüfung; IX. die Prüfung in der Hygiene. Seitens der Zentralbehörde kann die Prüfung in den Nasen- und Kehlkopfkrankheiten der chirurgischen Prüfung, diejenige in den Ohrenkrankheiten, den Hautkrankheiten und der Syphilis der medizinischen Prüfung zugewiesen werden.

Von den neu hinzugefügten Prüfungsfächern wird die Prüfung in der Kinderheilkunde von einem Examinator in der Kinderabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik oder an Kranken der Poliklinik abgehalten und ist an einem Tage zu erledigen. In Gegenwart des Examinators hat der Kandidat ein krankes Kind zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose und Prognose des Falles, sowie den Heilplan festzustellen, den Befund sofort in ein vom Examinator gegenzuzeichnendes Protokoll aufzunehmen und hierauf in einer mündlichen Prüfung nachzuweisen, dass er sich mit den Grundzügen der Kinderheilkunde vertraut gemacht hat. Die psychiatrische Prüfung wird von einem Examinator in der Irrenabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik abgehalten und ist an einem Tage zu erledigen. In Gegenwart des Examinators hat der Kandidat einen Geisteskranken zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose und Prognose des Falles, sowie den Heilplan festzustellen, den Befund sofort in ein vom Examinator gegenzuzeichnendes Protokoll aufzunehmen und hierauf in einer mündlichen Prüfung auch an anderen Kranken nachzuweisen, dass er sich mit den Grundzügen der Irrenheilkunde vertraut gemacht hat.

Die Frage, unter welchen Umständen Ausländer zu medizinischen Prüfungen zugelassen werden sollen, wurde fast einstimmig dahin entschieden, dass sie sich denselben Bedingungen, wie reichsdeutsche Kandidaten, zu unterwerfen haben. Die Zulassung zum medizinischen Studium auf Grund von Reifezeugnissen deutscher Realgymnasien wurde verneint; diejenige von Frauen, beziehungsweise deren Immatrikulation, zur Zeit als noch nicht spruchreif bezeichnet. Uebrigens wurde von allen Seiten betont, dass man keinenfalls eine besondere, etwa leichtere Prüfung der Frauen auf Grund von Hospitantenscheinen für zulässig erachte; es müssten sich vielmehr Frauen, welche in Deutschland als Aerzte wirken wollen, der gleichen Prüfung, wie die übrigen Aerzte, unterziehen, ehe ihnen die Approbation ertheilt werden dürfte.

Die Frage der Zulassung der Frauen zum medizinischen Studium ist übrigens auch im Reichstage wiederum (in der Sitzung vom 21. Januar) zur Verhandlung gekommen. Die Abg. Prinz zu Schönaich-Carolath und Schrader traten warm für diese Zulassung ein, der heutige Zustand sei unhaltbar und die Frauen hätten sich bereits als Aerztinnen befähigt gezeigt. Der Staatssekretär Graf v. Posadowsky stellte sich in seiner Antwort genau auf den Standpunkt der Konferenz, wonach einer Zulassung schon heute nichts entgegenstehe, wenn die Frauen auch in Bezug der Vorbildung allen Anforderungen genügten.

Auszeichnung. Der Geheime Ober-Medizinalrath Dr. Pistor ist von dem Sanitary-Institut of Great Britain zum Ehrenmitglied gewählt worden.

In Frankreich ist der Deputirtenkammer ein Gesetzentwurf, betreffs Reform der gerichtsärztlichen Sachverständigenthätigkeit, vorgelegt. Darnach soll alljährlich eine Liste mit den Namen derjenigen Sachverständigen aufgestellt werden, die sich nach ihren wissenschaftlichen Kenntnissen, Charakter u. s. w. als gerichtliche Sachverständige eignen und in erster Linie von den Richtern als solche heranzuziehen sind. Dem Angeklagten wird das Recht eingeräumt, einen Sachverständigen zu bezeichnen, der die gleichen Rechte, wie der vom Richter zugezogene erhalten soll. Bei Meinungsverschiedenheiten soll ein Obergutachten von einer aus wissenschaftlichen Autoritäten zusammengesetzten Kommission eingezogen werden.

Der XXVIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 5.—8. April in Berlin statt.

Der XX. Balneologenkongress wird vom 3. bis 7. März 1899 in Berlin tagen.

Das Deutsche Reichskomitee für den im Jahre 1900 in Paris stattfindenden **XIII. internationalen medizinischen Kongress** hat sich am 11. v. Mts. unterdem Vorsitz des Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Virchow konstituirt.

Der **XVII. Kongress für innere Medizin** findet vom 11. bis 14. April 1899 zu Karlsbad statt. Zur Verhandlung kommen folgende Themata:

Am ersten Sitzungstage, Dienstag den 11. April: Die Insufficienz des Herzmuskels; Referenten: Prof. Dr. L. von Schrötter (Wien) und Prof. Dr. Martius (Rostock); am dritten Sitzungstage, Donnerstag den 13. April: Leukaemie und Leukozytose; Referenten: Prof. Dr. Löwit (Innsbruck) und Prof. Dr. Minkowski (Strassburg).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Dr. Mor. Schmidt (Frankfurt): Frühdiagnose und Behandlung der Aorten-Aneurysmen. Dr. Max Breitung (Koburg): Ueber phonographische Stimmprüfung, ihre Technik, methodische Anwendung und diagnostische Bewerthung. (Mit Demonstrationen.) Dr. van Niessen (Wiesbaden): Ueber den heutigen Stand der Syphilis-Aetiologie. Dr. P. Jacob (Berlin): Experimentelle Beiträge zur Therapie des Tetanus. Dr. F. Blumenthal (Berlin): Zur Wirkung des Tetanusgiftes. Dr. Jaques Meyer (Karlsbad): Beitrag zur Pathologie der Gallensteinkrankheit. Dr. Theodor Schott (Bad Nauheim): Ueber die Behandlung chronischer Herzmuskelerkrankungen im jugendlichen Alter. Dr. Groedel (Bad Nauheim): Bemerkungen zur Digitalisbehandlung bei chronischen Kreislaufstörungen.

Selbstanfertigung pharmazeutischer Präparate in den Apotheken. In unseren Ausführungen in Nr. 1 der Zeitschrift zu dem Ministerialerlass vom 8. Dezember v. J. betreffend das Verbot des Vorräthighaltens zusammengesetzter Arzneitabletten sieht die pharmazeutische Zeitung wieder einmal einen recht auffälligen Beweis für „das Unvermögen einzelner Medizinalbeamten, die wirthschaftlichen und geschäftlichen Verhältnisse der Apotheker richtig zu beurtheilen." Wir befinden uns nun diesmal in Bezug auf dieses „Unvermögen" in recht guter Gesellschaft; denn im Gegensatz zu dem vorher genannten Blatte spricht die Apothekerzeitung ihre volle Uebereinstimmung mit der von uns gestellten Forderung aus und trägt „keine Bedenken, Massnahmen und Befürwortungen, durch welche den Apothekern die Selbstanfertigung aller derjenigen Präparate, deren Bestandtheile ohne Schwierigkeiten erhältlich sind, die mit den vorschriftsmässigen Geräthen der Apotheke dargestellt werden können, und für die endlich eine genaue Werthbestimmung ausgeschlossen ist, zur Pflicht gemacht wird."

Zur **Apothekenrevision.** Nach neuerer Entscheidung des Herrn Ministers müssen die Waarengestelle nur in solchen Offizinen auf Füssen ruhen, die zu ebener Erde gelegen sind, desgleichen genügt auf den Standgefässen der trockenen narkotischen Extrakte die einfache Bezeichnung Extr. Belladonn. sicc. u. s. w. ohne den Zusatz: „sumatur duplum".

Auf der dem Herrn Minister vom 2. Oktober v. Js. eingereichten **Denkschrift über die Lage der Besitzer kleinerer Apothekenbetriebe** in Preussen (s. Nr. 20 d. Zeitschr., Jahrg. 1898, S. 658) hat dieser unter dem 7. Januar d. J. den Bescheid ertheilt, dass er die Schwierigkeiten, mit welchen die Besitzer kleinerer Apothekenbetriebe im Allgemeinen zu kämpfen haben, nicht verkenne und geneigt sei, nach Möglichkeit Abhülfe zu schaffen, dass er aber weitere Aenderungen der Arzneitaxe, als die bereits für das Jahr 1899 angeordneten, ablehnen müsse, abgesehen von den durch Schwankungen der Arzneimittelpreise bedingten. Für eine Standesvertretung der Apotheker sei durch die Berufung des Apothekerrathes bereits der erste Schritt gethan und eine weitere Gestaltung in Aussicht genommen. Dagegen sei der Herr Minister nicht in der Lage, den anderweitigen Wünschen näher zu treten, da die Gewährung derselben zum Theil zu denjenigen Entscheidungen gehört, welche auf Grund der Reichsgesetzgebung der Entschliessung des Herrn Reichskanzlers unterliegen.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 4. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 15. Febr.

Kasuistische Beiträge zum epileptischen Irresein.

Von Dr. **Manke**, prakt. Arzt und Anstaltsvorsteher der Provinzial-Irrenanstalt zu Rügenwalde, pro physicatu approbirt.

Die Kenntniss von der Epilepsie in ihrer typischen Form (Fallsucht) ist seit lange in die breitesten Schichten des Volkes gedrungen; in ihren Varietäten kennen sie aber auch meistens die Gebildeten nicht zur Genüge, vielfach auch die Kreise nicht, die beruflich den Epileptikern nahe treten.

Vor einigen Monaten noch ging durch die Tagespresse die Notiz, dass einer dieser Unglücklichen, der nach ärztlichem Gutachten die inkriminirte That (Mordversuch) in einem epileptischen Dämmerzustand vollführt hatte, die ganze Schwere des Gesetzes fühlen musste und zu einer mehrjährigen Zuchthausstrafe verurtheilt wurde. Aber auch das grosse ärztliche Publikum würdigt diese Kranken häufig nicht richtig, so dass sie oft in den Verdacht der Simulation kommen.

Es scheint mir daher gerechtfertigt, bei der grossen Rolle, welche die Epilepsie in der Kriminalität spielt[1]), kasuistische Beiträge zu dieser Krankheit zu veröffentlichen.

Ich gehe nicht so weit wie Lombroso, der in der 3. Auflage seines Buches über den geborenen Verbrecher den Begriff dieses mit dem Epileptiker identifizirt; ich würde auch nicht aus

[1]) Werther giebt in einem in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie", 1898, 2. Heft, abgedruckten Vortrage: Die Epilepsie und ihre forensische Bedeutung, S. 173—174 an, dass von den Insassen der Dresdener Arbeitsanstalt 33 epileptische Männer zusammen 121 mal gerichtlich und 740 mal polizeilich. 17 epileptische Frauen 38 mal gerichtlich und 455 mal polizeilich bestraft seien,

dem sogenannten „epileptischen Charakter“ allein gegebenen Falls die Diagnose stellen; schwer wird es auch in foro halten ohne einen typischen Anfall oder einen von dessen Varietäten den eigenartigen Symptomenkomplex einer schweren akuten Geistesstörung als ein psychisches epileptisches Aequivalent zu begründen. Es fehlt daher auch in den beiden nachfolgenden Fällen, die ich als „epileptischen Stupor“ und „epileptischen Dämmerzustand“ auffasse, neben den Dauersymptomen in Gestalt des epileptischen Schwachsinnes und der Charakterveränderung und neben psychischen epileptischen Aequivalenten nicht der Anfall in Form des petit mal, resp. absence oder Vertigo. Es handelt sich in beiden Fällen um junge Soldaten, die anscheinend gesund eingestellt, nach wenigen Wochen resp. Monaten derartig auffallendes Benehmen zeigten, dass sie der hiesigen Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen wurden.

I. Fall.

Anamnese: K. stammt von einem Säufer ab, erlitt im Elternhause viele Misshandlungen und zeigte sich als Kind häufig auffallend vergesslich. Das Rechnen fiel ihm schwer. Er neigte zu Jähzorn und Wuthausbrüchen und wurde wegen schwerer Körperverletzung zu 3 Jahren Gefängniss verurtheilt. Auch im Gefängniss erlitt er wegen seines beleidigenden frechen Benehmens viele Sonderstrafen. Im späteren bürgerlichen Leben machte sich sein reizbares und sonderbares Wesen geltend. Einige seiner Mitarbeiter halten ihn für einen Simulanten, seine Vorgesetzten nennen ihn geistig beschränkt, andere wieder bezeichnen ihn als einen sehr geweckten anstelligen Mann. Bei seinem Eintritt in das Heer zeigte er sich ängstlich und scheu; sonst fiel er nicht auf. Als das Schiessen begann, gingen seine Leistungen zurück; sein Benehmen, seine Haltung und Bewegungen, seine Sprache machten den Eindruck eines zeitweise unzurechnungsfähigen Menschen, er äusserte Selbstmordideen und wurde auch bei einem Suicidialversuche betroffen. Vornehmlich plagte ihn die Angst, dass er erschossen werden solle; bald lachte er, im Gliede stehend, laut auf, sah sich ängstlich und leeren Blickes um, bald weinte er laut auf, warf sein Gewehr weg und schrie: „ich komme in den Arrest, ich habe es gehört, ich will morgen zum Feldwebel gehen, er soll mich todtschiessen, ich habe solche Angst davor.“ Wurde ihm dann das Gewehr wieder in die Hand gegeben, so übte er automatisch Griffe weiter, gab auf Befragen keine Antwort, sondern wiederholte dieselben Worte immer wieder.

Bald wuchs seine Erregung derart, dass er in das Garnisonlazareth überführt werden musste. Hier verlor sich seine Verfolgungsidee bald, doch blieb er verschlossen und in sich gekehrt und wusste sich der Vorgänge auf dem Exerzirplatze nicht mehr zu erinnern. Gewöhnlich stand er traumverloren, unstäten Blickes mit einem leeren Lächeln auf den Lippen an seinem Bett, und antwortete auf Fragen erst nach scheinbar langem Besinnen unter Stirnrunzeln. Dem ordinirenden Sanitätsoffizier fiel seine Gedächtnisschwäche und namentlich seine Vergesslichkeit für naheliegende Ereignisse auf. Allmählich zeigte er wieder Interesse für seine Umgebung, die Spannung aus seinen Gesichtszügen wich und er wurde, nach 7wöchigem Lazarethaufenthalt, namentlich auch auf seinen eigenen Wunsch zur Truppe entlassen, „damit er nicht so weit zurückbleibe“. Am Abend desselben Tages wurde er wegen Simulation in den Untersuchungsarrest abgeführt. In dem Wahn, dass er todtgeschossen werden solle, zerriss er hier unter Toben und Schreien seine Kleider, zeigte die mannigfachsten Sinnestäuschungen, namentlich Gesichtshalluzinationen und verweigerte Nahrungsaufnahme. Auch in dem Garnison-Lazareth, wohin er inzwischen übergeführt war, dauerte der Zustand noch 24 Stunden an, und nur ganz allmählich klang sein Angstparoxysmus ab. Am nächsten Tage zur Truppe entlassen, zeigte sich noch weinerliche Stimmung und ängstliches Wesen; er wurde auf Arrestfähigkeit untersucht, gab zwar vernünftige Antworten, nahm aber sonst eine ganz unmilitärische Haltung an, behielt z. B. seine brennende Zigarre (es war Kaisers Geburtstag) ruhig in der Hand während der ärztlichen Unter-

suchung. Als er erfuhr, dass er wieder in Arrest soll, stellte sich ein derartiges Toben ein, dass er nur mit Mühe in einer Droschke in das Arrestlokal gebracht werden konnte und hier auf der Pritsche festgebunden werden musste. Dann wurde er ruhiger, beschmierte aber sein Gesicht und seine Kleider mit Koth, biss am Morgen von der ihm zum Waschen gereichten Seife ein Stück ab, verzehrte dies, und hielt seine Hände krampfhaft geschlossen und wollte sie nicht öffnen können. Am Nachmittag war er ganz verändert, und gab auf Fragen vernünftige Antworten. Von seinem auffallenden Benehmen wollte er nichts wissen; als der Hauptmann gesagt habe: „K. Arrest" habe sich ihm alles im Kopfe gedreht, und er wisse nicht, was seitdem geschehen sei. Obwohl leidlich geordnet, blieben doch ängstliche Vorstellungen, namentlich religiösen Inhalts, vorherrschend; so forderte er den Arrestaufseher mehrfach auf, ihn auf der Pritsche mit ausgebreiteten Armen festzubinden wie Christus am Kreuz, er sei ein grosser Sünder und müsse ebenso gefesselt werden wie der Heiland. Sein ganzes Wesen blieb scheu, gedrückt, in sich gekehrt, er zeigte kein Interesse für seine Frau und seine häuslichen Verhältnisse, und wurde nur dann lebhafter, wenn das Gespräch auf militärische Dinge gebracht wurde. Dann rühmte er seine Fähigkeiten im Springen und Turnen, und äusserte den Wunsch zu kapituliren, da er mehr leiste als seine Kameraden. Als ihm nach 7tägigem Arrest mitgetheilt wurde, dass er in die Kompagnie zurück solle, war er freudig bewegt, küsste dem Arzt die Hand, verfiel aber in der Truppe wieder in sein scheues, ängstliches Wesen, und versicherte unaufgefordert häufig, er wolle gern Dienst thun, nur nicht in den Arrest. Wegen Kopfschmerzen meldete er sich oft krank. Bei der Regiments-Vorstellung vor dem Oberst fing er plötzlich laut zu schluchzen an, liess sein Gewehr fallen, schrie und gebärdete sich wie ein Irrsinniger, so dass er entfernt werden musste. In den Arrest übergeführt, zeigte er sich stumpfsinnig. Von der Schwere seiner militärischen Vergehen hatte er keine Vorstellung. Zur weiteren Beobachtung seines Geisteszustandes wurde er dann in die hiesige Anstalt übergeführt.

Objektiver Befund und Beobachtungs-Ergebniss in der Anstalt: K. zeigt mässigen Ernährungszustand, sein Gesichtsausdruck ist blöde, gleichgültig, der Kopf rundlich und symmetrisch, die Stirn niedrig, fliehend, der Gesichtsschädel im Verhältniss zum Kopfschädel sehr lang; die Gesichtszüge sind plump, schlaff, der Nasenrücken ist breit, die linke Nasenwangenfalte sehr wenig ausgebildet, der linke Mundwinkel hängt, die Zunge wird gerade herausgesteckt und zeigt fibrilläre Zuckungen. Das Gaumensegel ist nach rechts verzogen; die Messung beider Gesichtshälften ergiebt links eine Verkleinerung um 1 cm; die Pupillen, von mittlerer Weite, reagiren träge auf Lichteinfall und Akkommodation. Sein Blick ist unstät und scheu, die rechte Lidspalte ist weiter als die linke; seine Sprache ist langsam, polternd, stossend; Antworten erfolgen erst nach längerem Nachdenken unter Stirnrunzeln. Hände und Arme zeigen Neigung zum Zittern; seine Haltung ist schlaff; die Reflexe und der sonstige Körperbefund sind normal, Lähmungen sind nicht vorhanden.

Mit gefalteten Händen und zu Boden gesenktem Blick, mit schlotternden Knieen, Muskelzuckungen und Angst im Gesicht präsentirte er sich mir zum ersten Mal, wie ein zum Tode Verurtheilter. Weinend versuchte er mir die Hände zu küssen, unter der Versicherung, dass er gerne Alles thun wolle, da hier Alle gut seien. Die Angst verlässt ihn nicht, trotz aller seiner gegentheiligen Versicherungen, steigert sich vielmehr bei allen möglichen harmlosen Gelegenheiten zu wahren Paroxysmen. Auch später, nach vielen Wochen, als sein devotes, und unterwürfiges Wesen sich längst in ein unverschämtes und freches Benehmen gewandelt hatte, traten diese Angstzustände in derselben Intensität häufig noch auf. Sie waren in einer steten Furcht vor Strafe begründet, als deren Ursache er die lächerlichsten Anlässe heranzuziehen suchte. Wie aus seinen an seine Angehörigen gerichteten Briefen und gelegentlichen Aeusserungen hervorging, hatte er sich aus diesen Anlässen geradezu ein, wenn auch wenig in sich begründetes System herangebildet, aus dem er dann, unterstützt durch Erinnerungsfälschungen in unlogischer, seinem Schwachsinn entsprechender Weise, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen ableitete, die seinem späteren frechen und drohenden Benehmen wohl meistens als Unterlage dienten. Gewöhnlich suchte er allerdings seine Wahnideen zu dissimuliren.

Am 7. Tage seines Hierseins war seine traurige, mürrische Verstimmung gewichen; ohne dass sich ein Grund auffinden liess, war er plötzlich freundlich

und redselig; er erklärte sich für gesund, wollte zum Militär entlassen werden, und arbeitete fleissig. Am 4. Morgen darauf bei der Visite fand ich ihn sehr verstimmt; er klagte über heftige Kopfschmerzen, sein Gesicht war hochroth, durch seinen Körper ging ein Zittern, der Puls war hart mit einer Frequenz von 100 Schlägen. Einige Minuten später traf ich ihn blass auf der Erde liegend, der Athem war ruhig, die Pupillen zeigten auf Lichteinfall keine Reaktion. Er antwortete nicht, kam mehrfachen Aufforderungen, aufzustehen, nicht nach, und starrte, als er schliesslich gewaltsam aufgehoben wurde, um die Passage frei zu machen, leeren Blickes um sich und legte sich wieder hin. Nach einigen Stunden stand er auf, lief auf und ab, vor sich hinmurmelnd und ausspeiend; mit Fragen bedrängt, wurde er zornig und drohend. In der Nacht schlief er schlecht. Am nächsten Morgen war er in seiner gewöhnlichen gedrückten Stimmung, aber zugänglich; als ich ihm sein gestriges Benehmen vorhielt, sagte er erregt: „Das ist nicht wahr.“ Er hatte keine Erinnerung an die Vorgänge des verflossenen Tages. Diese Anfälle traten häufiger auf, doch wechselten sie hinsichtlich Intensität und Dauer. Zuweilen wurde er nur plötzlich sehr blass und starrte, wie geistesabwesend, vor sich hin; er legte sich dann auch zuweilen, wo er gerade ging und stand, auf einige Zeit nieder, um dann seine Arbeit wieder aufzunehmen. Auf Befragen, warum er sich hinlege, antwortete er einmal verlegen nach längerem Besinnen: „Wenn ich liegen muss, dann lieg' ich, ich bin dann wie besoffen.“

Allen diesen Anfällen war gemeinsam Gesichtsblässe und Pupillenstarre — weite Pupillen habe ich nicht bemerkt — und Bewusstseinstrübung; häufig zeigten sich auch fibrilläre Zuckungen im Gesicht.

Neben diesen Anfällen, vielfach auch durch dieselben unterbrochen, fielen schwere geistige Störungen auf, die etwas eigenartiges insofern an sich hatten, als sie meistens ziemlich plötzlich aufhörten; auch fehlte stets die Erinnerung an Geschehnisse während derselben, oder diese war eine mehr oder weniger summarische. Sie zeigten den Charakter des Stupors. Unser Patient lag dann in einer Ecke oder mitten im Wege in den unbequemsten Stellungen stunden- und tagelang, ohne auf seine Umgebung zu reagiren, mit allen Symptomen des Mutacismus und Negativismus. Auch Nahrungsaufnahme verweigerte er. Das Ende dieses Stupors war häufig ein viel (12—24) stündiger Schlaf, aus dem er verändert erwachte. Oder aber es genügten zuweilen geringfügige Bewegungen und Anreden, um ihn aus dem stuporösen Zustand in ein derartiges Toben zu bringen, dass er isolirt werden musste. Hierbei benahm er sich dann sehr renitent, schlug und stiess um sich und stand unter dem Eindruck ängstlicher Vorstellungen. So rief er einmal: „Ich gehe nicht in den Arrest, ich lege mich nicht hin, dann kommen Verrückte und schlagen mich todt, und ich habe Eltern.“ Schliesslich schlief er ein und zeigte nach dem Erwachen keine oder doch nur summarische Erinnerung an das Vorgefallene.

Zwischen den geschilderten Anfällen lagen lichte Intervalle bis zu 4 und mehr Wochen Dauer, in denen nur seine Charaktereigenthümlichkeiten hervortraten.

Namentlich beherrschte ihn Misstrauen; er sah sich überall benachtheiligt, beim Essen, bei der Arbeit; hier chikanirten ihn die Wärter, beim Militär hätten ihn Offiziere und Aerzte gemisshandelt. Obwohl ihm die gegentheiligen eidlichen Aussagen seiner Kameraden vorgehalten wurden, blieb er dabei und fügte hinzu, sie hätten falsch geschworen. Widersprach man ihm, dann wurde er in seiner reizbaren Stimmung frech und drohend und erging sich in Schimpfen. Daneben zeigte er sich aber auch plötzlich läppisch und kriechend, suchte sich in besonders gutes Licht zu setzen, rühmte seine und seiner Familie Fähigkeiten.

Auffallend war sein Zeichentalent; mit Vorliebe behandelte er religiöse Motive, wie er überhaupt sehr zur Religiösität neigte, selbst aber krassester Egoist war. Trotz leidlich guter Schulkenntnisse vermochte er nicht die einfachsten Rechenaufgaben zu lösen; bei jeder Gelegenheit trat sein Mangel an Beurtheilungsvermögen hervor. Auch fiel seine geringe Fähigkeit, sich zu orientiren, sowie seine Gedächtnisschwäche auf, wiewohl diese häufig wohl durch seinen wirklichen Mangel an Erinnerung begründet war. Ihm fehlte jede Vorstellung von der Schwere seiner militärischen Vergehen; moralisch ethische Begriffe kannte er nicht, für ihn gab es kein Pflichtbewusstsein.

Nach diesem Befunde muss man K. als eine „ab ovo inferiore“

Persönlichkeit betrachten, die bei schlechter Behandlung im Elternhause früh sich selbst überlassen war und bei ihrem mangelhaft ausgebildeten Selbstbeherrschungsvermögen bald mit dem Strafgesetze in Konflikt gerieth.

Im gewöhnlichen Leben scheint sein Schwachsinn wenig aufgefallen zu sein; im Gegentheil halten ihn einige seiner Mitarbeiter für einen sehr anstelligen Mann, während er Anderen, wohl wegen seines labilen Charakters, ein Simulant zu sein scheint. Wie häufig bei Minderwerthigen finden wir auch hier eine einseitige Begabung, ein ausgesprochenes Zeichentalent. Als beim Militär an ihn grössere Anforderungen (beim Schiessen) gestellt werden, versagt er, es tritt ein Wechsel in der Stimmung ein, es kommt zu den heftigsten Affekt-Ausbrüchen, zu Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen, gepaart mit religiösem Delirium und schrankenloser Angst; die Erinnerung an die Geschehnisse während dieser Geistesstörungen fehlt. Diese Erscheinungen, wenn auch in geringerer Intensität beobachten wir dann auch während seines Anstaltsaufenthaltes; daneben aber auch Anfälle, die sich durch Leichenblässe des Gesichtes, Pupillenstarre, Bewusstseinstrübungen, häufig mit nachfolgendem Stupor auszeichnen. Dazwischen liegen lichte Intervalle von verschieden langer Dauer, in denen sich zwar die geistige Schwäche und der absonderliche Charakter, aber keine Geisteskrankheit zeigt. Fügen wir diesem Bilde noch den moralischen Schwachsinn bei, so werden wir nicht fehlgehen, wenn wir den K. als einen jener unsozialen Epileptiker bezeichnen, bei denen statt der typischen Anfälle sich psychische Aequivalente oder auch nur „absence“ oder „petit mal“ vorfinden.

Um kurz zu resumiren haben wir in vorliegendem Falle alle Symptome einer epileptischen Konstitution mit sogenannten „Dauersymptomen“ und Anfällen beisammen.

Neben den anatomischen und funktionellen Degenerationszeichen verweise ich als

a. Dauersymptome auf seine intellektuelle Insufficienz, die Entartung seines Gefühlslebens, seinen abnormen Charakter mit grosser Gemüthsreizbarkeit bis zu affektiver Steigerung, dem Alterniren von psychischen Depressions- und Exaltationszuständen, ohne dass sich äussere Einflüsse geltend machen, seine Neigung zu Selbstlob, sein religiös muckerisches Wesen.

b. Bei den akuten geistigen Störungen lassen sich zwei Formen differenziren:

1. Die Anfälle, die sich durch die plötzlich eintretende Gesichtsblässe, Pupillenstarre, Bewusstseinstrübungen als „petit mal“ kennzeichnen,

2. Zustände von Stupor, die sich durch ihr meistens plötzliches Ende, zuweilen nach langem Schlaf, durch ihr völliges oder theilweises Fehlen der Erinnerung nach Ablauf der Attaque, durch ihre lebhaften Delirien mit Neigung zu Gewaltthätigkeiten und durch ihre intensive Angst bei fehlender Hemmung als epileptische psychische Aequivalente charakterisiren.

Mir war im vorliegenden Falle die Frage nach Simulation

gestellt. Bei dem beschriebenen Befunde konnte die Entscheidung nicht zweifelhaft sein. Ganz abgesehen von dem immerhin in sich abgeschlossenen Krankheitsbilde lassen sich Leichenblässe des Gesichtes und Pupillenstarre doch wohl kaum simuliren.

Die Kurpfuscherei in der neusten Rechtsprechung.

Von Dr. J. Biberfeld - Berlin.

Die Beilage zu Nr. 23 des vorigen Jahrganges dieser Zeitschrift enthielt u. a. zwei Gerichtsurtheile, die in Ansehung nicht nur des ihnen zu Grunde liegenden Thatbestandes, sondern auch der diesem letzteren zu Theil gewordenen richterlichen Würdigung zu einer näheren Betrachtung auffordern:

I.

Das erste Urtheil, gefällt von dem vierten Strafsenate des Reichsgerichts unter dem 24. Mai 1898 stellt eine Auslegung des §. 147 Ziffer 3 der Gewerbe-Ordnung dar. Diese Gesetzesvorschrift bedroht bekanntlich mit Strafe denjenigen, der ohne von einer zuständigen Behörde im Deutschen Reiche als Arzt approbirt zu sein, sich den Titel Arzt oder eine diesem gleichkommende Bezeichnung beilegt. Es stand nun in Frage, ob gegen diese Bestimmung einen Verstoss enthalte die Ankündigung eines Kurpfuschers mit dem Zusatze: „Homöopathische Kur." Das Reichsgericht hat, wie an der angegebenen Stelle zu ersehen ist, diese Frage verneint, indem es einen Unterschied zur Geltung kommen liess zwischen der Beilegung eines Titels oder einer entsprechenden Standes-Bezeichnung einerseits und der Empfehlung einer Kurmethode andererseits. Würde also im gegebenen Falle der Angeklagte sich in seinen Zeitungs-Ankündigungen „Homöopath" genannt haben, so wäre das Reichsgericht, wenn anders es mit seinen eigenen Rechtsgrundsätzen in Uebereinstimmung bleiben wollte, zu einer Verurtheilung gelangt; es erachtete sich aber, eine solche auszusprechen, nicht für befugt lediglich dem rein äusserlichen Umstande zu Liebe, weil der Angeklagte es verstanden hatte, in geschickter Weise ganz denselben Sinn in etwas andere Worte zu kleiden. Dem natürlichen Rechtsgefühl unserer Zeit vermag ein solches Urtheil nicht zu genügen, das sich auf eine Buchstaben-Auslegung beschränkt und darüber Zweck und Geist des Gesetzeswortes ganz ausser Acht lässt. Schon der alte Jurist Celsus hat in den Tagen des Kaisers Hadrian seinen Schülern die Regel gelehrt: Scire legem non est verba tenere, sed vim ac rationem, und es ist nicht zu zweifeln daran, dass er in unserer Entscheidung eine sehr starke Abweichung von dieser Richtschnur erblickt haben würde. Denn welches ist die „vis et ratio unserer lex? Sicherlich doch die, dass das Publikum gegen Irreführung geschützt werde, dass Niemand straflos heilungsbedürftige Kranke darüber solle täuschen dürfen, dass sie, indem sie sich ihm anvertrauen, eine den Regeln der Wissenschaft entsprechende Behandlung nicht zu erwarten haben. Das hier in Rede stehende Strafgesetz würde

demnach auf halbem Wege stehen bleiben und der Umgehung seiner selbst Thür und Thor weit öffnen, wollte es seine Wirksamkeit eingeengt wissen auf solche Fälle, in denen die unbefugte Beilegung eines Titels stattgehabt hat. Wenn Jemand von sich erklärt, er behandele seine Kranken nach den thatsächlich vorhandenen oder vermeintlichen Regeln der Homöopathie, er unterwerfe sie einer „homöopathischen Kur", so sagt er damit nichts anders, als was zum Ausdruck kommt, wenn er sich selbst Homöopath nennt. Welche stylistische Wendung er auch immer wähle, der Sinn bleibt derselbe und der unbefangene Theil des Publikums wird durch die eine wie durch die andere Form von ganz derselben Vorstellung erfüllt, nämlich von der Annahme, es sei ein Arzt, eine approbirte Medizinalperson, die jene Bezeichnung von sich selbst oder von der von ihr angewandten Kur gebrauche. Man wird deshalb das Urtheil des Reichsgerichts unbedenklich als einen Fehlspruch bezeichnen müssen, der um so bedauerlicher ist, als ihm die Autorität der höchsten Instanz im Reiche zur Seite steht. Zum Glück aber fehlt es der hier vertretenen Ansicht nicht an Verfechtern in der juristischen Theorie und Praxis, ja, einer der hervorragendsten Kommentatoren der Gewerbeordnung bezeichnet es sogar als die jetzt herrschende Meinung, „dass die Beilegung eines ärztlichen Titels im Sinne der hier erwähnten Strafbestimmung auch durch Ankündigung eines Gewerbebetriebes oder Instituts in Verbindung mit dem Namen des Ankündigenden erfolgen kann".[1]) Auf diesem Standpunkt hat sich denn auch fast zu derselben Zeit, in welcher das Reichsgericht sein Erkenntniss ergehen liess, ein anderes Revisionsgericht gestellt, nämlich der Strafsenat des Oberlandesgerichts zu Kolmar mit dem Urtheil vom 15. März 1898.[2]) Dem Angeklagten war in diesem Falle zur Last gelegt worden, unter den bereits erörterten Voraussetzungen, nämlich ohne als Arzt im Inlande approbirt zu sein, durch Zeitungs-Inserate ein homöopathisches Institut mit homöopathischer Behandlung und zugleich mit Behandlung von Geschlechtsleiden, Flechten, alten Beinwunden nach eigener Methode in seinem Hause angekündigt, auch an seiner Hausthür ein Schild mit der Aufschrift „Homöopathisches Institut H. D." angebracht zu haben. Die Vorinstanz hatte ein freisprechendes Urtheil abgegeben, das im Wesentlichen von denselben Gründen getragen war, auf welche das Reichsgericht in dem oben behandelten Falle sich stützte. Diese Entscheidung hat indess das reichsländische Obergericht aufgehoben, da derartige Ankündigungen auf eine ärztliche Ausübung der Heilkunde nach homöopathischer und sonstiger Methode hinweisen. Die Entscheidungsgründe weisen dabei noch ausdrücklich darauf hin, dass der Thatbestand des Gesetzes selbst dann erfüllt sei, wenn auch durch die unzulässige Bezeichnung ein entsprechender irriger Glaube in Wirklichkeit bei Niemandem hervorgerufen worden ist, wofern nur jener Ausdruck eine der-

[1]) Vergl. v. Landmann: Kommentar zur Gewerbe-Ordnung; Note 5 und ff. zu §. 147. München 1897.

[2]) S. Beilage zu Nr. 2 dieser Zeitschrift, S. 9.

artige Vorstellung zu erzeugen an sich geeignet ist. Im Uebrigen sei noch bemerkt, dass das Reichsgericht selbst in einem allerdings etwas abweichend gelagerten Falle sich in einem Sinne geäussert hat, der sich weit mehr der hier gebilligten, als der von ihm selbst neuerdings acceptirten Ansicht nähert. [1])

II.

Lässt somit das erste hier zur Erörterung gestellte Urtheil einen gewissen favor gegenüber dem Treiben der Kurpfuscher erkennen, so ist gerade der zweite Fall, dem nunmehr unsere Betrachtung sich zuwenden soll, geeignet, zu zeigen, wohin eine derartige Nachsicht zu führen geeignet ist, welche Gefahren für Leib und Leben ein derartiges Treiben von Personen in sich birgt, die ohne irgend eine der unerlässlichen Vorbedingungen zu erfüllen entweder selbstbethört als betrogene Betrüger, in den meisten Fällen aber in klarer Erkenntniss ihrer eigenen Unfähigkeit sich der berufs- und gewerbsmässigen Ausübung der Heilkunde widmen. In diesem zweiten Falle (a. a. O. S. 173—176) ist festgestellt, dass der Angeklagte unter Ausserachtlassen auch der primitivsten Anforderungen pflichtgemässer Sorgfalt eine schwere Erkrankung des in seiner Behandlung befindlichen Patienten bezw. eine erhebliche Verschlimmerung des Zustandes desselben herbeigeführt hat, ja, es ist auf Grund der stattgehabten Beweisaufnahme in einem an Gewissheit nahe grenzenden Grade von Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass er den Tod dieses beklagenswerthen Opfers seiner Charlatanerie verursacht hat. Das Gericht spricht ferner die Ueberzeugung aus, dass dem Angeklagten nach Lage der Sache bewusst gewesen sein müsse, wie seine gewissenlose und regelwidrige Behandlung des Kranken verderbenbringend für diesen sein könne, und gewinnt somit die Ueberzeugung davon, dass der Angeklagte sich unter den erschwerenden Umständen des §. 230 des St.-G.-B. einer fahrlässigen Körperverletzung schuldig gemacht habe. Und welches ist nun die gegen diesen Kurpfuscher erkannte Strafe? Er wurde zu — drei Monaten Gefängniss verurtheilt! In diesem Falle mag die juristische Charakterisirung des Falles bedenkenfrei sein, es ist zuzugeben, dass da, wo die Sachverständigen die Möglichkeit offen lassen, dass der Angeklagte nicht den Tod, sondern nur die Verschlimmerung in dem Gesundheitszustande des Verstorbenen verschuldet habe, der Richter zu Gunsten des Angeklagten auch mit dieser Möglichkeit rechnen muss, getreu dem Grundsatze: „in dubio pro reo“ — allein ist das für angebracht erachtete Strafmass in der That anzusehen als eine ausreichende Sühne, zumal die Urtheilsgründe am Schlusse selbst von dem gemeingefährlichen Charakter des dem Angeklagten zur Last fallenden Treibens sprechen? Ein Rowdie, der in nächtlichem Streite seinen vielleicht gleichwerthigen Gegner schwer verletzt, würde vermuthlich mit einer empfindlich härteren Strafe belegt worden sein, und doch erscheint er weit weniger schuldig, als ein derartiger Kurpfuscher, der durch seine Vorspiegelungen

[1]) Vergl. Reger a. a. O.; Bd. 7, S. 375.

den armen Kranken davon abhält, die Hülfe dort zu suchen, wo sie — wenn überhaupt vorhanden — mit Gewissheit zu finden ist; der einen erkrankten Arm in Behandlung nimmt und Heilmittel verordnet, ohne das erkrankte Organ überhaupt besichtigt zu haben; der sich bewusst ist, dass ihm die Fähigkeit, eine Krankheit zu erkennen, vollständig abgeht und dennoch sich den Anschein gesicherten Erfolges seiner Kuren giebt, lediglich um einen Geldgewinn zu erzielen, koste es auch das Leben des in seinem Vertrauen Getäuschten! Schwerer aber noch fällt eine andere Erwägung in's Gewicht: Sobald dieser Mann seine kurzzeitige Freiheitsstrafe verbüsst hat, so steht nichts im Wege, wenn er sein gemeingefährliches Treiben vom Neuen beginnt: ihm ist keine Approbation oder Konzession ertheilt worden, ihm kann also eine solche auch nicht entzogen werden!

III.

Zum Schluss einen älteren Fall, der in die Frage ausläuft: Macht man sich einer Beleidigung schuldig, wenn man eine nicht approbirte Medizinalperson, die sich gewerbsmässig der Behandlung von Kranken widmet, „Kurpfuscher" nennt?

Der praktische Arzt Dr. A. fungirte als Kassenarzt der Betriebskrankenkasse für Bahnarbeiter zu B., in dieser seiner Eigenschaft hatte er auch die Ehefrau des Bahnbeamten C. zu behandeln, da er aber erfahren hatte, dass seine Patientin die Hülfe des Naturheilkundigen D. in Anspruch genommen habe, so stellte er seinerseits ihr gegenüber die ärztliche Behandlung ein und theilte dies der Kassenverwaltung auf entsprechendem Formulare mit, indem er hinzufügte, die verehelichte C. habe sich „in die Behandlung eines Kurpfuschers" begeben. — D., welcher durch diese Bemerkung sich getroffen fühlte, strengte gegen A. die Privatklage wegen Beleidigung an, wurde jedoch damit in allen Instanzen, zuletzt von dem Strafsenat des Oberlandesgerichts zu Dresden abgewiesen. Das Wort „Kurpfuscher" sei keineswegs absolut, schon seiner Form nach und also unter allen Umständen beleidigend; in jedem Einzelfalle hänge es vielmehr von dessen Gestaltung ab, ob in dem Gebrauche jenes Wortes objektiv und auch zugleich subjektiv eine Ehrverletzung zu erblicken sei oder nicht.

In subjektiver Hinsicht hatte D. in seiner Revisionsbegründung ausgeführt, es sei nicht glaubhaft, wenn, wie im vorliegenden Falle, der Angeklagte, ein Arzt, behaupte, dass er den Ausdruck „Kurpfuscher" ohne die Absicht zu beleidigen brauche, und dass sein Empfinden sich gegen den Charakter des Ausdruckes als Beleidigung abgestumpft habe. Wenn ein Stand — die Aerzte, seine Gegner — die Personen, welche ohne Approbation die Heilkunde ausüben, mit einem von aller Welt als Beleidigung aufgefassten Schimpfworte bezeichne, so kann man von einem auf einem gemeinen Gebrauche beruhenden Mangel des subjektiven Momentes der Beleidigungsabsicht nicht sprechen. Die Gewohnheitsmässig-

keit, mit der ein Delikt, hier eine strafbare Beleidigung begangen werde, könne dem Schuldigen doch niemals zum Vortheile gereichen und ihm sogar Straflosigkeit erwirken, weil er durch die Häufigkeit seines Verstosses das Gefühl für dessen Strafbarkeit verloren habe. Es komme nicht darauf an, was sich der Beleidiger bei dem Gebrauche eines Ausdruckes denke, sondern darauf, ob er sich dessen bewusst gewesen, dass der Beleidigte und andere Personen die Bedeutung des Wortes auch so auffassen würden, wie er.[1])

Nun hatten aber die Vorderrichter ihre Annahme, dass den bereits erwähnten Versicherungen des Angeklagten, es habe ihm die Absicht und das Bewusstsein zu beleidigen gefehlt, Glauben beizumessen sei, dass sie mindestens nicht widerlegt seien, in folgender Weise begründet:

„Daraus, dass der Ausdruck Kurpfuscher unter Medizinern die allgemein übliche Bezeichnung für alle Diejenigen sei, welche ohne staatlich als Aerzte geprüft zu sein, das Heilgewerbe ausüben, und dass dieser Ausdruck selbst von Medizinalbehörden angewendet werde, folge allerdings noch keineswegs, dass der Angeklagte sich des beleidigenden Charakters jenes Ausdruckes nicht bewusst gewesen sei. In Folge eines solchen regelmässigen, allgemeinen Gebrauchs des fraglichen Verbotes in fraglichen Kreisen könne indess das Gefühl für das in dem Worte liegende ehrverletzende Moment dergestalt abgestumpft sein, dass im Einzelfalle dem das Wort Gebrauchenden die beleidigende Wirkung gar nicht zum Bewusstsein gelange, dass ihm das in dem Worte enthaltene beleidigende Element immer gleich lebhaft in das Bewusstsein treten müsse, lasse sich nicht sagen; vielmehr hätten die Aerzte in ihrem geschäftlichen Verkehr unter einander und mit den Behörden vorzugsweise das durch die Bezeichnung „Kurpfuscher" zum Ausdruck gelangende, an sich rein thatsächliche Element im Auge, dass die Heilkunst durch einen Nichtmediziner ausgeübt werde, also durch eine Person, welche die hierzu nöthige Vorbildung, die erforderlichen Kenntnisse und technischen Fertigkeiten nicht besitze. Diesem in medizinischen Kreise herrschenden Brauche liege der gegenwärtige Fall analog. Der Angeklagte habe das Wort, wenn auch nicht einem Arzte oder einer Medizinalperson gegenüber, so doch gelegentlich einer geschäftlichen Mittheilung im Verkehr mit einer Betriebskrankenkasse gebraucht, bei der er als Arzt angestellt gewesen und für die seine Anzeige bestimmt war."

Auf Grund dieser Ausführungen hat denn auch das Revisionsgericht es nicht als thatsächlich festgestellt ansehen können, dass bei dem Angeklagten das Bewusstsein der Ehrenkränkung vorhanden gewesen sei, dass er also gegen den Privatkläger nicht habe den Vorwurf aussprechen wollen, dem sich Derjenige aussetzt, der trotz fehlender Vorbildung, also unter Umständen, die einen Mangel an Gewissenhaftigkeit und Ehrgefühl bekunden, in Folge dessen also ethisch unberechtigt die Heilkunde ausübe.

Prüft man diese hier nur in gedrängter Kürze reproduzirten Entscheidungsgründe, so gelangt man ohne Weiteres dazu, eine Parallele zu ziehen zwischen dem Naturheilkundigen, dem Kurpfuscher, der ohne vom Gesetze eine Beanstandung zu erfahren, sein Gewerbe betreibt, einerseits und dem Wucherer andererseits, der vor der neuen Aera unserer Gesetzgebung ebenfalls in der objektiven Rechtsordnung einem Hindernisse für sein Treiben nicht begegnete. War mithin vor der Wuchergesetzgebung es nicht strafbar, wucherliche Geschäfte zu machen, so war es darum auch damals

[1]) Anm. des Referenten: Also eine Art des sog. dolus eventualis!

schon doch nicht minder anstössig und die Bezeichnung „Wucher“ galt auch früher bereits als ein schwerer Angriff auf die Ehre der mit ihr belegten Person. In derselben Weise muss man in der That auch heut den Ausdruck „Kurpfuscher“ als eine solche Beleidigung gelten lassen, sie besagt jedoch, dass die ganze Erwerbsthätigkeit eines Mannes, seine ganze wirthschaftliche Existenz auf unsittlicher Basis beruhe. Hält man hieran aber fest, so kann es auf die Wahl des Wortes nicht ankommen, denn wenn Jemand „Naturheilkundiger“ genannt wird oder sich selbst so nennt, so wird doch auch damit angesagt, dass ihm die wissenschaftliche Befähigung fehle, die für einen so verantwortungsvollen Berufe die unerlässliche Vorbedingung darstellt. Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, kann man daher auch dieser letzten Entscheidung nicht zustimmen. Es ist nicht zuzugeben, dass der Ausdruck „Kurpfuscher“ sich im internen Verkehr der Mediziner im Kreise ihrer Berufsgenossen sich jemals soweit abschleifen könne, dass es möglich sei, desselben sich zu bedienen, ohne dabei an die wahre Bedeutung, die ihm anhaftet, zu denken. Gerade ein Mediziner wird ihn schwerlich jemals, ohne sich den darin liegenden schweren Vorwurf gegenwärtig zu halten, anwenden, weiss er ja doch am besten, wie undenkbar es ist, dass Jemand einen kranken Organismus in Heilbehandlung nehmen könne, der die Daseinsbedingungen, die Funktionen desselben, die Ursachen der einzelnen Störungen und die Mittel und Wege zu ihrer Beseitigung nicht an der Hand eines geregelten wissenschaftlichen Studiums mit ausreichender Klarheit erkannt hat. Die Geltung, welche der Stand der Kurpfuscher für sich in Anspruch nimmt, beruht auf der Duldung, die das Gesetz ihrem Treiben angedeihen lässt. Das oben angeführte Analogon mit dem Wucherer zeigt aber, dass die Straflosigkeit eines Verhaltens noch kein Beweis dafür ist, dass es auch sittlich zulässig sei. Es giebt auch sonst noch mancherlei Gewerbe, dessen Ausübung gestattet wird, dessen Vertreter das Recht aber trotzdem zu den personae turpes zählt. Sie sind es, aber man darf sie so nicht ausdrücklich nennen, man darf ihnen den Namen nicht geben, der ihnen in Folge ihres Gewerbes zukommt. Im Standesinteresse aller Aerzte würde es gelegen haben, wenn in unserem Falle die Verurtheilung des Angeklagten erfolgt wäre, damit hätte Ausdruck gefunden der Gedanke, dass schon die blosse Behauptung, Jemand übe die Heilkunde aus, ohne die Fähigkeit hierzu zu besitzen und nachgewiesen zu haben, einen schweren sittlichen Vorwurf in sich schliesse.

Tod in Folge von Pemphigus oder Fleischvergiftung?

Von San.-Rath Dr. **Hermann Kornfeld**, Kreisphysikus in Grottkau.

Im Anschlusse an meine Beobachtungen über mehrere tödtliche Fälle von Pemphigus[1]) dürfte der nachfolgende Fall interessiren, bei dem die gerichtliche Sektion einer Frau wegen Verdachts

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jahrg. 1896, Heft 19.

auf Tod durch krankes Fleisch erfolgte und als Todesursache Pemphigus festgestellt wurde. Nach den Angaben der Angehörigen und des behandelnden Arztes Dr. Tschinke in O. war die Verstorbene die Frau eines Hundezüchters, 36 Jahre alt und früher bis auf Rheumatismus stets gesund; sie erkrankte Nachts vom 6./7. Februar mit Frost und war — bis auf $^1/_2$ Stunde Nachm. am 7. — seitdem bettlägerig. Am 8. zeigte sich eine Blase auf dem Fussrücken; am 9. Nachmittags traten reichliche, flohstichähnliche Punkte im Gesicht, Quaddeln auf der Brust auf. Beständig hohes Fieber; elender Puls; äusserst heftige, reissende Schmerzen, besonders in der Lendengegend, in den Extremitäten, so dass die Kranke nicht die geringste Berührung vertrug; kolossales Oppressionsgefühl auf der Brust; enorme Schweissabsonderung in den letzten Tagen; schaumiger, zuletzt blutiger Stuhl; Nachts vor dem Tode am 13.: Delirien.

Die Sektion ergab:

1. Leiche . . . fettreich, ziemlich kräftig gebaut.

3. und 4. Körperfarbe bleich, mit Stich in's Röthliche, an vielen Parthien grün.

7. Das Gesicht ist umfänglich mit Substanzverlusten bedeckt, welche ähnlich aussehen, wie die nach Verbrennung entstandenen; sie sind unregelmässig angeordnet, verschiedenartig gross und ganz verschieden gestaltet. Auf der Stirn im Ganzen 10, von denen die grösste 2,8 cm lang und 1,8 cm breit ist, die meisten aber erheblich kleiner sind. Die Haut über dem knöchernen Nasenrücken und das Kinn werden fast ganz von denselben betroffen. Ausserdem sind im Gesicht noch 10 verschieden grosse, eben solche Stellen vorhanden.

8. Die betreffenden, veränderten Stellen haben ein gelb- bis braunröthliches Aussehen. Sie liegen da, wo sie direkt auf den Knochen aufliegen unter dem Niveau der Umgebung, sonst oberhalb desselben. Sie fühlen sich derb an, schneiden sich wie hartes Leder und betreffen die ganze Dicke der Haut. Sie lassen besonders mit der Lupe sehr zahlreiche theils röthliche, theils schwärzliche Strichel und einzelne schwarze schmale Gefässe erkennen.

9. . . . in den Nasenlöchern fand sich geronnenes und am Zahnfleisch und den Zähnen etwas flüssiges Blut.

10. Am unteren Rande des rechten Ohrläppchens findet sich eine, auf dieses und die Wange übergreifende 50 Pfennigstück grosse zusammengefallene Blase von stark gerunzelter Oberhaut bedeckt, scharf gegen die Umgebung abgesetzt. Nach Abhebung der Decke sieht man einen schmutzigröthlichen, missfarbig belegten Substanzverlust.

12. . . . Auf der Vorderseite des Rumpfes sieht man eben solche Veränderungen der Haut wie ad. 7 an 19 Stellen und zwar meist grosse, bis 5 cm lange und 3 cm breite.

Die Oberhaut zeigt sich hier vielfach und zwar theils an einigen Stellen der Begrenzung jener Parthien, theils auch entfernt von denselben eingerollt.

An der Hinterseite der Oberschenkel, sowie seitlich am Gesäss finden sich mehrere Blasen von 2 cm und etwas mehr Durchmesser, rundlich oder länglich, an denen die runzliche abgehobene Decke in der Mitte eine schwarze, $^1/_2$ cm grosse Parthie, im Uebrigen eine schmutzigrosa Färbung durchscheinen lässt.

Beim Einschneiden zeigt sich lediglich die Haut betroffen.

Eine grössere Blase — 3 cm lang und 2 cm breit —, sowie mehrere kleinere Blasen mit umfänglicher durchscheinender Schwarzfärbung finden sich an der Innenseite und hinten oberhalb und unterhalb des Kniees, sowie eine kreisrunde, 6 cm im Durchmesser haltende, auf der Innenseite des linken Fusses.

13. Am rechten Knöchel und Fussrücken befinden sich mehrere Blasen, sowie eine ziemlich kreisartig angeordnete Parthie mit ziemlich dicht stehenden, punktförmigen und kleinfleckigen dunklen Blutaustritten in der Haut.

14. Ausserdem fanden sich an verschiedenen Stellen zahlreich kleine, unvollkommene Abhebungen der Haut mit etwas röthlich durchscheinender Färbung.

15. An den Händen und Füssen war sonst nichts zu bemerken.

16. Handtellergrosser Decubitus.

25. . . . Am Krummdarm an einer $1^1/_2$ cm langen und $^1/_4$ cm breiten Stelle eine unregelmässig schmutzigröthliche Verfärbung . . .

26. Auf einer vorliegenden Dünndarmschlinge sieht man eine eben solche Verfärbung wie ad 25.

27. Magenschleimhaut feucht, gleichmässig graugrün verfärbt. Nur in der Nähe des Einganges und des Pförtners stärker blutreich.

30. Im Zwölffingerdarm findet sich spärlicher, dünnbreiiger, graubräunlicherInhalt. Die Schleimhaut ist durchweg glatt, grauröthlich, wässerig durchfeuchtet.

32. Die Milz ist 15 cm lang, 8,5 cm breit, 2,3 cm dick, ... vollkommen matsch . . . .

41. Die Leber . . . ist matsch.

43. Der Dünndarm enthält nur spärliche, grünliche, dünnbreiige Massen.

45. Die Schleimhaut zeigt an einigen Stellen eine geröthete Färbung der ganzen Darmwand.

53. Die Lungen sind durchweg lufthaltig, sehr stark wasserhaltig; auf der Schnittfläche schmutzig dunkelröthlich. Ueber dieselbe ergiesst sich auf Druck reichlich schaumige, stark dunkelröthlich gefärbte Flüssigkeit.

53a. Die Schleimhaut der Luftröhre und ihrer Verzweigungen war bedeckt mit einer dünnen Lage schmutzig dunkelröthlicher, dickliger Flüssigkeit . . . .

Eine bestimmte Ursache des Pemphigus war nicht aufzufinden, insbesondere erwies sich das angeschuldigte, angeblich von einem kranken Thiere stammende Fleisch (Euter) nicht als krank. Indess hat der dortige Thierarzt Wiedemann mir mitgetheilt, dass er bei der Sektion des einige Tage vor dem Tode der Frau gestorbenen, ihr gehörigen Hundes folgenden Befund, der in einigen Punkten — Lungen, Röthung einiger Stellen der Darmserosa — dem vorher mitgetheilten Sektionsbefund ähnelt, erhoben hat:

Der Blutgehalt und das Oedem der Lungen war ein riesiger.

Bei Herausnahme des Darms bemerkte ich am Duodenum, zwei Hände breit vom Pylorus entfernt, eine ca. 1 Fuss lange, dunkelrothe Stelle. Bei näherer Betrachtung zeigte sich in der Serosa ramiforme Röthung. Die Schleimhaut war geschwollen, in Falten gelegt; auf der Höhe der Falten Röthung zu sehen, mit vereinzelten Haemorrhagien. Derartig erkrankte Stellen zeigten sich an mehreren Stellen des Darmtractus.

Magen vollständig leer; die Schleimhaut mit einem gelblichen Ueberzuge bedeckt, der sich aber leicht abspülen liess.

Die Nieren zeigten dunkle Röthung der Marksubstanz, die geraden Harnkanälchen der Rinde waren als verbreiterte, graue Striche zu sehen.

An der Haut war Auffallendes nicht zu bemerken.

Ein von G. Pernet veröffentlichter Fall[1]) betraf einen 31jährigen Fleischer, bei dem 10 Tage nach einer Fingerverletzung Pemphigus auftrat und nach 6 Tagen zum Tode führte. Pernet zitirt gleichzeitig noch fünf andere Fälle, sämmtlich bei Fleischern, und ausserdem acht Fälle von Pemphigus nach Verletzungen. Er vermuthet, dass der Dipplococcus Demme zu Pemphigus in Beziehung steht. Bläschenausschläge kommen bei Rindern vor und es fällt auf, dass Pemphigus wiederholt bei Fleischern beobachtet ist.

[1]) Brit. med. Journal vom 21. Dezember 1895.

Bemerkung zu meinem Artikel: Die Krankheiten der Sachsengänger und landwirthschaftlichen Arbeiter.

Wer meinen in Nr. 1 dieser Zeitschrift veröffentlichten, bereits im Sommer 1898 an die Redaktion über die Krankheiten der Sachsengänger und ländlichen Arbeiter eingesandten Artikel ohne politische und sonstige parteiliche Voreingenommenheit sorgfältig liest, findet darin eine Zusammenstellung der Krankheiten, welche bei den näher bezeichneten Arbeitern vorkommen, ihre Ursachen und Vorschläge zur Abhülfe auffallender Uebelstände.

Alle an die aus dem Zusammenhange herausgerissenen Sätze geknüpften Erörterungen fallen damit in sich zusammen und geben mir keinen Anlass, am allerwenigsten in politischen Zeitungen, mich auf nutzlose Erwiderungen einzulassen.

Dr. Schilling.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ein Fall geheilter Phosphorvergiftung. Von Kreisphysikus Dr. Coester. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., Bd. XVII, H. 1, S. 63; 1899.

Verfasser theilt einen Fall geheilter Phosphorvergiftung mit, der auch noch deswegen von Interesse ist, weil er zur Einforderung eines Gutachtens über die Zurechnungsfähigkeit der betreffenden Person Anlass gab. Ein schwachsinniges Weib nahm in selbstmörderischer Absicht ca. 15 Kuppen von Phosphorstreichhölzern zu sich, wonach sie sich des Nachts übergab. Am nächsten Morgen erwürgte sie in grosser Aufregung ihr 3jähriges Söhnchen und verfolgte ihre 8jährige Tochter, welche sich weigerte eine Aufschwemmung von Streichhölzerkuppen in Kaffee zu trinken, mit der Sense auf die Strasse, wohin diese geflüchtet war. Im Verlauf der Untersuchungshaft stellten sich deutliche Symptome der Phosphorvergiftung ein: Ecchymosen der Conjunctiva, Icterus, Nephritis, grosse Schwäche, starke Blutungen aus den Genitalien (Abort). Von Zeugen wurde festgestellt, dass die Frau am Morgen der That sich in einer Art Rauschzustand befand, in welchem sie ihre Bekannten nicht erkannte; die Augen seien blutunterlaufen, das Gesicht geröthet und gedunsen gewesen. Das Gutachten lautete, dass die Frau im Augenblick der Ausführung des Mordes nicht geistesfrei gewesen sei. Dieselbe wurde daraufhin ausser Verfolgung gesetzt und entmündigt.

Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber den Tod durch Tetanus in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Von Dr. Focke. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. III. F., Bd. XVII, Supplementheft, S. 81, 1899.

Die Hauptergebnisse vorliegender Arbeit sind folgende: Der Tod durch Tetanus erfolgt gewöhnlich unter dem Bilde der allgemeinen Erschöpfung oder der Erstickung, seltener durch Herzlähmung. Der Obduktionsbefund ist immer negativ; dagegen lassen sich häufig die Tetanusbazillen oder ihre Toxine durch die bakteriologische Untersuchung nachweisen, um so sicherer, je früher die Sektion gemacht werden kann. Zur Untersuchung werden die verdächtige Wunde und Theile des benachbarten Gewebes mit sterilen Instrumenten excidirt und ebenso wie Herzblut und Bronchialschleim in sterilen Gläsern, vor Chemikalien, hellem Licht und Erhitzung geschützt, aufbewahrt, und baldmöglichst der bakteriologischen Exploration unterworfen. Die Diagnose ist gesichert, wenn 1. ein mit Körperflüssigkeit oder Gewebstheilen der Leiche geimpftes Thier an typischem Tetanus erkrankt, die Züchtung aus tieferen Gewebstheilen virulente Tetanusbazillen ergiebt und nach der Anamnese krampfartige Erscheinungen vorlagen. Unsicher bleibt die Diagnose, wenn sie nur auf Impfungen resp. Kulturen aus oberflächlichen Verunreinigungen, Fremdkörpern,

Sekreten einer Wunde oder auf mikroskopischen Befund stecknadelförmiger Bazillen gegründet werden kann. Wenn mehrfache sachgemässe Impfungen auf empfängliche Thiere erfolglos bleiben, wird es unwahrscheinlich, dass Tetanus die Todesursache ist. Sorgfältiges Zusammenhalten der Anamnese und des Obduktionsbefundes mit dem Resultat der bakteriologischen Untersuchung ermöglicht den Nachweis, dass bei einem an Tetanus Verstorbenen die Krankheit Folge einer bestimmten Verletzung war. Am wichtigsten hierfür ist die Züchtung von Bazillen aus der Tiefe der Wunde oder ein positives Impfresultat.

Ders.

Verletzungen der Scheide durch digitale und instrumentelle Exploration. Von A. Calmann. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., Bd. XVII, H. 1, S. 57, 1899.

Verletzungen der Scheide durch digitale oder instrumentelle Exploration können unter Umständen den Verdacht eines straffälligen Eingriffes vortäuschen, die Kenntniss derselben ist daher zur Vermeidung von Irrthümern für den Gerichtsarzt nicht ohne Wichtigkeit. Verfasser war in der Lage eine Reihe derartiger Beobachtungen zu machen. Als disponirendes Moment für die Verletzungen fand er mehrfach schlechten Ernährungszustand im Wochenbett, unter welchem die Resistenzfähigkeit der Gewebe gelitten hatte; in einem Falle wirkte neben vorhandener Rigidität der Gewebe bei einer älteren Person die exzessive Spannung und Straffheit der vorderen Scheidenwand durch einen Beckentumor auf die Entstehung begünstigend. Zuweilen hatte der Untersucher schon beim Abtasten der Adnexe den Eindruck, als wenn die Scheidenwand unter dem nur gelinde drückenden Finger einriss. Meist jedoch wurden die Verletzungen durch die verschiedenen Arten von Specula verursacht. Geschwüre an der vorderen und hinteren Vaginalwand in der Höhe der Portio lassen nach Verfasser den Schluss zu, dass Simon'sche Rinnen- oder Plattenspecula zur Anwendung kamen, falls andere Entstehungsarten ausgeschlossen werden konnten. Verletzungen dicht oberhalb des Scheideneingangs und an der Hinterwand deuten auf Anwendung von Röhrenspecula. Wieder andere Lokalisation und Konfiguration zeigen die durch zweiklappige oder dreiklappige Specula, wie das Nott'sche, hervorgerufene Verletzungen. Quere seichte Einrisse am Ansatz der vorderen Scheidenwand an die Portio werden durch die Neugebauer'schen Halbrinnen bewirkt. Verletzungen durch den touchirenden Finger gehören zu den Seltenheiten und sind stets sehr geringfügig. Der Zusammenhang zwischen dem verletzenden Instrument und der muthmasslich von ihm erzeugten Verletzung ist gewöhnlich leicht zu erbringen. Ders.

Die pathologische Anatomie der Grosshirnverletzungen in gerichtsärztlicher Hinsicht. Von Dr. Adler. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medezin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., XVII. Bd., Supplementheft 1899, Seite 1.

Verfasser behandelt in einer umfangreichen Arbeit die pathologische Anatomie der Grosshirnverletzungen in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. In verschiedenen Abschnitten werden der Reihe nach besprochen: Gehirnerschütterung, Hirndruck durch intrakranielle Blutungen, Hirnquetschung, Rupturen des Grosshirns, Quetschwunden des Grosshirns, Hiebwunden, Stichwunden, Schusswunden und Eiterungsprozesse im Schädelinnern nach Grosshirnverletzungen. Die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit sind folgende: Die Diagnose Tod durch Gehirnerschütterung kann nicht auf den Sektionsbefund, sondern nur auf die Art der Gewalteinwirkung und die nach letzterer eingetretenen Krankheitserscheinungen gegründet werden. Das für die Gehirnerschütterung charakteristische klinische Symptom ist die im Moment der Verletzung eintretende Bewusstlosigkeit. Die Gehirnerschütterung tritt gewöhnlich nur bei sehr grosser Heftigkeit der einwirkenden Gewalt auf. Bei der Differentialdiagnose, ob der Tod durch akute Alkoholvergiftung oder Hirnerschütterung eingetreten ist, ist bei Fehlen einer unzweideutigen Anamnese das Hauptgewicht darauf zu legen, ob die Menge des genossenen Alkohols unter Berücksichtigung der darauf verwandten Zeit gross genug war, um den Tod des Betreffenden bewirken zu können.

Tod durch Hirndruck in Folge intrakranieller Blutungen wird am

häufigsten bei extraduralem Sitz derselben beobachtet, doch können auch subdurale und subarachnoideale Hämorrhagien den Tod zur Folge haben. Die in Folge intrakranieller Blutung entstehenden Hirndrucksymptome beginnen in der Regel erst eine oder mehrere Stunden nach der Verletzung. Tödtliche subarachnoideale Blutungen können durch spontane Berstung eines kleinen Aneurysmas verursacht sein, selbst für den Fall, dass weder die Anamnese für ein solches spricht, noch dasselbe bei der Sektion aufgefunden wird.

Bei der Unterscheidung von Hirnkontusionen und spontanen Gehirnblutungen kommen folgende Kriterien in Betracht:

1. Spontan erfolgen Hirnblutungen nur aus kranken Gefässen; auf traumatischem Wege können dieselben auch bei gesunden Gefässen entstehen.
2. Die traumatischen Hirnblutungen sitzen meist in der Hirnrinde, die aus inneren Ursachen entstandenen in der Tiefe der Hirnsubstanz.
3. Die traumatischen Blutungen treten in der Regel multipel auf und sind gewöhnlich kleiner, als die spontanen.
4. Die traumatischen Hirnblutungen pflegen von intrameningealen Hämorrhagien begleitet zu sein.

In jedem Falle, wo nach längerer, vielleicht sogar symptomloser Zeit nach einem Kopftrauma der Tod eintritt und sich als Todesursache ein Bluterguss in der Nähe der Hirnkammern findet, muss an die Möglichkeit einer traumatischen Spätapoplexie im Sinne Bollinger's gedacht werden, wenn keinerlei Gefässerkrankungen die spontane Entstehung der Blutung wahrscheinlich macht.

Grosshirnrupturen von Bedeutung entstehen nur durch Druckschwankungen in der Gehirnmasse in Folge der im Momente der Gewalteinwirkung erfolgenden Einbiegung resp. der gleich darauf folgenden Rückkehr des Schädelknochens in seine alte Form. Die Projektile aus kleinkalibrigen Revolvern sind in zahlreichen Fällen in's Grosshirn eingedrungen oder durch dasselbe hindurchgedrungen, ohne Bewusstlosigkeit herbeizuführen. Eiterungen im Schädelinnern entstehen niemals durch die Grosshirnverletzungen an und für sich. Die nach Grosshirnverletzungen auftretenden akuten und chronischen Eiterungen im Schädelinnern bieten für den Gerichtsarzt in Bezug auf ihre Aetiologie meist keine Schwierigkeiten. Die Rinde des Grosshirns ist der häufigste Sitz traumatischer Läsionen. Ders.

Ueber die Symptomatologie und einige Folgezustände der Grosshirnverletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung. Von Dr. Adler. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., Bd. XVII, Supplementheft S. 54. 1899.

Die Ergebnisse seiner Arbeit über die Symptomatologie und einige Folgezustände der Grosshirnverletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung fasst Verfasser in folgende Sätze zusammen:

1. Alle oder wenigstens ein Theil der in der ersten Zeit nach einer Grosshirnverletzung vorhandenen Symptome können von selbst verschwinden.
2. Bei Störungen von Seiten des Grosshirns ist die gerichtsärztliche Beurtheilung, ob ein Trauma oder eine andere Hirnkrankheit Ursache derselben ist, oft recht schwierig. Entspricht bei denselben der Ort der Verletzung einer Stelle des Gehirns, von der aus die krankhaften Symptome zu Stande kommen können, so ist ein Zusammenhang der vorhandenen Störung mit dem Trauma wahrscheinlich; ist dies nicht der Fall, so ist eine sichere Beurtheilung des Zusammenhanges nur unter Berücksichtigung des gesammten vorliegenden Materials zu geben.
3. Ob Diabetes Folge von Grosshirnverletzungen sein kann, ist zweifelhaft.
4. Im Anschluss an Grosshirnverletzungen können sich Epilepsie (meist Jackson'sche), Hysterie, Neurasthenie und mannigfache Psychosen entwickeln.
5. Bei der gerichtsärztlichen Beurtheilung des Zusammenhanges psychischer Störungen mit Grosshirnverletzungen hat der Gerichtsarzt
   a. das Vorhandensein von Geistesstörung nachzuweisen;
   b. zu beweisen, dass vor dem Trauma eine psychische Störung nicht bestand und dass keine anderen Ursachen für die Entstehung einer Psychose vorlagen;
   c. die Geistesstörung auf das Trauma zurückzuführen.

6. Nach Gehirnerschütterung schliesst sich bei schwereren Gewalteinwirkungen an die Bewusstseinspause ein Dämmerzustand an, welcher Amnesie hinterlässt.

7. Auch kann sich nach Gehirnerschütterung der Erinnerungsdefekt auf eine mehr weniger grosse Zeit vor der Verletzung erstrecken (Amnésie retroactive). Die Amnésie retroactive ist entweder dauernd oder vorübergehend. Diese Formen unterscheiden sich auch in ihrer gerichtsärztlichen Bedeutung.

Ders.

Aus der gerichtsärztlichen Praxis: Simulirte Geistesstörung bei Strafgefangenen. Von Dr. Karl Kantzner. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. 1899. I. Bd.. 1. H.

Nachdem die von Wenge, einem mehrfach vorbestraften Subjekte, herausgegebene Zeitschrift für Kriminalanthropologie durch die Verhaftung ihres Redakteurs ein fatales Ende genommen hatte, hat neuerdings Dr. Groos, Landgerichtsrath in Graz, den Versuch gemacht, ein ähnliches Unternehmen mit Unterstützung zahlreicher Fachmänner in's Leben zu rufen. Ein derartiges erfreuliches Zusammenarbeiten von Juristen und Aerzten wird sicher in erster Linie zur Beseitigung mancherlei Vorurtheile und falscher Auffassungen beitragen.

Das erste der zwanglos erschienenen Hefte bringt u. A. eine Arbeit von Kantzner, in der mehrere Fälle von simulirter Geistesstörung bei Strafgefangenen mitgetheilt werden. K. macht darauf aufmerksam, dass in Strafanstalten die Geistesstörungen nicht selten von dem klinischen Typus abweichen und durch ein fremdartiges Gepräge die Begutachtung erschweren. Dazu kommt, dass die Angaben der Mitgefangenen, nicht selten auch des Personals, mit grosser Reserve zu verwerthen sind. In mehreren der mitgetheilten Fälle wurde die Simulation durch die Uebertreibung des Krankheitsbildes evident. In einzelnen Fällen wurden Stuporzustände vorgetäuscht, in denen die Kranken wochenlang regungslos dalagen, die Nahrung verweigerten und stark von Kräften kamen, heimlich jedoch Wasser und Brod zu sich nahmen. Sehr interessant ist die Lebensgeschichte eines viel bestraften Gewohnheitsverbrechers, der nach mehrmonatlicher Beobachtung „wegen sekundären Blödsinns, Epilepsie und zunehmenden Kräfteverfalls" als unheilbar einer Krankenanstallt überwiesen wurde. Hier trat schnelle Besserung ein und schon kurze Zeit nach seiner Entlassung wurde der Sträfling wieder bei einem raffinirt durchgeführten Einbruche ergriffen. Bei der erneuten Anstaltsbeobachtung zeigte er das gleiche Bild wie vorher: erschien stumm, theilnahmlos, lehnte die Nahrung ab und wehrte sich gegen jeden Versuch künstlicher Ernährung. Unter äusserst strenger Behandlung fügte er sich endlich in die Hausordnung. Die Wiener Fakultät hatte in Uebereinstimmung mit K. den Erwähnten für einen Simulanten erklärt.

Soweit übrigens die etwas summarische Darstellung ein Urtheil erlaubt, dürfte es sich nach Ansicht des Referenten bei einigen Fällen nur um akute Gefängnispsychosen, die in Heilung übergingen, und nicht um Simulation gehandelt haben.

Dr. Pollitz-Brieg.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Broncho-pneumonie et pneumonie expérimentale par inoculations intratrachéales de tétragène. Von F. J. Bosc et Galavielle. Comptes-rendus de soc. de biol.; 4. November 1898, V., S. 981.

Den Verfassern gelang es, durch intratracheale Injektion virulenter Tetragenes-Kulturen beim Meerschweinchen verschiedene Lungenerkrankungen, Bronchitis, Bronchopneumonie, echte Pneumonien zu erzeugen, welchen den durch Pneumokokken experimentell erzielten Affektionen im Wesentlichen glichen und sich von denselben nur dadurch unterschieden, dass Fibrinbildung und Bluterguss geringer, die Wucherung des infektiösen Agens aber eine energischere war. Auf einigen Schnitten durch das Lungengewebe war der Tetragenes im Exsudat so reichlich, dass von einer echt eitrigen Pneumonie gesprochen werden konnte.

Dr. Mayer-Simmern.

Note sur la coloration du bacille de la tuberculose. Von G. Hauser. Ibidem; S. 1003.

Verfasser empfiehlt, statt der Mineralsäuren sich bei der Färbung der Tuberkelbazillen nach Ehrlich oder Ziehl organischer Säuren zu bedienen: Milchsäure oder Citronensäure in 5—10% alkoholischer Lösung. Auch Pikrinsäure und Pikrinsäure-Alkohol haben den Vortheil, rasch zu entfärben, die Tuberkelbazillen roth gefärbt und auf gelbem Grunde deutlich hervortreten zu lassen. Ders.

Sur la constance de l'aptitude ou de l'inaptitude de certains échantillons du bacille de Loeffler à se laisser agglutiner par divers serums antidiphtériques. Von J. Nicolas. Ibidem; S. 1001.

Normales Pferdeserum, das zu Kulturen verschiedener „Arten" Löffler'scher Bazillen zugesetzt wird, giebt mit denselben das Phaenomen der Agglutination nicht.

Zusätze von Serum antidiphtericum im Verhältnisse 1 : 10 und 1 : 20 zu voll entwickelten und durch häufiges Schütteln homogen gehaltenen Kulturen verhielten sich verschieden je nach den Laboratorien, aus denen das Serum stammte. Bei einem Theil der Kulturen trat mit Serum der verschiedensten Herkunft gleichmässig Agglutination ein; umgekehrt erwiesen sich jene Bazillen die gegen das Serum der einen Pferde refraktär waren, ebenso refraktär gegen das Serum antidiphtericum aus verschiedenen Quellen. Ders.

Ueber Luftstaub-Infektion. Von Privatdozent Dr. Max Neisser in Breslau. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; XXVII. Band, 2. Heft, 1898.

Zu der indirekten Uebertragung des Infektionserregers gehört die bisher noch wenig untersuchte Infektion durch den Luftstaub, welche das Thema der vorliegenden Arbeit darstellt. Die Uebertragung ist hierbei so vorzustellen, dass ausgestreutes Infektionsmaterial antrocknet, zu Staub zerfällt und durch die Luftbewegung an die nothwendige Eintrittspforte gelangt. Da somit auf dem Wege des Infektionserregers nur eine Station eingeschaltet zu sein braucht, so wird die Chance dieses Modus auf gleicher Stufe stehen etwa mit der von infizirten Nahrungsmitteln, Instrumenten u. s. w. Eine besondere Gefahr bietet dieser Modus noch dadurch, dass dabei eine sehr reichliche Vertheilung des Infektionsmaterials stattfindet, dass dies in einer sinnlich nicht wahrnehmbaren Form geschieht, und dass eine Uebertragung auch ohne das Zwischenglied des menschlichen Verkehrs, allein durch Luftbewegung möglich ist. Verfasser hat festgestellt, dass Bakterien, die durch Luftströme von 1 cm pro Sekunde über eine Strecke von etwa 80 cm in grosser Menge transportirt werden können, als verstäubbar gelten können. Er fand, dass eine Verbreitung durch den schwebenden Zimmerstaub unmöglich sei beim Diphtherie-, Typhus- und Pest-Bacill, bei Vibrio cholerae asiaticae, Pneumococcus und Streptococcus pyogenes; dass aber diese Verstäubbarkeit nach dem biologischen Verhalten der Infektionserreger nicht auszuschliessen sei bei Staphylococcus pyogenes aureus, B. pyocyaneus, Bacillus anthracis, Meningococcus und Bacillus tuberculosis. Es hat sich jedoch gezeigt, dass dem schwebenden Luftstaube für die erwähnten Krankheitserreger eine epidemiologische Rolle nicht zukommt. Aus diesem Grunde muss man auch für diese Krankheiten den Begriff des „Typhushauses", „Diphtheriehauses" u. s. w. modifiziren. Es ist wohl möglich, dass Infektionsmaterial im einzelnen Falle in den Staub gelangt und sich dort lange Zeit konservirt, es ist auch denkbar, dass von da aus gelegentlich eine neue Infektion durch Kontakt erfolgt; die noch viel verbreitete Vorstellung aber, dass dieser Staub zum Schweben kommen und so eine dauernde, unsichtbare Gefahr für Wohnung, Haus und Nachbarschaft bilden könnte, — diese Vorstellung ist auf Grund der Versuche nicht mehr haltbar.

Dr. Schröder-Wollstein.

Experimentelle Untersuchungen über Desinfektion im Gewebe

thierischer Organe. Von Dr. M. Blumberg. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; XXVII. Bd., 2. H., 1898.

Verfasser hat in seiner Arbeit eine grössere Zahl in der Praxis verwendeter Desinfektionsmittel nach einer besonderen Methode geprüft, die darin besteht, dass das Medium, in welchem die Bakterien sich befinden, thierisches Gewebe ist. Man ersieht aus den Versuchen, dass der relative Werth der einzelnen Desinfektionsmittel sich wesentlich verschiebt, je nachdem Bakterien in Suspension oder aber im thierischen Gewebe abzutödten sind. Verfasser kommt auf Grund seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen:

Die mit den bisher üblichen Desinfektionsmethoden erhaltenen Resultate lassen sich auf die praktischen Verhältnisse nicht direkt übertragen, sobald es sich um ein Desinficiens handelt, das seine Wirksamkeit im Gewebe entfalten soll, da die chemische Umsetzung, die das Medikament im Organismus erleidet, sowie die Tiefenwirkung zu wenig berücksichtigt werden. Zur Beseitigung dieser Fehlerquellen ist es empfehlenswerth, die Desinfektionsprüfung an Organstücken, die von Mikroorganismen reichlich durchsetzt sind, vorzunehmen, weil hierbei die chemische Umsetzung im Gewebe und die Tiefenwirkung des Medikaments nicht vernachlässigt wird (Milzen von weissen Mäusen, die mit Milzbrand oder Tetragenus geimpft wurden). Bei dieser Versuchsanordnung zeigt sich, dass die Silbersalze im Gewebe dem Sublimat sehr überlegen sind, da dieses im Gewebe durch chemische Umsetzung ganz erheblich an Desinfektionskraft verliert. Bei Zusatz von Kochsalz zu Sublimat, sowie bei Hydragyrum oxicyanatum ist dies viel weniger der Fall. Unter den Silbersalzen haben sich bei der Versuchsanordnung mit bakterienhaltigen Gewebsstücken Argentamin, Aktol und Itrol als die besten erwiesen; sie zeigten sich dem Argentum nitricum und Argonin überlegen. Die Phenole (Karbol und die Kresole) behielten im organischen Gewebe eine sehr hohe Desinfektionskraft bei.

Ders.

Eine durch Milchinfektion hervorgerufene Typhusepidemie, beobachtet zu Hamburg im August-September 1897. Von Dr. M. Wilckens. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; XXVII. Bd., 2. H., 1898.

Auf Grund einer interessanten epidemiologischen Studie kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass der beste Schutz, den wir gegen eine Milchinfektion haben, sicher das gründliche Kochen der Milch ist. Eine Bestätigung dieser Behauptung sieht Verfasser in der beobachteten Epidemie, indem bei sämmtlichen Fällen, die durch Milchinfektion hervorgerufen waren, der Genuss ungekochter Milch nachgewiesen wurde. Er stellt daraufhin den durchaus zu billigenden Grundsatz auf, den Genuss roher Milch nach Möglichkeit einzuschränken bezw. ganz zu verbieten.

Ders.

Das Auftreten der Pocken im Reg.-Bez. Münster vom Mai bis September 1898. Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamts; 1899, Nr. 3.

Im Reg.-Bez. Münster gelangte Anfangs Juni 1898 eine im Kreise Recklinghausen ausgebrochene Pockenepidemie zur amtlichen Kenntniss. Wie später angestellte Nachforschungen ergaben, waren schon im März 1898 zwei italienische Arbeiter in Bruch bei Recklinghausen, von denen der eine im Februar 1898 von einer Reise in die Heimath zurückgekehrt war, sowie mehrere andere Personen an Pocken erkrankt, so dass auch hier der Ausbruch der Krankheit mit höchster Wahrscheinlichkeit auf Einschleppung aus dem Ausland zurückzuführen ist. An diese schlossen sich die weiteren Erkrankungen in Bruch und dem nahegelegenen Recklinghausen an. Seit dem 10. Sept. 1898 sind Neuerkrankungen nicht mehr gemeldet; die letzten Pockenkranken waren im Oktober aus der ärztlichen Behandlung entlassen worden. Zur Zeit ist die Seuche in Bruch erloschen.

Die Massregeln gegen die Verbreitung bestanden in der schnellen Vornahme ausserordentlicher Schutzimpfungen und in der Beschleunigung der öffentlichen Impfungen, in der Unterbringung sämmtlicher Kranken in einer Isolirbaracke, sorgfältigsten Desinfektion aller Gegenstände, die mit den Kranken in Berührung gekommen waren, und Vernichtung der Krankheitskeime bei allen

bei der Krankheit in Betracht kommenden Wohnungen, Anbringung von Warnungstafeln an den Häusern von Kranken und Verbot des Verkehrs der Bewohner dieser Häuser, insbesondere des Besuchs der Arbeitsstätte und Kirche, sowie der Schule seitens der Kinder, endlich in der Anordnung, dass die Stellungspflichtigen vom Militärersatzgeschäft vorläufig fernzubleiben hätten. Die Behörden der benachbarten Kreise und des Regierungsbezirks Arnsberg wurden entsprechend benachrichtigt. Es gelang, die Seuche auf den ursprünglichen Herd zu beschränken.

Erkrankt sind im Ganzen 32 Personen, gestorben 2; bei 19 Geheilten war der Verlauf leicht, bei 11 schwer. Bei 29 Kranken liegen über die Form der Erkrankung Angaben vor; es bestanden bei 14 diskrete, bei 15 (hierunter befinden sich auch beide Gestorbene) konfluirende Pocken.

Bezüglich des Impfzustandes ist darauf hinzuweisen, dass die anlässlich des Ausbruchs der Pocken vorgenommenen Schutzimpfungen nachweislich bei einzelnen Personen zu spät kamen, da sich diese bei der Impfung bereits im Inkubationsstadium befanden und somit keinen Schutz gewähren konnten. Von den 32 Kranken standen im Alter bis zu 1 Jahr: 2, über 1—2 Jahr: 5, über 2—5 Jahr: 2, über 5—10 Jahr: 4, über 21—30 Jahr: 5, über 31—40 Jahr: 4, über 41—50 Jahr: 9, über 60 Jahr: 1. Ungeimpft bezw. im Inkubationsstadium geimpft waren 7 (2 im Alter bis 1 Jahr, 4 im Alter über 1—2 Jahr und 1 im Alter über 5—10 Jahr); davon sind 1 gestorben, 3 schwer und 3 leicht erkrankt. Einmal als Kind geimpft waren 17, davon sind 1 (über 60 Jahr) gestorben, 6 (1 über 5—10 Jahr, 1 über 30—40 Jahr und 4 über 41—50 Jahr) schwer und 10 leicht erkrankt; wiedergeimpft waren 8, davon sind 2 (im Alter über 41—50 Jahr) schwer und 6 (im Alter über 20—50 Jahren) leicht erkrankt. Alle Personen, seit deren letzter erfolgreicher Impfung bezw. Wiederimpfung (aber nicht mit Berücksichtigung einer etwa im Inkubationsstadium vorgenommenen Impfung bezw. Wiederimpfung) noch nicht 25 Jahre verflossen waren, erkrankten, wenn sie überhaupt erkrankten, nur leicht. Je weiter die letzte Impfung zurücklag, desto mehr schwere Erkrankungen traten auf; die beiden Todesfälle betrafen Leute, die gänzlich ungeimpft bezw. vor mehr als 50 Jahren zum letzten Mal geimpft waren. Je vollkommener der persönliche Impfschutz war, desto grösser erwies sich die Aussicht, dass eine Erkrankung an Pocken, wenn sie überhaupt auftrat, einen leichten Verlauf nahm. Rpd.

In welcher Art soll die physische Erziehung der Schulkinder angeordnet werden? Von Dr. A. Palmberg, Professor in Helsingfors (Finnland). Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1898, Nr. 6.

Die Frage, ob geistige und körperliche Ueberbürdung bei den Schulkindern vorkommt, darf für einen grossen Theil der letzteren als im bejahenden Sinne entschieden angesehen werden. Als ebenso feststehend darf es nach den bekannten Experimenten von Burgerstein, Kraepelin und Griessbach erachtet werden, dass mit dem Fortschreiten der Unterrichtsstunde eine sich immer steigernde Ermüdung der Kinder eintritt, die, wenn sie nicht durch die nöthige Ruhe und Erholung neutralisirt wird, zu Gesundheitsstörungen führen muss. Diese Zustände durch hygienische Massnahmen völlig zu beseitigen, liegt ausserhalb der Grenzen der Möglichkeit und zwar wegen der Verschiedenheiten in dem Körperzustande und der geistigen Begabung der Schüler und wegen der Verschiedenheiten in den ökonomischen und Familienverhältnissen derselben. Man kann eben nur suchen, die „Ermüdung“ möglichst zu beschränken — durch Abkürzung der Unterrichtszeit —, und den Störungen in der körperlichen Entwickelung entgegenzuwirken durch zwischen den Schulstunden stattfindende Bewegung im Freien und durch gut, d. h. pädagogisch geleitete Turnübungen. Es ist jedoch ein grosser Fehler, den Turnunterricht selbst als eine Rekreation, eine Erholung von der geistigen Arbeit zu betrachten; schwächere Kinder sind nach dem Turnunterricht geistig wie körperlich mehr angestrengt, als nach irgend einer anderen Unterrichtsstunde.

Der Verfasser fasst seine Ansichten über diesen Gegenstand in nachstehende Thesen zusammen:

1. Die immer grösseren Ansprüche an die intellektuelle Entwickelung der Schulkinder erfordern mit Nothwendigkeit, als Gegengewicht, eine zweckmässige physische Erziehung.

2. Die physische Erziehung der Schulkinder soll nicht bloss der geistigen und köperlichen Ueberbürdung entgegenwirken, sondern auch den Körper stärken und dessen normale und harmonische Entwickelung befördern.

3. Die Hauptmittel um diesen Zweck zu erreichen sind:

a) Bewegungen und Spiele im Freien;

b) Gymnastik.

4. Hauptzweck der Kategorie a) ist, die durch das Schulsitzen hervorgerufene geistige und körperliche Müdigkeit zu neutralisiren; Bewegungen dieser Art sollen zwischen den einzelnen Schulstunden stattfinden.

Die Gymnastik, die vorzugsweise geeignet ist, den Körper zu stärken und dessen harmonische Entwickelung zu befördern, soll in den Unterrichtsplan eingeordnet und als gleichwerthig mit den übrigen Unterrichtsstunden betrachtet werden.

5. Die Gymnastik nimmt sowohl die Muskulatur-, wie die Gehirnthätigkeit in Anspruch und darf deshalb überhaupt nicht als eine Rekreation, als eine Erholung vom geistigen Unterricht, sondern muss als ein faktischer Theil der Schularbeit angesehen werden. Extrastunden dürfen dazu nicht bestimmt werden

6. Mit Rücksicht auf den verschiedenen Körperzustand und die verschiedenen Kräfte der Schulkinder soll die Gymnastik in gewissem Grade individualisirt werden durch Gruppiren der Kinder in stärkere und schwächere, mit weniger anstrengenden Uebungen und längeren Ruhezeiten für die schwächeren.

7. Kinder mit so schwacher Gesundheit, dass sie keinerlei schulgymnastische Uebungen vertragen, müssen auch von dem übrigen Schulunterricht ferngehalten werden, bis ihr Zustand gebessert ist.

8. Die physische Erziehung, als Gegengewicht gegen die geistige, soll wie die letztere täglich und stündlich stattfinden; die Lektionen sollen stündlich unterbrochen werden durch freie Bewegungen, und die Gymnastik soll täglich geübt werden.

Geordnete Spiele im Freien können bei passender Witterung mit der Gymnastik abwechseln.

9. Die pädagogische Gymnastik soll von völlig kompetenten Lehrern geleitet werden. Die Uebungen sollen, wo möglich, im Freien, sonst in dazu geeigneten, geräumigen, staubfreien und gut ventilirten Sälen vor sich gehen.

Wie aus Vorstehendem ersichtlich, werden an die Kompetenz und Sorgfalt der Turnlehrer in Beziehung auf die Behandlung sowohl des Unterrichtsgegenstandes, als auch der einzelnen Schüler grosse Forderungen gestellt. Es dürfte deshalb interessiren, auch die offiziell verlangte Vorbildung der Turnlehrer in Finnland kennen zu lernen. Diese sind:

1. Abiturientenexamen.
2. Einjähriger Kursus an der Universität in Chemie und Physik.
3. Zweijähriger Kursus in dem gymnastischen Institut an der Universität.
4. Praktischer Probeunterricht in der Normalschule.
5. Examen paedagogicum.

Für Turnlehrerinnen in den Mädchenschulen sind die Anforderungen dieselben mit der alleinigen Ausnahme, dass statt des Abiturientenexamens das Absolviren einer höheren Mädchenschule genügt, und dass der Probeunterricht in einer Mädchenschule abgehalten wird.

Die Volksschullehrer absolviren in den Seminarien einen Kursus in der pädagogischen Gymnastik. Dr. Glogowski-Görlitz.

Besprechungen.

Dr. med. Oskar Schwarz, Direktor des städtischen Schlacht- und Viehhofes zu Stolp i. P.: Bau, Einrichtung und Betrieb öffentlicher Schlacht- und Viehhöfe. Ein Handbuch für Sanitäts- und Verwaltungsbeamte. Zweite umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage mit 196 in den Text gedruckten Abbildungen. Berlin 1898. Verlag von Jul. Springer. Gr. 8°, 472 Seiten. Preis: 10 Mark.

Innerhalb von vier Jahren ist diese zweite Auflage nöthig geworden,

gewiss ein Zeichen, dass Verfasser der Befriedigung eines wirklich vorhandenen literarischen Bedürfnisses mit der Abfassung seines Buches entsprochen und dieses auch vielen Beifall gefunden hat. Die zweite Auflage ist erheblich vermehrt, die frühere Eintheilung aber beibehalten worden. Ganz wesentliche Erweiterungen erfuhr das Kapitel I, welches einen geschichtlichen Ueberblick über die Schlachtstätten des Alterthums und Mittelalters, die erste Bewegung für Verbesserung der Schlachtstätten in Deutschland enthält und um eine Darstellung der geschichtlichen Entwickelung der Schlachthofsverhältnisse sämmtlicher europäischer und einiger aussereuropäischer Staaten vermehrt ist. Im Kapitel II sind zu den schon früher vorhandenen Erläuterungen aus den Motiven zum preussischen Gesetz, betreffend die Einrichtung öffentlicher Schlachthäuser, vom 18. März 1868 und 9. März 1881 Anmerkungen aus den Parlamentsverhandlungen und Gerichtsentscheidungen hinzugekommen, welche den Text des Gesetzes wesentlich verständlicher machen und seine Durchführung in der Praxis beleuchten. Das Kapitel III, die Schlachthofsanlagen behandelnd, ist um viele Abbildungen von Apparaten und von neuen Plänen ausgeführter Anlagen, sowie um einen Anhang, in welchem die Betäubungsinstrumente, Niederlege- und Schächtvorrichtungen beschrieben sind, bereichert. Es fehlt auch nicht die Beschreibung des wichtigen Kühlhauses, seiner Kosten und seiner Rentabilität. Der Abwässerkläranlagen, der Düngerverwerthung endlich, einer Frage, die in manchen Städten nur mit Schwierigkeiten sich lösen lässt, widmet Verfasser genügende Aufmerksamkeit. Dass der Untersuchung des Schlachtviehes und der Verwerthung minderwerthigen Fleisches, sowie der Beseitigung kranker Theile oder ganzer Thiere durch die neuesten und besten Apparate, z. B. Dr. Rohrbeck's Patent-Fleisch-Desinfektor, besondere Sorgfalt in der Darstellung geschenkt ist, ist bei einem so vortrefflichen Buche nicht anders zu erwarten. Ganz neu hinzugekommen ist der Abschnitt „Viehhof", in dem sich alle in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen gesammelt finden. Mit Druck, Abbildungen und Papier hat sich die Verlagsbuchhandlung ein erfreuliches Zeugniss ihrer Sorgfalt in der Ausstattung ausgestellt. So kann denn diese neue Auflage jedem Medizinalbeamten etc. zur Lektüre sowohl, wie zur Anschaffung nur auf's Wärmste empfohlen werden. Dr. Cöster-Goldberg.

Dr. O. Dammer: Handbuch der chemischen Technologie. V. Band. Mit 113 in den Text gedruckten Figuren. Stuttgart 1898. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°; 694 S. Preis: 18 Mark.

Mit diesem fünften Bande wird ein Werk beendet, an welchem viele fleissige Hände mitgebaut haben. Jeder der Bände des Gesammtsammelwerkes hatte gewissermassen einen Selbstzweck. Der erste, dem wohl auch das Ganze seinen Namen verdankt, war von besonderem Werth für die chemische Grossindustrie, der zweite der Metallurgie, der dritte der Landwirthschaft, der vierte für die Fragen nach Beleuchtung, Heizung, Theerverwendung, und der fünfte soll besonders dem Nahrungsmittelchemiker, dem Hygieniker und dem Elektrotechniker ein Nachschlagebuch sein. Bei dieser Vielseitigkeit kann es nicht fehlen, dass, wie bei allen Sammelwerken, die nicht zugleich Lehrbücher sein wollen, der und jener etwas vermisst, was er gern gefunden hätte, und manches wiederum findet, dem er kein Interesse entgegenbringt. Müssen doch alle Kapitel in zusammengedrängter Darstellung den Gegenstand möglichst erschöpfen und gleichzeitig die neusten, wissenschaftlich sicheren Errungenschaften bringen. Die Herren Mitarbeiter haben diese sehr schwierige Aufgabe geschickt zu lösen verstanden und dadurch ist auch der V. Band ein werthvolles Nachschlagebuch nicht nur zur Auffrischung vergessener Dinge, sondern auch zur Anregung zu erneutem Studium geworden. Noch höheren Werth würde das Werk besitzen, wenn es eine Literaturanweisung enthielt. Man muss zugeben, dass dadurch Umfang und Kosten erheblich sich gesteigert hätten; aber dem Nachschlagenden wäre dann doch die Möglichkeit gegeben gewesen, in Punkten, die er genauer nochmals studiren wollte, sofort diejenigen Autoren zu finden, welche speziell über den Gegenstand geschrieben hatten. Druck, Papier und die zahlreichen Abbildungen sind vorzüglich und einer so tüchtigen Verlagshandlung wie Ferdinand Enke würdig. Ders.

Dr. Ernst Odebrecht, Sanitätsrath in Berlin: Ueber die Grenzen der Asepsis gegen die Antiseptik. Halle a. S. 1898. Verlag von Carl Marhold. Gr. 8°; 25 Seiten. Preis: 1 Mark.

Nach des Verfassers Ansicht vermag weder die Aseptik noch die Antiseptik für sich allein dauernde Keimfreiheit der Wunden zu garantiren. Der grosse Aufschwung der Gynäkologie, als sie sich der Antiseptik bemächtigte und chirurgisch wurde, lässt sich nicht leugnen. Aber trotz der Antisepsis waren die Erfolge der Peritonealchirurgie keine vollkommenen. Der Satz Schröder's: „Das Peritoneum könne ohne Gefahr auf jede Art gemisshandelt, nur dürfe es nicht infizirt werden" besteht nicht mehr zu Recht; es soll vielmehr das Peritoneum zwar vor Infektion gehütet, aber auch vor jeder Verletzung ängstlich bewahrt werden, denn ein intaktes Peritoneum wird selbst mit virulenten Streptokokken fertig. Verletzungen setzen das Peritoneum in seiner Vitalität herab, dasselbe thun zu reichlich angewandte Antiseptica und Ptomaine. Und dieses in seiner Widerstandskraft herabgesetzte Peritoneum liefert durch ergossenes Blut, durch Kystomflüssigkeit einen guten Nährboden für die Infektion: das Peritoneum wird infizirt, ohne dass wir es infiziren; die Kranken sterben nicht, weil sie septisch sind, sondern sie werden septisch, weil sie sterben! (Fritsch).

Mit dieser Erkenntniss kam man von der Antiseptik zur Aseptik. Reine Aseptik ist nicht leicht. Der Angelpunkt der Aseptik ist die Desinfektion der Hände. Die Einführung der Operationshandschuhe — weniger ein Fortschritt als ein Auswuchs — bezeugen unsere Ohnmacht. Mit gewöhnlichem Waschen und einfacher Seife bekommt man die Hand nie keimfrei, wohl aber kommt man diesem Ziele nahe bei Anwendung von Sapo viridus; diese Seife wird gebraucht zuerst ohne Wasser, dann mit Wasser und Bürste, und schliesslich folgt Alkohol und Sublimat.

Aber die Luft, die Umgebung der Wände, das Nähmaterial u. s. w., Alles bedingt Gefahren für die Aseptik. Und deshalb verwendet der Verfasser eine Kombination der Aseptik mit der Antiseptik und erzielt durchaus zufriedenstellende Resultate bei hunderten von Operationen in der Bauchhöhle und von der Vagina aus.

Auch die Stichkanal-Eiterungen hat O. vermieden durch Anwendung von jodoformirter Seide, hier ebenfalls Asepsis mit Antisepsis gepaart.

Fritsch's Anweisung zur Ausführung der Laparotomie lässt auch erkennen, dass F. die Bauchhaut für schwer sterilisirbar hält.

Auf den Vorwurf, dass ein schwaches Antisepticum wirkungslos, ein starkes gefährlich sei, entgegnet der Verfasser, dass die schwachen Lösungen auf Streptokokken und Staphylokokken, wenn auch nicht tödtend, so doch entwickelungshemmend wirkten. So können Ergüsse (Blut, Kystomflüssigkeit) resorbirt und ein guter Nährboden beseitigt werden, ehe die Kokken sich erholt haben. Dr. Hoffmann-Halle a./S.

Tagesnachrichten.

Der dem Abgeordnetenhause vorgelegte Gesetzentwurf, betreffend die **ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern,** weicht in seinem Wortlaute nur wenig von dem zuerst bekannt gegebenen, in der Beilage zu Nr. 7, Jahrg. 1896, der Zeitschrift abgedruckten Entwurfe ab und ist deshalb von einer vollständigen Wiedergabe des Entwurfes abgesehen; die wenigen Abweichungen sind jedoch z. Th. recht wichtiger Natur und tragen besonders den von Seiten der Aerzte und Aerztekammern geäusserten Wünschen Rechnung. Zunächst hat §. 2 den Zusatz erhalten:

„Die der Zuständigkeit des Ehrengerichts nicht unterworfenen Aerzte[1]) sind bei den Wahlen für das Ehrengericht weder wahlberechtigt, noch wählbar."

---

[1]) Der Zuständigkeit des Ehrengerichts sind nach §. 2 Abs. 1 nicht unterworfen: die beamteten Aerzte, die Militär- und Marineärzte, sowie die Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes während ihrer Ein-

Demgemäss ist auch in den §§. 6 und 43 (Zusammensetzung des Ehrengerichts und Ehrengerichtshofes) die Bestimmung vorgesehen, dass die ärztlichen Mitglieder dieser beiden Gerichtshöfe zu den wahlberechtigten Aerzten gehören müssen und, wenn der Vorsitzende der Aerztekammer dies nicht ist, an seiner Stelle ein anderes Mitglied der Aerztekammer gewählt werden muss. Desgleichen ist die Staatsregierung den Wünschen des Aerztekammerausschusses betreffs der dem Ehrengericht nicht unterstellten beamteten Aerzte u. s. w. insoweit nachgekommen, als durch ein Zusatz zu §. 4 bestimmt ist, dass in solchen Fällen, wo in Bezug auf eximirte Aerzte Thatsachen vorliegen, die bei einem anderen Arzte ein ehrengerichtliches Verfahren nach sich ziehen würden, und dies von Seiten des Ehrengerichts der zuständigen Dienstbehörde mitgetheilt wird, diese das Ehrengericht von dem Ausgange des einzuleitenden Disziplinarverfahrens zu benachrichtigen hat, sofern nicht dienstliche Interessen entgegenstehen.[1])

Der Forderung der Aerzte, dass das Verhalten ausserhalb des Berufes nicht Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens werden dürfe, ist durch folgende abgeänderte Fassung der §§. 3 und 14 Rechnung getragen:

§. 3. „Das Ehrengericht hat über Verstösse gegen die ärztliche Standesehre und gegen das Verhalten, welches der Beruf des Arztes erfordert, zu entscheiden."

§. 13. „Ein Arzt, welcher die Pflichten seines Berufes verletzt oder sich durch sein Verhalten der Achtung und des Vertrauens unwürdig zeigt, welche der ärztliche Beruf erfordert, hat die ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt."

Darnach ist zwar nach den Motiven „die Möglichkeit offen gelassen, einen Arzt, der sich durch sein ausserberufliches Verhalten der Achtung und des Vertrauens unwürdig zeigt, welche der ärztliche Beruf erfordert, zur ehrengerichtlichen Bestrafung zu ziehen, gleichzeitig aber die ausdrückliche Begrenzung gegeben, dass politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten und Handlungen eines Arztes als solche niemals den

---

ziehung zur Dienstleistung. Als „beamtete Aerzte" sind nach der Begründung des Entwurfes „alle Aerzte anzusehen, die als Reichsbeamte den Vorschriften des Gesetzes, betreffend die Rechtsverhältnisse der Reichsbeamten vom 31. März 1873, oder als preussische unmittelbare oder mittelbare Staatsbeamten dem Gesetze, betreffend die Dienstvergehen der nicht richterlichen Beamten vom 21. Juli 1852, unterliegen, oder auf welche das Gesetz, betreffend die Disziplinarverhältnisse der Privatdozenten an den Landesuniversitäten vom 17. Juni 1898 Anwendung findet. Zu den beamteten Aerzten im Sinne dieses Gesetzes gehören also insbesondere die preussischen Reg.- und Medizinalräthe, die Kreisphysiker, die Kreiswundärzte, die ordentlichen und ausserordentlichen Professoren, sowie die Privatdozenten der Landesuniversitäten, die Vorsteher, Abtheilungsvorsteher und angestellten Assistente der wissenschaftlichen Staatsinstitute, die ärztlichen Beamten der Gemeinde-, Kreis- und Provinzialverbände und ähnlicher, unter der Aufsicht und Kontrole des Staates stehender Korporationen."

[1]) Die Motive sagen hierzu: „Im Uebrigen ist es selbstverständlich, dass die staatlichen Behörden auf jede an sie abgegebene begründete Anzeige gegen den betreffenden beamteten u. s. w. Arzt das Erforderliche in dieser Hinsicht veranlassen werden. — Da die ärztlichen Ehrengerichte nach dem Entwurfe anerkannte Behörden sind, so erscheint auch die Vorschrift im Absatz 2 unbedenklich und um so mehr geboten, als die Ehrengerichte häufig und namentlich in Fällen, wo die auf ihre Mittheilung hin eingeleitete staatliche Disziplinar-Untersuchung zur Dienstentlassung der betreffenden beamteten oder Militär- u. s. w. Aerzte und damit zur Unterstellung unter die ehrengerichtliche Zuständigkeit führt, ein begründetes beamtliches Interesse daran haben werden, über den Ausgang der Disziplinar-Untersuchung eine authentische Mittheilung der zuständigen staatlichen Dienstbehörde zu erhalten. Andererseits ist durch die Bestimmung, dass die vorgesetzten Dienstbehörden des betreffenden Arztes nur insofern Mittheilungen über den Ausgang des staatlichen Verfahrens zu machen haben, als nicht dienstliche Interessen entgegenstehen, den staatlichen Behörden die unbedingt nothwendige Möglichkeit gegeben, auf Grund ihrer pflichtmässigen Beurtheilung in besonders gearteten Fällen eine Benachrichtigung des ärztlichen Ehrengerichts zu unterlassen."

Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden können. Die Feststellung des Begriffs der ärztlichen Standesehre und der beruflichen Pflichten des Arztes durch ein in's Einzelne gehende Standesordnung erscheint gegenwärtig nicht ausführbar. In dieser Beziehung wird vielmehr erst eine längere Praxis der ärztlichen Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes die nöthigen Unterlagen schaffen müssen, aus denen sich eine einwandfreie ärztliche Standesordnung allmählich von selbst ergeben wird."

Bei der Zusammensetzung der Ehrengerichte (§. 6) und des Ehrengerichtshofes (§. 43) ist den Wünschen der Aerzte entsprechend davon ausgegangen, dass die Mehrzahl der Mitglieder dieser Gerichtshöfe aus Aerzten und zwar aus gewählten Vertrauensmännern der ärztlichen Standesvertretungen — das Ehrengericht aus dem Vorsitzenden der Aerztekammer, drei zu wählenden Mitgliedern derselben und einem von der Aerztekammer gewählten Mitgliede eines ordentlichen Gerichts, der Ehrengerichtshof aus vier Mitgliedern des Aerztekammer-Ausschusses, zwei von dem König ernannten, anderen wahlberechtigten Aerzten und dem Direktor der Medizinalabtheilung im Kultusministerium — bestehen sollen. Nicht minder wichtig ist die jetzt in den §§. 7 und 44 getroffene Abänderung, dass zu jeder dem Angeschuldigten nachtheiligen Entscheidung, welche die Schuldfrage betrifft, eine Mehrheit von $^4/_5$ (Ehrengericht) bezw. $^5/_7$ (Ehrengerichtshof) erforderlich ist. Die Bestimmung, dass die ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichts und Ehrengerichtshofes ihr Amt als Ehrenamt verwalten, ist selbstverständlich beibehalten, dagegen werden ihnen in dem jetzigen Entwurfe nicht nur die baaren Auslagen erstattet, sondern auch Tagegelder und Reisekosten nach den von den Aerztekammern zu bestimmenden Sätzen gewährt.

Im letzten Abschnitt (§§. 44—45) über das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern ist insofern eine Aenderung eingetreten, als nicht der Vorsitzende der Aerztekammer, sondern ein aus der Mitte der Aerztekammer zu wählendes Mitglied die Kasse zu führen hat und als Vollstreckungsbehörde wegen Beitreibung von Geldbeträgen die Ortspolizeibehörde gilt. Die Motive sagen zu diesem Abschnitt:

„Die Bestimmungen über das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern sind aus der Erkenntniss erwachsen, dass es nothwendig ist, den ärztlichen Standesvertretungen genügende Mittel zuzuführen, um einmal die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens, soweit sie nicht erstattungsfähig sind, zu decken und ferner Ausgaben für dringliche Standesbedürfnisse, insbesondere für die Unterstützung nothleidender Standesgenossen und deren Hinterbliebenen zu beschaffen.

Die Umlagebeträge sollen von sämmtlichen zur Aerztekammer wahlberechtigten Aerzten, also auch von den beamteten Aerzten — dagegen nicht von den Militär- und Marineärzten, sowie den Militär- und Marineärzten des Beurlaubtenstandes während ihrer Einziehung zur Dienstleistung — erhoben und bei nicht freiwilliger Zahlung im Verwaltungszwangsverfahren beigetrieben werden. Ueber die Höhe derselben und den Beitragsfuss entscheidet die Aerztekammer. Der Beschluss derselben soll jedoch der Genehmigung des Oberpräsidenten bedürfen, damit die Möglichkeit gegeben ist, eine etwaige unzweckmässige Vertheilung und übermässige Steigerung dieser Umlagen, die zu einer Ueberbürdung der Aerzte mit geringen Einnahmen führen könnte, zu verhindern."

In der am 4. d. M. stattgehabten Berathung des Abgeordnetenhauses über den in Rede stehenden Gesetzentwurf hat dieser bei fast allen politischen Parteien eine günstige und im Allgemeinen zustimmende Aufnahme gefunden, nur die Vertreter der freisinnigen Volkspartei (Prof. Dr. Virchow und Dr. Langerhans) und der freisinnigen Vereinigung (Abg. Rickert) sprachen dagegen. Virchow bestritt die Nothwendigkeit staatlicher Ehrengerichte, auch sei es höchst bedenklich, ohne die im Gesetz fehlende Feststellung des Begriffs der ärztlichen Standesehre und der beruflichen Pflichten Recht zu sprechen; denn dann bleibe das Urtheil vollkommen der Willkür überlassen. Dazu komme, dass bei der Zusammensetzung und bei dem Verfahren der Ehrengerichte die Staatsgewalt, insbesondere der Einfluss des Oberpräsidenten und seines Beauftragten als Vertreter der Anklage prälvaire. Mit Recht lasse zwar der Gesetzentwurf die durch die Gewerbeordnung geschaffene Stellung der Aerzte unberührt und beschäftige sich auch nicht mit Schutzmassregeln gegen

die allgemeine Kurpfuscherei, sondern er richte sich vielmehr gegen die Pfuscher unter den Aerzten selbst; aber wenn auch deren Zahl in Preussen weit grösser sei, als vielfach angenommen werde, so würden diese Aerzte dem Publikum wie dem ärztlichen Stsnde doch nicht in dem Masse schaden, wie die rigorosen Bestimmungen des Gesetzentwurfs. Der Schutz der Aerzte gegen Pfuscher in ihrem eigenen Kreise seien nicht durch derartige gesetzliche Bestimmungen, sondern in der freien Assoziation, in der Bildung von Vereinen zu suchen, die sich nach ihren eigenen Gesetzen regieren und nicht durch die Staatsregierung organisirt sind. Redner bemängelte ausserdem die Höhe der Strafgelder und ihre Benutzung zu einer Form der Reliktenversorgung. Er will die Zweckmässigkeit der Ausdehnung des Umlagerechts zu Unterstützungszwecken anerkennen, glaubt aber, dass der Staat den nothleidenden Aerzten wie deren Hinterbliebenen mehr beistehen müsste, als es bisher geschehen. Jedenfalls gehe aber das eingeräumte Umlagerecht zu weit; auch sei es nicht ausgeschlossen, dass nach dem Gesetze auch der Oberpräsident einmal eine Erhöhung der Beiträge festsetzen könne, da bei der jetzigen, den Aerzten so wenig günstigen Judikatur des höchsten Gerichtshofes alles möglich sei. Wenn der Entwurf Gesetz werden sollte, dann müsse vor allem durch genauere Fassung der §§. 3 und 14 die Grundlage für Vergehen gegen die Standesehre geschaffen werden, denn man dürfe sich nicht damit trösten, dass sich dies später gleichsam von selbst finden würde; ausserdem können auch die künftigen Ehrengerichtshöfe von falschen Definitionen und Deduktionen ausgehen, ebenso wie dies jetzt die Gerichtshöfe auf ärztlichem Gebiete mehrfach gethan hätten. Ohne die angeregten Besserungen müsse er sich gegen den Entwurf erklären, sei aber gern bereit, an seiner Verbesserung mitzuarbeiten. Abg. Dr. Langerhans stellte sich auf denselben Standpunkt und sprach sich ebenfalls gegen das kleine, unbedeutende und nichtssagende Gesetz aus, das für die Entwicklung der Medizinalreform, die noch immer auf sich warten lasse, ganz ohne jeden Werth sei. Eine besondere Ehre der Aerzte gebe es ebensowenig wie in einem anderen Stande, sie brauche daher auch nicht durch ein derartiges Ausnahmegesetz, das nur eine Menge von Denunziationen von Privatpersonen zu Folge haben werde, geschützt zu werden. Er müsse es sehr bedauern, dass die Aerzte selbst dem Entwurfe in ihrer Mehrheit zugestimmt hätten. Man glaube sich durch das Gesetz gegen unlautere Elemente, Kurpfuscher und Reklamemacher zu schützen; gegen diese müssten aber ganz andere Mittel angewendet werden.

Diesen Ausführungen gegenüber betonte zunächst der Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. Bosse, dass der Entwurf absolut kein politisches Gepräge, namentlich kein parteipolitisches habe. Die Staatsregierung habe gar nicht daran gedacht, sich irgend eine Gewalt über die Aerzte aneignen zu wollen, sondern die Aerzte seien es gewesen, die auf's Dringendste gebeten hätten, doch endlich diesen Weg zu beschreiten. Wenn aber ein ehrenhafter freier Berufsstand in seiner grossen Mehrheit das Bedürfniss empfinde, sich vor dem Eindringen unehrenhafter Elemente zu schützen und seine Gemeinschaft rein zu halten nach Kräften, soweit das unter menschlichen und irdischen Verhältnissen möglich sei, so erscheine das als ein so gesunder Gedanke ehrenhafter Gesinnung und korporativen Gemeinschaftssinnes, dass schon deshalb auch die Staatsgewalt allen Grund habe, wenigstens ihre Hand zu bieten, um das zu erreichen. Dass bei einer solchen staatlichen Ordnung Rücksichten auf die Staatsgewalt nicht völlig aus dem Gesetzentwurf wegbleiben können, ergebe sich schon daraus, dass die Aerzte einen staatlichen Zwang zur Erreichung gewisser Ziele, die hier erreicht werden sollen, gebrauchen. So erkläre sich das Zustandekommen des Gesetzentwurfs, der auf dem Grundgedanken freier Selbstbestimmung der Aerzte, einer freien und staatlicherseits unbeeinflussten Selbstverwaltung der Berufsgenossen beruhe. Auch in dem Ehrengerichtshofe sei die Majorität ganz unbestritten und frei bei den Aerzten. Von einer staatlichen Beeinflussung bei dem ehrengerichtlichen Verfahren könne daher nicht die Rede sein. Wenn wirklich die Dinge so lägen, wie der Abg. Dr. Virchow annehme, so wäre es ganz undenkbar, dass zehn Aerztekammern sich mit einer überwiegenden Majorität dringend für den Entwurf, wie er ihnen jetzt vorgelegt sei, ausgesprochen und auch die beiden ablehnenden Aerztekammern ihren Beschluss mit einer ganz winzigen Majorität gefasst haben, so dass man sagen könne, dass $^{11}/_{12}$ aller preussischen Aerzte eifrig für die Annahme und das Zustandekommen des Entwurfs in seiner jetzigen Gestalt eingetreten seien. Das sei das einzige Mo-

ment, das für die Staatsregierung entscheidend gewesen sei. Wenn die Geldstrafen zu hoch befunden würden, so könnten sie herabgesetzt werden, übrigens würde wohl ein Gericht aus Berufsgenossen kaum in die Lage kommen, einen Arzt, der nicht in sehr glänzender Lage sei, von vornherein mit der höchsten Strafe von 3000 Mark zu bestrafen. Ehe solche Ungeheuerlichkeiten eintreten, müsse man ja das Zutrauen verlieren, dass die Leute, um deren Intressee es sich hier handele, die Sache auch am besten verstehen und machen werden. Die Angelegenheit fordere vollständiges Vertrauen zum ärztlichen Stande; das Streben der Aerzte nach einem Ehrengerichte sei aber ein gesundes, dem man die Hand nicht versagen solle. Die Staatsregierung sei gern bereit, etwaigen Aenderungen keine Schwierigkeiten zu machen, vorausgesetzt, dass dieselben von den Aerzten selbst gewünscht werden sollten oder den ärztlichen Interessen entsprechen. Wenn der Entwurf in der wesentlichen Gestalt, wie er jetzt vorgelegt sei, angenommen würde, so würde dem ärztlichen Stande jedenfalls ein grosser Dienst erwiesen werden.

Von den dem Entwurfe sympathisch gegenüber stehenden Abgeordneten betonte der Abg. Dietrich (konservativ), dass er es für ganz verfehlt halte, politische Zwecke in dem Entwurfe zu wittern und die Angelegenheit des ärztlichen Berufs zu einem politischen Kampfobjekte zu machen. Freie ärztliche Vereine seien gar nicht in der Lage gegen die Elemente vorzugehen, die getroffen werden sollen, da diese ausserhalb der Vereine ihr Wesen treiben. Ohne staatliche Mithülfe sei eine Ausübung des Disziplinarrechtes nicht möglich und zu der Befürchtung, dass der einzige Jurist, der im Ehrengericht und Ehrengerichtshofe sitze, gegenüber den anderen ärztlichen Mitgliedern das Uebergewicht haben werde, liege kein Grund vor. Jedenfalls könne aber die Hinzuziehung eines Juristen in formeller und prozessualer Hinsicht nur günstig wirken, auch sei es gerade bei Standes-Ehrensachen sehr vortheilhaft, wenn neben der überwiegenden Majorität der Mitglieder des betreffenden Standes auch ein Laie mitwirke. Ueberall trete in dem Gesetzentwurfe das Bestreben der Staatsregierung hervor, den Schein einer Einflussnahme zu vermeiden und eine solche sei auch nicht in dem staatlichen Kommissar als Ankläger zu erblicken; im Gegentheil, den Aerzten könne eine Befreiung von dieser Funktion nur angenehm sein. Die Fassung der §§. 5 und 14 entspreche der Rechtsanwaltsordnung und die hier getroffene ähnliche Bestimmung habe sich in der Praxis vorzüglich bewährt; eine genaue Definition des Begriffs der ärztlichen Standesehre oder der ärztlichen Berufspflichten durch eine besondere Standesordnung sei weder nöthig, noch zweckmässig. Der Gesetzentwurf habe mit Massregeln gegen die Kurpfuscherei nichts zu thun, sei aber eine wirksame Handhabe gegen die Kurpfuscher unter den Aerzten, z. B. Dr. Volberding und gerade mit Rücksicht auf solche Personen sei das Strafmaximum nicht zu hoch. Das Umlagerecht ermögliche eine Organisation des ärztlichen Unterstützungswesens und werde wesentlich zur Hebung des ärztlichen Standes beitragen; man müsse sich daher wundern, dass gerade von ärztlicher Seite daran Anstoss genommen werde. Nicht die Strafgelder, sondern die Beiträge sollen den Grundstock dieser Unterstützungen bilden; die Fürsorgepflicht des Staates für die Hinterbliebenen von Aerzten, die bei Epidemien auf dem Felde der Ehre geblieben seien, werde dadurch nicht überflüssig gemacht. Gerade durch das Umlagerecht behufs Fürsorge für nothleidende, noch lebende Angehörige des ärztlichen Standes und für die Hinterbliebenen verstorbener Aerzte werde in korporativer Weise die Erfüllung der gemeinsamen, wichtigen, sozialen Pflichten der Standesgenossen gegen einander angebahnt.

Ministerialdirektor D. Dr. v. Bartsch erwiderte dem Abg. Dr. Langerhans, dass der vorliegende Gesetzentwurf mit der sog. Medizinalreform gar nichts zu thun habe, sondern ein Gesetzentwurf hierüber nach den Verheissungen der Thronrede noch im Laufe der Session dem Abgeordnetenhause zugehen und hoffentlich das Wohlwollen des Hauses finden werde.[1]) Die Ansicht, dass die Sache zur Kompetenz des Reichs gehöre,

---

[1]) Zeitungsnachrichten zu Folge ist der Entwurf, betreffend die Dienstestellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, bereits soweit vorbereitet, um nach Berathung im Staatsministerium dem Landtage demnächst unterbreitet zu werden.

sei ebenso unrichtig, wie das Bedenken, dass durch das Gesetz die Denunziation und Unehrenhaftigkeit unter den Aerzten begünstigt werde. Gegenüber dem Vorwurf, dass die beamteten Aerzte von dem Gesetze ausgenommen werden, erklärte der Vertreter der Staatsregierung im Auftrage derselben ausdrücklich, dass diese Ausnahmestellung ein Noli me tangere sei und eine grundsätzliche Aenderung in diesem Punkte die Vorlage für die Staatsregierung unannehmbar machen würde. Die Duplizität der Disziplin gegen die beamteten Aerzte verbiete die Staatsautorität und die Dienstpragmatik; denn es sei durchaus unmöglich, den beamteten Arzt unter die staatliche Disziplin zu stellen und gleichzeitig dem Urtheilsspruch der Ehrengerichte zu überlassen. Die ganze Einrichtung der Ehrengerichte sei ein judicium parium in der vollendetsten Form; gerade in Bezug auf ihre Zusammensetzung sei dem ärztlichen Stande das grösste Vertrauen entgegengebracht. Man möge die von dem gesammten Aerztestande geforderte Vorlage vorurtheilsfrei prüfen und mit gutem Willen an die Kommissionsberathung herangehen, dann werde voraussichtlich auch ein gutes, zum Heile und zum Segen des ärztlichen Standes gereichendes Werk zu Stande kommen.

Abg. Dr. Endemann (nat.-lib.): Wenn der Abg. Dr. Langerhans gegen den Gesetzentwurf aufgetreten sei, um den ehrenhaften Stand der Aerzte zu schützen, so könne man demgegenüber nur erwidern: Gott schütze mich vor meinen Freunden, vor meinen Feinden will ich mich schon selber schützen! Die Berliner Aerzte urtheilten nur nach den Berliner Verhältnissen, es wohnten aber auch ausserhalb Berlins noch recht viele Aerzte. Dass nicht an der Gewerbeordnung gerüttelt werden dürfe und dass alle Medizinalordnungen keine Schutzmassregeln gegen die Kurpfuscherei bilden, darin stimme er mit dem Abg. Virchow überein; im Gegensatz zu ihm müsse er aber betonen, dass der Gesetzentwurf einem langjährigen Verlangen der Aerzte nachkomme; der deutsche Aerztevereinsbund habe schon im Jahre 1892 verlangt, dass man endlich einmal eine Disziplinargewalt unter den Aerzten schaffen möge. Der jetzige Entwurf sei gewissermassen ein Kompromiss zwischen dem Minister und den Aerztekammern; er komme allerdings etwas verspätet, wie überhaupt in den anderen Bundesstaaten der Aerztestand in ganz anderer Weise behandelt werde, als man es in Preussen gewohnt sei. Hier sei für die soziale Stellung der Aerzte verflixt wenig geschehen; 1887 seien allerdings die Aerztekammern eingerichtet, die häufig zusammenkämen und wohl einiges Brauchbares lieferten, aber wo wandere das hin? In den Papierkorb! In der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums dauere alles ein bischen lange. Die Medizinalreform sei in der Thronrede angekündigt, was aber daraus werde, wisse man nicht. Ein Reichsviehseuchengesetz sei vorhanden; da sollte doch der Staat, der im deutschen Reiche den grössten Einfluss habe, endlich mal darauf aufmerksam machen, dass für die Menschen, das beste Material, das wir in Deutschland haben, auch ein Seuchengesetz gemacht werde. Im Ministerium behelfe man sich aber mit einzelnen Polizeiverordnungen, die die Anzeigepflicht der Aerzte u. s. w. konstruiren, aber in gewisser Weise keinen Werth haben, weil die Gerichte ihre Giltigkeit anzweifeln. Auch mit der neuen medizinischen Studienordnung gehe es nicht vom Fleck, desgleichen seien bei der ganzen sozialpolitischen Gesetzgebung die Aerzte nicht gehört, obwohl sie doch auch ein ungeheures Interesse daran haben: denn die Stellung der Aerzte sei durch das Krankenkassenwesen vielfach unhaltbar geworden. Die Schularztfrage bedürfe dringend der Lösung, auch die Errichtung von öffentlichen Untersuchungsämtern sei nothwendig. Jeder Zivilarzt müsse es schmerzlich empfinden, wie das Militärsanitätswesen in Preussen auf eine ganz andere Höhe gebracht sei. So lange aber im Zivilmedizinalwesen die Vertretung durch Juristen geschehe, sei eine Aenderung nicht zu erwarten. Man könne die Juristen sehr hoch schätzen, sie für bildungsfähig halten, aber von der Medizinerei verstehen sie doch nichts, wenn sie auch Vorträge über Lepra, Lungenheilstätten u. s. w. halten. Auch hier könne man das geflügelte Wort vom nervösen Dillettantismus anwenden. Die Aerzte wünschen deshalb eine Trennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium. Nach Ansicht des Redners gehöre dasselbe eigentlich in das Ministerium des Innern, denn die diesem Ministerium unterstellten Magistrate und Landräthe sollten mit den Medizinern bezw. Kreisphysikern nahe verbunden sein, um die hygienischen Verhältnisse in den Kreisen zu bessern. In Bezug auf die Vorlage könne er nur betonen, dass die Aerzte selbst eine bessere Disziplin unter sich

verlangen; denn mit der freien Vereinsthätigkeit allein kommen sie nicht weiter. Wenn man ein Plebiszit unter den preussischen Aerzten vornehme, würde die grösste Mehrheit für den Gesetzentwurf stimmen. Die Aerztekammern haben dies auch gethan. Der Begriff der Standesehre lasse sich allerdings nicht konstruiren; denn die Ehre liege in dem eigenen Selbst. Auch die Begriffe der Kollegialität seien sehr verschieden und würden manchmal recht verschoben; deshalb sei es auch zweckmässig, zuerst von dem Erlass einer ärztmeinen Standesordnung abzusehen. Die Aerzte wünschen dieselben Einrichtungen wie die Anwälte zu haben, und Redner erkenne es dankbar an, dass der Staat ihnen in gewisser Weise helfen und ihre Disziplinargewalt stützen wolle.

Abg, Dr. Ruegenberg (Ctr.) ist ebenfalls der Ansicht, dass der Entwurf dem Wunsche der Mehrzahl der Interessenten entspricht. Der Einwurf, dass es eines akademisch gebildeten Standes unwürdig sei, sich unter eine Disziplinargewalt zu stellen, sei völlig unzutreffend. Die Ehre müsse allerdings in der Brust sitzen, aber das Ehrgefühl und was sich damit häufig decke, das Taktgefühl, sei nicht immer angeboren, sondern müsse oft erst anerzogen werden. Diese Erfahrung sollte schon auf der Universität beginnen, leider aber werde von vielen Professoren darauf kein Gewicht gelegt, während sie doch recht gut bei passender Gelegenheit die Studirenden darauf aufmerksam machen könnten, dass ihr zukünftiger Stand nicht bloss in wissenschaftlicher Hinsicht, sondern auch im Verkehr mit Kollegen und dem Publikum gewisse Anforderungen an sie stelle. Es sei ferner gesagt, die Aerzte, die für das Gesetz eintreten, hätten nur den Wunsch, sich unliebsame Konkurrenz vom Halse zu halten. Das müsse Redner ganz entschieden bestreiten. Den Mitgliedern des Ehrengerichts, die doch Vertrauensleute der Kollegen seien, sei wohl ein unparteiisches Urtheil zuzumuthen. Eine wichtige Frage sei es, ob der Entwurf genügende Garantien dafür biete, dass nicht ein Arzt wegen seiner politischen Ansichten gemassregelt werde. In den Motiven sei dies allerdings versichert, aber das genüge nicht, es müsse auch im Gesetz selbst klar zum Ausdruck kommen. Seine Partei stehe dem Gesetzentwurf freundlich gegenüber und hoffe, dass die Kommissionsberathung ein allseitig befriedigendes Resultat zeitigen werde. Besonders freudig begrüsse er es, dass der Entwurf die Klippe, eine Kluft zwischen beamteten und nicht beamteten Aerzten zu schaffen, glücklich umschiffe und dass dadurch die Einigkeit im ärztlichen Stande nicht gestört werde und die schätzbare Arbeit der beamteten Aerzte in den Aerztekammern diesen auch in Zukunft erhalten bleibe.

Abg. v. Werdeck (kons.) wünscht mit Rücksicht auf die von den Homöopathen gehegte Besorgniss, der §. 14 könne dazu benutzt werden, ihnen ihr Dasein und ihre Thätigkeit zu unterbinden, eine präzisere Fassung dieses Paragraphen; ausserdem empfehle es sich, die Bemerkung in den Motiven, dass wissenschaftliche, religiöse und politische Ansichten nicht zum Gegenstand der Disziplinar-Untersuchung gemacht werden können, als Kautel in das Gesetz selbst aufzunehmen.

Abg. Dr. Rewoldt (fr. kons.) erklärt, dass seine politischen Freunde trotz einiger Bedenken dem Gesetze sympathisch gegenüber ständen. Man müsse das Vertrauen haben, dass die Aerzte unparteiisch und sachlich urtheilen werden; ausserdem handele es sich hier keineswegs um ein drakonisches Gesetz, sondern um ein Gesetz in der mildesten Form. Wenn auch die Ehrenhaftigkeit des Aerztestandes nicht bezweifelt werden solle, so sei doch nicht zu bestreiten, dass es im ärztlichen und allgemeinen Interesse liege, die durch die Vermehrung der Aerzte, namentlich durch das Gebahren mancher Kassenärzte bewirkten Auswüchse zu beschneiden. Der Ausdruck „Standesehre“ könnte allerdings aus dem Gesetz beseitigt und durch eine bessere, den Bestimmungen für die Anwaltskammern angepasste Definition ersetzt werden. Desgleichen sei es zweckmässig, die Vermittelung von Streitigkeiten zwischen den Aerzten unter einander nicht den Ehrengerichten, sondern dem Vorstand der Aerztekammern zu überlassen.

Abg. Imwalle (Zentr.) sieht dagegen in dieser Vermittelung der Ehrengerichte gerade ein Vortheil für die Aerzte. Er schliesst sich im Uebrigen den Freunden des Gesetzes an, das den Standesinteressen und der Selbstverwaltung der Aerzte nützlich sein werde und von dem zu hoffen sei, dass es den geachteten Stand der Aerzte, der noch jetzt auf seiner Höhe stehe, auf dieser Höhe erhalten, und, wenn nöthig, noch heben werde.

Abg. Rickert (Vgg.) giebt zu, dass eine grosse Zahl von Aerzten dieses Gesetz wünsche; ob aber elf Zwölftel der Aerzte es wünschen, sei ihm doch zweifelhaft. Jedenfalls sei die Mehrheit des Abgeordnetenhauses dem Gesetzentwurfe günstig gestimmt und deshalb werde sich die Minderheit bemühen müssen, die Nachtheile für die Aerzte möglichst herauszubringen. Nachdem Redner sodann sein Bedauern ausgesprochen hat, dass eine umfassende Medizinalreform wegen des Widerstandes der konservativen Partei wenig Chancen habe, und sich entschieden gegen eine Ueberweisung der Medizinalabtheilung an das Ministerium des Innern erklärt hat, bemängelt er besonders, dass Hans und Kunz ohne Weiteres das Recht haben solle, ein ehrengerichtliches Verfahren gegen einen Arzt zu beantragen, weil sie sich vielleicht falsch behandelt, übervortheilt u. s. w. fühlten. Die Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Aerzten und Publikum gehöre vor die ordentlichen Gerichte, aber nicht vor die ärztlichen Ehrengerichte; die betreffende Bestimmung sei daher in dem Entwurfe zu streichen.

Der Gesetzentwurf wurde hierauf einer Kommission von 14 Mitgliedern überwiesen.

Nach dem vorstehenden Verlaufe der Verhandlungen ist wohl mit Bestimmtheit zu erwarten, dass der Gesetzentwurf sowohl in der Kommission als bei den späteren Berathungen im Abgeordnetenhause mit grosser Mehrheit angenommen werden wird. Im Interesse der Aerzte ist es unseres Erachtens zu wünschen, dass dem Vorschlage des Abg. Rickert gemäss die Bestimmung im §. 3, Abs. 2, wonach bei Streitigkeiten zwischen einem Arzte und einer anderen Person auch das ehrengerichtliche Vermittelungsverfahren auf Antrag der letzteren stattzufinden habe, gestrichen wird. Ausserdem sollte analog dem Ehrengerichte auch im Ehrengerichtshofe ein Arzt — der Vorsitzende des Aerztekammerausschusses — den Vorsitz führen und statt des Direktors der Medizinal-Abtheilung ein rechtskundiges Mitglied dieser Abtheilung Mitglied des Ehrengerichtshofes sein. Die im §. 50 den Aerztekammern mit Recht eingeräumte Befugniss, auch zur Unterstützung nothleidender Standesgenossen und deren Hinterbliebenen Beiträge zu erheben, dürfte übrigens gegenüber den beamteten Aerzten, soweit diese pensionsberechtigt sind, zweifellos zu weit gehen. An und für sich müssen diese Aerzte von derartigen Beiträgen befreit sein und ihnen nur das Recht zustehen, durch freiwillige Zahlung derselben sich ein Anspruch auf etwaige Unterstützung zu sichern.

Mit Rücksicht auf die in ärztlichen Kreisen laut gewordenen Wünsche betreffs **Beseitigung der Kurirfreiheit und Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes**, hat der Minister der u. s. w. Medizinal-Angelegenheiten unter dem 13. v. M. folgenden Erlass an den Ausschuss der preussischen Aerztekammern z. H. des Geh. Raths Dr. Lent in Köln gerichtet:

„Wiederholte Kundgebungen aus ärztlichen Kreisen haben in den letzten Jahren die Nothwendigkeit einer Besserung der Verhältnisse des ärztlichen Standes gefordert und darauf hingewiesen, dass die vorhandenen Missstände in erster Reihe in der durch die Reichsgewerbeordnung zur Einführung gelangten Freiheit der Ausübung der Heilkunde ihren Grund hätten. Es wird darüber geklagt, dass durch die gesetzliche Anerkennung der Kurirfreiheit die approbirten Aerzte in den Augen des Volkes den Kurpfuschern gleichgestellt würden und dass hierunter sowohl das Ansehen, als auch die materiellen Verhältnisse des ärztlichen Standes schwer litten. Auch wird geltend gemacht, dass die Freigabe der Ausübung der Heilkunst auf dem Gebiete der Gesundheitspflege die grössten Missstände zur Folge gehabt, dass die Kurpfuscher beim Mangel medizinischen Wissens nicht im Stande seien, die ansteckenden Krankheiten zu erkennen, hierdurch aber wie auch durch dass Misstrauen, welches die Pfuscher gegenüber den ärztlichen und gesundheitspolizeilichen Anordnungen in den Schichten des Volkes erfahrungsmässig zu verbreiten pflegten, Unheil über Land und Leute brächten. Von dem Standpunkte des gefährdeten Gemeinwohles sowohl, wie zur Hebung des ärztlichen Standes sei eine baldige Abhilfe dringend erforderlich; dieselbe könne aber, wenn sie dauernd und wirksam sein solle, nicht anders als durch die Rückkehr zu der Rechtslage, welche vor Erlass der Reichsgewerbeordnung in Preussen bestanden habe, d. h. durch die Beseitigung der Kurirfreiheit und Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes (vergl. §. 199 des

preussischen Strafgesetzbuches vom 14. April 1851) erreicht werden. Ich bemerke, dass die erweiterte Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen bei ihrem Zusammentritt im Herbst 1898 sich gleichfalls in diesem Sinne ausgesprochen hat. Bevor ich den Anträgen auf Herbeiführung einer entsprechenden Abänderung der Gesetzgebung weitere Folge gebe, nehme ich Veranlassung, dem Ausschuss der Aerztekammern von der Sachlage Kenntniss zu geben, mit dem Ersuchen, nach Anhörung der Aerztekammern sich darüber gutachtlich gegen mich zu äussern, ob und welche Missstände auf dem Gebiete der Gesundheitspflege in Folge der Freigabe der Heilkunde hervorgetreten sind, sowie eventuell das Vorhandensein solcher Missstände durch Beibringung schlüssigen, thatsächlichen Materials aus den einzelnen Bezirken zu erläutern und zugleich zu erörtern, welche Massnahmen zur Beseitigung der beklagten Missstände und in welchem Umfange sie in Aussicht zu nehmen seien."

In der Sitzung des Bundesraths vom 10. d. M. ist die Vorlage, betreffend die Auslegung der Prüfungsordnungen für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker mit Rücksicht auf die **Zulassung der Frauen zum medizinischen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Studium** den zuständigen Ausschüssen überwiesen.

Im Reichsgesundheitsamt hat am 6. Februar d. J. die angekündigte Konferenz über die **Revision des Weingesetzes** unter Zuziehung verschiedener Sachverständiger, Reichstagsmitglieder, Weingutsbesitzer u. s. w. ihren Anfang genommen.

Der Geschäftsausschuss des Deutschen Aerzte-Vereinsbundes hat zu Gunsten der **freien Aerztewahl** an den Reichstag eine Petition gerichtet, in der ausgeführt wird, dass die Wohlthaten des Krankenkassengesetzes erst dann vollständig hervortreten würden, wenn die Mitarbeit einem jeden Arzte, der sich daran betheiligen will, ermöglicht sei; denn die freie Wahl des Arztes entspreche nicht blos den berechtigten Forderungen des ärztlichen Standes, sondern auch den Interessen der Kassenmitglieder und den Aufgaben der Kassen. Gegen etwaige finanzielle Schädigung der Kassen durch die freie Aerztewahl liessen sich unschwer Schutzmassregeln treffen, wie das auch da, wo sie bestehe, durchgeführt sei. Es sei deshalb an der Zeit und ein Erforderniss des öffentlichen Wohles, bei den Krankenkassen gesetzlich den Grundsatz der freien Arztwahl einzuführen und hierdurch die willkürliche Zulassung „bestimmter" Aerzte und die Ausschliessung zahlloser anderer aufzuheben.

In der nächsten Sitzung des **ärztlichen Zentralausschusses in Hessen** sollen nach dem Erlass des Ministeriums des Innern vom 4. v. M. folgende Gegenstände zur Berathung gelangen: 1. Mittheilung über den Stand der Frage einer neuen Medizinaltaxe; 2. Mittheilungen über die ärztliche Standesordnung; 3. die Errichtung eines staatlichen Instituts für Lungenkranke; 4. die Redaktion des ärztlichen Korrespondenzblattes für die ärztlichen Vereine des Grossherzogthums Hessen; 5. etwaige Anträge der Mitglieder des ärztlichen Zentralausschusses über die Kreisvereine.

Das Deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke hat jetzt die Einladungsschreiben zu dem **Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit**, der vom 24.—27. Mai in Berlin stattfinden soll, erlassen. Als Sitzungssaal ist das Reichstagsgebäude in Aussicht genommen; betreffs des Programms s. Nr. 1 und 2 dieser Zeitschrift, S. 31 und 63. Mitglied des Kongresses kann jeder werden, der Interesse an der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit nimmt und eine Mitgliedskarte (Preis 20 Mark) beim Bureau des Organisationskomités löst. Nähere Auskunft ertheilt der Generalsekretär des Kongresses, Stabsarzt Dr. Pannwitz, Berlin W., Wilhelmplatz 2.

Der **Verein Deutscher Irrenärzte** wird seine diesjährige Jahresversammlung am 21. und 22. April in Halle a. d. Saale abhalten. Auf der

Tagesordnung stehen: 1. Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen (Referent: Prof. Dr. Wollenberg-Hamburg) und der gegenwärtige Stand der Neuronlehre (Referent: Privatdozent Dr. Hoche-Strassburg). Ferner sind Vorträge von den Prof. DDr. Siemerling, Binswanger, Köppen u. s. w. angemeldet.

In Brüssel wird am 25.—30. Sept. d. J. der erste **internationale Kongress der Aerzte der Lebens- und Unfalls-Versicherungsgesellschaften** stattfinden, durch den engere kollegiale Beziehungen, die Zentralisation der statistischen Arbeiten und wissenschaftliche Verhandlungen über wichtige, versicherungsärztliche Fragen angebahnt werden sollen. Auf der Tagesordnung stehen: Die Versicherungsfähigkeit bei Glykosurie, Albuminurie und Syphilis; die Neurasthenie; die progressive Paralyse; die traumatische Neurose; die Nothwendigkeit eines einheitlichen Untersuchungsformulars; das ärztliche Berufsgeheimniss und die Versicherungsgesellschaften.

Am 30. v. Mts. ist Prof. Dr. **Wolffhügel** zu Göttingen im kräftigen Mannesalter von 54 Jahren nach kurzer schwerer Krankheit gestorben, völlig unerwartet für seine überaus zahlreichen Freunde und Schüler. Während seiner langjährigen Thätigkeit als Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und später als Professor der Hygiene hat sich der Verstorbene unvergängliche Verdienste um die Entwickelung der hygienischen Wissenschaft erworben und zwar nicht nur nach der theoretischen, sondern auch nach der praktischen Seite. Als bahnbrechend müssen besonders seine vorzüglichen Arbeiten auf dem Gebiete der Trinkwasserversorgung und Ventilation angesehen werden. Hervorgegangen aus der Pettenkofer'schen Schule ist er stets den Grundsätzen seines alten Lehrmeisters treu geblieben. Seine reichen Kenntnisse und Erfahrungen auf allen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege, sein kritischer, scharfer Verstand befähigten ihn in ausserordentlichem Masse bei der Lösung wichtiger gesundheitlicher Fragen als technischer Beirath mitzuwirken; jederzeit war er auch gern zu einer solchen Mitwirkung bereit, wo diese von ihm erbeten wurde! Dem Preussischen Medizinalbeamtenverein hat der Verstorbene seit Beginn seines Bestehens als Mitglied angehört und besonders in den ersten Jahren als Vorstandsmitglied wesentlich zu dem Emporblühen des Vereins beigetragen. Viele Medizinalbeamten haben später bei Gelegenheit der Fortbildungskurse in ihm einen ebenso hervorragenden, als liebenswürdigen Lehrer kennen und ihn ob seiner vorzüglichen Charaktereigenschaften hoch schätzen gelernt. Tief betrübt stehen wir an seinem Grabe! Friede seiner Asche! Unvergänglichkeit und Ehre seinem Andenken!

Der schon seit längerer Zeit in Ruhestand getretene, durch seine zahlreichen Schriften und Werke auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin in weiten Kreisen bekannte Prof. Dr. **v. Maschka** ist vor Kurzem in Prag im 79. Lebensjahre gestorben.

Anpreisung von Warners Safe Cure. Während das Reichsgericht durch Urtheil vom 9. Januar d. J. für Hamburg auf Grund der dortigen Medizinalordnung vom 8. Oktober v. J. wegen Ankündigung von Warners Safe Cure sowohl die Münchener Firma, die der neuen Hamburger Zeitung eine Reklamebroschüre: „Der Glücksbote. Glück! Was ist Glück!“ hatte beilegen lassen, als den Inseratenredakteur dieser Zeitung verurtheilt hat, ist eine andere Zeitung (in der Provinz Hannover), der die gleiche Broschüre beigelegt war, vom Landgericht in Verden ausser Verfolgung gesetzt, weil der Münchener Firma nicht nachgewiesen werden könne, dass sie zur Verbreitung von Geheimmittelanpreisungen bewusst beigetragen habe und die Firma Warner & Co. in London wegen ihres Sitzes im Auslande nicht bestraft werden könne. Bei einer solchen Entscheidung kann die gesetzgeberische Absicht, den Geheimmittelunfug zu beschränken, wenig praktischen Erfolg haben.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 5. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 1. März.

Ein strittiger Punkt im Umlagerecht der Aerztekammern.

Von Dr. J. Borntraeger, Reg. u. Med.-Rath in Danzig.

Der Entwurf zum Gesetze betreffend die ärztlichen Ehrengerichte nebst Begründung ist dem Landtage zugegangen. In diesem Entwurfe ist die Staatsregierung den Wünschen der praktischen Aerzte bis an die äussersten Grenzen entgegengekommen, z. B. bezüglich der durch die gewählten Mitglieder des Kammerausschusses im Ehrengerichtshof gebildeten Mehrheit, bezüglich der Entgegennahme von Ladungen und Anordnungen des Ehrengerichts seitens der beamteten Aerzte und Sanitätsoffiziere und bezüglich der eventuellen Mittheilung des Ausganges eines Verfahrens, das die vorgesetzte Dienstbehörde auf Mittheilung des Ehrengerichts über einen beamteten oder Militärärzt eingeleitet hat, an eben dieses Ehrengericht. Ja, man könnte jetzt umgekehrt sich als Medizinalbeamter fast veranlasst fühlen, besorgt die Frage aufzuwerfen, ob nicht durch diese Bestimmungen gelegentlich dem aus dem Aerztestand hervorgegangenen Beamten unliebsame Situationen veranlasst werden könnten, wie sie für andere Beamte nicht möglich sind, und wie sie der Herr Kultusminister in seinem Runderlass an die Oberpräsidenten vom 10. April 1893 (Wernich, Medizinalgesetze 1894, S. 23/26) ausführlich dargelegt hat, wenn man nicht die Zuversicht haben dürfte, dass stets die erforderliche Diskretion geübt und das Dienstinteresse gewahrt werden würde. Ueber diese Punkte, welche das Resultat langwieriger Verhandlungen darstellen, ist also hinwegzugehen. Diejenigen praktischen Aerzte, welche überhaupt Ehrengerichte wollen, können billiger Weise zufrieden sein, wenn der Entwurf in dieser Fassung

Gesetz wird; die Medizinalbeamten haben aber in ihrer Gesammtheit als echte preussische Beamte die Vertretung ihrer Interessen vertrauensvoll der vorgesetzten Zentralbehörde überlassen, sind, abgesehen von der Konferenz im Kultusministerium im Jahre 1849, über ihre Wünsche und Ansichten als Stand meines Wissens offiziell nicht besonders gefragt worden und haben sich auch sonst nicht geäussert, es sei denn als Mitglieder der Aerztekammern; die Meinung dieser Medizinalbeamten zur Sache ist mir nicht bekannt, wird jedoch, wie ich annehme, gemeinhin im Sinne des Entwurfes sein.

Ein Punkt aber ist es nun in dem Entwurfe, auf den ich jetzt noch aufmerksam machen möchte, weil er meines Erachtens zu Differenzen und Unbilligkeiten für manche Kategorien von „Aerzten“ im weitesten Sinne führen kann, die nicht beabsichtigt sein können. Es handelt sich um §. 49, Abs. 1, welcher lautet:

„Jede Aerztekammer ist befugt, von den wahlberechtigten Aerzten des Kammerbezirks einen von ihr festzusetzenden Beitrag zur Deckung ihres Kassenbedarfs zu erheben.“

Also alle zur Aerztekammer wahlberechtigten Aerzte müssen diesen Beitrag zahlen. Auf die Frage, welches diese wahlberechtigten Aerzte seien, antwortet §. 4 der Kgl. Verordnung vom 25. Mai 1887, welcher nach dem Wortlaute der soeben neu ergangenen Verordnung vom 23. Januar 1899 an den bezüglichen Stellen so lautet:

„Nichtwahlberechtigt und nicht wählbar (zur Aerztekammer) sind: 1) die Militär- und Marineärzte; 2) die Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes für die Dauer ihrer Einziehung zur Dienstleistung. Wahlberechtigt und wählbar sind dagegen alle diejenigen Aerzte, welche innerhalb des Wahlbezirks ihren Wohnsitz haben, Angehörige des Deutschen Reiches sind und sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befinden.“

Demnach sind für die Militär- und Marineärzte sehr klare Bestimmungen getroffen: Sie haben mit den Aerztekammern und den Ehrengerichten (§. 2 des Entwurfes) nichts zu thun, haben also auch keinen Beitrag zur Aerztekammerkasse zu zahlen, können dabei aber nach Belieben ärztliche Praxis treiben. Sollten sie innerhalb dieser Praxis etwas thun, was dem Ehrengericht nicht richtig erscheint, so kann dies allerdings der vorgesetzten Behörde davon Mittheilung machen und eine Untersuchung anregen; treiben sie aber keine Praxis, so existiren die Ehrengerichte für sie nicht; höchstens können sie vor das Ehrengericht zur Ertheilung von Aufschlüssen (§. 9) geladen werden, was nicht häufig geschehen wird. Auch praktische Aerzte verlieren ihr Recht, zur Aerztekammer die Mitglieder auf 3 Jahre zu wählen, wenn sie zur Wahlzeit gerade auf 6 Wochen zur Uebung eingezogen sind, vielleicht auch die Pflicht, den Beitrag für das laufende Jahr zu zahlen, wenn die Beschlussfassung und die Aufforderung dazu gerade in diese Zeit gefallen ist (zu vgl. Begründung zu §§. 49 bis 55, Abs. 2).

Es drängt sich hier unwillkürlich die Frage auf, warum wohl die Militärverwaltung in demselben Augenblicke den Militärärzten jede Beziehung zu den Aerztekammern abgeschnitten hat, als der Entwurf für die Ehrengerichte eingebracht ward, also

geradezu als Bedingung für diese Einbringung, da doch die Militärärzte den Ehrengerichten nicht unterstellt sein, mit ihnen gar nichts zu thun haben sollen. Bei näherer Betrachtung des Entwurfes erweist sich diese Verordnung aber durchaus verständlich; denn es zeigt sich, dass die Militärärzte andernfalls in den Aerztekammern nur als Mitglieder geringerer Bedeutung hätten auftreten können. Nach den §§. 6 und 8 des Entwurfes ist nämlich der Vorsitzende der Aerztekammer gleichzeitig Vorsitzender des Ehrengerichts und werden die übrigen Mitglieder und alle Stellvertreter aus den Aerztekammermitgliedern entnommen; da Militärärzte wie alle „eximirten" Aerzte zu Mitgliedern des Ehrengerichts nicht wählbar sind, so hätte ihre Zugehörigkeit zur Aerztekammer nicht dieselbe Bedeutung wie die der übrigen Mitglieder gehabt, und da ein besonderer Vorsitzender für das Ehrengericht gewählt werden muss, sofern der Vorsitzende der Aerztekammer ein eximirter Arzt ist, so ist ohne Weiteres klar, dass die Kammern nur in den alleräussersten Fällen einen solchen zu ihren Vorsitzenden wählen werden, zumal da es nach manchen Richtungen hin erwünscht ist, dass Vorsitzender der Aertekammer und des Ehrengerichts eine Person sei und naturgemäss die praktischen Aerzte abgeneigt sein werden, Personen, die eine besondere Stellung einnehmen, in die Aerztekammern zu wählen. Die eximirten Militärärzte wären hiernach von dem Vorsitze der Aerztekammer, wenn auch nicht auf dem Papiere, so doch in Wirklichkeit so gut wie ausgeschlossen, und die Bedeutung ihrer Zugehörigkeit zur Kammer geringer als bei anderen Aerzten. Diese verringerte Bedeutung sinkt noch dadurch weiter, dass nach § 43 für den Ehrengerichtshof 4 Mitglieder des Aerztekammer-Ausschusses und 4 Stellvertreter zu wählen sind, und dass von dieser Wahl naturgemäss die eximirten Aerzte ausgeschlossen sind; sie haben hiernach sehr wenig Aussicht, in den Aerztekammer-Ausschuss gewählt zu werden, und würden, wenn dies doch einmal sich ereignen sollte, auch hier nicht die volle Bedeutung der übrigen Mitglieder haben.

Die Militärverwaltung, welche ihre Untergebenen mit Recht sorgfältigst vor allen Konflikten und schiefen, zurücktretenden Stellungen zu bewahren sucht, hat daher nur völlig logisch gehandelt, wenn sie jetzt, wo die Mitglieder der Aerztekammern in zwei Klassen von ungleicher Berechtigung geschieden werden müssen, die Sanitätsoffiziere ganz aus den Aerztekammern ausscheiden liess. Ausserdem wird hierbei der Wunsch mitgewirkt haben, sie von einer Zusteuerung zur Aerztekammerkasse, welche für sie ohne Bedeutung ist, zu befreien. Und die Marineverwaltung ist naturgemäss ebenso vorgegangen.

Die militärischen Verwaltungen haben jedoch ihre Angehörigen nur für so lange besonders gestellt, als diese im Dienste sind. Wird ein Militär- oder Marinearzt invalide und pensionirt und zieht sich zurück, so erscheint ihm der Vollgenuss der Pension nach dem jetzigen Wortlaute des Gesetzentwurfs nicht zweifelsfrei gewährleistet, sondern er kann nunmehr zur Beitrags-

zahlung von derjenigen Aerztekammer herangezogen werden, in deren Bezirk er seinen Wohnsitz nimmt, da er im Besitze der ärztlichen Approbation und der bürgerlichen Ehrenrechte sowie deutscher Reichsangehöriger ist und demnach zur Aerztekammer wahlberechtigt erscheint. Uebt er dies Wahlrecht aus oder treibt er Praxis, so ist diese Pflicht zur Zahlung auch gewiss wohlbegründet; will er aber oder muss er gar, etwa seines körperlichen Befindens halber, lediglich von seiner Pension leben, ohne eine ärztliche Thätigkeit auszuüben, so ist kein Grund vorhanden, warum er diesen Tribut von seiner Pension zahlen sollte. Die Rücksicht auf die Zukunft der Familie kann hier gewiss nicht herangezogen werden, und der Umstand, dass der Aerztekammervorstand einzelne Beiträge niederschlagen kann (§. 49, Abs. 4 des Entwurfs), hat wenig Tröstliches, zumal wenn es sich um hohe, der Praxis stets ferngestandene Militärärzte handelt.

Ebenso steht es naturgemäss mit pensionirten Medizinalbeamten.

Hier scheint mir eine Undeutlichkeit im Entwurfe konstruirt werden zu können.

Das Gleiche gilt von Aerzten, welche ihren Beruf aufgegeben haben. Ergreift ein Arzt einen anderen Beruf, so erscheint es meist nicht berechtigt, oft auch nicht erwünscht, ihn als „Arzt“ wählen und zahlen zu lassen; auch wird man die Entscheidnng über Zahlen und Nichtzahlen nicht wohl dem Aerztekammervorstand überlassen dürfen, da das „Niederschlagen“ von Beiträgen doch stets bedenklich nach „Schenken“ schmecken würde.

Wie steht es nun aber mit jenen Leuten, welche der Entwurf allgemein als „beamtete Aerzte“ bezeichnet? Sind sie allesammt und unterschiedslos zur Zahlung des Aerztekammer-Beitrages verpflichtet? Da sie wahlberechtigt sind, könnte man es annehmen; um so mehr, als die Begründung zum Entwurfe (zu den §§. 49—55 Abs. 2) ausdrücklich sagt:

„Die Umlagebeträge sollen von sämmtlichen zur Aerztekammer wahlberechtigten Aerzten, also auch von den beamteten Aerzten, erhoben und bei nicht freiwilliger Zahlung im Verwaltungszwangsverfahren beigetrieben werden.“

Es bleibt aber immer doch noch die Frage, ob ein Medizinalbeamter, der gar keine Praxis treibt, als ein „Arzt“ angesehen werden soll oder darf, welcher verpflichtet sei, von seinem Gehalte zu einer zu Gunsten der praktischen Aerzte geschaffenen Organisation beizutragen, oder ob man bloss an jene „beamteten Aerzte“ gedacht hat, die Praxis treiben.

Als die Staatsregierung vor der Frage stand, die Stellung der „beamteten Aerzte“ zu den Aerztekammern nach Einrichtung der Ehrengerichte zu regeln, konnte sie etwa folgende Wege einschlagen:

1. sie konnte die sämmtlichen „beamteten Aerzte“ wie die Sanitätsoffiziere ganz aus der Organisation des Aerztestandes herausnehmen;

2. sie konnte einen Theil der „beamteten Aerzte“ herausnehmen, einen anderen belassen;

3. sie konnte alle Medizinalbeamten in die Organisation zwangsweise einfügen;

4. sie konnte diese Einrichtung fakultativ gestalten, also von dem Willen der Betheiligten und von gewissen Umständen abhängig machen.

Will man sich ein Urtheil über den besten Weg bilden, so muss man sich vor allen Dingen die verschiedenen Kategorien der „beamteten Aerzte" klar machen.

Die „Begründung" führt zu §. 2 unter Ziffer 1 als „beamtete Aerzte im Sinne dieser Vorschrift", d. h. in Bezug auf die Exemtion vom Ehrengericht, „insbesondere" auf:

1. die ärztlichen Mitglieder der Reichsbehörden (also z. B. im Gesundheitsamt, Kolonialamt),
2. die Regierungs- und Medizinalräthe,
3. die Kreisphysiker,
4. die Kreiswundärzte,
5. die ordentlichen und ausserordentlichen Professoren, sowie die Privatdozenten der Landesuniversitäten,
6. Die Vorsteher, Abtheilungsvorsteher und angestellten Assistenten der wissenschaftlichen Staatsinstitute,
7. die ärztlichen Beamten der Gemeinde-, Kreis- und Provinzialverbände und ähnlicher unter der Aufsicht und Kontrole des Staates stehender Korporationen.

Hier fällt zweierlei auf:

Einerseits ist der Begriff der „beamteten Aerzte" insofern weiter als gewöhnlich gefasst, als Nr. 7 in Betracht kommt; sollen Gemeindeärzte, Armenärzte, Bahnärzte und dergl. in Bezug auf die Unterstellung unter die Ehrengerichte auch als Beamte aufgefasst werden? Dann scheidet in der That ein sehr grosser Theil der praktischen Aerzte aus.

Andererseits fehlen, wenn ich annehme, dass die Aerzte an staatlichen Krankenhäusern, z. B. der Charité in Berlin, unter Nr. 6 mitgemeint sind, dass die in Aussicht genommenen Assistenten der Kreisärzte als Zukunftsgestalten noch nicht erwähnt sind, und dass die Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation an sich stets schon Beamte sind, meines Erachtens zwei Kategorien „beamteter Aerzte", nämlich:

8. Die Medizinalräthe und Medizinal-Assessoren bei den Provinzial-Medizinalkollegien.

Hat man sie unter Nr. 2 treffen wollen? Oder hat man sie nicht erwähnt, weil die Medizinalkollegien aufgelöst werden sollen — und hoffentlich auch werden? Es sind jedoch die Kreiswundärzte (Nr. 4) ausdrücklich genannt, die doch wohl sicher aussterben werden.

9. Die medizinischen vortragenden Räthe und Hilfsarbeiter im Kultusministerium.

Werden sie überhaupt nicht als „Aerzte" angesehen? Ich würde diese Auffassung für selbstverständlich halten, wenn nicht bei Nr. 2 die Regierungs- und Medizinalräthe ausdrücklich als „beamtete Aerzte" aufgeführt wären; denn beide Kategorien sind in der That nicht „Aerzte", sondern medizinisch-technische Verwaltungsbeamte, beide völlig analog gestellt, voll besoldet und

pensionsberechtigt; wenigstens vermag ich das unterscheidende Kriterium nicht zu finden.

Ueberblickt man nun diese 9 Kategorien, so wird man sofort inne, dass ihre Stellung zu den praktischen Aerzten ausserordentlich verschieden ist.

Die ärztlichen Mitglieder der Medizinalkollegien (Medizinalräthe und -Assessoren; s. Nr. 8) sind in Wirklichkeit, soweit sie nicht etwa als Professoren, Physiker u. s. w. schon Beamte sind, praktische Aerzte und zwar solche, denen nur bezüglich der begutachtenden Thätigkeit im Kollegium Beamtenqualität beigelegt ist.

Aehnliches gilt von den Kreiswundärzten (Nr. 4), von vielen der unter 7 genannten ärztlichen Beamten und den Aerzten an staatlichen Krankenhäusern (Nr. 6), von manchen Kreisphysikern (Nr. 3) und von manchen Dozenten (Nr. 5); sie betreiben im Wesentlichen eine ärztliche Thätigkeit, rechnen und fühlen sich in erster Linie als Aerzte, sind nur für gewisse Funktionen Beamte und können aus dem Aerztestande nicht wohl herausgenommen werden. Sie alle sind die „beamteten Aerzte" im engeren oder eigentlichen Sinne.

Auf der anderen Seite stehen die reinen Beamten, die mit der eigentlichen ärztlichen Thätigkeit nichts zu thun haben. Hierher gehören die vortragenden Räthe in der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums (Nr. 8) und die Regierungs- und Medizinalräthe (Nr. 2), ihrem Amtscharakter gemäss ebenfalls rein technische Verwaltungsbeamte und Mitglieder des Regierungskollegiums. Der Ausdruck „beamtete Aerzte" passt für sie eigentlich nicht völlig mehr und kann zu Irredeutungen führen, die nicht erwünscht sind; bin ich doch bereits mehrfach von Gebildetesten gefragt worden, ob meine Thätigkeit nicht in der Behandlung und Untersuchung der Regierungsbeamten, zum Wenigsten der Subaltern- und Unterbeamten, bestände, also ob ich nicht ein staatlicher Kassenarzt wäre, und meinte doch einmal ein nicht unbekannter Hygieniker, es würde sich empfehlen, den Regierungs- und Medizinalräthen aufzugeben, von Zeit zu Zeit die unverheiratheten Regierungsbeamten auf Geschlechtskrankheiten zu untersuchen. In der That ist die Thätigkeit dieser Beamten eine verwaltende und liegt auf einem ganz anderen Gebiete als die ärztliche: in der Bearbeitung der Personalien, der Sanitäts- und Medizinalpolizei, zu der der Verkehr mit Nahrungsmitteln, Arzneien, das Apothekenwesen, die Trinkwasserversorgung gehören u. s. w. Diese Beamten finden also in einer ärztlichen Standesvertretung nicht recht Raum; sie gehören in erster Linie jedenfalls zu den Beamten der Regierung, haben zu diesen dieselben sozialen, zum Theil mit Aufwendungen verbundenen Pflichten, wie der Militärarzt gegenüber seinem Truppentheile; man kann sie unmöglich gesetzlich zu den praktischen Aerzten schlagen und ihnen Opfer zu Gunsten dieses freien Standes auferlegen.

Sollte etwa daraus, dass der Regierungs- und Medizinalrath ärztliche Praxis treiben darf, gefolgert werden, dass er zu den

„Aerzten" gehöre, so ist daran zu erinnern, dass die Bestimmung heisst: „Er darf zwar medizinische Praxis treiben, aber nur insoweit, dass seine Amtsgeschäfte dabei nicht leiden." Dies Praxistreiben ist also nicht nur von dem Wollen des Regierungs- und Medizinalraths, sondern auch von dem Umfange seiner Amtsgeschäfte abhängig; das Recht ist also kein absolutes, sondern ein bedingtes. Es ist unmöglich, einem solchen Beamten, der zu Gunsten seiner Amtsgeschäfte auf Praxis verzichten muss, eine Beisteuer aufzuerlegen. Und heutzutage dürften die meisten der jüngeren Regierungs- und Medizinalräthe ganz oder nahezu ohne Praxis sein, zumal in grösseren Städten. Auch sei daran erinnert, dass doch auch der Militärarzt Praxis treiben darf und doch von der Zugehörigkeit zur Aerztekammer ausgeschlossen ist. Der Regierungs- und Medizinalrath ist aber gewiss ebenso sehr voller eigenartiger Staatsdiener wie jener und bedarf eben solcher Schonung.

Ebenso volle Staatsbeamte sind die ärztlichen Mitglieder des Reichsgesundheitsamtes (Nr. 1), die meines Wissens fernab der Praxis hygienisch wissenschaftlich amtlich thätig sind, desgleichen die Vorsteher und Assistenten an Staatsinstituten (Nr. 8) und jener Theil der medizinischen Dozenten (Nr. 4), der nicht praktische Fächer vertritt, so die Anatomen, Physiologen, Pathologie-Anatomen.

In der Mitte stehen die schon erwähnten Physiker (Nr. 3), von denen schon jetzt viele lediglich sanitätspolizeiliche oder gerichtsärztliche Beamte sind, ohne jede ärztliche Praxis, also volle „ärztliche Beamte" oder „Sanitätsbeamte", nicht eigentlich „beamtete Aerzte"; dieser Theil wird sich beim Eintreten der Medizinalreform noch vermehren.

Wie sollte sich nun die Staatsregierung gegenüber diesen verschiedenen Beamtenkategorien bezüglich ihrer Stellung zur Organisation der Aerzte verhalten?

Der erste der als möglich bezeichneten Wege, alle Medizinalbeamten auszuschliessen, musste sofort als unbetretbar verlassen werden. Diese beamteten Aerzte bilden ja eben nicht, wie die Militär- und Marineärzte, eine scharf umgrenzte, exklusive Kaste, sie gehören vielmehr sämmtlich zur Zivilbevölkerung, wurzeln zum Theil mit ihren Hauptwurzeln im ärztlichen Berufs- und Erwerbsleben, fühlen sich in diesem Falle durchaus als Aerzte und würden es auf's Lebhafteste beklagen, wenn man sie aus der Organisation ihres Standes herausnähme; auch würde dann die Zahl der zu den Aerztekammern wahl- und wählbarberechtigten Aerzte ausserordentlich sinken und alle in diesen Beamten aufgespeicherten Erfahrungen, Kenntnisse und Wissen den Arbeiten der Aerztekammern verloren gehen.

Allerdings glaube ich, dass der Verlust nicht so gross sein würde, wie es aussieht; denn einmal wird ein grosser Theil gerade jener Aerzte, welche durchaus als Aerzte auftreten, vermuthlich in Bälde seine Beamtenqualität verlieren, nämlich die Medizinalräthe, Medizinal-Assessoren und Kreiswundärzte; andererseits

werden aber meines Erachtens die Medizinalbeamten immer seltener in den Aerztekammern werden, und das wiederum einmal deshalb, weil ein grosser Theil der praktischen Aerzte immer mehr, und mehr noch als bisher in manchen Gegenden, die „beamteten Aerzte", weil diese in Bezug auf die Ehrengerichtsbarkeit eine gesonderte Stellung einnehmen, auch von der Theilnahme an den repräsentativen Stellungen der Aerztekammern auszuschliessen geneigt sein wird, andererseits weil nunmehr diese Medizinalbeamten selbst immer mehr abgeneigt sein werden, eine Wahl in die Kammer anzunehmen, in der sie, wie ich ausgeführt habe, nicht die gleiche Bedeutung wie die aus den freien praktischen Aerzten hervorgehenden Mitglieder haben. Von einigen Kategorien der Medizinalbeamten dürfte eine derartige Ablehnung im Interesse des Dienstes vielleicht gerade so erwünscht werden wie bei den Militärärzten.

Wie das nun aber auch sei, jedenfalls konnte die Staatsregierung zur Zeit, da Medizinalbeamte in manchen Kammern sitzen und gegentheilige Wünsche nicht laut geworden sind, nicht etwa denken, alle beamteten Aerzte von der Wahlberechtigung und Wählbarkeit zur Kammer auszuschliessen.

Aber auch der zweitgenannte Weg, nämlich einzelne Kategorien der Aerztebeamten auszuscheiden, ist nicht leicht begehbar. Leicht wäre es, die ärztlichen pensionsberechtigten Verwaltungsbeamten, d. h. die vortragenden Räthe und Regierungs- und Medizinalräthe, sowie die ärztlichen Mitglieder der Reichsbehörden und Beamten an wissenschaftlichen Instituten (nicht Krankenhäusern) auszuschliessen, zumal da diese Beamten in Zukunft doch kaum Platz in den Kammern suchen und finden werden; die Schwierigkeit der Trennung zeigt sich aber bei den Professoren, Physikern, auch Kommunalbeamten, von denen einige reine Beamte, als Lehrer, Sanitätsbeamte, Gerichtsbeamte, Krankenhausdirektoren, die anderen vorwiegend Aerzte und mit der Heilung von Kranken sich beschäftigende Personen sind. Ich nehme an, dass es nicht gut hat gelingen wollen, durchgreifende Unterscheidungsmerkmale zu finden.

Der dritte Weg, die erzwungene Einverleibung aller Medizinalbeamten in die ärztliche Organisation, ist nicht beschreitbar, wenn er mit Opfern für diese verbunden ist. Die ganze Organisation des ärztlichen Standes ist auf Anregung und zu Gunsten eben dieses Standes, d. h. der praktischen Aerzte, geschehen, wie ja auch die „Begründung" ausführlich darlegt; bei der Vorberathung des neuen Entwurfs sind daher auch nur die bisherigen Standesvertretungen, d. h. die Aerztekammern und der Kammerausschuss meines Wissens gehört. Der Geschäftsbereich der Aerztekammern erstreckt sich auf den ärztlichen Beruf, die ärztlichen Standesinteressen und die öffentliche Gesundheitspflege (§. 2, Abs. 1 der Verordnung vom 25. Mai 1887); in Bezug auf den letzten Punkt aber bezeichnet der Erlass des Herrn Kultusministers vom 25. Mai 1887, welcher die Uebermittelung der Verordnung an die Oberpräsidenten begleitete, als einen Grund derselben ausdrücklich, dass „die reichen Erfahrungen der nicht beamteten

Aerzte für die staatlichen Aufgaben auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege nutzbar gemacht werden" sollten, und vorher, dass durch die Organisation den Gefahren begegnet werden solle, welche das Hervorkehren der gewerblichen Seite für den ärztlichen Stand mit sich führe, und dass eine Versorgung der Wittwen und Waisen von Aerzten wo möglich angeschlossen werden sollte (Wernich, Medizinalgesetzgebung, 1894, S. 495). Also Aerztekammern und Ehrengerichte und demgemäss auch Umlagen sind da der nicht beamteten Aerzte wegen. Wegen der beamteten Aerzte bedürfte man aller dieser Einrichtungen nicht. Da der letzteren Mithülfe erwünscht ist, wohlan so gestatte man ihnen die Theilnahme oder verpflichte diejenigen, die im Wesentlichen praktische Aerzte sind; unmöglich aber dürfte man alle beamteten Aerzte, auch die Verwaltungsbeamten mit und solche ohne jede Praxis, gesetzlich zwingen wollen, einen Beitrag zur Erhaltung der der unbeamteten Aerzte wegen geschaffenen Organisation zu zahlen, ebensowenig wie etwa der gesammte „juristische Stand" Mittel für die Rechtsanwaltskammern beisteuert. Selbst der Notar, der sich als Rechtsanwalt löschen lässt, zahlt meines Wissens nichts mehr für die Anwaltskammer. Würden doch diese ärztlichen Beamten sonst zwei Ständen tributär sein! Ein Zwang erschiene hier nicht angebracht.

Diese Anschauung erscheint um so berechtigter, als die Aerztekammerkasse zu Zwecken bestimmt ist, von denen weitaus die Mehrzahl aller Medizinalbeamten nie etwas haben kann; denn aus der Kasse werden bestritten (§. 50):

1. Die Verwaltungskosten einschliesslich der Tagegelder und Reisekosten der Mitglieder der Aerztekammer.
2. Die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens, soweit nicht eine Erstattung derselben stattfindet,
3. Der Beitrag der Aerztekammer zu den Kosten des Aerztekammer-Ausschusses.
4. Die sonstigen Aufwendungen für Angelegenheiten des ärztlichen Standes.

Die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens (Nr. 2) gehen die beamteten Aerzte nichts an, da sie demselben nicht unterworfen sind; die sonstigen Aufwendungen für Standesangelegenheiten (Nr. 4) werden vor allen Dingen die Versorgung von verarmten Aerzten und von Wittwen und Waisen der Aerzte betreffen (zu vergl. „Begründung" zu §§. 59—55, Absatz 1) und den Medizinalbeamten und ihren Familien, zumal wenn einmal erst die Physiker pensionsberechtigte Kreisärzte geworden sein werden, doch kaum je zu Gute kommen, insbesondere nicht den reinen Beamten; und die ad 1 und 3 genannten Kosten werden auch bald so gut wie bedeutungslos für die „beamteten Aerzte" werden, da sie in Aerztekammern und deren Ausschuss wenig Platz finden werden.

Auf alle Fälle haben die „beamteten Aerzte" von den Leistungen zur Aerztekammerkasse nicht denselben Vortheil wie die nicht beamteten Aerzte, sie können also nach allgemeinen Grundsätzen nicht zwangsweise in gleicher Weise zu Zahlungen herangezogen werden. Auch die praktischen Aerzte dürften der-

artige reziprozitätslose erzwungene Geschenke nicht wünschen können.

Wird entgegengehalten, die Medizinalbeamten haben aber doch das Recht, Praxis zu treiben, daher müssen sie auch zu allen Lasten der praktischen Aerzte beitragen, so erwidere ich immer wieder: 1. auch die Militärärzte dürfen Praxis treiben und sind doch frei von Abgaben, und verschiedenen Kategorien von Medizinalbeamten stehen ebenso als volle Beamte da wie jene; 2. das Recht, Praxis zu treiben, ist bei manchen Kategorien von ärztlichen Beamten nur ein bedingtes, also kann auch die Zahlungspflicht nur bedingt sein, und bei anderen thatsächlich ohne Bedeutung — Regierungs- und Medizinalräthe, Regierungsräthe beim Kaiserlichen Gesundheitsamte, vortragende Räthe, Beamte an Staatsinstituten und Professoren der Anatomie, Physiologie, path. Anatomie u. s. w.; 3. die Abgaben haben für die beamteten Aerzte unter keinen Umständen dieselbe Bedeutung wie für die nicht beamteten. Wird entgegnet, die „beamteten Aerzte" hätten aber doch entgegen den Militärärzten das Recht, in die Aerztekammern zu wählen und gewählt zu werden, so ist zu erwidern, dass die Aerztekammern für die nicht beamteten Aerzte geschaffen sind, dass die beamteten in ihnen in Zukunft nicht eine analoge Bedeutung haben werden wie jene, dass das Verbleiben der beamteten Aerzte nicht in deren eigenem Interesse, sondern in dem der Gesammtheit und der Aerzteschaft begründet ist, dass man für diese Leistung den Beamten nicht noch eine Geldbusse auferlegen kann.

Auch der Einwand, dass ja doch in die Aerztekammerkasse Gelder fliessen, zu denen die „beamteten Aerzte" nicht beitragen, nämlich die durch das Ehrengericht verhängten Strafgelder, kann nicht erhoben werden; denn einmal haben ja die „beamteten Aerzte", wie ich dargethan habe, überhaupt so gut wie keinen Vortheil von der Kasse, es ist ihnen also gleich, wie hoch und woher die Einnahmen sind, und zweitens werden die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens zweifellos grösser sein als die Einnahmen; zahlen doch z. B. hier zu Lande die Rechtsanwälte 20 Mark jährlich. Da z. B. bereits jetzt in Westpreussen von der Aerztekammer jährlich 9 Mark eingefordert werden (davon 5 für Wittwen und Waisen von Aerzten), so ist darauf zu rechnen, dass in Zukunft 15—20 Mark zu zahlen sein werden, die der nicht Praxis treibende Beamte von seinem Gehalte hergeben müsste.

Somit bleibt also nur der vierte der genannten Wege gangbar, nämlich die fakultative Heranziehung der Medizinalbeamten zu der Aerztekammer und ihrer Kasse. In welcher Weise soll das geschehen?

Wäre die Angelegenheit im Beginne der Regelung, so könnte zu erörtern sein, ob nicht gewisse Kategorien der „beamteten Aerzte" analog den Sanitätsoffizieren in der That ganz abseits der Aerztekammern zu stellen seien und ihnen zu überlassen sei, ob sie die Pflichten und Rechte der Aerzte theilen wollen, einerlei ob sie Praxis treiben oder nicht, oder ob es nicht vorzu-

ziehen sei, die Medizinalbeamten zu den Lasten der Aerztekammer nur theilweise bezw. in verringertem Masse heranzuziehen.[1]) Ueber diese Fragen dürfte aber schon entschieden sein, es erübrigt sich daher, darauf einzugehen. Es kommt vielmehr jetzt hier nur noch in Frage, ob für die Medizinalbeamten nicht darnach die Annahme eines fakultativen Verhältnisses berechtigt sei, ob sie Praxis treiben oder nicht, und letzteren Falles, ob sie wählen und zahlen wollen oder nicht.

Sollte die Königliche Staatsregierung dies in dem Entwurfe nicht beabsichtigt haben? Auf den ersten Blick scheint es allerdings, als sollten alle „beamteten Aerzte" wahlberechtigt und zahlverpflichtet sein ebenso wie pensionirte Sanitätsoffiziere und Beamte, zur Ruhe gesetzte Aerzte u. s. w.; bei näherem Zusehen erscheint aber die Auffassung berechtigt, dass in der Verordnung vom 23. Januar 1899 bei dem Begriffe „Aerzte" immer nur an ärztliche Praxis treibende approbirte Persönlichkeiten gedacht sei, und demgemäss auch in dem Entwurfe überall, also auch bei dem Worte „beamtete Aerzte" in der Begründung zu §. 49, dasselbe gemeint sei; so dass demnach, §. 4 so aufzufassen wäre: es müssen alle Aerzte zahlen, also auch die beamteten, wenn sie eben „Aerzte sind, d. h. Praxis treiben. Und je mehr ich mich in das Ganze hineindenke, um so mehr erscheint mir diese Auffassung begründet; denn es erscheint mir undenkbar, dass die Königliche Staatsregierung auch die reinen Beamten hätte verpflichten wollen können, von ihrem Gehalte oder ihrer Pension einen zwangsweise beitreibbaren Abzug zu Gunsten der frei praktizirenden Aerzte erleiden zu müssen.

Es wird aber zugegeben werden müssen, dass der Wille des Gesetzgebers missverstanden werden kann, und daher erschien es mir geboten, noch jetzt auf diesen Punkt hinzuweisen. Meines Erachtens würde jede Missdeutung ausgeschlossen, wenn §. 49 so erweitert würde:

> „Jede Aerztekammer ist befugt, von den wahlberechtigten Aerzten des Kammerbezirks, **soweit sie die medizinische Praxis betreiben oder ihr Wahlrecht ausüben**, einen von ihr festzusetzenden Beitrag zur Deckung ihres Kassenbedarfs zu erheben."

Dadurch würde jeder Zweifel beseitigt; es würde jede grössere Unbilligkeit und Differenz der Auffassung prinzipiell vermieden, und es würde das so dringend erwünschte gute Einvernehmen zwischen beamteten und nicht beamteten Aerzten durch klare Scheidung gefördert werden.

---

[1]) Man hätte z. B. im §. 49 sagen können: „Jede Aerztekammer ist befugt, Beiträge zu erheben: 1) für Zwecke der Aerztekammer, 2) für Zwecke des Ehrengerichts, 3) für Zwecke der Reliktenversorgung von Aerzten u. s. w. Den ersten Beitrag haben alle wahlberechtigten Aerzte (§. 4 des Gesetzes), den zweiten nur die nicht beamteten Aerzte, den dritten alle nicht beamteten sowie die beamteten nicht pensionsberechtigten Aerzte zu zahlen.

Tödtliche Vergiftung durch Schwefelwasserstoff. Betriebsunfall.

Von San.-Rath Dr. Macke, Kreisphysikus in Neuwied.

Die plötzlichen Todesfälle in Folge von Vergiftung durch Schwefelwasserstoffgas sind nicht sehr häufig; jedenfalls ist die Zahl der bisher in der Literatur darüber veröffentlichten Obduktionsprotokolle keine grosse und deshalb dürfte die Mittheilung des nachstehenden Falles, in dem jede andere Todesursache ausgeschlossen werden konnte, gerechtfertigt sein.

Am 25. Oktober 1898, Nachmittags 5 Uhr 20 Min., war der 17 jährige Arbeiter B. in der chemischen Fabrik von W. F. & C. zu H. a. Rh., nachdem er wenige Minuten vorher noch mit dem Arbeiter A. gesprochen hatte, von dem Vorarbeiter S. neben einem der Zylinder, in denen durch Einleiten von Kohlensänre der Schwefelwasserstoff aus den Schwefelbaryum- resp. Schwefelstrontiumlaugen ausgetrieben wird, bewusstlos vorgefunden worden und sogleich darauf gestorben. Seine Arbeit bestand darin, dass er durch Riechen an kleinen Ventilhähnen der Zylinder die Vollendung der Reaktion zu überwachen hatte. Diese Hähne wurden beim Auffinden der Leiche alle geschlossen gefunden. In dem Arbeitsraume ist jeder Zeit trotz reichlicher Ventilation ein intensiver Geruch nach Schwefelwasserstoff zu bemerken. B. war mit der bezeichneten Arbeit schon seit längeren Monaten beauftragt und immer gesund gewesen mit Ausnahme der letzten Tage, wo er einen Anfall momentaner Bewusstlosigkeit gehabt haben und am Vormittage des Unfalltages bettlägerig gewesen sein soll.

Im Auftrage des Sektionsvorstandes der chemischen Berufsgenossenschaft zu Köln wurde von mir am folgenden Tage Nachmittags die Sektion der Leiche vorgenommen, die folgende für die Beurtheilung wesentlichen Befunde ergab:

2. Körperfarbe im Allgemeinen bläulichviolett, an der Hinterseite dunkler. Am Rücken zahlreiche stecknadelkopfgrosse schwarzrothe Punkte, welche bei Einschnitten als Blutaustretungen in die Haut sich erweisen.
3. Aus der Nase quillt etwas gelblicher Schleim.
6. In der rechten Augenbindehaut eine punktförmige Blutaustretung.
7. Die Ohren dunkelblau.
10. Die Fingernägel bläulich.
13. Aus den Unterhautgefässen entleert sich schwarzes Blut.
16. An den Gedärmen zahlreiche schwärzliche Aderverzweigungen.
18. Die Magenschleimhaut zeigt zahlreiche schwarze Verzweigungen von Blutgefässen und ist an einigen Stellen von hanfkorngrossen Blutaustretungen durchsetzt.
19. Die Milz ist 12 cm lang, 10 cm breit, 4 cm dick, ihr Gewebe weich, braunroth.
20. Die Oberfläche der linken Niere ist blauschwärzlich, ihre Substanz weich, das Gewebe rothbraun; aus den Blutadern entleert sich schwarzes Blut.
21. Die rechte Niere verhält sich wie die linke.
25. Die Bauchspeicheldrüse zeigt zahlreiche bluthaltige Gefässe und einige nicht entfernbare Blutpunkte.
26. Die Leber ist dunkelbraunroth, die Abschnitte der Leberläppchen sind kaum zu erkennen. Aus den Lebergefässen entleert sich viel schwarzrothes Blut.
30. Die grossen Gefässe in der Bauchhöhle enthalten viel schwarzrothes Blut.
32. Die linke Lunge ist am Zwerchfell, die rechte an ihrem oberen Lappen

strangförmig mit der Brustwand verwachsen. In beiden Brusthöhlen hat sich aus durchschnittenen Gefässen viel schwarzrothes Blut angesammelt.

34. In beiden Kammern und beiden Vorkammern des Herzens findet sich flüssiges, schwarzrothes Blut.

35. Das Herzfleisch ist derb und braunroth.

36. Die linke Lunge zeigt auf der Oberfläche zahlreiche schwarze Punkte, welche sich bei Einschnitten als Blutansammlungen erweisen. Ihr Gewebe ist überall weich, auf dem Durchschnitt rothbraun. Bei geringem Druck entleeren sich aus allen Verzweigungen der Luftröhre und aus der ganzen Schnittfläche reichliche Mengen von schaumiger, röthlicher Flüssigkeit, neben dem schwarzrothen Blute, welches in Masse aus den durchschnittenen Gefässen quillt.

37. Die rechte Lunge zeigt dieselben Zustände wie die linke.

38. Die Schleimhaut der Luftröhre ist dunkel gefärbt, von schaumig-wässeriger Flüssigkeit bedeckt.

44. Die innere Fläche der Kopfschwarte zeigt zerstreute dunklere Stellen von Hanfkorngrösse, welche sich als Blutaustretungen erweisen.

45. Die Beinhaut des Schädels ist bläulich mit zahlreichen dichten Verzweigungen von Blutgefässen.

46. Die harte Hirnhaut ist an ihrer Aussenfläche von vielen starkgefüllten schwarzrothen Gefässen bedeckt. Der Längsblutleiter enthält viel schwarzes Blut. Beim Zurückschlagen der harten Hirnhaut entleert sich wässerige Flüssigkeit von der Oberfläche des Gehirns.

47. Die Hirnrinde erscheint dunkel.

48. Die Gehirnsubstanz im Ganzen ist weich, voluminös, die Windungen stossen dicht zusammen.

49. Die venösen Gefässe sind überall stark erkenntlich als schwarze Adern.

50. Aus den Seitenhöhlen entleert sich wässerige Flüssigkeit; die Adergeflechte sind bläulichroth.

51. Die graue Substanz ist überall dunkel, in der weissen Substanz treten überall zahlreiche Blutpunkte auf, welche sich abspülen lassen.

53. Die Blutleiter am Schädelgrunde sind stark gefüllt mit schwarzem Blute; die ganze harte Hirnhaut ist dunkelblau mit zahlreichen Aderverzweigungen.

Die äusseren Umstände des Falles legen den Verdacht nahe, dass B. an einer Vergiftung gestorben ist. Seine Beschäftigung, besonders das prüfende Riechen an den Ventilhähnchen der Saturationszylinder, brachte ihn in sehr häufige Berührung mit Schwefelwasserstoff, einem heftig wirkenden Gifte, dessen Beimischung schon mit 4 % zur Atmosphäre höchst gefährlich ist. Der Leichenbefund bestätigt, dass in der That eine solche Vergiftung stattgefunden hat; denn es haben sich alle für eine solche charakteristischen Zeichen vorgefunden. Dieselben bestehen nach mehrfacher Beobachtung in einer flüssigen Beschaffenheit des dunkelrothen oder schwarzbraunen Blutes, einer Ueberfüllung der Gehirnhäute, der Unterleibsorgane und grösseren Blutadern mit solchem Blute und den Zeichen des Erstickungstodes, wenn der Tod, wie in diesem Falle, sehr schnell eingetreten ist. Die abnorme Blutbeschaffenheit und die Ueberfüllung der Organe mit Blut ist besonders durch die Nummern 2, 7, 10, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 26, 30, 34, 45, 46, 49, 50, 51, 52 des Protokolls unzweifelhaft festgestellt. Der Erstickungstod ist ebenso sicher zu erschliessen aus den an verschiedenen Stellen vorgefundenen kleinen Blutaustretungen (Nr. 2, 6, 18, 25, 36, 44), wie aus der Beschaffenheit der Lungen und des Gehirns. Die Lungen (Nr. 36, 37) befanden sich im Zustande einer vollständigen Ueberfüllung mit aus den Blutgefässen ausgetretener wässeriger Flüssigkeit (Lungenödem,) welche bis in die Luftröhre und sogar bis in die Nase (Nr. 3)

vorgedrungen war. Auch das Gehirn zeigte wässerigen Erguss an seiner Oberfläche (Nr. 46) und in seinen Höhlen (Nr. 50). Die unbedeutenden Verwachsungen der Lungen (Nr. 32) können zum Tode nicht beigetragen haben. Auch sonst hat sich in der Leiche nichts gefunden, was gegenüber der nachgewiesenen Vergiftung in Betracht kommen könnte. Der Tod muss sehr schnell eingetreten sein, vermuthlich beim Riechen an einem der Ventilhähne, wobei vom Verstorbenen eine unerwartet grosse Menge von Schwefelwasserstoff eingeathmet ist. Die tödtliche Einwirkung kann dadurch befördert worden sein, dass B. schon vorher unwohl war und die schleichende Einwirkung des Schwefelwasserstoffes ihn schon mehr geschädigt hatte, als man vermuthete. Der Umstand, dass die Ventilhähne der Zylinder bei seinem Auffinden alle geschlossen gefunden sind, widerspricht nicht der oben ausgeführten Annahme, da der Verstorbene beim Einathmen des Schwefelwasserstoffes den betreffenden Hahn jedenfalls in der Hand gehalten hat und ihn noch durch eine gewohnheitsmässige geringe Bewegung geschlossen haben kann.

Nach alledem dürfte es keinem Zweifel unterliegen, dass B. an Vergiftung durch Schwefelwasserstoff gestorben ist und sein Tod mit der Betriebsarbeit in ursächlichem Zusammenhange steht.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die IV. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Köln am 31. März 1898.[1]

Anwesend sind 17 Medizinalbeamte des Bezirks.

Der Vorsitzende, Reg.- u. Med.-Rath Dr. Telke gedenkt des kürzlich verschiedenen Kollegen San.-Raths Dr. Herbst, Kreisphysikns in Wipperfürth, seiner vortrefflichen Eigenschaften als Arzt und Medizinalbeamter, wie seiner persönlichen liebenswürdigen und guten Art. Die Anwesenden ehrten sein Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Es wurde sodann die Diskussion eröffnet über den am 8. April v. J. von Kreisphysikus Dr. Schlecht gehaltenen Vortrag: **Ueber die Heildienerfrage**[2].

Reg.- u. Med.-Rath Dr. Telke hob hervor, dass die Heildiener schon gegenwärtig im Osten mehr als es im Westen der Fall ist, als Desinfektoren, Fleischbeschauer u. dergl. herangezogen würden. In Folge dessen fühlten sie sich mehr als Beamte und machten weniger Uebergriffe in's ärztliche Gebiet.

Aus der ganzen Diskussion war zu ersehen, dass sich die Frage von der gegenwärtig brennenden Frage der Kurpfuscherei und der Stellung der Aerzte in der Gewerbeordnung nicht trennen lässt. Von Prof. Dr. Ungar wurde besonders hervorgehoben, dass viele Handleistungen, welche früher von den Heildienern besorgt wurden, heute in Wegfall gekommen sind, z. B. Blutegel, Schröpfköpfe setzen. Der Heildiener ist deshalb, wenn er bestehen will, geradezu darauf angewiesen, Kurpfuscherei zu treiben, es sei denn, dass er besser gestellt wird dadurch, dass er mehr amtlich zu Dienstleistungen herangezogen wird. Auch von San.-Rath Dr. Vanselow und San.-Rath Dr. Mörs wurde die Ansicht vertreten, dass es nöthig sei, den Heildiener mehr amtlich zu binden und ihn als unterstes Glied dem Medizinalpersonal einzureihen. Schliesslich wurde folgende Resolution angenommen: Wenngleich die Versammlung der Ansicht ist, dass der heutige Heildienerstand erhebliche Uebelstände in sich birgt,

---

[1]) Verspätet eingegangen.

[2]) S. Zeitschrift 1897, S. 839.

so sieht sie, so lange die Stellung der Aerzte in der Gewerbeordnung nicht anderweitig geregelt wird, keine Möglichkeit, die Stellung der Heildiener zu begrenzen und zu regeln."

Es erfolgte dann die Diskussion über das am 8. April 1897[1]) von Kreisphysikus Dr. Schneider besprochene Thema: **Ueber die Massregeln gegen die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten.**

Dr. Schneider hatte für die Diskussion dieses Themas Leitsätze ausgearbeitet, welche einzeln besprochen und von der Versammlung in folgender, in manchen Punkten veränderter Form angenommen wurden:

I. Die Anzeigepflicht hat sich im Allgemeinen auf alle ansteckenden Krankheiten zu erstrecken, von denen Kenntniss zu haben für den Staat im Interesse des Gemeinwohls von Wichtigkeit ist.

Den Ortspolizeibehörden anzuzeigen sind alle Fälle von: 1) Cholera und choleraverdächtigen Erkrankungen (zugleich Anzeige an den Physikus nöthig), 2) Flecktyphus, 3) Rückfallfieber, 4) Unterleibstyphus (sog. Nerven- und gastrisches Fieber und als solche verdächtige Erkrankungen), 5) Diphtherie, Croup, Bräune, 6) Scharlach, 7) bösartige oder in epidemischer Verbreitung auftretende Fälle von Ruhr, Masern, Keuchhusten und granulöser Augenentzündung, 9) Kindbettfieber (anzugeben ist auch der Tag der Entbindung und der Name der bei der Entbindung thätigen Hebamme, Wartefrau oder Krankenpflegerin), 9) Genickstarre (Meningitis cerebrospinalis epidemica), 10) Lepra, 11) Trichinose, 12) Ankylostomiasis duodenalis, 13) diejenigen Fälle von Syphilis, deren Verschweigen eine Gefahr für das Gemeinwesen bedingen würde.

II. Die eingegangenen Anzeigen sind von den Ortspolizeibehörden unverzüglich ohne Begleitschreiben durch die Hand des Physikus an den Landrath weiter zu geben.

Die Weitergabe der einzelnen Anzeigen bezüglich einer Krankheit hört erst auf, wenn der Landrath auf den Vorschlag des Physikus die Einreichung von Wochenübersichten bezüglich dieser einen Krankheit angeordnet hat.

Die Wochenübersichten sind stets von Sonntag bis Samstag zu rechnen.

Für die Zugänge, die in den Wochenübersichten angegeben sind, sind die betreffenden Anzeigen beizufügen.

Auf dem Landrathsamt wird für den ganzen Kreis eine Wochenübersicht aller gemeldeten Krankheiten an jedem Dienstag aufgestellt, von welcher die Urschrift an den Herrn Regierungspräsidenten eingereicht wird, eine Abschrift sammt den Krankheitsanzeigen an den Kreisphysikus gelangt.

Eine Zusammenstellung für den ganzen Regierungsbezirk wird im Amtsblatt wöchentlich zur allgemeinen Kenntniss gebracht.

III. Die amtliche Feststellung bei ansteckenden Krankheiten durch den Physikus hat im Allgemeinen dann zu erfolgen, wenn gesundheitliche Massnahmen erforderlich sind oder über ihre Nothwendigkeit zu entscheiden geboten erscheint. Der Physikus hat bei Weitergabe der Schriftstücke, die sich auf ansteckende Krankheiten beziehen, entsprechende Anträge zu stellen.

Bei den amtlichen Feststellungen, wie bei anderen dienstlichen Verrichtungen, können die Physiker in dringenden Fällen gesundheitliche Anordnungen vorbehaltlich der Genehmigung der zuständigen Behörde treffen.

IV. Die Anträge auf Schulschliessung sind, falls dieselben nicht vom Kreisphysikus ausgehen, von den Ortspolizeibehörden oder Schulvorständen durch die Hand des Kreisphysikus an den Landrath einzureichen.

Dr. Longard-Köln.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ein Fall von Vergiftung mit Bromoform. Von Dr. Schmitt. prakt. Arzt in Dieburg (Hessen). Münchener med. Wochenschrift; 1899, Nr. 2.

Verfasser berichtet, dass ein $4^3/_4$ Jahre altes Kind ungefähr 5 Gramm von den wegen Keuchhusten verordneten Bromoformtropfen getrunken hatte, wovon die Mutter bei dem Jungen gut eine halbe Stunde nach der Ein-

---

[1]) S. Zeitschrift 1897, S. 841.

nahme der Tropfen die erste Wirkung bemerkte (das Kind liess den Kopf fallen und wurde unbewusst). Verfasser fand das Kind eine Stunde später bewusstlos, auf Anrufen, Hautreize nicht mehr reagirend, den empor gehaltenen Arm schlaff herabhängen lassend. Die Pupillen waren ad minimum verengt, ohne Reaktion, Puls vorlangsamt (ca. 70 in der Minute), zeitweise kaum fühlbar; Athmung langsam und ungleichmässig, bald tief, bald oberflächlich. Der Athem roch stark nach Bromoform. Die unteren Extremitäten waren bis zum Knie eiskalt, die übrigen Theile der unteren und oberen Extremitäten mässig warm. Der Mund liess sich leicht öffnen, Schlucken war nicht möglich.

Das Kind bekam zunächst Kampferinjektionen, Heiswasserflasche an die Füsse gelegt, die Extremitäten stark gerieben. Beim Versuche, die inzwischen herbeigeschaffte Magensonde einzuführen, wurde ein Keuchhustenanfall mit Erbrechen hervorgerufen. Der Magen schien hierdurch entleert, weshalb von weiteren Versuchen, die Magensonde einzuführen, Abstand genommen wurde. Der Junge erholte sich bald immer mehr und mehr und war bereits am nächsten Tage verhältnissmässig munter; Pupillen mittelweit, träge reagirend; Puls regelmässig und gut. Dr. Waibel-Günzburg.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Commotio spinalis. Von Dr. Schmauss, Privatdozent und I. Assistent am pathol. Institut in München. Münchener med. Wochenschrift; 1899, Nr. 3.

Nach unseren bisherigen Untersuchungen wurde der Begriff der Rückenmarkserschütterung weniger nach einem geschlossenen spinalen Symptomenkomplex als nach Analogie mit der Hirnerschütterung konstruirt und von dieser auf das Rückenmark übertragen. Nach dieser Analogie gehörte als wesentlicher Bestandtheil der ganzen Definition dazu, dass der anatomische Befund am Mark im Wesentlichen ein negativer war. Neuere Forschungen und experimentelle Arbeiten, besonders auch von Seiten des Verfassers haben etwas mehr Licht in das ätiologische bezw. anatomische und klinische Dunkel dieses Kapitels gebracht und es erscheint daher die vorliegende Arbeit für den gerichtsärztlichen und Unfall-Gutachter als ein sehr verdienstvoller Versuch, den gegenwärtigen Stand der ganzen Frage darzulegen und denselben durch folgende kurz zusammengefasste Schlusssätze zum Ausdruck zu bringen;

1. Die Erschütterung des Rückenmarks (Commotio spinalis) ist von jener der Wirbelsäule vorderhand zu trennen; denn es können bei der Erschütterung der letzteren auch Erscheinungen im Marke auftreten, die nicht auf eine Commotio, sondern auf Quetschungen, Blutungen, durch Ueberbeugung der Wirbelsäule bedingte Dehnung und Zerrung des Rückenmarks und seiner Wurzeln beruhen.

2. Die Lehre von der eigentlichen Commotio spinalis im strengen Sinne hat in der letzten Zeit insofern an Boden verloren, als die von Menschen bekannten Fälle einer strengeren Kritik nicht Stand halten; es giebt hier keinen ganz reinen unkomplizirten Fall von Commotio spinalis mit anatomischem Befund.

3. Die Kritik ist aber nicht im Stande, die bisherige Auffassung einzelner Fälle als echte Commotio spinalis zu widerlegen oder unwahrscheinlich zu machen, insbesondere auch nicht die Commotio neben anderen, direkt lädirenden Einwirkungen einer Verletzung auszuschliessen. In vielen Fällen ist die Annahme letzterer hypothetisch, die Thatsache aber, dass ein Erschütterungszustand bestanden hat, ist gewiss.

4. Das Vorkommen einer direkten traumatischen Nekrose von Nervenelementen durch eine Commotio (mit degenerativer Quellung, Segmentirung und Zerfall von Achsenzylindern und Markscheiden, sowie daraus entstehenden Erweichungsherden) ist experimentell gesichert und scheint die Lücke auszufüllen, welche eine Erklärung der Läsionen durch direkte Verletzung vielfach bestehen lässt.

5. Neben letzteren ist als Folge der Erschütterung noch Gewebszerreissungen durch Ergüsse von Liquor cerebrospinalis (in Folge von Druckschwankungen) eine grössere Bedeutung beizumessen. Ders.

Paralytische Geistesstörung nach Trauma. Von Dr. Fr. Meschede in Königsberg. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 55. Bd., V. H., 1899.

M. wendet sich in der vorliegenden Arbeit sehr entschieden gegen die von Hirschl in letzter Zeit besonders verfochtene Ansicht, dass die Paralyse nichts anderes sei als eine Encephalitis syphilitica. Mit Recht betont M., dass man eine derartige Frage nicht statistisch beantworten könne; vorzüglich sei dem Trauma eine grössere Bedeutung zuzuerkennen, als Hirschl gelten lasse. M. theilt zum Beweise dessen einen, bereits in den 60er Jahren publizirten, Fall mit, in dem sich unmittelbar an eine schwere Schädelverletzung der Ausbruch der Paralyse anschloss. Dass die in wilder Ehe lebende 58jährige Frau nie Syphilis akquirirt haben sollte, wird M. schwerlich mit Sicherheit beweisen können. Der Fall bietet daher kaum etwas Bemerkenswerthes.

Bei der Sektion fanden sich, wie M. besonders hervorhebt, keine Erscheinungen ehemaliger Lues; eine Beobachtung, die jeder macht, der eine grössere Zahl von Paralysen sorgfältig obduzirt. Grade auf pathologischem Gebiete — darin werden alle Untersucher mit M. übereinstimmen — fehlte der Nachweis der luetischen Antezedentien bei Paralytikern noch vollständig. (Referent hat bei einer grossen Zahl von Obduktionen nie alte Gummigeschwülste, noch Narben von solchen oder bemerkenswerthe Drüsenschwellungen, Amyloid und dergleichen nachweisen können.) Dr. Pollitz-Brieg.

Ein bemerkenswerther Fall von sogenannter galloppirender Paralyse. Von Dr. H. Brassert, Hilfsarzt in Illenau. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 55. Bd., V. H., 1899.

40jähriger Architekt, belastet, Potator, erkrankte unter Erscheinungen des Grössendelirs und starb unter 5 Tage andauernden, gehäuften paralytischen Anfällen ca. drei Wochen nach Ausbruch der Krankheit. Bei der Sektion fanden sich: Atherom der Basalarterien, Gehirnhyperämie, Atrophie, Ventrikelhydrops- und Granulationen. Ders.

Die Fürsorge für Geisteskranke in den deutschen Grossstädten. Von Dr. Sioli in Frankfurt a. M. Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Irrenärzte zu Bonn am 17. September 1898. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 55. Bd., 6. H.

S.'s Vortrag beschäftigt sich mit der Irrenfürsorge in 40 deutschen Grossstädten. Nicht weniger als 14 von diesen haben keine eigenen Anstalten, sondern geben ihr Krankenmaterial an die Kommunalanstalten ab. Es ergiebt sich ein jährlicher Krankenbestand von durchschnittlich 3,12 auf 10000 der Bevölkerung, und zwar schwanken die Zahlen zwischen 0,88 und 8,36. Bei 18 Städten mit Vorrichtungen zur provisorischen Aufnahme von Geisteskranken beträgt die jährliche Durchschnittsaufnahme ca. 3,11 pro Dekamille; auch bei dieser Gruppe ist die Fürsorge in Folge der bureaukratisch umständlichen Aufnahmevorschriften noch ungenügend geregelt. Die dritte Gruppe Sioli's umfasst 5 Städte mit theilweise eigener Irrenfürsorge; die Aufnahmebedingungen sind überaus einfach. Die Zahl der jährlichen Ueberführungen erreicht inkl. Deliranten 20 pro Dekamille, ohne letztere 15—16; einzelne Städte bleiben jedoch hinter dieser Zahl zurück. Die vierte Gruppe enthält die Städte mit gänzlich eigener Fürsorge: Berlin, Lübeck, Bremen und Hamburg. Für Berlin berechnet sich die Zahl der Aufnahme mit bezw. ohne Alkoholisten auf 20 resp. 14,5 pro Dekamille, also genau so hoch wie bei den Städten der dritten Gruppe. Als Muster eines nachahmenswerthen Aufnahmestatuts für Grossstädte empfiehlt S. dasjenige der Stadt Stuttgart. Ders.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Gebärmutterknickung oder Unfall. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 21. Oktober 1898.

Der Rekurs ist zunächst deshalb begründet, weil ein Unfall, auf den das Leiden der Klägerin zurückgeführt werden könnte, nicht erwiesen ist.[1]) Da

---

[1]) Die Berufungsklägerin hatte bei der Wiederinstandsetzung einer Wasserpumpe geholfen. Als das Pumpenrohr heraufgezogen wurde, wurde dasselbe

es sich bei der in Rede stehenden Beschädigung um einen inneren körperlichen Vorgang handelt, so entzieht sie sich von selbst der äusseren Wahrnehmung durch Zeugen. Aber auch ein mittelbarer Rückschluss auf die Thatsächlichkeit des behaupteten Unfalls lässt sich mit einiger Sicherheit nicht machen. Die Klägerin hat nach ihrer eigenen Angabe und dem Zeugniss des Händlers H. keine Schmerzäusserung gethan, als beim Aufwinden des Pumpenrohres der innere Schmerz plötzlich auftrat. Schon deshalb ist es nicht wahrscheinlich, dass sie sich bei dieser Gelegenheit eine so schwere Verletzung, wie eine Gebärmutterknickung, zugezogen haben könnte. Aber selbst wenn man ihr glaubt und es für möglich hält, dass sie eine Schmerzensäusserung absichtlich zurückgehalten hat, so liegt doch die Möglichkeit einer Selbsttäuschung über die Ursache jener Schmerzempfindung sehr nahe. Da die Klägerin an den in Rede stehenden Körpertheilen ein altes Leiden hatte, so kann sie auch die durch dieses hervorgerufenen Schmerzen, namentlich wenn sie das erste Mal nach längerer Pause wieder eintreten, in gutem Glauben auf eine vorangegangene Ueberanstrengung zurückgeführt haben, ohne dass diese Annahme deshalb vom medizinischen Standpunkte aus begründet wäre. Dazu geht aus den in dieser Sache erstatteten ärztlichen Gutachten, so sehr sie im Einzelnen von einander abweichen, jedenfalls so viel hervor, dass ein Leiden, wie das der Klägerin, nicht blos durch einen Unfall, bezw. eine Ueberanstrengung bei der Arbeit hervorgerufen werden, sondern auch aus anderen Gründen entstehen kann. Diese Gutachten ergänzen und ersetzen also den mangelnden Beweis des Unfalls nicht. Damit fällt der Rentenanspruch der Klägerin, ohne dass es noch des Eingehens auf die Frage bedurfte, ob, wenn ein Unfall erwiesen wäre, die Beschwerden der Klägerin auf ihn, und inwieweit, zurückzuführen wären.

Bruchschaden; kein Betriebsunfall. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 28. Dezember 1898.

. . . . Ausserdem könnte, selbst wenn es sich um eine Beschäftigung bei dem landwirthschaftlichen Betriebe gehandelt hätte, nicht anerkannt werden, dass der Bruchschaden des Klägers damals in Folge eines Betriebsunfalls entstanden sei. Denn nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung entstehen Leistenbrüche in den seltensten Fällen plötzlich in Folge Einwirkung einer Gewalt, wie sie bei einem Unfall eintreten kann, sondern sie bilden sich fast ausnahmslos allmählich heraus, im Wege der fortschreitenden Vergrösserung einer Bruchpforte, zu welcher die Anlage angeboren oder schon vor langer Zeit erworben ist. Insbesondere begünstigt das vorgerückte Alter (der Berufungskläger war

---

nach der Seite gedrängt, wo sich die Klägerin befand. Dieselbe stand mit gespreizten Beinen über der Brunnenöffnung und stemmte sich in dieser Stellung gegen das Pumprohr. Dabei will sie plötzlich einen heftigen inneren Schmerz empfunden haben. Sie ist demnächst kränklich, auch bettlägerig geworden und etwa 7 Wochen später im Krankenhause wegen fixirter Gebärmutterknickung und doppelseitiger Adnexa-Erkrankung operirt worden. Vor dem Unfall will die Klägerin im Allgemeinen arbeitsfähig gewesen sein, nur während der Zeit der Regel Schmerzen im Leibe empfunden haben. In seinem Gutachten hatte sich Prof. P. dahin geäussert: Bei der Operation habe sich eine allgemeine Beckenbauchfellentzündung, eine Gebärmutterknickung, die durch viele und feste Verwachsungen fixirt gewesen, und eine doppelseitige Adnexa-Erkrankung so hochgradig gezeigt, dass die linken Adnexa ganz und von den rechten der Eileiter entfernt werden musste. Im linken Eierstock sei ein Eiterherd gewesen. Demnach sei anzunehmen, dass bei der Klägerin schon zur Zeit des Unfalles eine entzündliche Erkrankung der Genitalorgane bestanden habe, in Folge der plötzlich starken Anstrengung bei dem angeblichen Unfalle ein alter abgekapselter Entzündungsherd wieder aufgebrochen sei und eine frische Entzündung des Beckenbauchfelles hervorgerufen habe. Demgegenüber hatte es der Kreisphysikus Dr. K. nicht für möglich gehalten, dass durch eine plötzliche Anstrengung ein alter Eiterherd aufgeplatzt und eine frische Bauchfellentzündung zu der alten hinzugetreten sei, da die Klägerin noch über eine Woche nach dem Unfalle gearbeitet habe und der Befund bei der Operation beweise, dass sie schon vor dem Unfalle im ärztlichen Sinne erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit vermindert gewesen sei.

69 Jahre alt) und andauernde körperliche schwere Arbeit den Fortschritt des Leidens. In solchen Fällen tritt allerdings gewöhnlich auch mehr oder weniger plötzlich der Bruch zum ersten Mal unter Schmerzerregung aus; es ist aber dann die unmittelbar vorangegangene Arbeit keineswegs die Ursache dieses Bruchaustrittes; diese Ursache ist vielmehr lediglich in der inneren, sich über eine geraume Zeit erstreckenden Vorgängen zu suchen. In den wenigen Fällen, in denen einmal ein Bruch in der That plötzlich in Folge eines Unfalles entstanden ist, treten sofort besondere stürmische Erkrankungserscheinungen auf, von denen hier offenbar nichts beobachtet worden ist. Auch bedarf es in derartigen Fällen einer anderen Art von äusserer Gewalteinwirkung, als sie bei einem Fall, wie ihn der Kläger erlitten haben will, überhaupt eintreten kann[1]). Der Nachweis, dass es sich bei dem Kläger um den seltenen Fall einer plötzlichen Entstehung des Bruchs durch einen Unfall handele, ist mithin nicht geführt und nach Lage der Umstände auch nicht zu führen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die Differentialdiagnose der pathogenen Anaëroben durch die Kultur auf Schrägagar und durch ihre Geisseln. Von Dr. Wilhelm Votteler aus Rentlingen. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; XXVII. Bd., 3. H., 1898.

Verfasser kommt auf Grund seiner Forschungen zu folgenden Resultaten:

1. Die Kultur der pathogenen obligat. Anaëroben auf Schrägagar gelingt absolut sicher nur in vollständig sauerstofffreiem Medium und ist zugleich ein Beweis für die streng anaëroben Eigenschaften derselben.

2. Die Schrägagarkulturen der pathogenen Anaëroben bieten uns ein vorzügliches Mittel für ihre gegenseitige Unterscheidung; eine solche war zwischen malignem Oedem und Rauschbrand einerseits, zwischen Tetanus Kral und Tetanus Vaillard andererseits auch unter Zuhülfenahme ihrer Wachsthumsverhältnisse auf den verschiedenen Nährböden, ihrer Sporenbildung, Bazillenform, Beweglichkeit und Begeisselung bisher nicht möglich.

3. Für die Isolirung der streng Anaëroben von den streng Aëroben dürfte das Verfahren sehr zu empfehlen sein.

4. Auf Grund der definitiv festgestellten peritrichen Begeisselung können wir diese pathogenen Anaëroben nach Migula unter die Gattung „Bacillus" einreihen. Dr. Schroeder-Wollstein.

Zur Verhütung der Infektion Gebärender. Von A. Döderlein in Tübingen. Berliner Kl. Wochenschr.; 1898, Nr. 50.

Nachdem in allerjüngster Zeit Hofmeier aus Anlass der Debatten bezüglich der besten und sichersten Puerperalfieberprophylaxe an einem Material von 1000 Geburten seine glänzende Resultate bei Beachtung der gründlichsten Desinfektion des Geburtskanals veröffentlicht hat, tritt der Verfasser der Beantwortung der Frage näher, ob die von Hofmeier in jedem Fall beachtete gründliche Desinfektion der Scheide unbedingt nöthig ist, um mit Sicherheit Kindbettfieber zu verhüten.

Döderlein unterliess deshalb die präliminaren Scheidendesinfektionen bei den Gebärenden und führte das Touchiren mit den von Friedrich angegebenen Condomgummihandschuhen ein. Es leitete ihn hierbei die Anschauung, dass wenn bei so zuverlässigem Ausschluss der Infektion von aussen und gleichzeitiger vielfacher innerer Untersuchung ohne Scheidendesinfektion (in der Tübinger Klinik wird jede Kreissende von 4—8! Praktikanten wiederholt untersucht, nicht selten bei länger dauernden Geburten 30—40 mal!) mehr Wöchnerinnen erkrankten, als z. B. bei dem Material Hofmeier's, so ginge daraus

---

[1]) Der Kläger war beim Besteigen einer Feuerspritze durch unvermuthetes Anziehen der Pferde zu Falle gekommen, hatte sofort heftige Schmerzen im Unterleibe gespürt, die sich angeblich während des schnellen Fahrens gesteigert haben sollten, so dass er hatte absteigen und sich am nächsten Tage krank melden müssen.

hervor, dass man in der That die in dem Scheiden- oder Cervixkeime gelegene Infektionsquelle nicht vernachlässigen darf, dass man vielmehr unbedingt zum Schutze des Lebens und der Gesundheit der Kreissenden eine prophylaktische Scheidendesinfektion nöthig habe. Sind aber bei diesem Verfahren die Verhältnisse so günstig oder vielleicht sogar noch günstiger, als in Hofmeier's Klinik, dann ist bewiesen, dass nur die Infektion von aussen zu bekämpfen ist und dass die objektive Desinfektion der Kreissenden kein unbedingtes Erforderniss zur Erzielung eines normalen Wochenbettes sei.

Die bei allerdings nur 200 Wöchnerinnen gewonnenen Erfahrungen zeigten, dass unter diesen Verhältnissen Temperaturerhöhungen im Wochenbett grosse Seltenheiten werden.

Der Verfasser glaubt bei der zuverlässigen Sicherheit, welche der Condomhandschuh der touchirenden und operirenden Hand verleiht, dessen Gebrauch ganz besonders auch den praktischen Geburtshelfern empfehle zu dürfen, vornehmlich, wenn sie vorher bei irgend einer sonstigen ärztlichen Manipulation mit Giftstoffen oder spezifischen Krankheitskeimen ihre Hände haben beladen müssen. Abstinenz zu üben, sei den meisten praktischen Geburtshelfern nicht möglich, eine Ausübung der Geburtshülfe aber mit grosser Gefahr und schwerer Verantwortlichkeit verknüpft. Dr. Dütschke-Aurich.

Die Ruhrepidemie im Regierungsbezirk Danzig 1895/96. Mit Genehmigung des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten veröffentlicht von Dr. Borntträger, Regierungs- und Medizinalrath in Danzig. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; XXVII. Bd., 3. H., 1898.

Die vorliegende Arbeit stellt eine Monographie der Ruhr dar, die sich auf thatsächliche Verhältnisse und ein umfangreiches Beobachtungsmaterial stützt. Mit vollem Recht bezeichnet Schmidtmann in einem Referat der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin etc. (III. F., XVI. B., 2. H., S. 401) diese Arbeit als „eine für medizinalamtliche Berichterstattung mustergültige Darstellung", „die, weil sie als vorbildlich für die medizinalamtliche Behandlung und wissenschaftliche Verwerthung einer aufgetretenen epidemischen Krankheit angesehen werden kann, von jedem Medizinalbeamten gelesen oder vielmehr im Besitze eines jeden sein sollte".

Bevor ich näher auf die Borntträger'sche Arbeit eingehe, kann ich nicht umhin, einer weiteren Anschauung Schmidtmann's in dem angeführten Referate Erwähnung zu thun, deren Verwirklichung des freudigsten und dankbarsten Widerhalles bei allen Medizinalbeamten sicher sein würde. Der genannte Referent schreibt: „Der naheliegendste und zweckmässigste Weg, solchen für den Medizinalbeamten wichtige Arbeiten eine nutzbringende Verbreitung zu sichern, würde allerdings der sein, dass die Zentralinstanz den Druck derartiger Berichte nicht bloss zulässt, sondern übernimmt und jedem Medizinalbeamten etc. Veröffentlichungen aus der Medizinalabtheilung zustellt, wie dies in gleicher Weise seitens anderer Medizinalverwaltungen, u. a. der des Kriegsministeriums, seit lange geschieht. Ein derartiges Vorgehen wird der reichen Thätigkeit der Medizinalbeamten auf wissenschaftlichem Gebiete auch das entsprechende Relief verleihen und die gebührende Werthschätzung und Anerkennung sichern." Mit grosser Genugthuung und freudigem Danke werden die Leser dieser Zeitschrift auch das Schlusswort Schmidtmann's begrüssen: „Auf solchem Wege dürfte auch am erfolgreichsten der das Ansehen der Medizinalverwaltung und die Thätigkeit der Medizinalbeamten herabsetzenden Anschauung der Boden entzogen werden, als ob die Verbreitung der Granulose erst durch Entsendung eines Spezialgelehrten entdeckt oder die Bekämpfung der Lepra erst durch die Verhandlungen in der Berliner Medizinischen Gesellschaft und die sich anschliessenden Pressfehden veranlasst worden sei."

Das Referat über die hervorragende Borntträger'sche Arbeit erledigt

sich am fruchtbringendsten durch eine Wiedergabe der vom Verfasser aufgestellten Schlusssätze:

1. Unter „Ruhr" (Dysenterie) ist eine einheitliche, auf die Invasion eines spezifischen Erregers zurückzuführende ansteckende Krankheit zu verstehen. Die landläufigen Bezeichnungen „Ruhr, Brechruhr, sporadische Ruhr, gutartige Ruhr, nicht ansteckende Ruhr" beziehen sich, soweit sie nicht diagnostische Irrthümer enthalten, oft auf andersartige pathologische Zustände im Darmkanal. Die Angaben der „Preussischen Statistik" über die Ruhrtodesfälle in Preussen werden, zumal soweit sie sich auf Menschen in den ersten Lebensjahren beziehen, erheblich über die thatsächlichen Verhältnisse hinausschiessen.

2. Die Ruhr ist in einigen Gebieten des Regierungsbezirkes Danzig, wie auch sonst Preussens, zumal im Osten, sicher endemisch, tritt hier alljährlich im Hochsommer mehr oder weniger gehäuft auf und bildete 1895 im erstgenannten Bezirke wie auch in einigen Theilen der Regierungsbezirke Königsberg, Gumbinnen und Marienwerder aussergewöhnlich heftige Epidemien.

3. Worauf dies endemische Vorkommen der Ruhr in solchen Gegenden beruht, ist nicht bekannt. Einflüsse des Bodens und der allgemeinen Ernährung sind als massgebend nicht erwiesen, die Lebensgewohnheiten, die Wohnungsverhältnisse, die Unsauberkeit und insbesondere das Umherziehen der arbeitenden Bevölkerung spielen wohl sicher eine gewisse Rolle in der Vermehrung und Erhaltung der Keime ausserhalb des Menschen.

4. Die Ursachen des ungewöhnlich starken Auftretens der Ruhr 1895 in Ost- und Westpreussen sind nicht ergründet.

5. Die Ausbreitung der Ruhr erfolgt nach den Erfahrungen im Regierungsbezirk Danzig, mit denen sich die anderwärts, zumal in den Ruhrberichten und Generalsanitätsberichten aus Preussen, gesammelten wohl vereinen lassen, vom Kranken aus in so intensiver Weise, dass die Krankheit den Eindruck einer direkt ansteckenden (kontagiösen) macht und die Umgebung auf's Höchste gefährdet; vermuthlich wird die Uebertragung der Krankheit durch Theilchen der sehr infektiösen Fäces des Kranken direkt (Körper) oder indirekt (Wäsche, Betten, Kleider, Geschirr, Abortsitzbretter, besudelter Fuss- und Erdboden) vermittelt. Die Verschleppung der Krankheit durch Personen, wohl auch durch Sachen, erfolgt weithin und ist unabhängig vom Boden. Die Ausbreitungsart der Ruhr gleicht sehr derjenigen der Cholera.

6. Eine Verbreitung der Ruhr auf andere als die genannten Weisen, z. B. durch Trinkwasser, Nahrungsmittel, erscheint durchaus als möglich, ist aber 1895 hier und anscheinend auch sonst nirgends wirklich erwiesen.

7. Die Ruhr ist hauptsächlich eine Krankheit der Landbevölkerung und des kindlichen Alters und in den Städten der ärmeren Volksklassen; der Grund hierfür scheint darin zu liegen, dass die Unsauberkeit und die Beengtheit in den Wohnungen, auf dem Lande auch noch das Deponiren der Fäkalien längst den Häusern, die Uebertragung stark begünstigt.

8. Die Verschleppung der Ruhr in die Ferne erfolgt durch allerlei Reisen und Zusammenkünfte der Leute, insbesondere durch den Schulbesuch, die Theilnahme an Leichenfeierlichkeiten, die Heimkehr des erkrankten Gesindes, vielfach auch noch ganz besonders durch das Umherziehen der Arbeiterbevölkerung, deren Massenquartiere im Osten Deutschlands oft noch dazu sehr ungünstig sind.

9. Die Sterblichkeit an Ruhr beträgt in Preussen durchschnittlich etwa 12 Prozent der Erkrankten; im Regierungsbezirk Danzig 1895 betrug sie 15 Prozent; hier wie auch sonst war sie in einzelnen Lokalepidemien theils erheblich geringer, theils viel grösser.

10. Die Bekämpfung der Ruhr erfordert bezüglich der Kranken in erster Linie Isolirung und Sauberhalten, insbesondere auch der Hände, sorgfältiges Auffangen der Abgänge, regelmässige sichere Desinfektion derselben, sowie der Geschirre, Wäsche, Kleider, Betten, Aborte, zumal der Sitzbretter, im Weiteren Verhinderung des unkontrolirten Umherziehens kranker Personen; in letzterer Beziehung bedarf es noch besonders einer Ueberwachung der Leichtkranken und der noch ansteckenden Rekonvaleszenten.

11. Gesunde Personen in Ruhrhäusern müssen sich sehr sauber halten, insbesondere sich nach jedem Berühren des Kranken und seiner Sachen, sowie vor jedem Essen die Hände abseifen, das Zusammenkommen mit anderen Leuten möglichst vermeiden, jedenfalls vorm Verlassen des Hauses die Oberkleider

wechseln und sie, falls sie wegziehen wollen, am besten nebst ihrem Körper und ihren sonstigen Sachen, gründlichst reinigen bezw. desinfiziren.

12. Die Bekämpfung der Ruhr wie anderer ansteckender Krankheiten wird sich erfolgreicher gestalten und sich demgemäss auch mehr Freunde im Publikum erwerben, wenn einerseits die soziale Lage des niederen Volkes gehoben wird, und wenn andererseits die Prinzipien der Seuchenunterdrückung in gewisser Weise modifizirt werden, wenn also, wie das bei schweren Seuchen schon jetzt zum Theil praktisch erprobt worden ist, erstens reiche Beihülfen aus Staatsfonds bewilligt, zweitens die Sanitätsbeamten selbstständiger gestellt und drittens niedere Sanitätspersonen (Hausdesinfektoren), zum mindesten auf dem Lande, geschaffen werden. Dr. Schroeder-Wollstein.

Ueber Flecktyphus und die zur Verhütung seiner Einschleppung und Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Massregeln. Von Dr. Adolf Mantzel in Elberfeld. Sonderabdruck aus der Deutschen Medizinalzeitung. Berlin.

In einer sehr interessanten und anregend geschriebenen Arbeit verbreitet sich der Verfasser zuerst über Geschichte und geographische Verbreitung des Flecktyphus, dessen Geschichte eine „Geschichte des menschlichen Elends" sei. Aus dem 2. Kapitel, das von den Ursachen der Enstehung und Verbreitung handelt, ist vielleicht besonders hervorzuheben, dass „diese — wenigstens in Friedenszeiten — Proletarierkrankheit" auf einem uns bis jetzt nicht bekannten Erreger beruht, der wir alle Infektionsträger einen passenden Nährboden und eine individuelle Disposition verlangt.

Die beiden nächsten Abschnitte handeln von der Verwandtschaft des Fleckfiebers mit anderen Infektionskrankheiten und von der Diagnose und Prognose.

Am meisten interessirt uns Medizinalbeamte das nun folgende, von den Verhütungsmassregeln handelnde Kapitel. Besonderes Gewicht wird hier gelegt auf die sanitätspolizeiliche Ueberwachung des Grenzverkehrs und auf zu treffende internationale Vereinbarungen.

Die vorgeschlagenen Massnahmen können ohne ein Reichsseuchengesetz nicht zur vollen Wirkung kommen. Du. Heffmann-Halle.

Die gewerbliche Milzbrandinfektion. Von Dr. Sommerfeld in Berlin. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen; 1898, Nr. 16, 17, 18, 19.

Gewerbliche Milzbrandinfektionen kommen in erster Linie in denjenigen Betrieben vor, welche Thierhaare verarbeiten — Rosshaar-Spinnereien und -Zurichtereien, Bürsten- und Pinsel-Fabriken — und zwar lehrt die Erfahrung, dass die Hantirung mit solchem Materiale, welches aus Ländern stammt, in denen der Milzbrand durch Viehseuchengesetze planvoll bekämpft wird, nur äusserst geringe Gefahren in sich schliesst, während das sonstige Rohprodukt sich überall als eine sehr ergiebige Quelle der Infektion erwiesen hat. Die Beobachtungen haben ferner gezeigt, dass gerade die ersten Operationen die Arbeiter am meisten gefährden, und dass die Ansteckungen um so seltener werden, je mehr die Urstoffe bei der weiteren Behandlung von Staub und Schmutz befreit werden. Aber nicht allein in den verschiedenen Stadien der Zubereitung der Haare und Borsten, sondern auch bei deren Verarbeitung zu Besen, Pinseln und Bürsten, ja selbst bei Handwerkern, wie Maler, welche neue Pinsel in Gebrauch nehmen, sind wiederholt Fälle von Uebertragung der Milzbrandkeime beobachtet worden. Alle Massnahmen nun zur Bekämpfung dieser Infektion müssen nach S. lediglich vom bakteriologischen Standpunkte aus betrachtet werden. Es genügt jedoch keineswegs solche Mittel anzuwenden, welche bloss die Bazillen tödten; zweckmässig allein sind vielmehr nur diejenigen, welche auch die Sporen sicher vernichten, da diese bei der gewerblichen Ansteckung vielleicht ausschliesslich in Frage kommen. Von der Benutzung wirksamer Chemikalien, wie Sublimat, Chlor u. s. w. muss von vornherein abgesehen werden, da hierdurch den Arbeitern fortdauernd erhebliche Gesundheitsschädigungen drohen, und andererseits die so keimfrei gemachten Rohstoffe in ihrem Aussehen und Werth stark leiden würden. In Betracht kommt zunächst nur der gesättigte Wasserdampf von 100° C., durch den, nach den Unter-

suchungen Gruber's, die erforderliche Desinfektion sich in durchaus zuverlässiger Weise, und ohne Schaden für das Material erreichen lässt. Ein weiteres, praktisch durchführbares Verfahren besteht nach demselben Autor in der Behandlung mit den Dämpfen des Formaldehyds, welche auf die völlig ungereinigten, oft dicht verfilzten Pferde- und Rinderhaaren 48 Stunden lang, auf die den Dämpfen leichter zugänglichen Materialien 24 Stunden lang einwirken müssen. Für Deutschland ist auf Grund von Berathungen im Gesundheitsamt ein Entwurf von Vorschriften ausgearbeitet und den verbündeten Regierungen zur Begutachtung unterbreitet worden, welcher für die Zwecke der Desinfektion drei Verfahren zulässt: 1. Mindestens $^1/_2$stündige Einwirkung strömenden Wasserdampfes von 100° C. bei einem Ueberdruck von mindestens 0,15 Atmosphären; 2. mindestens $^1/_4$stündiges Kochen in 2proz. Kaliumpermanganatlösung mit nachfolgendem Bleichen mittelst 3- bis 4proz. schwefliger Säure; 3. mehrstündiges Kochen in Wasser. (Siehe Beilage zur heutigen Nummer, S: 36.) Sommerfeld findet es befremdlich, dass in einem Gutachten des Gesundheitsamtes so wenig Rücksicht auf feststehende wissenschaftliche Thatsachen genommen werde, dass Verfahren, wie die unter 2 und 3 aufgezählten, empfohlen würden, die nachgewiesenermassen nicht im Stande seien, Milzbrandsporen abzutödten. — Milzbranderkrankungen werden ferner nicht selten in Gerbereien und in solchen Betrieben beobachtet, welche gewisse Rückstände aus den Gerbereien verwerthen, wie Leim-, Gelatine- und Filz-Fabriken. Auch hier hat sich das aus dem Auslande eingeführte Material als besonders infektionsfähig erwiesen, und auch hier werden diejenigen Arbeiter hauptsächlich befallen, welche die ersten Operationen mit den Fellen vornehmen, ohne dass jedoch bei der weiteren Verarbeitung derselben die Ansteckungsgefahr gänzlich wegfiele; denn die einzelnen Prozesse des Gerbens üben, wie die Erfahrung lehrt, keinerlei schädigende Einwirkung auf die Milzbrandkeime aus. S. räth, die von Monozzi empfohlene Fluorwassersäure, welche in einer Lösung von 2 bis 5 auf 1000 wirksam sein und den Werth, sowie die Beschaffenheit der Felle nicht beeinträchtigen soll, amtlich zu prüfen.

Milzbrandinfektionen ereignen sich endlich noch in Lumpen- und Wollsortirereien, jedoch ist es auffällig, dass in Deutschland einschlägige Erkrankungen nicht bekannt geworden sind, während solche unter den betreffenden Arbeiterinnen in Oesterreich und England bereits eine nicht unerhebliche Zahl von Opfern verlangt haben. Die erste Veröffentlichung über diese als „Hadernkrankheit" bezeichnete Affektion verdanken wir Reitbock, welcher dieselbe schon als septische Lungen- und Brustfellentzündung bezeichnete. Aber erst im Jahre 1877 gelang es Kundrat in den Gewebsflüssigkeiten und inneren Organen der Befallenen Milzbrandbakterien festzustellen. Nach Eppinger ist die Hadernkrankheit eine Milzbrandallgemeininfektion, die von einer primären örtlichen Affektion der Lungen durch Einathmen des Giftes ihren Ausgang nimmt. Die Allgemeininfektion erfolgt durch Einbruch der Bazillen aus den Interstitien des Lungengewebes resp. aus den Lymphwegen in die Blutgefässe, vorzugsweise innerhalb der regelmässig infizirten Bronchialdrüsen. In Deutschland haben die im Jahre 1895 angestellten Ermittelungen hinsichtlich der Gefährdung der Arbeiter in Lumpensortiranstalten durch infektiöses Material ein völlig negatives Resultat ergeben; dementsprechend sind auch in dem Erlasse vom 22. Dezember 1895 keine Massnahmen zur Desinfektion des Rohmaterials empfohlen werden. S. findet die Erklärung für das negative Ergebniss der Enquête in dem Umstande, dass die Krankenkassenärzte Deutschlands, im Gegensatz zu ihren englischen Kollegen, in der Regel keine Veranlassung nehmen, einen etwaigen Zusammenhang der Krankheiten der Fabrikarbeiter mit der Beschäftigung zu ergründen. Bezüglich der Milzbranderkrankung käme denn noch die Schwierigkeit der Diagnose in Betracht, sowie der Umstand, dass die behandelnde Aerzten in den betreffenden Fällen meistens gar nicht auf den Gedanken verfielen, dass es sich um jene Erkrankungen handle.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Schwindelhafte vorbeugende Behandlung gegen Tollwuth. Von Reg. u. Med.-Rath Dr. Siedamgrotzky in Bromberg.

Eine schwindelhafte vorbeugende Behandlung gegen Tollwuth kam durch eine Mittheilung der Regierung zu Köslin hier zur Aufdeckung. —

Ein von einem tollwuthkranken Hunde gebissenes Kind aus Ratzebohr wurde nicht der Pasteur'schen Schutzimpfung im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin zugeführt, sondern von seinem Vater nach Lobsens im Reg.-Bez. Bromberg gebracht und einer mit geheimnissvollen Zauber umwobenen Behandlung dort unterworfen. Da dem Vater 14 Mark Kosten dadurch entstanden waren und auch die Gefahr vorlag, dass durch die dadurch entstandene Verzögerung der rechtzeitigen Schutzimpfung das gebissene Kind der Lyssa verfiele, wurden nähere Ermittelungen angestellt. Diese ergaben nun Folgendes:

Ein Steinsetzer H. zu Lobsens besitzt einen sogenannten Tollstein, der von dem letzten Guardian des aufgehobenen Klosters Gorka bei Lobsens hergestellt sein soll. Es ist eine steinharte Masse, die angeblich aus einer Kräutermasse hergestellt ist und seit langer Zeit in dem Rufe steht, Bissverletzungen tollwuthkranker Thiere unschädlich zu machen und sofort beim Auflegen anzuzeigen, ob der Biss von einem tollwuthkranken Thiere herrührt oder nicht. Der Stein soll von dem Klosterguardian einem früheren Besitzer E., von diesem einem Grafen S. geschenkt und schliesslich weiter durch Erbschaft in die Hände des jetzigen Besitzers gelangt sein.

Der Besitzer führt seine Behandlung der Gebissenen in der Art aus, dass er, gleichgiltig wo auch am Körper die Bissverletzung sich findet, stets an der linken Hand mit einer Nadel ritzt, bis Blut kommt. Dann wird der sogenannte Stein auf diese Ritzwunde gelegt; saugt er sich fest, so lässt man ihn so lange darauf liegen, bis er abfällt; in diesem Falle ist das Tollwuthgift im Körper des Geritzten. Saugt der Stein sich nicht fest, so ist der Untersuchte frei von Tollwuth und das Thier, das die Bisswunde beigebracht hat, ist entweder nicht tollwuthkrank oder hat bei der Verletzung kein Tollwuthgift übertragen.

Der jetzige Besitzer hat den Stein seit etwa 8 Jahren und rühmt sich, dass er ebenso wie seine Vorbesitzer schon vielen von tollwuthkranken Thieren gebissenen Personen geholfen habe. Es kämen nicht nur die Personen zu ihm hin, sondern er werde auch weithin mit seinem Tollstein zur Anwendung des Verfahrens geholt.

Der Dienstherr des Vaters von dem gebissenen Knaben in Ratzebuhr habe ihn auch zu sich kommen lassen, um das Verfahren bei seinen Kindern anzuwenden, die mit dem gebissenen Knaben gespielt hätten. Bei ihnen, wie bei drei anderen dort zur Probe dem Verfahren unterzogenen Leuten sei der Tollstein abgefallen, die Leute seien also frei von Tollwuthgift gewesen. Auch sei die Frau dieses Besitzers W., wie ihm dort mitgetheilt worden, vor 27 Jahren von einem tollen Hunde gebissen, dieser Behandlung mit dem Tollstein danach unterworfen worden und gesund geblieben. — Für Anwendung seiner Behandlungsmethode mit dem Tollstein fordert der Besitzer keine Gebühr, nimmt aber ihm angebotene Entschädigungen gern an.

Wenn man bedenkt, dass diese vorbeugende Behandlung stets an der linken Hand angewandt wird, gleichgiltig, ob die Bissverletzung im Gesicht oder an den anderen Gliedern vorgekommen ist, so muss man sich wundern, dass bei dem heutigen Bildungsstande, wo in den Schulen der Blutkreislauf im Körper bei Gelegenheit des Naturgeschichtsunterrichtes besprochen wird, eine so einfältige Behandlungsmethode Anklang finden kann. Allein der in das Dunkel der Sage gehüllte letzte Guardian eines aufgehobenen Klosters verfehlt seine magische Einwirkung auf die Phantasie nicht. Auch giebt es noch derer, die nicht alle werden, immer noch eine genügende Zahl.

Es ist aber, wenn auch ein direkter Schaden aus der Anwendung dieser Methode noch nicht nachgewiesen war, eine öffentliche Warnung davor erlassen. Denn es besteht die Gefahr, dass Leute, die von tollwuthkranken Thieren gebissen sind, durch diese mittelalterliche Behandlung sich verleiten lassen, rechtzeitig die Schutzimpfung im Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin an sich vollziehen zu lassen.

Die seit dem Jahre 1892 bestehende **Kommission zur Prüfung von Rauchverbrennungsvorrichtungen** hat in ihrer am 24. November v. J. stattgehabten Sitzung einstimmig folgenden Antrag angenommen:

„Die Kommission hält es für zweckmässig und ausführbar, das Vorschriften, zunächst für Berlin, erlassen werden, durch welche die Entwickelung schwarzen, dicken und lang dauernden Rauches in den Feuerungsanlagen untersagt wird, und zwar vom 1. Januar ab."

Als Begründung des Antrages gelangten die folgenden Sätze zur Annahme:

1. Durch die Untersuchungen der Kommission seit Bestehen derselben ist festgestellt worden, dass es eine grosse Anzahl rauchverzehrender Apparate giebt, welche geeignet sind, die Entwickelung übermässigen Rauches bei grossen Feuerstätten zu verhindern.

2. Es kann angenommen werden, dass bei derartigen Einrichtungen eine bedeutende ökonomische Schädigung der Besitzer in der Regel nicht eintreten wird.

3. Es ist zu erwarten, dass der Erlass eines Verbotes die weitere wirksame und segensreiche Entwickelung rauchverzehrender Apparate zur Folge haben wird.

4. Durch die sich immer mehr vermehrenden Anlagen der Feuerstellen in grossen Städten wird ein gesundheitsgefährlicher, die Schönheit und Reinlichkeit der Städte beeinträchtigender Einfluss ausgeübt.

5. Es bietet keine Schwierigkeit, dicken und undurchsichtigen Rauch von schwachem, nicht belästigenden Rauch zu unterscheiden.

6. Die Kommission spricht die Ueberzeugung aus, dass mehr noch als in der Einführung rauchverhütender Vorrichtungen in der unausgesetzt sorgfältigen und fachkundigen Bedienung und Ueberwachung der Feuerungsanlage das Mittel gegeben ist, Rauchbelästigungen zu verhüten.

Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass die Regierung dem Antrage Folge geben wird und ebensowenig, dass bei Erlass der Verordnung die an manchen Stellen jetzt unerträglichen Zustände sich wesentlich bessern werden. Andererseits hat freilich die Erfahrung gelehrt, dass bei vielen, an sich guten Rauchverbrennungs-Einrichtungen die Fähigkeit und der gute Wille des Heizers immer noch eine grosse Rolle spielt. Rpd.

Besprechungen.

Klinisches Jahrbuch. Siebenter Band. Erstes Heft. Jena 1898. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 158 S. Preis: 4 M.

1. **Prof. Dr. J Hoppe** in Elberfeld: Die Trachomepidemie im Kreise Gumbinnen.

2. **Prof. Dr. Greef** in Berlin: Studien über epidemische Augenkrankheiten.

Prof. Dr. Hoppe hat, als er, entsprechend einem Rufe des Herrn Kultusministers, die Bekämpfung der Trachomepidemie im Regierungsbezirk Gumbinnen in die Hand nahm, sich zunächst über die Verbreitung der Krankheit orientirt und vonFebruar bis Ende 1897 von den 16 Kreisen des Bezirks 6, und zwar in Litthauen die Kreise Niederung nnd Gumbinnen, sowie Stadt Tilsit, in Masuren die Kreise Lötzen, Lyck, Johannisburg und Sensburg gründlich durchforscht. In Gumbinnen, Lyck, Johannisburg und Heinrichswalde hielt er im Ganzen sieben 14tägige Fortbildungskurse für Aerzte in der Lehre von der kontagiösen Augenentzündung ab, eröffnete zu diesem Zweck Ambulatorien für unentgeltliche Behandlung von Körnerkranken und gewann dadurch ein ausgedehntes Material.

Nachdem er in einer Uebersichtstabelle die Resultate seiner Untersuchungen von insgesammt 18392 Personen, darunter der Gesammteinwohnerschaft von 17 Dörfern verzeichnet hat, bespricht er zuerst die Verbreitung der Bindehautentzündungen im Allgemeinen. Er fand solche in Litthauen bei 28%, in Masuren sogar bei 49% aller Untersuchten. Die Ursache für die Häufigkeit sucht er nicht allein in dem ungünstigen Klima, sondern besonders auch in den schlechten Wohnungen, die auf dem Lande, wo 13—18% mehr Bindehauterkrankungen wie in den Städten gefunden wurden, viel zu wünschen übrig lassen. Die besseren Untersuchungsergebnisse in Litthauen führt er auf den dort herrschenden grösseren Wohlstand zurück.

Für die Bezeichnung der einzelnen Formen der Bindehautentzündungen legt Verfasser die v. Hippel'schen Direktiven zu Grunde. Auffällig ist die

grosse Zahl der KI-Fälle, die durchschnittlich 25,3% sämmtlicher Konjunktivalerkrankungen ausmachen. KII wurde bei ca. 6% beobachtet. BI nur in geringer Zahl. GrI dominirte, GrII wurde in Litthauen in 22,9%, in Masuren in 32,2% aller Bindehautentzündungen vorgefunden.

Bezüglich des Charakters der Epidemie ist vor allen Dingen zu betonen, dass Verfasser akutes Trachom „in keinem Falle" gesehen hat, sondern nur die chronische Form. Die schwersten Fälle beherbergte Masuren, besonders die Kreise Johannisburg und Sensburg; in Litthauen tritt die Epidemie im Allgemeinen milder auf. Im Ganzen handelt es sich um das mittelschwere Trachom.

Die Verbreitung der Krankheit erfolgt hauptsächlich in den Familien.

Die Bekämpfung der Epidemie hat sich nicht allein auf die Heilung der einzelnen Patienten za beschränken, sondern es gilt besonders die soziale Lage der arbeitenden Klassen zu bessern. Zur Behandlung der Kranken wird man sich nothgedrungen der Beihülfe der Lehrer und Gemeindeschwestern versichern müssen. Sowohl das echte Trachom wie alle trachomverdächtige Patienten sind zu behandeln, alle übrigen Bindehautentzündungen einer regelmässigen Kontrole zu unterwerfen. Ausschliessungsn vom Schulunterricht lässt Verfasser nur für die Zeit der Unterbringung in Heilanstalten gelten; selbst Schwerkranke wünscht er, so lange sie ambulatorisch behandelt werden, am Unterricht theilnehmen zu lassen.

Zum Schluss werden die Grundzüge des Granulose-Bekämpfungsplanes mitgetheilt, welcher demnächst im Regierungsbezirk Gumbinnen und analog in anderen Trachomgebieten zur Ausführung kommen soll. Als Anhang giebt Verfasser eine kurze vergleichende Zusammenstellung seiner Untersuchungsergebnisse.

Die zweite Arbeit von Prof. Dr. Greef enthält zwei selbstständige Artikel. In dem ersten a. „Ueber Trachom mit besonderer Berücksichtigung des jetzigen Zustandes der Seuche in Westpreussen" berichtet Verfasser über die von ihm in Westpreussen im Auftrage des Herrn Ministers abgehaltenen Kurse und über die Resultate einer grösseren Zahl von Massenuntersuchungen auf Granulose. Im Anschluss daran bespricht er die Massnahmen zur Bekämpfung der Seuche, insbesondere die Therapie des Trachoms. Vom 6. August bis 9. Oktober 1897 wurden drei je 12tägige Kurse in der Augenklinik der Herren Helmbold und Franke abgehalten, an denen im Ganzen 61 meist beamtete Aerzte theilnahmen. Der tägliche Arbeitsplan war derart eingetheilt, dass auf eine ca. 1½stündige theoretische Belehrung die Vornahme der verschiedensten bei Trachom angewandten Operationen abwechselnd mit Massenuntersuchungen von Schulen und Anstalten in Danzig selbst oder in dessen Umgebung folgte. Das Hauptgewicht legte Leiter des Kurses darauf, seine Schüler mit der Differentialdiagnose und der Therapie des Trachoms bekannt zu machen.

Bezüglich der Benennung der verschiedenen Krankheitsformen hat Verfasser sich nicht an die seiner Meinung nach ungeeigneten Direktiven gehalten, er unterscheidet vielmehr leichte („l"), mittelschwere („M") und schwere („s") Fälle und bezeichnet die Trachom-Verdächtigen mit „V". Aus der statistischen Uebersicht seiner Untersuchungen entnehmen wir, dass er im Jahre 1897: 41 Schulen und Anstalten mit 7575 Personen untersucht hat, unter denen er 661 mal, d. h. 8,7% Trachom fand. Da in den geschlossenen Anstalten beinahe doppelt soviel Prozent Kranke konstatirt wurden, wie in der übrigen Bevölkerung, so nimmt Verfasser an, dass in der ganzen Provinz ca. 4,5% der Bewohner, d. h. 47250 Personen trachomatös sind. Ebenso wie überall ist auch in Westpreussen das Trachom eine Krankheit der armen, in schlechten hygienischen Verhältnissen lebenden Menschen. Der allgemeine Charakter der Seuche erscheint im Vergleich zu dem in Ungarn und in Russland verhältnissmässig gutartig.

Unter den Massnahmen zur Bekämpfung empfiehlt Verfasser in erster Linie eine gründliche Ausbildung aller in verseuchten Gegenden praktizirenden Aerzte in der Trachom-Behandlung. Die Ausführung der letzteren soll, soweit es sich um leichtere Fälle handelt, vorzugsweise in die Hände der ärztlich zu kontrolirenden Lehrer gelegt werden, während die Schwerkranken Krankenhäusern bezw. Augenkliniken zu überweisen sind. Vor Schulschliessungen wegen Trachom warnt Verfasser mit Recht. Gedruckte Verhaltungsmassregeln für Gesunde und Kranke an die Bevölkerung zu vertheilen, hält er nicht für überflüssig.

Die Therapie des Trachoms soll vor Allem individualisiren. Bei stär-

kerer Sekretion, also meist im Anfang der Behandlung wendet Verfasser 2% Höllensteinlösung an, während der übrigens vorzüglich wirkende Kupferstift für die wenig entzündete Bindehaut reservirt bleiben muss, aber nur so lange Körner vorhanden sind. Nachdem diese verschwunden, beseitigt man die papilläre Hypertrophie und Hyperämie der Schleimhaut am besten durch Einträufelungen mit Cuprum sulfur, Plumb. acet., Zinc. sulf. etc. und durch Umschläge mit Bleiwasser, die bei Hornhautaffektionen selbstverständlich zu vermeiden sind. Führt auch die medikamentöse Behandlung allein fast immer zur Heilung, so dauert es damit allerdings oft Jahre lang. Für schwere Fälle empfiehlt Verfasser daher die schneller wirkende operative Therapie und stellt dabei die Rollung mit der Knapp'schen Pinzette in den Vordergrund, mit welcher er in allerschwersten Fällen die Exzision einzelner Schleimhautstückchen verbindet. Die Exzision grösserer Bindehautpartien will Verfasser nur bei verzweifelten Fällen angewandt wissen.

b. Begutachtung einer im Kreise Achim herrschenden Epidemie nebst Bemerkungen über Augenepidemien im Allgemeinen.

Im November 1897 wurde der Herr Verfasser zusammen mit Herrn Stabsarzt Dr. Brecht vom Herrn Minister beauftragt. Charakter und Ausbreitung einer ansteckenden Augenkrankheit festzustellen, deren Ausbruch politische Tagesblätter gemeldet hatten. Angeblich sollte es sich um „ägyptische Augenentzündung" handeln. Die Untersuchung von 4 Schulen ergab, dass bei den krank befundenen und vom Unterricht ausgeschlossenen Kindern nur harmlose Follikelschwellungen vorhanden waren, meist ohne begleitenden Katarrh, die von dem zuständigen Medizinalbeamten entsprechend den gültigen Direktiven mit Recht als Gr I bezeichnet waren. Verfasser schliesst an diese Erfahrung den Wunsch, die v. Hippel'schen Direktiven möchten recht bald aufgehoben werden, weil sie bei dem jetzt fast allgemein angenommenen dualistischen Standpunkt nur geeignet seien, Verwirrung zu schaffen. Dr. Dietrich-Gerdauen (Ostpr.)

Dr. Springfeld, Medizinalassessor beim Königlichen Polizeipräsidium in Berlin: Die Rechte und Pflichten der Hebammen (§. 30 R.-G.-O.). Berlin 1898. Verlag von Richard Schoetz. Kl. 8°, 181 Seiten. Preis: 3 Mark.

In der Besprechung des ersten Bandes [1]) der Sammlung von Abhandlungen über die Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preussen ist der Werth der die Rechtsprechung besonders berücksichtigenden Kommentare gebührend hervorgehoben worden. Referent schliesst sich dem, was dort gesagt ist, voll an.

Bei der Beschäftigung in einem Dezernate, das etwa 1000 Hebammen von der verschiedensten Eigenart des Grossstadtlebens umfasst, ist Verfasser in der Lage gewesen, die meisten das Hebammenwesen berührenden Fragen selber in praxi zu bearbeiten, er spricht somit aus einer reichen Erfahrung.

Ebenso wie im ersten Band ist auch im vorliegenden eine sehr zweckmässige Anordnung und bis in's Kleinste erschöpfende und sorgfältige Bearbeitung des Stoffes zu finden. Das erste Kapitel ist dem Prüfungszeugniss gewidmet und behandelt die geschichtliche Entwickelung der Voraussetzungen der Konzessionsertheilung, die Stellung des Prüfungszeugnisses in der R.-G.-O., die gesetzlichen Voraussetzungen der Ertheilung und die Rechtsmittel gegen die Versagung des Prüfungszeugnisses. Das zweite Kapitel giebt Aufschluss über die Berufspflichten und Rechte der Hebammen, das dritte über die Straf- und Zwangsbefugnisse der Behörden, im vierten wird der Verlust der Konzession und im fünften schliesslich die Beaufsichtigung des Hebammenwesens eingehend besprochen. Ein Anhang bringt die amtliche Verfügung vom 6. August 1883, betr. das Hebammenwesen, den Tagesbefehl des Polizeipräsidenten in Berlin über die Reklamen der Medizinalpersonen, ferner die Quellenwerke, Erläuterung der Abkürzungen, ein chronologisches Verzeichniss der angezogenen Gesetze und die Entscheidungen des O.-V.-G. und des Reichsgerichts. Ein kurzes Sachregister beschliesst das Ganze, das sich würdig dem ersten Band anreiht und

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, S. 382

bestens empfohlen werden kann. In einigen wenigen Punkten, die das Ganze selbstverständlich nicht beeinträchtigen, stimmt Referent mit dem Verfasser nicht ganz überein. Es sei z. B. gleich der erste Satz des Vorwortes herausgegriffen, indem Verfasser erklärt, die technische Ausbildung der Hebammenlehrtöchter in Preussen sei zu einer der Steigerung fast nicht mehr fähigen Entwickelung gebracht worden. Sollte das wirklich für alle preussischen Hebammenlehranstalten zutreffen? Allerdings muss man zugeben, dass im Verhältniss zur Kürze des Unterrichts in den preussischen Hebammenschulen bisweilen recht Gutes erreicht wird. Die auf Seite 106 ausgesprochene Ansicht, dass die Polizei befugt sei, den Gewerbebetrieb der Hebammen auf Zeit zu untersagen, ist inzwischen durch die Entscheidung des O.-V.-G. vom 11. Juni 1898[1]) widerlegt. Ob thatsächlich das Recht der Hebammen, ihren Beruf auszuüben, durch die einfache schriftliche Niederlegung oder Abmeldung erlischt, ist mindestens zweifelhaft. Da die Ausübung der Hebammenthätigkeit an den Besitz eines Prüfungszeugnisses gebunden ist, so kann ein Verzicht den erwähnten Erfolg nur dann mit Sicherheit haben, wenn die Hebammen ihr Prüfungszeugniss an die zuständige Behörde zurückgegeben hat. Dr. Dietrich-Merseburg.

Otto von Herff, Universitätsprofessor in Halle a. S.: Zeit- und Streitfragen über die ärztliche Ausbildung, insbesondere über den geburtshülflich-gynäkologischen Unterricht. Wiesbaden 1898. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 86 Seiten. Preis: 1,80 Mark.

Selten hat die eingehende Beschäftigung mit einem zum Referate bestimmten Buche dem Referenten so viel Vergnügen bereitet, wie die vorliegenden „Zeit- und Streitfragen". Es ist eine feine, sachliche und überzeugende Weise, mit der Verfasser sich und seine Berufsgenossen im ärztlichen Unterricht gegen die Angriffe Mackenrodt's vertheidigt. Während dieser eine fast einseitige Betonung der praktischen Ausbildung der jungen Mediziner überhaupt und in der Gynäkologie besonders verlangt, zeigt von Herff treffend, dass ohne einen guten theoretischen Unterricht der praktisch gut ausgebildete Arzt nur ein Handlanger ist ohne Geist.

Die weiteren Ausführungen über das Sinken des Ansehens der Aerzte, über das Ueberwuchern und die Polypragmasie des Spezialistenthums, über die Kollegialität des Spezialisten dem „Hausarzt" gegenüber, womit der in der allgemeinen Praxis stehende Arzt gemeint wird, sind so vortrefflich, dass Referent sie Wort für Wort unterschreiben kann. Auch die an und für sich bedenklichen Fanggelder an Hebammen werden als ein nothwendiges Uebel wirkungsvoll vertheidigt. Im zweiten Theil betont von Herff als überzeugter Anhänger der Ansichten Olshausen's, Kaltenbach's und Fehling's die Nothwendigkeit der Ausbildung guter Geburtshelfer, während die Ausbildung in der Gynäkologie erst in zweiter Linie stehe. Im Besonderen lehnt sich von Herff an Fehling an, dessen Unterrichtsweise nicht nur unter seinen Schülern, sondern auch in weiteren Kreisen rühmlichst bekannt ist. Verfasser benutzt bei seinen speziellen Ausführungen über den geburtshülflich-gynäkologischen Unterricht Fehling's Semestralberichte über den Unterricht und die Thätigkeit in der Hallenser Klinik und Poliklinik.

Nur Eines vermisst Referent an dem guten Bilde, das von Herff von dem theorethischen und praktischen Unterricht in der Frauenheilkunde entwirft, das ist die Betonung der Kollegialität der medizinischen Dozenten den Hausärzten gegenüber sowohl in Theorie, wie auch in der Praxis, und das Vorbild, das die Dozenten in dieser Beziehung ihren Schülern geben müssen, wie es thatsächlich in der Hallenser Frauenklinik geschieht.

Die Abhandlung des Verfassers ist mit grosser Sachkenntniss und aus reicher Erfahrung in der Lehrthätigkeit heraus geschrieben. Kann Referent schon aus diesem Grunde die Lektüre der vorliegenden Arbeit bestens empfehlen so thut er dies um so lieber, weil aus der ganzen Arbeit hohe Auffassung über

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, Beilage S. 115.

den Beruf eines akademischen Lehrers, Liebe und Begeisterung für den ärztlichen Beruf überhaupt und der aufrichtige Wunsch hervorleuchtet, den Hausärzten wirklich zu helfen und das gesunkene Ansehen des ärztlichen Standes durch Vermehrung und Vertiefung des ärztlichen Wissens und Könnens zu heben.

Ders.

Tagesnachrichten.

Die Aerztekammer der Provinz Brandenburg hat in der am 16. v. M. abgehaltenen Sitzung in Bezug auf die Bekämpfung der Kurpfuscherei dem Antrage der eingesetzten Kommission gemäss 1000 Mark für die Kosten der dazu erforderlichen Massnahmen (Wettbewerb zur Erlangung einer Schrift, die das Publikum aufklären soll über die Schädigungen der Kurpfuscherei und Drucklegung der preisgekrönten Schrift) bewilligt und auf Antrag des Referenten, Prof. Dr. Guttstadt beschlossen: 1) „Durch Vermittelung des Oberpräsidenten die Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern zu bitten, die für die Genehmigung der Krankenkassen-Statuten zuständigen Aufsichtsbehörden dahin mit Anweisungen zu versehen, dass sie der Aufnahme von Bestimmungen die Bestätigung versagen, welche den Mitgliedern von Krankenkassen eine andere Hülfe als diejenige durch einen gemäss §. 29 der R.-G.-O. approbirten Arzt sichern bezw. die Kassen zur Zahlung von Kranken- bezw. Arzneigeldern auf Atteste von Kurpfuschern anzuweisen und 2) durch Rundschreiben die Aerztekammern zu ersuchen, die Statuten sämmtlicher Krankenkassen ihres Bezirks auf die beregte gesetzwidrige Bestimmung zu prüfen und geeignete Beschwerden binnen 14 Tagen nach Kenntnissnahme der Statuten die Klage bei der zuständigen Verwaltungsgerichtsbehörde einzureichen."

Der dem Reichstage jetzt zugegangene Gesetzentwurf über die **Schlachtvieh- und Fleischbeschau** bestimmt, dass Rindvieh, Schweine, Schafe, Ziegen und Pferde jeden Alters, deren Fleisch zum Genusse für Menschen verwendet werden soll, vor und nach der Schlachtung einer amtlichen Untersuchung unterliegen.

Bei Nothschlachtungen darf die Untersuchung vor der Schlachtung unterbleiben.

Befreit vom Untersuchungszwange sind Schafe und Ziegen, sowie noch nicht drei Monate alte Kälber und Schweine, wenn die Thiere keine Merkmale einer Krankheit zeigen und der Besitzer des Thieres das Fleisch ausschliesslich im eigenen Haushalte verwenden will. Die Landesregierungen sind jedoch befugt, für Gegenden und Zeiten, in denen eine übertragbare Thierkrankheit herrscht, die Untersuchung aller der Seuche ausgesetzten Schlachtthiere anzuordnen.

Als dem Untersuchungszwang im Sinne dieses Gesetzes unterliegendes Fleisch gelten auch Theile von warmblütigen Thieren, frisch oder zubereitet, sofern sie sich zum Genusse für Menschen eignen, ferner die aus solchen Theilen hergestellten Fette und Würste; andere Erzeugnisse dagegen nur insoweit, als der Bundesrath dies anordnet.

Zur Vornahme der Untersuchungen sind Beschaubezirke zu bilden; für jeden derselben ist mindestens ein Beschauer sowie ein Stellvertreter zu bestellen. Zu Beschauern sind thunlichst approbirte Thierärzte zu bestellen; andere Personen haben sich vor ihrer Bestellung einer Unterweisung und Prüfung zu unterziehen.

Die Schlachtung des zur Untersuchung gestellten Thieres darf nicht vor der Ertheilung der Genehmigung und nur unter Einhaltung der angeordneten besonderen Vorsichtsmassregeln stattfinden. Die Untersuchung nach der Schlachtung hat sich bei Schweinen, deren Fleisch nicht ausschliesslich zur Verwendung im eigenen Haushalte bestimmt ist, auch auf Trichinen zu erstrecken. Ergiebt die Untersuchung nach der Schlachtung, dass kein Grund zur Beanstandung des Fleisches vorliegt, so hat der Beschauer es als tauglich zum Genusse für Menschen zu erklären.

Fleisch, dessen Untauglichkeit sich bei der Untersuchung ergeben hat, darf als Nahrungs- oder Genussmittel für Menschen nicht in Verkehr gebracht werden. Die Verwendung des Fleisches zu anderen Zwecken kann von

der Polizeibehörde zugelassen werden, soweit gesundheitliche Bedenken nicht entgegenstehen.

Fleisch, das bei der Untersuchung als nur bedingt tauglich erkannt worden ist, darf als Nahrungs- und Genussmittel für Menschen nicht in Verkehr gebracht werden, bevor es unter den von der Polizeibehörde angeordneten Sicherungsmassregeln zum Genusse für Menschen brauchbar gemacht worden ist. Der Vertrieb eines solchen zum Genusse für Menschen brauchbar gemachten Fleisches darf nur unter einer diese Beschaffenheit erkennbar machenden Bezeichnung erfolgen. Fleischhändlern, Gast-, Schank- und Speisewirthen ist der Vertrieb und die Verwendung solchen Fleisches nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Polizeibehörde gestattet. In den Geschäftsräumen dieser Personen muss an einer in die Augen fallenden Stelle durch deutlichen Anschlag besonders erkennbar gemacht werden, dass Fleisch der bezeichneten Beschaffenheit zum Vertrieb oder zur Verwendung kommt. Fleischhändler dürfen jedoch das Fleisch nicht in Räumen feilhalten oder verkaufen, in welchen taugliches Fleisch feilgehalten oder verkauft wird.

Ist das Fleisch zwar zum Genusse für Menschen tauglich, jedoch in seinem Nahrungs- oder Genusswerth erheblich herabgesetzt, so finden auf dessen Vertrieb und Verwendung dieselben Vorschriften Anwendung, wie für bedingt taugliches Fleisch.

Das in das Zollinland eingeführte Fleisch unterliegt bei der Einfuhr einer amtlichen Untersuchung unter Mitwirkung der Zollbehörden. Ausgenommen hiervon ist das nachweislich im Inlande bereits vorschriftsmässig untersuchte und das zur unmittelbaren Durchfuhr bestimmte Fleisch. Die Einfuhr von Fleisch darf nur über vom Bundesrath zu bestimmende Zollämter erfolgen, derselbe ordnet auch an, inwieweit das Fleisch nur in zusammenhängenden Thierkörpern, Thiertheilen oder in Stücken von bestimmter Grösse und in natürlichem Zusammenhange mit inneren Organen eingeführt werden darf. Die Untersuchung hat sich bei Schweinefleisch auch auf Trichinen zu erstrecken.

Der Bundesrath ist ferner ermächtigt,

1. die Einfuhr von Fleisch, dessen Unschädlichkeit für die menschliche Gesundheit in zuverlässiger Weise bei der Einfuhr nicht mehr festgestellt werden kann, zu verbieten,

2. zu bestimmen, dass bei der Einfuhr von Fleisch, welches nach der Art seiner Gewinnung und Zubereitung erhebliche Gefahren für die menschliche Gesundheit erfahrungsgemäss nicht bietet, die Untersuchung unterbleiben oder eingeschränkt werden darf,

3. anzuordnen, dass Fleisch, welches zwar nicht für den menschlichen Genuss bestimmt ist, aber dazu verwendet werden kann, zur Einfuhr ohne Untersuchung zugelassen werden darf, nachdem es zum Genusse für Menschen unbrauchbar gemacht ist.

Bei Pferden muss die Untersuchung durch approbirte Thierärzte vorgenommen werden. Der Vertrieb von Pferdefleisch, sowie die Einfuhr solchen Fleisches in das Zollinland darf nur unter einer Bezeichnung erfolgen, welche das Fleisch als Pferdefleisch erkennbar macht. Unter den Fleischhändlern, Gast-, Schank- und Speisewirthen ist der Vertrieb und die Verwendung von Pferdefleisch nur mit widerruflicher Genehmigung der Polizeibehörde und unter denselben Bedingungen wie für den Vertrieb und Verwendung von bedingt tauglichen Fleisches (s. vorher) gestattet.

Das Ergebniss der Untersuchung ist an dem Fleisch und das aus dem Auslande eingeführte Fleisch ausserdem als solches kenntlich zu machen. Das innerhalb des Reichs der amtlichen Untersuchung unterlegene Fleisch darf einer abermaligen amtlichen Untersuchung nur zu dem Zwecke unterworfen werden, um festzustellen, ob es inzwischen verdorben ist oder sonst eine gesundheitsschädliche Veränderung seiner Beschaffenheit erlitten hat.

Bei der gewerbsmässigen Zubereitung von Fleisch dürfen Stoffe oder Arten des Verfahrens, welche der Waare eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit zu verleihen vermögen, nicht angewendet werden. Es ist verboten, derartig zubereitetes Fleisch aus dem Auslande einzuführen, feilzuhalten, zu verkaufen oder sonst in Verkehr zu bringen.

Der Bundesrath bestimmt die Stoffe und die Arten des Verfahrens, auf welche diese Vorschriften Anwendung finden. Er hat ferner Vorschriften über die Prüfung der Fleischbeschauer zu erlassen, Grundsätze aufzustellen,

nach welchen die Schlachtvieh- und Fleischbeschau auszuführen und die weitere Behandlung des Schlachtviehs und Fleisches im Falle der Beanstandung stattzufinden hat und die Gebühren für die Untersuchung des in das Zollinland eingehenden Fleisches festzusetzen.

Landesrechtliche Vorschriften, welche mit Bezug auf

die der Untersuchung zu unterwerfenden Thiere, die Ausführung der Untersuchungen durch approbirte Thierärzte, die Trichinenschau und den Vertrieb beanstandeten Fleisches oder des Fleisches von Pferden

weitergehende Verpflichtungen als dieses Gesetz begründen, sind mit der Massgabe zulässig, dass ihre Anwendbarkeit nicht von der Herkunft des Schlachtviehes oder des Fleisches abhängig gemacht werden darf.

Zur wirksamen Durchführung des Gesetzes sieht der Entwurf dem Nahrungsmittelgesetz entsprechende Strafen vor und überweist zugleich den Erlass der erforderlichen Vollzugsvorschriften theils dem Bundesrath, theils den Landesregierungen.

Von einer erschöpfenden Regelung der Schlachtvieh- und Fleischbeschau ist in dem Entwurfe wegen der verschiedenartigen Verhältnisse in den Einzelstaaten Abstand genommen; er enthält vielmehr nur die Mindestforderungen, welche für das ganze Reich gelten sollen; den Einzelregierungen ist in gewissen Grenzen die Möglichkeit gewahrt, noch strengere, erhöhten gesundheitlichen Schutz bietende Vorschriften zu erlassen. Auch einer reichsgesetzlichen Regelung der Entschädigungsfrage ist in dem Entwurfe wegen der Verschiedenheit der in den einzelnen Regierungen in Betracht kommenden Verhältnisse abgesehen. Es soll diese Angelegenheit, für die der Weg einer Viehversicherung als empfehlenswerth zu erachten ist, dem freien Ermessen der Landesregierungen überlassen bleiben, zumal in einigen Bundesstaaten (Bayern, Sachsen, Baden) für die Schaffung bezüglicher öffentlich-rechtlicher Versicherungseinrichtungen bereits Sorge getragen ist.

Ob der Gesetzentwurf vom Reichstage angenommen wird, ist bei der Opposition, die von agrarischer Seite zu erwarten steht, noch sehr zweifelhaft. Man befürchtet in den Kreisen der Landwirthschaft ein zu grosses Entgegenkommen in Bezug auf die Einfuhr ausländischer Fleischwaaren und verlangt deshalb, dass in dem Gesetze selbst und nicht abhängig von Bestimmungen des Bundesraths ausländisches Fleisch und ansländische Fleischkonserven genau nach denselben strengen Grundsätzen der Kontrole behandelt werden, wie die inländischen Waaren gleicher Art und dass alle nicht oder nicht sicher in Bezug auf ihre Gesundheitsschädlichkeit kontrolirbare Körpertheile von Thieren sowohl, wie Fleischkonserven (auch Würste) ausländischer Herkunft von der Einfuhr ausgeschlossen werden. Dieser Forderung kann man im gesundheitspolizeilichen Interesse nur beistimmen; ebenso berechtigt ist aber auch die andere von dem Deutschen Landwirthschaftsrath in seiner Sitzung vom 23. Februar d. J. aufgestellte Forderung: gleichzeitige Einführung einer öffentlichen Schlachtviehversicherung unter Heranziehung von öffentlichen Mitteln. Ohne eine solche Versicherung würde der Landwirthschaft zweifellos grosser Schaden bei Durchführung des Gesetzes erwachsen und in Folge dessen häufig versucht werden, die gesetzlichen Bestimmungen zu umgehen. Dagegen halten wir andere Forderungen der Landwirthschaft, z. B. dass die Untersuchung von Schweinen, welche zum Hausbedarf geschlachtet werden, überhaupt nicht erforderlich sei — nach dem Entwurfe sollte bei diesen Schweinen nur die Trichinenschau wegfallen —, nicht für gerechtfertigt. Schon die in dem Entwurfe vorgesehenen Vergünstigungen für Hausschlachtungen haben ihre grossen gesundheitlichen Bedenken; denn erfahrungsgemäss wird in vielen ländlichen Haushaltungen die Gesundheitsgefährlichkeit des Fleisches kranker Thiere vielfach unterschätzt, nicht nur zum Schaden der engeren Familienmitglieder, sondern auch des oft zahlreichen in dem Betriebe beschäftigtea Dienst- und Arbeiterpersonals.

Eine Petition wegen anderweiter **Regelung des Apothekenwesens** wurde von der Petitionskommission des Reichstages in ihrer Sitzung vom 22. Februar d. J. dem Reichskanzler als Material überwiesen, nachdem der Regierungskommissar erklärt hatte, dass die Untersuchungen der verbündeten Regierungen noch nicht abgeshlossen seien.

In Preussen scheint man inzwischen die **Selbstablösung der Apo-**

thekenwerthe mit Hülfe eines Amortisationsfonds unter staatlicher Leitung und Förderung näher treten zu wollen; wenigstens wird offiziös geschrieben:

„Bei der reichsgesetzlichen Regelung des Apothekenwesens besteht die Schwierigkeit darin, dass eine einheitliche Neugestaltung der Betriebsrechte durchgeführt wird, ohne die berechtigten Ansprüche der Besitzer der bisher verkäuflichen Rechte zu schädigen. Zu diesem Zwecke ist von verschiedenen Seiten der Vorschlag gemacht worden, eine Selbstablösung dieser Werthe durch die Apotheker mit Hülfe eines Amortisationsfonds unter staatlicher Leitung und Förderung vorzunehmen. Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass eine solche Ablösung die Vorbedingung für jede Neuregelung sein müsste, gleichviel welche Form diese haben sollte, hat der Vorstand des D. Ap.-V. beschlossen, die Vereinsmitglieder zu einer Aeusserung darüber zu veranlassen, ob sie ein Zusammenwirken der Apothekenbesitzer mit den staatlichen Organen zum Zwecke einer Ablösung für wünschenswerth halten."

Nach einer neueren Mittheilung ist man jedoch bisher an zuständiger Stelle über die ersten vorbereitenden Stadien zu dieser Ablösung noch nicht hinausgekommen.

Am 1. Februar d. J. kam vor dem preussischen Oberverwaltungsgericht zum ersten Male die Frage der **Konzessionsentziehung zum Handel mit Drogen u. s. w.** auf Grund der Novelle zur Gewerbeordnung vom 6. August 1896 zur Entscheidung. Der Drogist R. in Berlin war bereits mehrfach wegen Uebertretung der Kaiserlichen Verordnung bestraft; in einem Falle, wo er durch Abgabe eines Bandwurmmittels (Extr. Filicis maris) den Tod einer alten Dame, die dieses eingenommen hatte, verschuldet haben sollte und deshalb das Verfahren wegen fahrlässiger Tödtung gegen ihn eingeleitet war, war dieses eingestellt, weil ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Tod der Dame und dem Gebrauch des Mittels nicht nachgewiesen werden konnte. Trotz aller Bestrafungen hatte R. den gesetzwidrigen Handel mit nicht dem freien Verkehr überlassenen Arzneimitteln fortgeführt; bei einer Revision im Februar 1897 waren über 100 derartige Medikamente vorgefunden. Von dem Bezirksausschuss war nur auf Entziehung der Konzession zum Gifthandel und nicht auf Verbot des Handels mit Drogen u. s. w. überhaupt erkannt, da ein ursächlicher Zusammenhang des Todes der alten Dame mit dem Genuss des verabfolgten Bandwurmmittels nicht nachgewiesen sei und eine so schwerwiegende Massregel wie die Untersagung des ganzen Gewerbebetriebes nicht gerechtfertigt erscheine, wenn auch grobe Verstösse gegen die Bestimmungen über den Handel mit Medikamenten konstatirt seien. Dagegen sei die Erlaubniss zum Gifthandel wegen mangelhafter Zuverlässigkeit zu entziehen. Das Oberverwaltungsgericht hat diese Entscheidung bestätigt.

Zur Abgabe von chlorsaurem Kali bedürfen die Drogisten der Genehmigung zum Gifthandel. Ein Drogist, der chlorsaures Kali zum Gurgeln verabfolgt und deshalb, weil er keine Konzession zum Gifthandel besass, von der Strafkammer des Landgerichts zu W. verurtheilt war, legte hiergegen beim Kammergericht Revision ein, die er damit begründete, dass er chlorsaures Kali nicht zu Heil-, sondern zu Desinfektionszwecken abgegeben habe, und dies nach der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 gestattet und die Giftpolizeiverordnung vom 24. August 1895, weil sie mit jener Verordnung in Widerspruch stehe, ungiltig sei. Der Strafsenat des Kammergerichts wies jedoch durch Urtheil vom 30. Januar d. J. die Revision als unbegründet zurück, da die Abgabe des chlorsauren Kali zum Gurgeln, also zum Heilen erfolgt sei und der §. 12 der Giftpolizeiverordnung nicht gegen die Kaiserliche Verordnung verstosse. Wenn auch darnach chlorsaures Kali dem freien Verkehr überlassen sei, so könne doch nach §. 34 der Gewerbeordnung landesgesetzlich bestimmt werden, dass der Handel mit giftigen Stoffen, wozu dieses Mittel gehöre, einer besonderen Genehmigung bedürfe.

Durch Urtheil vom 16. Januar d. J. hat das Kammergericht auch entschieden, dass für den Handel mit **Bleiwasser und Giftweizen**, der mit salpetersaurem Baryt getränkt sei, eine Giftkonzession erforderlich sei, da beide Stoffe zur Abth. 3 der Ministerial-Polizeiverordnung vom 24. August 1895 gehören.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 6. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 15. März.

Ursache und Verhütung des Bleiangriffes durch Leitungswasser nach Erfahrungen bei der städtischen Wasserleitung in Emden.

Von Kreisphysikus Dr. Tergast in Emden.

Die Wasserversorgung der Stadt Emden hat nach mehrjährigen fruchtlosen Versuchen zur Gewinnung eines einwandfreien Trink- und Gebrauchswassers mit Beginn des vorigen Jahres endlich ihre glückliche Lösung gefunden in der Anlage einer Wasserleitung. Diese aber ist mit ganz besonderen Schwierigkeiten verknüpft gewesen, welche hauptsächlich in der Beseitigung der bleilösenden Eigenschaft des Leitungswassers zu Tage traten.

Die Erfahrungen, die wir bei Bekämpfung derselben gewonnen haben, dürften auch für weitere Kreise nicht ohne Interesse sein.

Bereits im Sommer 1895 hatte die städtische Verwaltung die einleitenden Schritte znm Bau einer Wasserleitung gethan und war zu diesem Zwecke mit dem „Wasserwerk für das nördl. westf. Kohlenrevier zu Gelsenkirchen“ in Verbindung getreten.

Im Juli desselben Jahres wurde in der Nähe des Dorfes Tergast — 14 km von Emden entfernt — der erste 18 m tiefe Röhrenbrunnen geschlagen und Ende des Monats in Thätigkeit gesetzt. Derselbe lieferte pro Stunde im Durchschnitt 50 cbm Wasser. Der Boden des Terrains bestand überall bis zur untersten Tiefe aus reinem Quarzsande.

Auf Veranlassung des Magistrats sandte das Wasserwerk Wasserproben zur Untersuchung an die chemischen Institute zu Berlin, Göttingen, Hannover, Essen und Gelsenkirchen.

Die hier gewonnenen Analysen sind in nachstehender Tabelle zusammengefasst. [1])

Analysen in	Abdampfrückstand.	Organische Substanz.	Kalk.	Magnesia.	Ammoniak.	Chlor.	Schwefelsäure.	Salpetersäure.	Salpetrige Säure.	Kieselsäure.	Eisenoxyd.	Gesammthärte (Deutsch).
	Milligramm im Liter											
Gelsenkirchen vom 20. Aug. 1895.	357,5	95,0	27,0	15,0	0	35,4	24,8	44,0	0	28,5	Spur	—
Essen vom 20. Aug. 1895.	298,0	—	24,8	10,36	0	30,88	24,1	77,7	0	40,0	2,4	4,80
Berlin vom 31. Aug. 1895.	170,0	10,0	14,33	19,21	0	31,95	23,68	—	0	—	—	4,20
Göttingen vom 17. Septbr. 1895.	316,0	13,34	—	—	0	32,0	—	74,0	0	—	—	—
Hannover vom 30. Septbr. 1895.	284,8	56,9	35,0	16,5	0	38,5	26,7	37,8	0	20,8	Spur	5,8

In allen Fällen wurde das Wasser klar, farb- und geruchlos befunden.

In Göttingen und Essen wurden ausser den chemischen auch bakteriologische Untersuchungen angestellt, sie ergaben in 1 ccm Wasser 6 bezw. 35 Bakterienkolonien.

Auf Grund dieser Untersuchungen hätte das Wasser nach dem übereinstimmenden Urtheile der untersuchenden Chemiker als ein einwandfreies Trink- und Gebrauchswasser angesehen werden müssen, wenn nicht der hohe Gehalt an Salpetersäure zu ernsten Bedenken Anlass gegeben hätte.

Das Wasserwerk suchte daher zunächst an andere Stellen des Kieslagers bessere Erfolge zu erzielen. Ungefähr 100 m von dem ersten entfernt, wurden im Februar 1896, in einem Abstande von 50—100 m zu einander, drei neue Brunnen angelegt, welche auf einem gemauerten Sammelschacht durch Heberleitung unter sich verbunden waren.

Aus ihnen entnahm ich, da mittlerweile von dem Königlichen Regierungspräsidenten ein amtliches Gutachten eingefordert war, am 3. März in sterilisirten Gefässen verschiedene Wasserproben zur Untersuchung.

[1]) Zu der auffallenden Differenz in den Gewichtszahlen der organischen Substanz ist zu bemerken, dass dieselbe wahrscheinlich in der Verschiedenheit der Berechnungs- bezw. Untersuchungsmethoden (Gläsern oder Anwendung von Permanganat) ihren Grund hat.

Die Temperatur des Wassers betrug 6,5° R. Dasselbe war klar, farb- und geruchlos. Zwei Stunden nach der Entnahme wurden Platten gegossen, welche nach dreitägigem Wachsthum auf Gelatinekulturen in 1 ccm Wasser 23 Bakterienkolonien aufwiesen. Dieses günstige Resultat bewies, dass das Wasser weder den oberen Bodenschichten entstammte, noch auch unreinen Zuflüssen aus dem umgebenden Erdreich ausgesetzt war.

Die von dem Chemiker des hiesigen Lebensmittel-Untersuchungsamtes, Apotheker Herrmann, an demselben Tage vorgenommene chemische Untersuchung hatte ein gleich günstiges Ergebniss. Derselbe fand, dass Stickstoffverbindungen (Ammoniak, Salpetersäure, salpetrige Säure) fehlten, Kalk und Schwefelsäure nur in geringen Mengen, Eisen in Spuren und Chlor 0,03 g im Liter vorhanden waren.

Am 9. April begab ich mich in Begleitung des Chemikers Dr. Liebrich aus Gelsenkirchen zum zweiten Male nach Tergast zur Entnahme neuer Wasserproben. Diese wurden dann sofort an Prof. König-Münster und Dr. Bischoff-Berlin behufs erneuter Untersuchung abgeschickt. Ausserdem wurden zwei, von dem Wasserwerk der Nachbarstadt Leer bezogene Bleiröhren mit Tergaster Wasser gefüllt und an das chemische Staatslaboratorium zu Bremen und die chemische Station in Gelsenkirchen gesandt, um das Wasser auf seine bleilösende Eigenschaft zu prüfen.

Die von mir selbst mitgenommenen Proben ergaben dasselbe günstige bakteriologische Resultat wie früher. Auch die chemische Untersuchung stimmte in ihren Ergebnissen mit der vom 3. März in allen Stücken überein.

Einer eingehenden Prüfung wurde dann das Wasser auf sein Verhalten zum Blei unterworfen. Das Ergebniss war folgendes:

Zwei Stunden nach der Wasserentnahme wurde in eine Flasche mit Tergaster Wasser ungeputzter Bleidraht gelegt. Nach 6 Stunden ergab das Wasser auf Schwefelwasserstoffzusatz deutliche Bleireaktion, während das reine Wasser keine Spur derselben zeigte. Nachdem die halbgefüllte Flasche drei Tage lang offen gestanden, ergab das in ihr enthaltene Wasser, auch nach tagelanger Berührung mit Bleidraht, keine Reaktion mehr auf Blei; diese trat aber sofort wieder ein, sobald Luft durch ein Glasrohr in das Wasser geblasen wurde und das mit Athemluft bezw. der in dieser enthaltenen Kohlensäure gemischte Wasser längere Zeit mit dem Metall in Berührung gewesen war.

Damit war der Beweis geliefert, dass die bleilösende Wirkung des Wassers durch die in demselben enthaltene freie Kohlensäure hervorgerufen wurde; längeres Stehen in offener Flasche liess die Kohlensäure entweichen, und die bleilösende Wirkung hörte auf.

Auffallend musste es nun erscheinen, dass die in dem chemischen Laboratorium zu Gelsenkirchen von Dr. Liebrich mit dem

in dem eingesandten Bleirohre enthaltenen Wasser angestellten Versuche zu einem negativen Ergebnisse geführt hatten. Das überaus günstige Urtheil des Liebrich'schen Gutachtens über das Tergaster Wasser vom 11. April 1896 schliesst mit den Worten:

„Eine weitere mehr technische Frage, ob durch das Wasser die Bleileitung, wie sie zum Anschlusse der Häuser an die Hauptleitung angewendet wird, ohne Nachtheil für die Zuträglichkeit des Wassers benutzt werden kann, ist durch den Versuch entschieden, durch welchen festgestellt wurde, dass Blei aus der Leitung von dem Wasser, selbst bei 24stündigem Stehen im Bleirohr, nicht aufgenommen wird. Das Wasser ist in jeder Beziehung als Trinkwasser gut und zu Leitungszwecken und gewerblicher Verwendung wohl geeignet."

Die Richtigkeit beider Untersuchungsmethoden vorausgesetzt, giebt es m. E. nur eine Lösung zur Erklärung unserer sich widersprechenden Beobachtungen. Die mitgenommenen Bleiröhren waren nicht vollständig mit dem Wasser gefüllt gewesen; die Rohrenden mussten an Ort und Stelle durch die primitivste Weise durch Zusammenhämmern der Wandungen geschlossen werden. Auch dabei ging noch eine gewisse Quantität Wasser verloren, so dass über der Wassersäule in dem Bleirohre eine Luftschicht stand, in welche, zumal bei dem Schütteln während des Transportes freie Kohlensäure entweichen konnte.

Dem steht allerdings entgegen, dass der Direktor des chemischen Staatslaboratoriums zu Bremen, Dr. Janke, bei der Untersuchung des ihm am 9. April im Bleirohre zugesandten Wassers zu demselben Resultate gelangte wie wir. Die quantitative Analyse ergab 6,783 mg Blei im Liter, auch fand Janke nur Spuren von Salpetersäure und führte auch er die Bleilöslichkeit auf das Vorhandensein freier Kohlensäure im Wasser zurück.

Auf Grund sämmtlicher bis dahin gemachten Analysen und unserer eigenen Untersuchungen gab ich nun am 29. Juni 1896 mein Gutachten dahin ab, dass das Tergaster Wasser an sich als ein in sanitärer Beziehung einwandfreies Trink- und Nutzwasser zu betrachten sei, dass aber die bleilösende Eigenschaft desselben vor seiner Einführung in die Bleiröhrenleitung Massregeln erforderlich mache, welche dem Wasser diese Eigenschaft nehmen (nach Analogie des Dessauer Verfahrens), oder dass die Bleirohrleitung durch ein Rohrmaterial ersetzt werde, welches dem Angriffe der freien Kohlensäure wirksamen Widerstand entgegenzusetzen vermöge.

Im Sinne dieses Gutachtens und gestützt auf die Erfahrungen, welche man in Wilhelmshaven unter ähnlichen Verhältnissen gemacht hatte,[1]) erliess nun der Regierungspräsident am 6. August eine Verfügung, nach welcher nur Zinnröhren mit Bleimantel oder gusseiserne Röhren benutzt werden sollten.

[1]) S. General-Sanitätsbericht für die Jahre 1886—1888 des Reg.-Bezirks Aurich von Reg.- und Med.-Rath Dr. Rapmund; S. 111—116.

Auf eine Eingabe des Wasserwerks jedoch, dass die Einführung der Mantelröhren wegen zu grosser technischer Schwierigkeiten nicht durchführbar sei, verzichtete die Regierung auf die ausschliessliche Verwendung derselben unter der Voraussetzung.

„dass eine sichere Gewähr dafür geboten werde, dass die freie Kohlensäure vor Einführung des Wassers in die Rohrleitung auf chemisch-technischem Wege aus dem Wasser entfernt und damit die bleilösende Eigenschaft desselben beseitigt werde."

Damit hatte die Wasserfrage ihren vorläufigen Abschluss erreicht und musste es den späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, inwieweit die getroffenen Einrichtungen den sanitätspolizeilichen Anforderungen entsprechen würden.

Im Winter 1896/97 arbeitete das Wasserwerk mit voller Kraft daran, die Hausleitungen mittelst verzinnter Bleiröhren herzustellen und konnte bereits im März 1897 die Wasserleitung in Betrieb setzen.

Der bleilösenden Eigenschaft des Wassers hoffte man, durch Anwendung des seit 1887 im Dessauer Wasserwerk mit bestem Erfolge angewandten Heyer'schen Verfahrens, durch Neutralisation der freien Kohlensäure mittelst allmählichen Zusatzes von Kalkspathpulver, Herr zu werden. Zu diesem Zwecke wurden am 5. Juli vorläufig $1^1/_2$ kg Kalkspath je 25 cbm Wasser an der Pumpstation zugesetzt.

Mittlerweile hatte der Magistrat mich damit beauftragt, die fortlaufenden Untersuchungen des Wassers in die Hand zu nehmen.

Diese hatten sich naturgemäss zunächst darauf zu richten, inwieweit die getroffenen Einrichtungen genügten, um das Bleilösungsvermögen des Wassers zu vermindern, bezw. zu beseitigen. Das von mir am 7. Juli erstattete Gutachten basirte auf Untersuchungen von Wasserproben, die ich aus 21 Häusern der Stadt entnommen hatte.

Die quantitative Bestimmung des Bleigehaltes wurde in der Weise vorgenommen, dass durch Auflösung von 0,2 g Bleizucker in 100 g Wasser eine Bleilösung hergestellt wurde, so dass 0,1 g dieser Lösung 0,000117 g Bleioxyd, bezw. 0,00010924 g metallisches Blei enthielt. Durch Vergleichung einer bestimmten Menge dieser Lösung mit der gleichen Menge der zu untersuchenden Wasserprobe in übereinstimmenden Reagensgläsern wurde nach Zusatz einiger Tropfen Essigsäure und Einleitung von Schwefelwasserstoffgas auf Grund der Farben-Nüancen der Bleigehalt bestimmt. Wenn diese Abschätzung auch nur eine approximative genannt werden musste, welche einer gewichtsanalytischen Bestimmung nicht gleichkam, so konnte doch die Differenz gegen letztere nur in höchst minimalen, hier kaum in Frage kommenden Gewichtsmengen bestehen. Eine Kontrole meiner Prüfungen habe ich im Laboratorium des Apothekers Herrmann in Gemeinschaft mit diesem vorgenommen.

Die Ergebnisse der auf diese Weise ausgeführten Untersuchungen waren folgende:

Bleigehalt des ursprünglichen, nicht mit Chemikalien vermischten Leitungswassers.

Ort der Entnahme.	Rohrmaterial der Hausleitung.	Länge der Hausleitung.	Zeit der Nichtbenutzung der Leitung vor Entnahme des Wassers.	Bleigehalt im Liter Wasser mg	
				Bleioxyd	Blei
1. Sandpfad 13 a	Zinnrohr m. Bleimantel	5 m	1/2 Stdn.	Spur	Spur
"	"	5 "	8 "	18,82	17,47
2. Wilhelms-Gymnasium	"	8 1/2 "	1/2 "	Spur	Spur
"	"	8 1/2 "	12 "	4,69	4,36
3. Gerichts-Gefängniss	"	4 "	1/2 "	Spur	Spur
"	"	4 "	8 "	4,69	4,36
" (Waschküche)	"	4 "	3 Tage	9,40	8,73
4. Wilhelmstr. 54	"	20 "	1/4 Stdn.	Spur	Spur
"	"	20 "	8 "	2,35	2,18
5. Hauptzollamtsgebäude	"	12 "	1/2 "	Spur	Spur
"	"	12 "	8 "	Spur	Spur
6. Wilhelmstr. 109.	Verzinntes Bleirohr	9 "	1/2 "	4,69	4,36
7. Israelitische Schule	"	3 1/2 "	1 "	14,11	13,1
"	"	3 1/2 "	10 "	14,11	13,1
8. Puttkummer Landstr. 16	"	14 1/2 "	1 "	7,05	6,55
"	"	14 1/2 "	7 "	28,23	26,21
9. Vierkant 10	"	4 "	1/2 "	4,69	4,36
"	"	4 "	7 "	11,75	10,91
10. Armenhaus	"	5 "	1/2 "	2,35	2,18
11. Neuthorstr. 44	"	6 1/2 "	1 "	11,75	10,91
"	"	6 1/2 "	10 "	9,40	8,73
12. Rathhaus	"	5 1/2 "	1 "	0,97	0,9
"	"	5 1/2 "	10 "	9,40	8,73
13. Grosse Strasse Nr. 8.	"	6 "	24 "	23,52	21,84
14. Grosse Brückstr. 85.	"	9 "	1 "	14,11	13,10
"	"	9 "	7 "	15,28	14,19
15. Taubstummenanstalt	"	4 1/2 "	1 "	6,09	5,66
16. Grosse Strasse 33	"	4 "	1/2 "	2,35	2,18
17. Krahnstr. 6/7	"	10 "	10 "	18,13	16,38
18. Altes Bollwerk	"	8 "	1/2 "	Spur	Spur
"	"	8 "	5 "	9,40	8,73
19. Telegraphenamt	Reines Bleirohr	9 "	1/2 "	9,40	8,73
"	"	9 "	7 "	14,11	13,10
20. Kühlhaus Neptunstr.	"	17 "	14 Tage	18,82	17,47
21. Neuer Markt 6/7	Geschwefeltes Bleirohr	6 "	1/2 Stdn.	9,40	8,73
"	"	6 "	24 "	28,23	26,21
Durchschnittlicher Beigehalt der 36 Wasserproben =				9,09	8,43

Was zunächt bei obiger Tabelle in die Augen fällt, ist der Umstand, dass von dem Rohrmaterial die Bleimantelröhren sich am widerstandsfähigsten gegen die bleilösende Eigenschaft des Wassers erwiesen haben. Das in ihnen enthaltene Wasser enthielt nach 1/4- bis 1stündigem Verweilen in den Röhren nur eine Spur von Blei. Bei den verzinnten Bleiröhren ergab sich dagegen ein durchschnittlicher Bleigehalt von 6,82 mg Bleioxyd oder 6,33 mg metallischem Blei, bei den reinen Bleiröhren und dem geschwefelten Bleirohr sogar 9,40 bezw. 8,73 mg im Liter. Nur Nr. 18 machte eine Ausnahme, insofern auch hier kaum Spuren von Blei nachgewiesen werden konnten. Das erklärt sich jedoch aus dem Umstande, dass diese Leitung fast den ganzen Tag unausgesetzt in Thätigkeit gehalten wird und überhaupt nur wenige Stunden ausser Betrieb steht.

Nach 5 Minuten Ablaufens waren sämmtliche Leitungen bleifrei, ausgenommen die Häuser Nr. 6 und 14, welche auch dann noch mehr als 2 mg Blei ergaben.

Enorm bleihaltig aber erwies sich das Wasser, nach dem es stundenlang in den Röhren gestanden hatte, selbst bei den Zinnröhren mit Bleimantel, ausgenommen Nr. 5, wo sich auch nach 8stündigem Stehen des Wassers nur eine kaum erkennbare Reaktion auf Blei ergab. Der Durchschnittsgehalt betrug in den Mantelröhren 6,11 mg Bleioxyd = 5,67 mg Blei, verzinnten Bleiröhren 15,47 mg Bleioxyd = 14,31 mg Blei, reinen Bleiröhren nach 7 Stunden 14,11 bezw. 13,10 mg, nach 14 Tagen 18,82 bezw. 17,47 mg, geschwefeltem Rohr nach 24 Stunden 28,23 mg Bleioxyd oder 26,21 mg Blei.

Nach diesen Untersuchungsergebnissen mussten sowohl verzinnte, als auch reine und geschwefelte Bleiröhren unbedingt für unzweckmässig erachtet werden, so lange das Leitungswasser nicht von der freien Kohlensäure befreit war. Die einzigen Röhren, welche bei der augenblicklichen chemischen Zusammensetzung des Wassers in Frage kommen konnten, waren die Bleimantelröhren. Sie hatten sich bei der Wasserentnahme auch nach einstündigem Stillstande der Leitung durchaus bewährt, gaben dann allerdings nach mehrstündigem Verweilen des Wassers im Rohre zu denselben Bedenken Anlass wie die übrigen Röhren.

Da musste es denn um so auffallender erscheinen, dass in Wilhelmshaven, wo nach dem Auftreten von Bleivergiftungen im Jahre 1886 nur noch Mantelröhren zur Verwendung kamen, seit Benutzung derselben lediglich in solchen Häusern Bleiintoxikationen beobachtet wurden, aus denen die alten Bleiröhren nicht entfernt waren. Die bleilösende Ursache des Wilhelmshavener Leitungswassers ist aber bekanntlich die nämliche gewesen, wie in dem Tergaster Wasser: die freie Kohlensäure.

Es lag somit die Vermuthung nahe, dass mit Rücksicht auf die völlige Uebereinstimmung des Rohrmaterials in Wilhelmshaven und Emden der Fehler in der technischen Ausführung bei Verarbeitung der Mantelröhren gesucht werden müsse.

Erkundigungen, die ich nach dieser Richtung in Wilhelmshaven einzog, haben nun in der That ergeben, dass dort die Löthung an den Leitungen, speziell an den Ausflusshähnen, neuerdings mittelst Löthkolben ausgeführt wird, weil bei Anwendung der Stichflamme der Zinnkern schmilzt und dadurch das frei zu Tage liegende Blei dem Wasser einen günstigen Angriffspunkt bietet. Die Verlöthung unserer Röhren ist aber ausnahmslos mittelst Stichflamme geschehen, mithin wäre es denkbar, dass hier die Hauptursache für die Bleiauflösung zu suchen wäre, und damit würde auch die auffallende Erscheinung, dass sich das Wasser in der Leitung des Hauptzollamt-Gebäudes (Nr. 5, Tabelle II) überall als bleifrei erwiesen hat, ihre Erklärung in der Annahme finden, dass hier beim Löthen der Zinnkern durch einen glücklichen Zufall vor dem Schmelzen bewahrt geblieben ist.

Erwähnen will ich noch, dass auch Prof. Wolffhügel als

Vorbedingung der Intaktheit der Mantelröhren die subtilste, auf geradezu künstlerische Weise herzustellende Löthung derselben voraussetzt. Uebrigens empfiehlt auch er als geeignetsten Ersatz von Rohrmaterial für die Bleiröhren in seiner bahnbrechenden Arbeit über Wasserversorgung und Bleivergiftung [1]) die Einführung von Mantelröhren bei allen Neubauten in Dessau „schon aus dem Grunde, weil erfahrungsgemäss das Wasser in neuen Rohrleitungen in besonderem Masse mit metallischen Beimengungen verunreinigt wird," und kommt zu dem Endresultate, „dass gegen die Verwendung von Zinnrohr mit Bleimantel besserer Qualität keine gesundheitliche Bedenken bestehen".

Auf Grund der oben mitgetheilten Ergebnisse hatte ich mein Gutachten am 7. Juli in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

1. Die von mir angestellten Untersuchungen haben ergeben, dass das Wasser der städtischen Wasserleitung hochgradig bleihaltig und als solches gesundheitsschädlich ist.

2. Diesem Uebelstande kann in zweierlei Weise abgeholfen werden:

   a. durch Beseitigung der bleilösenden Ursache des Wassers, indem die in ihm enthaltene freie Kohlensäure durch Zusatz von Kalk gebunden wird;

   b. durch Anschaffung von Rohrmaterial, welches von der freien Kohlensäure nicht angegriffen wird.

3. Da das Tergaster Wasser an und für sich ein tadelloses, weiches Wasser ist, welches durch die zur Entfernung der Kohlensäure nothwendigen Massnahmen verschlechtert werden muss, so empfiehlt es sich zunächst, die Beseitigung der vorhandenen Uebelstände anzustreben durch Verwendung von Rohrmaterial, welches von der freien Kohlensäure nicht angegriffen wird.

4. Als solches Rohrmaterial sind weder reine, noch geschwefelte, noch verzinnte Bleiröhren anzusehen.

5. Mit Rücksicht auf die mit der Wasserleitung in Wilhelmshaven gemachten Erfahrungen und auf Grund der durch obige Untersuchungen nachgewiesenen Widerstandsfähigkeit der Zinnröhren mit Bleimantel gegen die freie Kohlensäure, deren Unzulänglichkeit wahrscheinlich auf einem Fehler in der Technik der Anlage beruht, sind weitere Versuche mit den Mantelröhren zu machen.

6. Eine in kurzen Zwischenräumen wiederholte Kontroluntersuchung des Leitungswassers ist unbedingt erforderlich.

---

[1]) Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin 1887. Bd. 2 S. 540 und 542.

7. Zur Beruhigung des Publikums ist eine Bekanntmachung in dem Sinne zu erlassen, dass das durch die Untersuchung als bleihaltig erkannte Leitungswasser sich nach Ablassen von 20—30 Liter bleifrei erwiesen habe, so dass nach 5 Minuten Ablaufzeit das Leitungswasser mit Bestimmtheit als nicht mehr gesundheitsschädlich angesehen werden darf.

Die weiteren Untersuchungen, welche ich in Gemeinschaft mit dem Apotheker Herrmann ausführte, hatten sich, dem obigen Gutachten entsprechend, sowohl auf eine fortlaufende Kontrole des Wassers bezüglich seines Bleigehaltes, als auf die Prüfung der Widerstandsfähigkeit des Rohrmaterials gegen die bleilösende Wirkung des Wassers zu erstrecken.

Wir machten zunächst Versuche mit verzinnten und Bleimantelröhren. Sie wurden mit dem ursprünglichen Tergaster Wasser, das ich persönlich am 13. Juli dem Sammelbrunnen der Pumpstation entnommen hatte, angestellt. Das Ergebniss war folgendes:

Ein $^1/_2$ m langes, mit dem Wasser angefülltes, an beiden Enden verkorktes, verzinntes Bleirohr ergab nach 24stündigem Stehen 4,369 mg Blei im Liter, während ein ebenso behandeltes 1 m langes Mantelrohr nach 15 Stunden keine Spur von Blei im Wasser aufwies. Dagegen konnten in einem $1^1/_4$ m langen, durch ein Façonstück unterbrochenen und an dem einen Ende mit einem Messinghahn versehenen Mantelrohr nach 12stündigem Stehen des Wassers 5,80 mg Blei nachgewiesen werden.

Damit war der Beweis geliefert, dass die verzinnten Bleiröhren auch ohne Löthstellen von dem kohlensäurehaltigen Wasser angegriffen wurden, während Mantelröhren als solche sicheren Schutz gegen den Angriff des Wassers boten, dass aber auch diese, wenn sie gelöthet waren, selbst wenn die Löthung mittelst Löthkolben geschah, der bleilösenden Wirkung des Leitungswassers nicht zu widerstehen vermochten.

Da wir glaubten, annehmen zu müsen, dass das bisher dem Wasser zugesetzte Quantum Kalkspathmehl ($1^1/_2$ kg auf 25 cbm) zur Bindung der freien Kohlensäure nicht genügte, wurde dieses auf $1^3/_4$ kg erhöht.

Vom 17. Juli his 21. August wurden die Experimente fortgesetzt. Diese ergaben nach 12stündigem Verweilen des Wassers in verzinnten Bleiröhren bis zu 4 mg Blei, während das Maximum bei den Mantelröhren nach 24 Stunden noch $1^1/_2$ mg betrug. Eine entschiedene Besserung gegen die kurz vorher angestellten Versuche war also zu konstatiren, aber von einem einwandfreien Wasser konnte nach wie vor keine Rede sein.

Unser nächstes Augenmerk war darauf gerichtet, den Zeitpunkt festzustellen bis zu welchem unter den augenblicklichen Verhältnissen der nach den bisherigen Erfahrungen zulässige Maximalgehalt[1]) von $^1/_5$ mg Blei im Liter vorhanden war.

[1]) Ueber die zulässige Bleimenge im Wasser s. Wolffhügel l. c. Seite 496/97.

In viertelstündigen Zwischenpausen wurden von $^1/_4$ bis 3 Stunden Wasserproben entnommen und untersucht. Es ergaben die Proben sowohl aus verzinnten Blei- als Mantelröhren

nach $^1/_4$—$^3/_4$ Stunden nicht nachweisbare Gewichtsmengen,
von $^3/_4$—$1^1/_4$ Stunden stieg die Bleimenge allmählich auf $^1/_5$ mg und
von $1^1/_4$—3 Stunden bis zu 1 mg.

Es erhellte daraus, dass das Wasser mindestens eine Stunde in den Röhren verweilen konnte, ohne gesundheitsschädlich zu werden, dass aber bald nachher der Zeitpunkt eintrat, wo die zulässige Maximalgrenze des Bleigehaltes erreicht war und über die hinaus vor dem Genusse des Wassers gewarnt werden musste.

Woher kam es, dass trotz des Zusatzes eines so erheblichen Quantums Kalkspath zum Wasser das Bleilösungsvermögen des letzteren immer noch eine so intensive geblieben war? Dies zu eruiren, suchten wir zunächst experimentell festzustellen, ob überhaupt durch genügenden Zusatz von kohlensaurem Kalk das Bleilösungsvermögen des Wassers aufgehoben werden könne.

Zu diesem Zwecke wurde das bleihaltige Leitungswasser mit präzipirtem, also höchst fein vertheiltem kohlensaurem Kalk geschüttelt; es schied sich dabei alles Blei aus. Setzte man kohlensauren Kalk in Gestalt von grobgepulvertem Marmor zu, so wurde zwar noch Blei gefällt, jedoch nicht alles, so dass das Wasser bleihaltig blieb, dagegen wurde es wieder bleifrei bei Zusatz von fein geriebenem Marmor.

Der Versuch bewies, dass die freie Kohlensäure eine grössere Verwandtschaft zum Kalk als zum Blei hat, mithin, wenn das Vorhandensein der Kohlensäure im Wasser allein die bleilösende Eigenschaft desselben bedingt, letztere verschwinden muss, sobald die Kohlensäure durch eine hinreichende Menge Kalk gebunden wird. Er bewies ferner, dass es dabei wesentlich auf den Grad der Zerkleinerung und damit der Vertheilung des Kalkes im Wasser ankommt.

In logischer Schlussfolgerung mussten wir zu der Annahme gedrängt werden, dass der noch vorhandene Bleigehalt des Leitungswassers auf einen Ueberschuss an freier Kohlensäure zurückzuführen sei, welcher durch den Kalk nicht gebunden war.

Diese Erscheinung liess sich auf dreifache Weise erklären. Entweder dadurch, dass

1. zu wenig Kalkspath zugesetzt war, oder
2. der Spath nicht fein genug zertheilt (gemahlen) war, oder
3. die technische Vorrichtung zur Mischung von Kalkspath und Wasser nicht genügte;

vielleicht auch in allen drei Faktoren zusammen.

Wir riethen daher zunächst zu einer Vermehrung des Spathzusatzes um $^1/_2$ kg pro 25 cbm Wasser. Das Wasserwerk that aber noch ein Uebriges, indem es $^3/_4$ kg zusetzte, so dass $2^1/_2$ kg Kalkspath auf 25 cbm Wasser vertheilt wurden.

Obgleich der Kalkspathzusatz nun im Laufe des nächsten

Monats bis auf $3^1/_2$ kg erhöht wurde, ergaben die Untersuchungen doch keine wesentliche Abnahme des Bleigehaltes.

Unterdessen hatte die Wasserkalamität, wie nicht anders zu erwarten war, grosse Sorge und Unruhe im Publikum hervorgerufen. Gerüchte von zahlreich aufgetretenen Bleivergiftungen erforderten endlich eine amtliche Untersuchung, durch welche allerdings ein zweifelloser Fall von Bleivergiftung festgestellt wurde, der dadurch herbeigeführt war, dass die betreffende Person das Wasser, welches die ganze Nacht in den Röhren gestanden hatte, der Leitung entnahm und im Haushalte verbrauchte. Sie selbst benutzte dann auch das Wasser zum regelmässigen Frühtrunke. Die Folgen liessen nicht lange auf sich warten. Die Frau erkrankte unter allen Erscheinungen der chronischen Bleivergiftung und konnte sich nur langsam wieder erholen.

Zur Beruhigung des Publikums erliess darauf der Magistrat eine Bekanntmachung, in welcher die augenblickliche Situation klargelegt und vor dem Genusse des länger als eine Stunde, insbesondere des während der Nacht in den Röhren abgestandenen Wassers gewarnt wurde.

Aus den bisherigen Untersuchungen konnten wir nicht anders, als die Ueberzeugung gewinnen, dass eine Beseitigung der bleilösenden Ursache des Wassers durch Kalkspathzusatz nicht zu erreichen war. Es blieb also nur noch der Weg offen, die Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers zu bekämpfen durch Beschaffung eines Rohrmaterials, welches der freien Kohlensäure wirksamen Widerstand entgegenzusetzen vermochte. Als solches konnten, wie die in dem Gutachten vom 7. Juli niedergelegten Beobachtungen ergeben hatten, weder verzinnte, noch reine, noch geschwefelte Bleiröhren angesehen werden.

Die einzigen Röhren, welche sich wenigstens bedingt als zulässig erwiesen hatten, waren die Zinnröhren mit Bleimantel gewesen. Die experimentellen Prüfungen mit ungelötheten Mantelröhren hatten zu dem Ergebnisse geführt, dass die letzteren als solche ausreichenden Schutz gegen den Angriff des Wassers boten, dass dieser aber sofort versagte, wenn das Rohr durch Abzweigungen unterbrochen, oder an der Zapfstelle gelöthet war.

Diese an und für sich günstigen Resultate mussten zu weiteren Versuchen mit den Mantelröhren ermuntern. Der Gedanke lag nahe, dass es einer verbesserten Technik in der Bearbeitung der Rohrleitung werde gelingen müssen, den mit der Löthung verbundenen Uebelstand zu beseitigen. Unsere früher nach dieser Richtung angestellten Prüfungen hatten uns leider in Stich gelassen. Trotz der auf's Sorgfältigste mittelst Löthkolben ausgeführten Verlöthung enthielt das Wasser nach 12 Stunden noch 5,8 mg Blei.

Die Frage war, ob nicht eine andere technische Methode zu Gebote stand, durch welche die der Löthung anhaftenden Nachtheile vermieden werden konnten. In der That besteht eine solche und ist mit günstigem Erfolge bei der Wasserleitung in Zwolle (Holland) in Anwendung gebracht worden. Auch hier sind für die

Hausleitungen nur Zinnröhre mit Bleimantel vorgeschrieben, die Rohrverbindungen dürfen aber nicht gelöthet sein, sondern müssen durch messingene Kapselverschraubungen hergestellt werden.

Mit einem uns zur Verfügung gestellten, durch eine solche Verschraubung unterbrochenen Zwoller Rohr haben wir dann Versuche auf dessen Widerstandsfähigkeit gegen das ursprüngliche Tergaster Wasser gemacht. Das Ergebniss war, dass selbst nach 24stündigem Verweilen des Wassers im Rohr kaum eine Spur von Blei nachgewiesen werden konnte.

Dieses überraschende Resultat gab zu der Frage Anlass, ob nicht ausser dem Uebelstande der Löthung noch andere Faktoren im Spiele seien, welche der geringen Widerstandskraft unseres Rohrmaterials zu Grunde liegen könnten. Auf Veranlassung der Wasserkommission wurden deshalb zunächst die hier gebräuchlichen Mantelröhren in der Königlichen Münze zu Utrecht auf ihre Güte untersucht. Das von dem Münzmeister J. van Utenhors abgegebene Gutachten lautete dahin, dass die technische Verarbeitung des Rohrmaterials durchaus den für die Wasserleitung zu Zwolle erlassenen Vorschriften, laut deren das Zinnrohr mindesten eine Stärke von $^1/_2$ mm besitzen soll, entsprach.

Ganz anders verhielt es sich dagegen mit der chemischen Zusammensetzung des Zinnrohrs. Für dieses schreiben die Zwoller Statuten an reinem Zinn einen Minimalgehalt von 98 % vor, eine Anforderung, hinter welcher unsere Röhren weit zurückblieben.

Es wäre interessant gewesen, durch weitere Untersuchungen festzustellen, inwieweit der mangelhaften Legirung der Mantelröhren ein Einfluss auf die Widerstandsfähigkeit derselben gegen die bleilösende Eigenschaft des Wassers zukam, und ich zweifle gar nicht daran, dass fortgesetzte Prüfungen nach dieser Richtung im Anschluss an die in Zwolle gültigen Satzungen uns der Lösung der Wasserfrage bedeutend näher gebracht, vielleicht auch das unter allen Umständen wünschenswertheste Resultat erzielt hätten, das ursprüngliche, vorzügliche Tergaster Wasser ohne fremde Beimengung der Benutzung zugänglich zu machen.

Zugleich mit den Prüfungen der Mantelröhren wurde das Verhalten der verzinnten Eisenröhren zu dem Leitungswasser einer eingehenden Untersuchung unterworfen. Erkundigungen, welche der Magistrat aus 18 deutschen Städten eingezogen, in denen die Hausleitungen aus galvanisirten Eisenröhren hergestellt sind, hatten ausnahmslos günstige Berichte zur Folge gehabt, nirgends hatten sich sanitäre Bedenken gegen die Verwendung solcher Rohrleitungen geltend gemacht. Zu ganz anderen Ergebnissen führten dagegen die von uns angestellten Experimente.

Ein gerades verzinktes Eisenrohr, welches an beiden Enden mit einer Muffenverschraubung versehen war, wurde mit ungemischtem Leitungswasser gefüllt. Schon nach zweistündigem Stehen im Rohr konnte in 25 cbm, auf die Hälfte eingedampftem Wasser Zink nachgewiesen werden, nach 24 Stunden aber war die

Auflösung des Zinks eine geradezu enorme geworden. Alle weiteren Beobachtungen bestätigten dies ungünstige Resultat in seinem vollen Umfange. Auf Grund derselben gaben wir unser Gutachten dahin ab, dass in Folge der erheblichen zinklösenden Eigenschaft des Wassers die Verwendung von galvanisirten Eisenröhren als ausgeschlossen zu betrachten seien.

Man sieht aus diesen, in grellstem Widerspruch zu den in ganz Süddeutschland gemachten Erfahrungen stehenden Beobachtungen, dass, wie Prof. Wolffhügel[1]) hervorhebt, die Frage der Gefährlichkeit der Zinnröhren nicht generalisirend, sondern nur speziell in Bezug auf die Beschaffenheit eines bestimmten Wassers behandelt werden kann.

Erwähnen will ich noch, dass das Wasserwerk bereits bei der Anlage 250 m verzinkter schmiedeeiserner Röhren in das Rohrnetz eingefügt hatte und zwar an den Kreuzungen der Wasserläufe und im Wasserthurm. Auf die Kunde davon verfügte der Regierungspräsident, dass das Leitungswasser auf etwaigen Zinkgehalt zu untersuchen sei. Die Untersuchung ergab jedoch weder in dem Wasser der Hydranten noch der Hausleitungen eine Spur von Zink.

So hatten denn alle bisher angewandten Untersuchungsmethoden zur Beseitigung der bleilösenden Ursache des Leitungswassers Fiasko gemacht. Trotz der eingehendsten chemischen und technischen Untersuchungen war es nicht gelungen, den Anforderungen an ein hygienisch einwandfreies Wasser auch nur um einen Schritt näher zu rücken, die regierungsseitig in Aussicht gestellte Schliessung des Wasserwerks stand vor der Thür und drohte die ganze Wasserversorgungsanlage im Keime zu ersticken.

In dieser Noth suchte der Magistrat Hülfe bei dem Chef des chemischen Untersuchungsamtes in Dessau, Dr. Heyer, durch dessen Verdienst die Stadt Dessau bereits im Jahre 1887 aus einer ähnlichen Klemme befreit worden war.

Die Untersuchungen des Dr. Heyer begannen in der ersten Hälfte des Oktober, zur Zeit als dem Wasser $3^1/_2$ kg Kalkspathpulver auf 25 cbm (141 g Kalkspath pro cbm Wasser) zugesetzt wurden. Sie waren zunächst darauf gerichtet, eine Erklärung dafür zu finden, weshalb die bleilösende Eigenschaft des Leitungswassers durch den Kalkspathzusatz in so geringem Masse beeinflusst worden war.

Die Prüfung des Kalkspathzusatzes ergab, dass dasselbe einen genügenden Gehalt an kohlensaurem Kalk, hinreichende Feinheit der Mahlung besass und frei war von gesundheitsschädlichen Beimengungen.

Dann wurden gewichtsanalytische Bestimmungen der aus drei verschiedenen Häusern entnommenen Wasserproben gemacht.

---

[1]) Wolffhügel; l. c., S. 539.

Zeit der Entnahme.	Ort der Entnahme.	Rohmaterial der Hausleitung.	Länge der Hausleitung.	Zeit der Nichtbenutzung der Leitung vor Entnahme der Probe.	Bleigehalt: mg im Liter Wasser.
12./10. Vorm.	Friesenhof	Geschw. Bleirohr	15 m	8 Stdn.	28,7
15./10. „	„	„	„	8 „	19,1
12./10. „	Neptunstr. 1/3	Mantelrohr	30 m	10 „	6,8
15./10. „	„	„	„	9 „	2,3
12./10. „	Am Delft 16 II	Verzinnt. Bleirohr	25 m	10 „	12,3
15./10. „	„	„	„	10 „	8,2
				Durchschnittlicher Bleigehalt =	12,9 mg.

Trotz des sehr hohen zur Beseitigung der freien Kohlensäure mehr als ausreichenden Kalkspathzusatzes, überstieg also der durchschnittliche Bleigehalt obiger Wasserproben noch den Durchschnittsgehalt der vor der Zeit des Kalkspathbetriebes aus 21 Hausleitungen (s. S. 170) von uns entnommenen Proben (12,9 mg gegen 8,43 mg Blei im Liter).

Dieser Misserfolg des Kalkspathbetriebes, für den auch wir s. Z. als dritten Faktor die mangelhafte technische Vorrichtung zur Mischung von Kalkspath und Wasser verantwortlich gemacht hatten (s. S. 174), ist nach Heyer darauf zurückzuführen, „dass von dem sehr reichlich zugesetzten Kalkspath in Folge der ungenügenden Zufuhrvorrichtungen nur ein sehr geringer Theil vom Wasser aufgenommen war.“ [1])

Aus der Analyse von den am 12. und 15. Oktober entnommenen Wasserproben (s. obige Tab.) berechnete nun Heyer, dass von 100 % im ursprünglichen Wasser vorhandener freier Säure in Proben vom 12. Oktober nur 3,2 % (Am Delft), 19,3 % (Wasserbureau) und 23,6 % (Neptunstr.), dagegen in Proben vom 15. Oktober 24,7 % (Am Delft) und 35,5 % (Neptunstr.) durch den Kalkspathzusatz beseitigt worden waren. Es waren also im günstigsten Falle (Neptunstr. 15. Okt.) noch immer 64,5 %, im ungünstigsten (Delft 12. Okt.) sogar noch 96,8 % der freien Säure vorhanden. Letztere Probe hatte nur 3 g kohlensauren Kalk von den zugesetzten 200 g aufgenommen. „Daraus erklärt sich vollkommen die unbefriedigende Wirkung, welche diese Art der Kalkspathzuführung auf das Bleilösungsvermögen des Wassers ausgeübt hatte.“

Am 12. November liess Heyer nach Besichtigung des Wasserwerks, da ein Ersatz der dort vorhandenen Einrichtungen zur Kalkspathzuführung durch sicher wirkende maschinelle Apparate einen zu langen Aufschub bedingt hätte, sofort mit dem Kalkspathzusatz aufhören und mit dem durch Versuche mit dem Tergaster Wasser genau berechneten Zusatz von kohlensaurem Natrium beginnen.

Bereits im Jahre 1887 hatte Prof. Max Müller über die Ursachen des zerstörenden Angriffs verschiedener Wässer auf

[1]) S. Dr. Heyer's Gutachten vom 15. Dezember 1898 an die Königliche Regierung zu Aurich, dem ich die nachfolgenden Untersuchungsergebnisse mit Bewilligung des Verfassers entnommen habe.

Bleiröhren die gründlichsten Untersuchungen angestellt.[1]) Er fand, dass aktives destillirtes Wasser, welches Bleibleche stark angreift, sofort inaktiv wurde, wenn nur geringe Mengen Natriumkarbonat hinzugefügt werden. Blei ging nicht in Lösung, die Bleibleche überzogen sich mit einem zarten, fest anhaftenden, weissen Ueberzuge. Wesentlich anders gestalteten sich dagegen die Erscheinungen bei absolut kohlensäurefreiem, aber lufthaltigem Wasser. Hier konnte schon nach 18 Stunden gelöstes Blei in der Flüssigkeit nachgewiesen werden, und nach drei Tagen hatte sich die Menge desselben merklich vermehrt.

Einfach kohlensaures Natrium verhinderte es also nicht, dass Blei in den löslichen Zustand übergeführt wurde. Wenn trotzdem ein Zusatz von Natriumcarbonat zu aktivem destillirten Wasser die Bleiauflösung zu inhibiren vermochte, so konnte der Grund nur darin gesucht werden, dass die gelöste freie Kohlensäure sich mit einem Theile der hinzugefügten Soda zu Bikarbonat verband. Diese Vermuthung fand ihre volle Bestätigung durch folgende Versuche.

Wenn man zu aktivem destillirtem Wasser auch nur Spuren Natrium bicarbonicum zusetzte, wurde dasselbe sofort unwirksam gegen Blei. Das Blei bedeckt sich langsam mit einer ausserordentlich festhaftenden, weissen Schicht, aber zu keiner Zeit wurden auch nur die geringsten Mengen Blei in den löslichen Zustand übergeführt. Durch Zusatz von Bikarbonat konnte sogar vorhandenes, durch Kohlensäure gelöstes Blei augenblicklich wieder niedergeschlagen werden.

Die Experimente von Prof. Müller führten also zu dem wichtigen Ergebnisse, dass doppeltkohlensaures Natron nicht nur die Lösung des Bleis verhindert, sondern auch bereits gelöstes Blei vollständig präzipitirt, so dass wir in dem Bikarbonat des Natriums ein vorzügliches Mittel besitzen, um Blei vor Angriffen zu schützen.[2])

Es ist das unstreitige Verdienst des Dr. Heyer, dieses Verfahren betriebstechnisch ausgebildet und durch analytische Untersuchungsmethoden praktisch verwerthbar gemacht zu haben. Der Erfolg hat auch in dem Betriebe des Emder Wasserwerks nicht lange auf sich warten lassen.

Am 12. November ergab sich noch in dem Wasser, welches die Nacht über in der Leitung des Wasserwerkbureaus gestanden hatte, 4,1 mg Blei im Liter, in der Hausleitung des Hôtels Bellevue 3,4 mg, zwei Tage später bei beiden 0 mg. Dieser rasche Erfolg erklärt sich aus dem Umstande, dass beide Leitungen in unmittel-

---

[1]) Nach brieflicher Mittheilung des Dr. Heyer sind von diesem schon im Jahre 1886 ausgedehnte Laboratoriumsversuche mit Karbonaten und Hydroxyden der Alkalien und Erdalkalien gemacht und im Sommer 1887 unabhängig von Max Müller Betriebsversuche mit Soda im Dessauer Wasserwerk ausgeführt. Prof. Müller hatte Heyer angeboten, dessen Versuchsergebnisse mit zu veröffentlichen, dies Anerbieten wurde indess von H. aus bestimmten Gründen abgelehnt.

[2]) Ueber die Ursachen des zerstörenden Angriffs verschiedener Wässer auf Bleiröhren von Max Müller. Journal f. prakt. Chemie; N. F., Bd. 36, H. 7

barer Nähe des Wasserthurms liegen, somit die Mischung des Soda mit dem Wasser eine weit intensivere sein musste, als in den entlegenen Häusern der Stadt.

Am 4. Dezember wurde die Probe auf das Exempel gemacht. Die Ergebnisse einer grösseren Anzahl von Morgenproben aus den verschiedensten Gegenden der Stadt mussten ein richtiges Gesammtbild abgeben über das nunmehrige Bleilösungsvermögen des Leitungswassers. Die Probe fiel glänzend aus. Es ergab sich Folgendes:

Bleigehalt des Emdener Wassers nach Sodazusatz.

Ort der Entnahme.	Rohrmaterial der Hausleitung und Länge derselben	Zeit der Nichtbenutzung der Hausleitung vor Entnahme der Probe.	Bleigehalt mg Blei im Liter Wasser.
1. Neuthorstr. 1	Zinnrohr m. Bleimantel: 10 m	12 Stdn.	0,1
2. Kl. Faldernstr. 9	„ : 4 „	12 „	0,1
3. Neptunstr. 1—3	„ : 30 „	13 „	0,1
4. Spieker	„ : 13 „	15 „	0
5. Neuer Markt 30	„ : 21 „	12 „	0,1
6. Zwischen beiden Märkten (Neubau)	„ ; 21 „	12 „	0,3
7. Pottgiesserstr. 12	„ : 14 „	14 „	0,1
8. Bolteuthors br. Gang (Neubau)	„ : 23 „	9 „	0,1
9. Kirchstr. 10.	„ : 16 „	12 „	0
10. Zollamt am Bahnhof	„ : 15 „	14 „	0
11. Am Delft 16	innen verzinnte Bleirohre: 25 „	13 „	0

Der durchschnittliche Bleigehalt sämmtlicher 11 Proben beträgt 0,082 mg, somit war das Bleiaufnahmevermögen des Leitungswassers von 12,90 mg auf 0,082 mg Blei im Liter heruntergegangen.

Dieses günstige Ergebniss hat sich nun freilich in der Folge nicht ganz auf derselben Höhe gehalten. Denn aus 72 von uns während der Zeit vom 1. März bis 20. Oktober v. J. ausgeführten Kontroluntersuchungen des Wassers, welches 10 Stunden in der Leitung gestanden hatte, ergab sich ein Durchschnittsgehalt von 0,124 mg Blei im Liter. Immerhin wird aber ein so geringer Bleigehalt des Trinkwassers, mag man nun über die Höhe des Grenzwerthes denken, wie man will, sicherlich in hygienischer Beziehung keine Beanstandung erfahren können, und damit dürfen wir endlich die Frage der Wasserversorgung für die Stadt Emden als gelöst betrachten.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die XIII. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin am 21. November 1898 im Conzerthause zu Stettin.

Anwesend sind: DDr. Vanselow, Freyer, Schulze-Stettin, Hanow-Ueckermünde, Kramer, Schlüter-Pyritz, Meinhardt-Anklam, Voigt-Cammin i. P., Sonntag-Greifenhagen, v. Münchow-Swinemünde, Dietrich-Demmin, Hassenstein-Greifenberg i. P., v. Trzaska-Labes, und als Gäste die Herren Ober-Reg.-Rath v. Seebach und Medizinal-Assessor Apotheker Jonas.

Dr. Freyer-Stettin eröffnet die Sitzung.

Der bisherige Vorsitzende, H. Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Nath ist in den Ruhestand getreten und hat daher sein Amt als Vorsitzender des Vereins niedergelegt. Es wird H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Vanselow zum Vorsitzenden gewählt. Derselbe nimmt die Wahl an und übernimmt den Vorsitz.

1. **Ueber die Aetiologie des Typhus in lokaler und zeitlicher Beziehung.** Referenten: Dr. Hassenstein und Dr. v. Trzaska.

Der ausführliche Bericht von Dr. Hassenstein wird veröffentlicht werden.

In der Besprechung weist Freyer auf die Brunnen als die häufigste Quelle der Typhus-Verbreitung in seinem Bezirk hin, desgleichen auf die gelegentliche Typhusverbreitung durch die Milch, ebenfalls durch einen infizirten Brunnen vermittelt, wie er neuerdings zu beobachten Gelegenheit hatte (s. Referat in der Berliner klin. Wochenschr.; 1898, Nr. 50, S. 1113).

Dr. Vanselow lenkt die Möglichkeit einer Infizirung der Wasserleitung vom Ausguss her, worauf bei Anlegung der Wasserleitung zu achten sei; ferner auf den Umstand, dass Brunnen nicht selten direkt unter einem Rinnsal liegen. Er betont daher die Nothwendigkeit einer Brunnenordnung unter Empfehlung der von Deneke-Stralsund bearbeiteten.

Dr. v. Trzaska übernimmt es, einen Entwurf zu einer Brunnenordnung für den diesseitigen Bezirk für die nächste Sitzung vorzulegen,

2. Die vom Verein entworfene neue **Gebührenordnung für die Bezirkshebammen** liegt dem Herrn Minister zur Bestätigung vor[1]).

3. Die Frage der **unvorbereiteten regelmässigen Revisionen der Hebammen an ihrem Wohnorte** unterliegt noch weiteren Erwägungen der Behörden.

4. Ueber die **Zuziehung der pro physicatu geprüften Aerzte zu dem Verein der Medizinalbeamten** soll in der nächsten Sitzung Beschluss gefasst werden.

5. Schulze-Stettin berichtet über einen **transportablen Dampfentwickler**, der von dem Direktor der diesen Apparat vertreibenden Gesellschaft demonstrirt wird. Es ist ein etwa 1 Meter hoher und tiefer Kasten, welcher in seinem Seitenraume den Wärmeapparat, in seinem mittleren Theil die zu desinfizirenden Gegenstände aufnimmt. Der Wärmeapparat besteht aus einem, in beliebiger Wärmequelle rothglühend gemachten Eisenbolzen, der in einem gegen Wärmeverlust isolirten und verschliessbaren Zylinder eingeführt ist und dessen Glühhitze durch Zufuhr von fein zertheilten Wasserstrahlen zur Dampfbildung ausgenützt wird. Vermöge der Konstruktion des Apparates kann dem Dampfe eine beliebig höhere und niedere Temperatur bezw. ein höherer oder kleinerer Feuchtigkeitsgehalt gegeben werden, auch können demselben lösliche Chemikalien, die der Desinfektion dienen, noch zugeführt werden. Man konnte sich an dem in Betrieb gesetzten Apparat überzeugen, dass eine Decke alsbald nach ihrer Entfernung aus dem Dampfraum und Durchschütteln sich wieder vollkommen trocken anfühlte. Nach dem gewonnenen allgemeinen Eindruck dürfte der augenscheinlich praktisch konstruirte und verhältnissmässig billige Apparat für Desinfektionszwecke in grösserem Umfange zweckentsprechend zu verwerthen sein.

Dr. Voigt-Camminі. P. erwähnt den Formaldehyd-Apparat, der sich ihm gut bewährt zu haben schien.

6. Dr. Dietrich-Demmin berichtet über den **Granulosen-Kursus** in Greifswald. Aus seinem Bericht geht u. A. hervor, dass die Differenzialdiagnose der Conjunct. follicularis und der Granulose recht schwer ist.

Nach Schluss der Sitzung blieben die Anwesenden zu gemeinsamem Abendessen zusammen. Dr. Freyer-Stettin.

---

[1]) Die Bestätigung ist inzwischen erfolgt und die Gebühren-Ordnung in dem Amtsblatt des Reg.-Bezirks Stück 8 vom 17. Februar 1899 veröffentlicht. Sie tritt mit dem 1. April 1899 in Kraft.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Meningitis tuberculosa, traumatischer Natur oder nicht? Von Bezirksarzt Dr. Waibel-Günzburg. Münchener med. Wochenschr.; 1899, Nr. 5.

Das Kind H. S. wurde am 4. März 1898 beim Heimgange von der Schule von einem ihm begegnenden Burschen des Ortes derart an den Kopf geschlagen, dass es dem Kinde ganz schwarz vor den Augen wurde und das linke Ohr ganz roth und geschwollen war.

Obwohl das angeblich vorher immer ganz gesunde Kind sofort über heftige Schmerzen im Kopfe klagte, jedoch nicht bewusstlos wurde, ging es trotz dieser Kopfschmerzen auf Befehl der Eltern noch zwei Tage in die Schule. Am dritten Tage nach der Verletzung musste es sich gegen Abend dreimal erbrechen und verlangte in's Bett, um von demselben nicht wieder aufzustehen. Am 11. März wurde ärztliche Hülfe in Anspruch genommen und fand Referent bei der ersten Untersuchung ausser den subjektiven Klagen über Kopfschmerz besonders am Stirntheile des Schädels, ferner ausser den Angaben über Mattigkeit und einer mehrere Tage bestehenden Stuhlverstopfung trotz eingehender Untersuchung der Hauptorgane keine objektive Unterlage für den zweifellos suspekten bezw. krankhaften Zustand bei dem scheinbar kräftig konstituirten und gut genährten Kinde. Zwei Tage später fiel an dem Kinde dessen matter Blick und eigenthümlicher Glanz der Augen auf, ferner die öfters wechselnde Gesichtsfarbe. Puls regelmässig, Temperatur 38,5° C., Stuhlgang war mit Clysma erfolgt, Lungen und Milz normal befunden. Tags darauf, also am zehnten Tage nach der unglücklichen Affaire bezw. beginnenden Erkrankung, zeigte sich das Sensorium des Kindes bereits mehrere Stunden benommen, das Kind stöhnte und schrie häufig auf, klagte über heftige Kopfschmerzen, zeigte ein apathisches und weinerliches Wesen und wälzte sich häufig im Bette herum. Puls manchmal etwas unregelmässig bezw. aussetzend, Athmnng etwas ungleichmässig, Pupillen von normaler Weite und Reaktion, Temperatur 38,5° C.. Bis zum 23. März Status idem, nur wurde das Kind täglich kraftloser und magerer; die Körpertemperatur erhöhte sich allmählich etwas mehr und betrug 38,5 bis 39° C. Vom 24. März trat eine sichtliche Verschlimmerung ein: Trübung des Sensoriums, leichte konvulsivische Zuckungen an den Extremitäten, spastische Erscheinungeu an den Beinchen, häufiges Jammern und Stöhnen, anhaltende Stuhlverstopfung, Körpertemperatur 38,5—39° C.; Pupillen manchmal ungleich erweitert; die Augen deviirten häufig nach oben, das Bewusstsein schwand immer mehr und mehr, es folgte andauerndes Coma; Patientin liess den Urin unter sich gehen, wollte oder konnte nicht mehr schlucken, der Puls wurde kleiner und frequent, kurz, es traten immer mehr Zeichen des geistigen und körperlichen Verfalles und allgemeiner Lähmung ein, bis das Kind am 30. März nach einer Krankheitsdauer von 26 Tagen verstarb.

Die Krankheitsdiagnose, tuberkulöse Gehirnentzündung, wurde durch den Obduktionsbefund vom 2. April 1898 bestätigt. Derselbe ergab im Wesentlichen ausser vorgeschrittener Abmagerung, Erguss in die beiden Seitenventrikel des Gehirns, Durchtränkung der Gehirnhäute an der Basis mit einer sulzigen Ausschwitzung, zahlreiche, sehr kleine hirsekorngrosse Knötchen, besonders im Verlaufe der Gefässe, Art der Schnittfläche der Lungen viele graue Knötchen, die Bronchialdrüsen bis zum Volumen einer grossen Haselnuss vergrössert und mit käsiger, gelblicher Tuberkelmasse durchsetzt, theilweise zentral erweicht, so dass eine kleine Kaverne sichtbar war.

Die verkästen Bronchialdrüsen sind unzweifelhaft als Ursprungstätte der tuberkulösen Hirnhautentzündung bezw. der beginnenden allgemeinen Miliartuberkulose anzusehen. Wie das Kind zu dieser Drüseninfektion kam, konnte nicht sicher ermittelt werden; hereditäre Belastung war nicht vorhanden. Jedenfalls waren diese tuberkulösen Bronchialdrüsen längere, nicht genau bestimmbare Zeit in bisher latentem und unschädlichen Zustande vorhanden und vollkommen symptomlos in den Körper des Kindes abgelagert; dieselben hätten unter günstigen Umständen sich vollständig eindicken und verkalken bezw. auf diese Weise zur Heilung kommen können. Dieses günstige Ereigniss traf in dem vorliegenden Falle jedoch nicht zu, sondern der tuberkulöse Drüseninhalt fand auf irgend eine Weise, d. h. entweder spontan bezw. ohne äussere Veranlassung und unabhängig von dem fraglichen Trauma oder

mit äusserer Veranlassung bezw. durch das Trauma angeregt, seinen Weg, den Lymph- und Blutgefässen entlang, in den grossen Blutkreislauf, und damit zu verschiedenen Körpertheilen. speziell auch zum Gehirn. Auf welche von diesen beiden Weisen der sekundäre Infektionsvorgang und Verbreitungsmodus erfolgt war, liess sich schwer und kaum mit absoluter Sicherheit bestimmen. Einerseits konnte die Möglichkeit, dass die tuberkulöse Gehirnentzündung spontan und unabhängig vom erlittenen Trauma bei dem hochgradig prädisponirten Kinde zum Ausbruche gekommen war, nicht in Abrede gestellt werden; denn es giebt keinen charakteristischen Unterschied zwischen einer spontan sich entwickelnden und durch ein Trauma hervorgerufenen tuberkulösen Gehirnhautentzündung. Andererseits bestand aber im vorliegenden Falle nicht nur die Möglichkeit, sondern sogar die Wahrscheinlichkeit, dass durch das Trauma, welches wahrscheinlich nicht nur eine lokale Gehirnerschütterung, sondern auch eine theilweise Erschütterung des ganzen Körpers, wenigstens des Oberkörpers, nach sich gezogen hatte, das Gefängniss, in welchem die Tuberkelkeime, hinreichend vorbereitet zum Durchbruche, eingesperrt lagen, gesprengt wurde, so dass auf diese Weise die Tuberkelbazillen freien Lauf bekamen und sich durch die, im Bereiche oder in nächster Nachbarschaft des zerfallenen Drüsengebietes liegenden Lymph- oder Blutgefässe im ganzen Körper verbreitet bezw. hauptsächlich auch im Gehirn ansiedeln und weiter entwickeln konnten. Für diese Wahrscheinlichkeit des kausalen Zusammenhanges zwischen Trauma und Krankheit bezw. Auslösung der Krankheit durch das Trauma sprachen hauptsächlich folgende Thatsachen und Gründe:

1. Das Kind war nach der glaubwürdigen Aussage der Eltern vor der erlittenen Verletzung bezw. vor der unmittelbar darnach eingetretenen Erkrankung vollkommen gesund und bot weder in subjektiver noch objektiver Weise krankhafte Erscheinungen.

2. Von dem Momente des erlittenen, jedenfalls ziemlich kräftig geführten Schlages an klagte das Kind über krankhafte Erscheinungen: Kopfschmerz, Schwindel, Mattigkeit, wozu sich am dritten Tage mehrmaliges Erbrechen und Schlafstörung gesellte. Von dieser Zeit an reihten sich also in steter Kontinuität verschiedene Krankheitssymptome an, welche sich immer mehr und mehr steigerten und schliesslich in nicht ganz 4 Wochen den Tod des Kindes herbeiführten.

3. Nach experimentellen Untersuchungen einzelner Forscher (insbesondere von Koch und Baumgarten) bedürfen die Tuberkelknötchen, wie sie im Gehirn und anderen Organen des betr. Kindes angetroffen wurden, ungefähr eine Zeit von 10—12 Tagen zur Entwicklung. Nun zeigten sich am zehnten Krankheitstage (14. März) die ersten schweren Krankheits- bezw. Gehirnerscheinungen, wonach das Auftreten dieser ersten Krankheitserscheinungen mit der ersten Entwicklung der Tuberkelknötchen im Gehirne zusammenhängen und übereinstimmen kann.

4. Sind beinahe vollkommen ähnliche Fälle von traumatischer Hirntuberkulose, wenn auch nicht zahlreiche, von Aerzten sicher beobachtet und in der Literatur sammt Krankengeschichte und Obduktionsbefund beschrieben worden.

Gestützt auf die vorstehenden Erörterungen lautete das vom Staatsanwalt eingeforderte Gutachten dahin, dass

1) kein zwingender Beweis für den kausalen Zusammenhang zwischen dem dem Kinde versetzten Schlage und dem Ausbruche der Krankheit bezw. dem Tode des Kindes zu erbringen sei, dass jedoch

2) ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Krankheit des Kindes, d. h. die tuberkulöse Gehirnhautentzündung durch das Trauma ausgelöst oder veranlasst worden und in Folge dessen ebenso wahrscheinlich der Tod des Kindes früher erfolgt sei, als er ohne den Schlag erfolgt wäre.

In dem hierauf vom Staatsanwalt eingeholten Obergutachten des Medizinalkomitees der Münchener med. Fakultät sprach sich dieses dahin aus, dass ein Zusammenhang zwischen dem Schlage und dem eingetretenen Tode möglich sei, ein direkter Beweis dafür jedoch nicht erbracht werden könne.

Wie in dem bezirksärztlichen Gutachten richtig ausgeführt wurde, entstehe die tuberkulöse Entzündung der weichen Hirnhäute fast regelmässig auf dem Wege der Autoinfektion, indem von einem älteren, tuberkulösen, käsig erweichten Herde eines entfernt liegenden Organes (Lunge, Lymphdrüsen der

Brust- oder Bauchhöhle) aus Infektionserreger in die Blutbahn gelangen und auf metastatischem Wege in die Hirnhärte verschleppt werden, um dort eine tödtliche akute Entzündung zu erzeugen, die meist im Verlaufe von 2—4 Wochen tödtlich endigt. In der Regel erfolge dieser Einbruch in die Blutbahn und die Verschleppung des tuberkulösen Giftes spontan, d. h. ohne nachweisbare Gelegenheitsursache. Durch zuverlässige Beobachtungen sei jedoch festgestellt, dass Kontusionen und traumatische Einflüsse verschiedener Art im Stande seien, als Gelegenheits- oder Hilfsursache die Entwicklung eines tuberkulösen Prozesses in vorher ganz gesunden Organen hervorzurufen, wie dies z. B. für die Entstehung einer Knochen- oder Gelenktuberkulose unzweifelhaft feststehe. Dass traumatische Einflüsse auch bei Entstehung der medastatischen, tuberkulösen Hirnhautentzündung in Betracht kommen können, sei ebenfalls festgestellt. Selbstverständlich könne im vorliegenden Falle rein zufällig die tödtliche Hirnhautentzündung sich alsbald nach der Einwirkung des Schlages auf den Kopf entwickelt haben; andererseits sei jedoch auffällig, dass kurze Zeit nach erlittenem Trauma die ersten Symptome der schweren und tödtlichen Erkrankung sich bemerkbar gemacht hätten. Mit Rücksicht auf diesen Umstand und die ärztliche Erfahrung, dass die Entstehung der tuberkulösen Prozesse durch traumatische Einflüsse, die als Gelegenheitsursache wirken, öfters begünstigt werde, sei die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Trauma und Tuberkulose im Allgemeinen zugegeben, jedoch könne ein direkter Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Schlag und Tod der S. nicht erbracht werden.

Da das Obergutchten einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Schlag und dem am 30. März erfolgten Tode des Kindes S. nur als möglich, aber nicht sicher nachweisbar bezeichnet hatte, wurde die Handlung als ein Vergehen der leichten Körperverletzung nach §§. 223 u. 282 Str.-G.-B. bezeichnet und an das Schöffengericht verwiesen. Urtheil: 7 Tage Gefängniss.

Autoreferat.

Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Kranken. Von Prof. Dr. Thomsen-Bonn. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 55. Bd., 6. H.

Das Ergebniss des eingehenden Vortrages und der sich an ihn anschliessenden Debatte ist recht dürftig: 1) eine exakte Hydrotherapie der Psychosen giebt es nicht; 2) von allen eingreifenden Prozeduren ist abzusehen; 3) bei mit Erregung einhergehenden Psychosen sind prolongirte warme Bäder mit Abkühlung des Kopfes geeignet, Beruhigung und Schlaf zu erzielen; 4) bei Apathischen und Stuporösen empfiehlt sich die Anwendung kalter Abreibungen und warmer Bäder mit kalter Uebergiessung. In der Debatte über den Th.'schen Vortrag wurde von Jolly mitgetheilt, dass feuchte Einpackungen bei Deliranten im Akmestadium sehr bedenklich, dagegen beim Abklingen des Deliriums zu empfehlen seien. Eine eingehende Erörterung der Bedeutung der Bäderbehandlung bei Erregungszuständen wurde für später in Aussicht genommen.

Dr. Pollitz-Brieg.

Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewusstseinsstörungen. Nach einem im Verein der deutschen Irrenärzte zu Bonn am 16. September 1898 gehaltenen Vortrage von Dr. Ernst Schultze-Bonn. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 55. Bd., VI. H., 1899.

S. schildert drei höchst interessante Fälle, die er mit Charcot als automatisme ambulatoire bezeichnet. Es handelt sich um Kranke, die in einem gestörten bezw. veränderten Bewusstseinszustand ganz plötzlich Stellung und Familie verlassen und auf's Gradewohl oft ganz gewaltige Reisen unternehmen. Im ersten der S.'schen Fälle handelt es sich um einen Einjährig-Freiwilligen, der eines Tages ohne jeden Grund seine Truppe verliess, nach England und von dort nach Amerika ging. Eine ähnliche unmotivirte Reise hatte der Kranke bereits früher unternommen. In den Antezedentien des hereditär stark belasteten Patienten waren Erscheinungen von Epilepsie mit grosser Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. S. weist auch für die beiden weiteren, eingehend mitgetheilten Fälle überzeugend die epileptische Grundlage der eigenthümlichen Störung nach. Charakteristisch ist diesen Reisen der Mangel jeglichen Ziels und vernünftigen Zweckes; der Kranke schädigt sich in seiner Stellung und

sozialen Lage ohne jedoch dem Reisetriebe widerstehen zu können. Man hat den Zustand daher auch als déterminisme ambulatoire bezeichnet, zumal weder ein völliger Defekt der Erinnerung noch, während der Reise, eine stärkere Störung des Bewusstseins nachweisbar ist. Symptomatisch kommt der Wandertrieb, wie auch von einigen Rednern in der Debatte über den S.'schen Vortrag betont wurde, sehr verschiedenen Geistesstörungen zu, besonders häufig dem jugendlichen Schwachsinn mässigen Grades (Ganser) und der Hysterie. Bemerkenswerth ist ferner, dass diese „aliénés voyageurs" auf Grund ihrer erblichen Beanlagung sehr intolerant gegen Alkoholika sind, während ihrer Reisen dagegen schadlos grosse Mengen Alkohol zu sich nehmen können.

S. hebt, unter Hinweis auf Kräpelin's entsprechende Auffassung, die nahen Beziehungen dieser Zustände mit denen der Dipsomanen hervor, deren periodische Anfälle ebenfalls der Epilepsie zugehören. Auch gewisse Charaktereigenthümlichkeiten haben S.' Kranke mit den Epileptischen gemeinsam: der eine von ihnen ist überaus ehrgeizig und hochmüthig, der zweite leicht erregbar und zornig, der dritte eingebildet, sehr empfindlich, dabei ohne Ausdauer bei seinen verschiedenen Unternehmungen; bei einem traten bereits bei Beginn des Anfalls depressive Ideen mit Suicidalneigung auf. Alle diese Momente wären bei einer forensischen Beurtheilung derartiger Fälle eingehend zu berücksichtigen; nichts desto weniger wird die Begutachtung, wie S. andeutet, unter Umständen mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Ders.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Tod durch Herzschlag. Betriebsunfall. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 28. Oktober 1898; Nr. 5571.

Das R.-V.-A. ist der ausführlichen Begründung des schiedsgerichtlichen Urtheils unbedenklich beigetreten. Nach den dort ihrem wesentlichen Inhalte nach wiedergegebenen Zeugenaussagen in Verbindung mit den ärztlichen Gutachten, die das Schiedsgericht den Parteien in Abschrift mitgetheilt hat, rechtfertigt sich die Annahme, dass der Erblasser der Kläger schon vor dem in Frage stehenden Vorgang herzleidend war, dass er am 8. April 1897 durch den grässlichen Tod seines Mitarbeiters K. und durch die Befürchtung, es könne ihm ein Verschulden zur Last gelegt werden, in eine hochgradige seelische Erregung versetzt wurde, dass diese Erregung eine plötzliche Verschlimmerung seines Herzleidens verursacht hat, und dass diese Verschlimmerung neben der wiederholten Erregung, der er am folgenden Tage bei Besichtigung der Unfallstelle und bei der amtlichen Unfalluntersuchung ausgesetzt war, eine wesentlich mitwirkende Ursache für die an diesem Tage eingetretene Herzlähmung gewesen ist. Bei diesem Sachverhalt kann unerörtert bleiben, ob die wiederholte Aufregung am zweiten Tage in ihrer Einwirkung auf den Zustand des L. als Unfall beim Betriebe anzusehen ist, auch bedarf es keines Zusammenfassens der Vorgänge der beiden Tage; vielmehr reicht der Vorgang vom ersten Tage und seine schädigende Einwirkung auf den Zustand des L. für den Begriff des Betriebsunfalls aus, und da diese Einwirkung eine wesentlich mitwirkende Ursache für den am folgenden Tage eingetretenen Tod war, so muss dieser als mittelbare Folge des Unfalls angesehen werden. Diese Annahme ist um so unbedenklicher, als im Gegensatz zu der Ansicht der Beklagten auch die Vorgänge am zweiten Tage, die den Herzschlag auslösten, namentlich die Unfalluntersuchung und das dadurch bedingte Betreten der Unfallstelle, soweit die Betheiligung des L. in Betracht kommt, als Betriebsvorgänge gelten müssen, da seine Betheiligung lediglich durch seine Beschäftigung im Betriebe bedingt war.

Erwerbsverminderung bei Bruch des Schlüsselbeins. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 29. Oktober 1898; Nr. 6247.

Nach dem vom Kreisphysikus Dr. E. festgestellten Befunde kann der rechte Arm des Klägers in Folge des erlittenen Schlüsselbeinbruches aktiv nur bis zur Horizontalen und passiv nur ein wenig höher erhoben werden. Durch eine derartige Beschränkung der Gebrauchsfähigkeit gerade des rechten Armes, der auch die grössere Schlaffheit der Muskulatur dieses Armes entspricht, ist

der schon in vorgerücktem Alter stehende Kläger nicht nur in seinem bisherigen Beruf als Bergmann, sondern auch bei einer Beschäftigung als gewöhnlicher Tagelöhner nicht unerheblich behindert. Bei Abschätzung der hierdurch herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit sind nunmehr auch die noch bestehenden Folgen des früheren Unfalls vom 17. September 1895 (Rippenbruch) zu berücksichtigen. Denn wenn sie auch zu geringfügig sind, um eine selbstständige Entschädigung zu rechtfertigen, ist doch der Kläger wegen ihres Vorhandenseins den Wirkungen des neuen Unfalls gegenüber in einer ungünstigeren Lage als ein mit derartigen Beschwerden nicht behafteter Arbeiter.

Hiernach ist angenommen worden, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers unter Berücksichtigung seiner besonderen persönlichen Verhältnisse durch die Folgen des Unfalls vom 3. Oktober 1896 noch um 30 Proz. herabgesetzt ist.

Grad der Erwerbsfähigkeit bei Beugestellung des Oberarms zum Unterarm von 120 Grad. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Mai 1898.

Thatsächlich steht durch die Gutachten der Sachverständigen und den Augenschein fest, dass der verletzte linke Arm des L. durch eine Veränderung in der Beugesehne in einer Winkelstellung von 120° steht, so dass er nicht weiter gestreckt werden kann, und dass auch die Druckkraft der linken Hand wesentlich herabgesetzt ist. Diesem Befunde gegenüber erscheint die Bewilligung einer Rente von 60% durch das Schiedsgericht nicht gerechtfertigt. Der Sachverständige Dr. G. hat in seinem Gutachten vom 4. September 1897 die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des L. nur auf 33 1/3%, der Sachverständige Kreisphysikus Dr. S. im Gutachten vom 12. November 1897 nur auf 35% geschätzt. Wenn nun das Reichsversicherungsamt auch mit dem Schiedsgericht der Ansicht ist, dass diese Schätzungen zu niedrig sind, weil L. im Gebrauch seines linken Armes durch die gekrümmte Stellung desselben in der That erheblich beschränkt ist, so ist doch andererseits die Schätzung des Schiedsgerichtes wiederum offenbar zu hoch, da der Zustand [des Armes dem Verluste desselben durchaus nicht gleichzuachten ist, und das Reichsversicherungsamt nur für den Verlust oder die völlige Unbrauchbarkeit des linken Armes eine Rente von 60% zu bewilligen pflegt. Das Urtheil des Schiedsgerichts musste somit aufgehoben werden. Die Rente des L. aber ist nunmehr unter Berücksichtigung der verschiedenen, vom ärztlichen Standpunkt und nach den Erfahrungen des praktischen Lebens massgebenden Gesichtspunkte auf 50% festgestellt worden.

Verlust des Nagelgliedes des linken Zeigefingers bei einem Zimmermann. Grad der Erwerbsunfähigkeit auf 10% der Vollrente geschätzt. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5. Oktober 1898.

Der Zimmergeselle N. erlitt am 5. Mai 1897 eine Quetschung des linken Zeigefingers. Nach dem Gutachten des Kreisphysikus Dr. W. ist der verletzte Finger um 2,5 cm kürzer als der rechte und es fehlt demselben das Nagelglied. Die Endnarbe ist fest und sehr wenig empfindlich. Beim Ballen der linken Hand zur Faust bleibt das freie Ende des Zeigefingers 3 cm von der Hohlhand entfernt. Der Arzt schätzt die durch den Unfall bedingte Erwerbsunfähigkeit auf 5%. Nach diesem Befunde lehnte die Berufsgenossenschaft die Gewährung einer Rente ab, zumal N. vom Beginn der 14. Woche ab fast ununterbrochen zu vollem Lohn gearbeitet habe. Ebenso wies das Schiedsgericht die Ansprüche des Klägers ab, dagegen hob das Reichsversicherungsamt die Vorentscheidung auf und verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Zahlung einer Rente von 10% derjenigen für volle Erwerbsunfähigkeit mit Rücksicht darauf, „dass es sich um den theilweisen Verlust eines Zeigefingers, eines der für viele Arbeitsleistungen wichtigsten Fingers handelt, dass der Kläger gerade bei seinem Berufe als Zimmergeselle durch diesen Verlust in nicht unbeträchtlichem Masse beeinträchtigt wird, und dass er sich bereits in vorgerücktem Lebensalter (von über 52 Jahren) befindet, in welchem es ihm naturgemäss schwer wird, sich den veränderten Verhältnissen anzupassen, als einem jüngeren Manne."

Verlust von zwei Gliedern des Ringfingers der rechten Hand bedingt keine wesentliche Erwerbsbeeinträchtigung. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 28. Oktober 1898; Nr. 6035.

Der Kläger hat durch einen Betriebsunfall vom 11. November 1897 das Endglied und einen Theil des zweiten Gliedes des rechten Ringfingers verloren, das Schiedsgericht hat ihm eine Rente von 10 Proz. der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit gewährt mit der Begründung, dass der durch die Verstümmelung bedingten Beschränkung der Erwerbsfähigkeit eine wirthschaftliche Bedeutung beizumessen sei. Diese Begründung kann nicht als ausreichend anerkannt werden, da es an der Feststellung fehlt, dass die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wenigstens auf 10 Proz. zu schätzen sei, also im wirthschaftlichen Leben als messbarer Schaden zum Ausdruck komme. Nach der Erfahrung muss, wie das R.-V.-A. wiederholt ausgeführt hat, letzteres verneint werden. Bei der Jugend des Klägers ist anzunehmen, dass die Leistungsfähigkeit der verletzten Hand durch entsprechende Anpassung der anderen Finger an den vorhandenen Zustand und durch Angewöhnung bald nach dem Abschluss des Heilverfahrens fast vollkommen wieder hergestellt ist, und der Kläger, dessen Beruf nicht gerade die Mitwirkung aller Finger bei der Arbeit erfordert, auch an seinem Verdienst keine dauernde Einbusse erleiden wird. Die in der Berufungsschrift aufgestellte Behauptung, dass der Kläger noch gelegentlich Schmerzen in der verletzten Hand empfinde, ist mit dem Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. W. vom 3. Februar 1898 nicht wohl vereinbar und auf keinen Fall geeignet, die Beschränkung seiner Erwerbsfähigkeit als eine erheblichere erscheinen zu lassen.

Verlust zweier Glieder der rechten Mittelzehe, mangelhafte Beweglichkeit der Gelenke der grossen und der kleinen Zehe. Keine dauernde Erwerbsunfähigkeit. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5. Oktober 1898.

Der 54 Jahre alte Maurer H. hatte am 28. Mai 1886 eine Quetschung der rechten Fusszehen erlitten und wurde seitdem mit einer Rente von 10% derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit entschädigt. Es fehlten zwei Glieder der rechten Mittelzehe, die grosse Zehe war mangelhaft beweglich und besass ein stark verdicktes Gelenk. Auch sollte der Fuss bei langem Stehen noch anschwellen, wodurch auch die Haut der Zehe noch wund wurde; daher war es sicher, dass H. seine Arbeit öfters unterbrechen musste. 11 Jahre später konstatirte Dr. R., dass eine wesentliche Besserung eingetreten und H. als völlig erwerbsfähig zu erachten sei. Die Verdickung an der rechten grossen Zehe war vollständig beseitigt, ebenso jede Möglichkeit einer Anschwellung bei dauernder Arbeit, da die unter der Fusssohle befindliche harte Haut auf der Unterlage verschieblich war. Auch war aktenmässig erwiesen, dass H. in seinem früheren Berufe seit Jahren seinen vollen Lohn verdiente. Es blieb lediglich der Verlust zweier Glieder der dritten Zehe und mangelhafte Beweglichkeit der Gelenke der grossen und der zweiten Zehe, ein Defekt so geringfügiger Natur, dass er kaum den Träger zum Militärdienst untauglich machen würde. Das vom Schiedsgericht eingeholte Obergutachten des Kreisphys. Dr. Sch. bestätigte den Befund und stimmte auch in der Abschätzung mit demjenigen des Dr. R. überein. Trotzdem gelangte das Schiedsgericht zu einer Verurtheilung der Berufsgenossenschaft, die Rente von 10% weiter zu zahlen, weil „der Fuss nicht mit der vollen Sicherheit, wie sie beim Arbeiten auf schmalen Rüstungen etc. erforderlich sei, aufzutreten vermöge und noch schwerlich im Stande sein werde, die gebräuchliche Pantine zu tragen.“ Auf eingelegten Rekurs hob das Reichsversicherungsamt jedoch die Vorentscheidung auf und stellte den Renteneinstellungsbescheid der Genossenschaft wieder her, da die volle Erwerbsfähigkeit des H. auf Grund der wohlbegründeten und in sich schlüssigen Gutachten der DDr. R. und Sch. als erwiesen gelte und es auch auf der Hand liege, dass der Kläger im Verlaufe von 12 Jahren sich an die veränderten Verhältnisse gewöhnt habe, so dass das Fehlen von zwei Gliedern der dritten Zehe und die mangelhafte Beweglichkeit der Gelenke der grossen und der zweiten Zehe für die Erwerbsfähigkeit ohne Einfluss seien. Auch die derzeitigen Erwerbsver-

hältnisse des H., der schon seit längerer Zeit denselben Lohn bezieht, wie sein Arbeitsgenosse, sprechen nicht für eine Beeinträchtigung seiner Erwerbsfähigkeit.

Grad der Erwerbsunfähigkeit bei Verlust eines Auges und gleichzeitigem Bindehautkatarrh auf dem anderen. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 6. Oktober 1898; Nr. 5221.

Das R.-V.-A. hat auf Grund der vorliegenden Gutachten des Professors Dr. B. in Halle angenommen, dass der Kläger im Januar dieses Jahres in Folge des Verlustes des rechten Auges noch um 40 Proz. in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt war, da nach dem Gutachten vom 10. Januar 1898 noch gewisse leichte Reizungserscheinungen vorhanden waren, nach dem Gutachten vom 28. Februar 1898 aber Bindehautkatarrh auf beiden Seiten bestand, auch die Sehschärfe des linken Auges nicht ganz normal war. Wenn auch im Allgemeinen für einen Bergmann bei dem Verluste eines Auges eine Rente von 30 Proz. nach den massgebenden Grundsätzen ausreichend erscheint, so hat doch der Kläger, so lange die Reizungserscheinungen und der Bindehautkatarrh noch fortbestehen, Anspruch auf eine höhere Rente.

Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des §. 6 des Krankenversicherungsgesetzes. Urtheil des Badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 26. April 1898.

Erwerbsunfähigkeit ist der Gegensatz von Erwerbsfähigkeit und als solcher kein positiver Begriff. Unter Erwerbsfähigkeit als dem positiven Grundbegriff versteht die soziale Gesetzgebung im Allgemeinen die persönliche Fähigkeit, durch Arbeit einen Erwerb zu machen, der die Nothwendigkeit sozialer Fürsorge ausschliesst. Wie nun diese persönliche Erwerbsfähigkeit aus natürlichen und dauernden oder zufälligen und vorübergehenden Gründen grösser oder geringer sein kann, so kann auch ihr Gegensatz, die Erwerbsunfähigkeit, sowohl dem Masse wie der Dauer nach verschieden sein, und soweit sie im Bereiche der sozialen Gesetzgebung als Fürsorgegrund in Betracht kommt, je nach der Zweckverschiedenheit der einzelnen sozialen Gesetze eine verschiedene Bedeutung haben. Da nun für die Krankenversicherung lediglich die durch Krankheit herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit als Fürsorgegrund in Betracht kommt (§. 5 K.-V.-G.), so lässt sich der Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des K.-V.-G. nach der zutreffenden Definition Rosin's (Recht der Arbeiterversicherung S. 335) dahin bestimmen: Erwerbsunfähigkeit ist die durch Krankheit herbeigeführte Unfähigkeit, durch solche Arbeiten, welche nach Lage des Falles dem Betreffenden billig zugemuthet werden können, einen im Sinne des Gesetzes beachtenswerthen Erwerb zu machen.

Im vorliegenden Falle hat der behandelnde Arzt bestätigt, dass durch die Heilbehandlung und Bettruhe die Krankheit des Klägers sich allmählich gebessert hatte, und namentlich die Schmerzhaftigkeit und Absonderung des Geschwürs auf ein Minimum reduzirt war, als er am 10. Juni die Arbeit wieder aufnahm. „Von wirklicher Heilung," so berichtet der Arzt weiter, war indessen nie die Rede; sobald die wahrscheinliche Ursache des Leidens — die stehende Beschäftigung — wieder wirken konnte, trat Verschlimmerung ein. Auf Wunsch des Kranken behandelte ich ihn bis zu seiner Ueberführung in's Spital (Anfangs Dezember) ununterbrochen ambulant und konnte dadurch die Affektion wenigstens in Schranken halten. Eine Behandlung überhaupt, d. i. Anwendung von Arznei- und Verbandmitteln war fortdauernd nothwendig, da sonst dem Kranken die Ausübung seiner Arbeit gänzlich unmöglich gewesen wäre."

Die aus diesem Zeugniss gewonnene Folgerung, dass der Kläger auch nach Wiederaufnahme der Arbeit noch fortdauernd erwerbsunfähig gewesen sei, kann nach Lage des Falles nicht als zutreffend erkannt werden. Allerdings war er hiernach auch nachher noch ununterbrochen krank und der ärztlichen Behandlung bedürftig; diese wurde ihm auch von der Krankenkasse nach ihrer Verpflegung kostenfrei gewährt. Es mag ferner auch richtig sein, dass seine Arbeitsfähigkeit durch die Fortdauer der Krankheit mehr oder weniger beeinträchtigt war, und seine Arbeitsleistungen nicht mehr den Werth hatten, wie jene eines vollwerthigen Arbeiters; allein seine Erwerbsfähigkeit war dadurch nicht aufgehoben: denn er war immerhin noch fähig, durch

persönliche Arbeit einen Erwerb zu machen, der seinem früheren Arbeitsverdienst völlig gleich stand. Für die Annahme, dass es sich nur um einen Arbeitsversuch gehandelt habe, fehlt jeder Anhaltspunkt; die lange Dauer der wiederaufgenommenen Beschäftigung und die Thatsache, dass der Kläger aus eigener Entschliessung die Arbeit wieder aufgenommen und dabei monatelang beharrt hat, sprechen geradezu dagegen. Auch seitens der Kassenverwaltung wurde seine Erwerbsfähigkeit nicht beanstandet, da sie, trotz der ihr bekannten Nothwendigkeit fortdauernder ärztlicher Behandlung, die Versicherungsbeiträge vom Kläger forterhoben hat, was im Falle der Erwerbsunfähigkeit gemäss §. 54a des Gesetzes und §. 14 Abs. 2 des Kassenstatuts unzulässig gewesen wäre.

Dass die Wiederaufnahme der Arbeit am 10. Juni neuerdings wieder eine allgemeine Verschlimmerung der Krankheit zur Folge hatte, und dass der Kläger im Interesse seiner Gesundheit wohl besser daran gethan hätte, die für ihn schädliche Beschäftigung in der Färberei ganz aufzugeben, ist für die Frage der Erwerbsunfähigkeit bedeutungslos.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Weitere Untersuchungen zur Frage über Vorkommen von Tuberkelbazillen in der Marktbutter. Von Dr. Lydia Rabinowitsch. Deutsche mediz. Wochenschr.; 1899, Nr. 1.

Die Verfasserin veröffentlichte in Nr. 32, Jahrg. 1897 der oben genannten Wochenschrift das Ergebniss ihrer ersten Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbazillen in der Marktbutter, wonach in 80 geprüften Butterproben nicht ein einziges Mal Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, dagegen in 28,7 % tuberkelbazillenähnliche Bakterien gefunden wurden. Der Umstand, dass dieses Untersuchungsresultat erheblich abwich von anderen Untersuchungsergebnissen — Obermüller fand sämmtliche von ihm untersuchte 14 Butterproben, also 100 %, als mit virulenten Tuberkelbazillen infizirt, wobei noch erwähnt werden muss, dass die sämmtlichen Butterproben derselben Quelle entstammten, Hormann und Morgenroth von 10 Butterproben aus drei verschiedenen Bezugsquellen 50 % mit Tuberkelbazillen infizirt, Petri endlich konstatirte unter 102 Butterproben verschiedenster Herkunft 32,3 % als tuberkelbazillenhaltig, in 52,9 % fand er tuberkelbazillenähnliche Bakterien, welche leicht das Bild der echten Tuberkulose vortäuschen können — veranlasste die Verfasserin im Mai v. J. im Institut für Infektionskrankheiten die Butteruntersuchungen auf Tuberkelbazillen von Neuem aufzunehmen.

Die ersten 15 Butterproben, die zur Untersuchung gelangten, wurden aus 14 verschiedenen Geschäften Berlins bezogen, so dass 2 Proben derselben Quelle entstammten. Diese beiden Proben waren die einzigen, welche, wie die Thierversuche ergaben, lebende virulente Tuberkelbazillen enthielten. Unter den anderen 13 Proben wurden in einer gewissen Anzahl die pseudotuberkulösen Veränderungen beobachtet, eine Mischinfektion mit echter Tuberkulose war nach dem histologischen Bilde und dem Kontrolverfahren völlig ausgeschlossen.

Aus derselben Handlung, aus welcher die beiden einzigen tuberkelbazillenhaltigen Butterproben stammten, wurden nun sämmtliche Proben dieser einen Quelle, die täglich in den verschiedenen Preislagen zum Verkauf gelangen, einer eingehenden zweiten Untersuchung unterworfen und in 70 % echte Tuberkelbazillen nachgewiesen.

Dieses überraschende Resultat gab Veranlassung, zum dritten Mal sämmtliche Proben der bewussten Handlung zu untersuchen, gleichzeitig zur Kontrole mit sämmtlichen, zu verschiedenen Preisen käuflichen Proben eines zweiten grossen Berliner Buttergeschäfts. Das Ergebniss der dritten Untersuchung gestaltete sich noch ungünstiger, indem nunmehr in sämmtlichen Proben der ersterwähnten Handlung Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten = 100 %, während keine einzige Probe der zweiten Butterhandlung lebende Tuberkelbazillen enthielt.

Diese Untersuchungen der Berichterstatterin haben also ergeben, dass eine bedeutende Berliner Butterhandlung fast ausschliesslich tuberkelbazillenhaltige Butter in den Handel bringt; die Verfasserin nimmt

daher an, dass die sehr von einander abweichenden Resultate der Berliner Autoren in der obigen Frage nur so zu erklären sind, dass diese Autoren in mehr oder minder grosser Anzahl ihre tuberkelbazillenhaltigen Butterproben aus demselben Geschäft, wie zu den geschilderten Untersuchungen bezogen haben. Jedenfalls ergeben die angestellten Untersuchungen die Seltenheit des Vorkommens von Tuberkelbazillen in der Marktbutter.

Dr. Dütschke-Aurich.

Weitere Mittheilungen über Tuberkelbazillenbefunde in der Marktbutter. Von Dr. Kuno Obermüller in Berlin. Hygienische Rundschau; 1899, Nr. 2.

Obermüller hat schon früher[1]) in Bezug auf das Vorkommen Versuche angestellt, deren Ergebnisse von Rabinowitsch[1]) und Petri[2]) bemängelt sind. Er hat deshalb nochmals Versuche angestellt, und zu diesem Zwecke die Versuchsbutter von ihrem Fettgehalt durch Schmelzen und Zentrifugiren befreit, um die durch Injektion grosser Fettmassen entstehende Fehlerquelle auszuschalten und dann die milchig aussehende fettfreie Flüssigkeit den Versuchsthieren intraperitoneal unter allen Kautelen zu injiziren. Die benutzten Butterproben (10 bei 40 Versuchsthieren) waren ein und derselben Quelle wie die Butter bei den ersten Versuchen entnommen, aber an verschiedenen Verkehrsplätzen der Stadt in kleineren Zeitabschnitten abgeholt. Bei vier von diesen Proben gelang es dem Verfasser, den positiven Nachweis von dem Vorhandensein echter Tuberkelbazillen dadurch zu erbringen, dass er aus den stark veränderten Organen der infizirten Thiere, die mikroskopisch wie makroskopisch das Bild echter Tuberkulose zeigten, Reinkulturen dieser Parasiten züchten konnte. Ferner ergab bei vier anderen Butterproben der mikroskopische wie makroskopische Befund ebenfalls Tuberkulose, die Züchtungsversuche fielen allerdings bei diesen negativ aus. Dagegen boten die mit den erhaltenen Reinkulturen geimpften Meerschweinchen sämmtlich das Bild der ausgeprägten Tuberkulose der Bauchorgane in mikroskopischer, makroskopischer und histologischer Hinsicht dar. Die untersuchte Butter war somit während der Untersuchungsperiode in fast allen Fällen mit Tuberkelbazillen infizirt. Obermüller schliesst daraus, dass das Vorkommen der Tuberkelbazillen in der Butter wahrscheinlich in den meisten Städten nicht zu den Seltenheiten gehöre, dass deshalb aber nicht angenommen werden könne, die Butter bilde den Hauptweg der Infektion. Jedenfalls sei aber zur Abwendung der Gefahr eine staatliche Kontrole des Milchviehs betreffs des Vorkommens von Tuberkulose durch strenge Beobachtungen, insbesondere Tuberkulinimpfungen erforderlich. Die Verwendung tuberkulöser Thiere zur Milchproduktion müsse auf's Entschiedenste bekämpft und auf rationelle Fütterung und bessere Thierhaltung ein scharfes Augenmerk gerichtet werden.

Rpd.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt. Beiheft zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts. XV. Bd., 1. Heft. Mit 4 Tafeln. Berlin 1898. Verlag von J. Springer. 134 S. Preis: 9 Mark.

1. **Ueber Vanille.** Von Dr. Walter Busse, Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt. (Hierzu Tafel I und II.)

In der sehr ausführlichen, 113 Seiten umfassenden Monographie giebt B. zunächst einen Ueberblick über die geschichtlichen Aufzeichnungen betr. das Vorkommen und die Verwendung der Vanillen des Handels, um sodann eingehend die Botanik dieses Gewürzes, die Entwicklung und Ausdehnung seiner Kultur, die Methoden der Erntebereitung mit ihren vielen Einzelheiten, die verschiedenen Handelssorten und endlich die Anatomie und Chemie der Frucht zu schildern. Am Schlusse streift B. mit einigen Worten die angebliche Giftigkeit der Vanille und sucht die Ursachen der Vergiftung, hervorgerufen durch den Genuss vanillehaltiger Speisen, namentlich von Vanille-Eis in Zersetzungsvorgängen, welche die Hauptbestandtheile der betr. Speisen, nämlich Eier und Rahm bezw. Milch, vor oder bei ihrer Verwendung erlitten haben. Was die als „Vanillisme" bekannte Gewerbekrankheit betrifft, welche die mit der Aus-

[1]) S. Nr. 16 der Zeitschrift; Jahrg. 1897, S. 627.
[2]) S. Nr. 14 der Zeitschrift; Jahrg. 1897, S. 442.

lese, Reinigung und Wiederverpackung der Vanille beschäftigten Arbeiter ausgesetzt sind, so sind ihre Ursachen noch nicht genau bekannt. Laget führt die Störungen des Nervensystems, welche hierbei auftreten, auf die aufregende Wirkung des Vanille-Aromas zurück, während als muthmasslicher Urheber der beobachteten Hautentzündungen eine Cardolverunreinigung der Vanille angesehen wird.

2. **Untersuchungen über das von der Société chimique des usines du Rhône für Haare und Borsten empfohlenen Desinfektionsverfahren mit Formaldehyd im luftverdünnten Raume.** Von Prof. Dr. Dunbar, Direktor des hygienischen Instituts in Hamburg und Stabsarzt Dr. P. Musehold, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Das betreffende Verfahren besteht darin, dass die zu desinfizirenden Gegenstände in losem Zustande unter gewöhnlichem Drucke — in Ballen unter vermindertem Drucke mit reinen und trocknen Formaldehyddämpfen in Kontakt gebracht werden. Diese Dämpfe werden nach dem Trillat'schen Verfahren durch Erhitzen von Formalchloral in einem Autoklaven unter Druck erzeugt. D. und M. prüften dieses Verfahren nach und fassen das Gesammtergebniss ihrer Versuche in folgenden Sätzen zusammen:

1) Das Verfahren versagt trotz 11stündiger Dauer und trotz Entwicklung des Formaldehyds in einem Mengenverhältniss von 35 gr auf 1 cbm Raum gänzlich bei Rosshaarpacketen von nur 20 cm Dickendurchmesser gegenüber Milzbrandsporen von sechs und drei Minuten Widerstandsfähigkeit, ist also zur Desinfektion von Original-Rosshaarballen und von Rosshaaren, welche in irgend grösseren Mengen aufeiander geschichtet sind, nicht brauchbar.

2) Besser wirksam erwies sich das Verfahren bei einzeln liegenden Packeten chinesischer Borsten in Originalpapierumhüllung — und bei Borstenbündeln von 10 cm Dickendurchmesser, wenn diese Gegenstände nicht im oberen Theil des Desinfektionsraumes untergebracht waren — ein Zeichen, dass der Formaldehyd in Desinfektionsräumen sich ungleich vertheilt. Hieraus, sowie aus dem Versagen des Verfahrens bei den Rosshaarpacketen ist zu folgern, dass das Verfahren für die Desinfektion von Borsten in grösseren Mengen ebenfalls nicht ausreichen würde.

3) Die Mängel des Verfahrens beruhen nicht auf einer unzureichenden desinfizirenden Wirksamkeit des Formaldehyds an sich, sondern vielmehr darauf, dass auch durch die Anordnung des Vakuums das Eindringungsvermögen des Formaldehyds nicht in einem, für den besonderen Zweck ausreichenden Grade gesteigert wird, und dass der in den Desinfektionsraum zuströmende Formaldehyd sich ungleichmässig vertheilt, nämlich in der Hauptsache sich in dem unteren Theile des Desinfektionsraumes sammelt.

3. **Ein Beitrag zur Morphologie und Entwickelungsgeschichte der Bakterien nach Studien an drei Körnerbazillen.** Von Dr. A. Mühlschlegel, kgl. württ. Stabsarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Die in dem Inhalt der verschiedensten Bakterien entdeckten körnigen Differenzirungen haben noch keine einheitliche biologische Deutung gefunden: ein Theil der Forscher sieht sie als Vorstufen der Sporen an, ein anderer als die Sporen selbst, ein dritter als Aequivalenten des Kerns, ein vierter als Kunstprodukte, andere als Pigmentkörner und wieder andere als Degenerationserscheinungen oder Plasmolyse. Nach Allem scheint ihre physiologische Rolle in den verschiedenen Fällen eine sehr verschiedene zu sein, sie bilden keinen konstanten Befund, sind nicht während der ganzen Lebensdauer der Bakterien vorhanden und stehen endlich in gewisser Abhängigkeit vom Nährboden. M. hatte Gelegenheit, die körnigen Differenzirungen an drei, aus Getreide stammenden Bazillen zu studiren, welche sich durch starke Körnung und Bildung grosser Sporen auszeichnen: Bac. granulosus immobilis α, β und Bac. gran. mobilis, und fasst das Gesammtergebniss seiner Untersuchungen in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1) Die beobachteten Kügelchen sind nicht als Degenerationserscheinungen zu deuten; sie sind für die Bazillen charakteristische, für die nahe Verwandtschaft derselben sprechende Merkmale.

2) Die Kügelchen unterscheiden sich wesentlich von den bei gewissen pathogenen Bakterien gefundenen Körnchen.

3) Die Körnchen zeigen sporenähnliche Charakter, sie kommen in grösserer Anzahl und in verschiedener Grösse in den drei Bazillen vor, sind in jungen

Bazillen festliegend, in älteren dagegen häufig frei und in lebhafter Bewegung; sie verleihen den Bazillen ein wabenähnliches Aussehen.

4) Ihre Bildung geht unabhängig von der Sporenbildung vor sich; sie selbst sind zur Sporenbildung nicht unbedingt erforderlich; mit beginnender Sporenbildung aber verschwinden die im Bildungsbereich der Sporen gelegenen Körner; es ist anzunehmen, dass sie zum Aufbau der Sporen Verwendung finden.

5) Mit den Sporen werden auch die übrig gebliebenen Kügelchen frei und erhalten ihre Gestalt noch längere Zeit. Auskeimen der Kügelchen findet nicht statt.

4. **Die in elektrischen Akkumulatorenfabriken beobachteten Gesundheitsschädigungen und die zur Verhütung derselben erforderlichen Massnahmen.** Nach einem unter dem 21. Dezember 1896 abgegebenen Gutachten. Berichterstatter Regierungsrath Dr. Wutzdorf.

W. schildert in Anlehnung an die verschiedenen Phasen der fabrikmässigen Herstellung der Akkumulatoren: das Giessen und Zurichten der Platten, die Vorbereitung des zum Einbringen in die Platten bestimmten Materials, das Trocknen und Zusammensetzen der gefüllten Platte und das Formiren (Laden) der Platten — die Gesundheitsschädigungen, welchen die Arbeiter hierbei ausgesetzt sind, wobei ganz auffällig die durch Einverleibung von Blei verursachten Störungen in Erscheinung treten. In zweiter Linie führt die der Luft des Laderaumes beigemischte Schwefelsäure zu Belästigungen der Athmung und insbesondere zur allmählichen Zerstörung der Schneidezähne. Die zur Abwehr dieser Gewerbekrankheiten von W. als erforderlich erachteten Schutzmassregeln haben für das Deutsche Reich laut Bekanntmachung vom 11. Mai 1898 (R.-G.-Bl. S. 176) gesetzliche Kraft erlangt.

5. **Beitrag zur Kenntniss der Mate-Sorten des Handels.** Von Dr. Ed. Polenske und Dr. Walter Busse. (Hierzu Tafel IV.)

Die Untersuchung erstreckt sich auf die Feststellung der botanischen Zugehörigkeit der in den Mateproben (Paraguay-Thee) enthaltenen Pflanzentheile und auf die Bestimmung des Trockenverlustes, der Asche, des Gesammtextraktes, des Gerbstoffes und des Koffeins.

6. **Ueber gerbstoffhaltige Mangroverinden aus Deutsch-Ostafrika.** Von Dr. Walter Busse, Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Da das Deutsche Reich nicht annähernd im Stande ist, den Gerbstoffbedarf der Lederindustrie völlig zu decken, so ist es gezwungen, eine grosse Menge von Gerbmaterialien aus dem Auslande zu beziehen. Die Untersuchungen B. verfolgten nur den Zweck, festzustellen, welche der ostafrikanischen Mangroverinden auf Grund ihres Gerbstoffgehaltes für die Einfuhr nach Deutschland in Frage kommen könnten. Ein endgültiges Urtheil über die Brauchbarkeit der betr. Rinden ist aber nicht gewonnen worden. Dr. Rost-Rudolstadt.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. 1. In der Sitzung vom 9. d. M. fand die erste Berathung des unter dem Namen **lex Heintze** bekannten Gesetzentwurfs mit Aenderungen und Ergänzungen des Strafgesetzbuchs zum Schutz gegen das **Zuhälterwesen** sowie zur **Bekämpfung der Unsittlichkeit** u. s. w. statt. Nach einer lebhaften Debatte, an der sich Vertreter aller politischen Parteien betheiligten, wurde der Gesetzentwurf an eine Kommission von 21 Mitgliedern verwiesen. Hoffentlich gelangt er diesmal zur Verabschiedung und fällt nicht wieder unter den Tisch des Hauses wie in den vorhergehenden Legislaturperioden.

2. In der Sitzung vom 13. d. M. gelangte der Antrag des Abg. Frhr. Heyl v. Herrnsheim, betreffend die **gesundheitliche Beaufsichtigung der Flussläufe** (s. Nr. 24 der Zeitschr., Jahrg. 1898, S. 743) zur Berathung. Nach eingehender Begründung seitens des Antragstellers, in der er auf die sanitären Missstände durch die Verunreinigung des Rheins sowie auf die Entstehung der Cholera in Hamburg durch Verseuchung des Elbwassers hinwies, wurde der Antrag fast einstimmig angenommen.

3. In derselben Sitzung fand auch der Antrag des Abgeordneten Hasse

auf **Errichtung eines tropenhygienischen Instituts** fast allgemeine Zustimmung.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. 1. In der Sitzung vom 11. d. Mts. sprach bei Berathung des Etats für Universitäten Abg. v. Pappenheim mit Rücksicht auf eine kürzlich im „Archiv für Dermatologie und Syphilis“ veröffentlichte Arbeit, seine Entrüstung darüber aus, dass von einem Professor in Breslau an 8 gesunden Kindern **Versuche mit Einspritzungen von Syphilisserum** unter die Haut gemacht seien. Vier davon seien frei geblieben, die übrigen an syphilitischen Erscheinungen erkrankt, die nach Ansicht des Professors allerdings nicht auf das Serum, sondern auf eine andere Infektion zurückzuführen seien. Er habe keine Worte, um seine Entrüstung darüber Ausdruck zu geben; hoffentlich werde die Regierung mit aller Strenge und ohne Rücksicht auf die Person gegen derartige Versuche einschreiten, die der Ehre der deutschen Wissenschaft und Forschung nur zum Schaden gereichten. Minister Dr. Bosse erklärte hierauf, dass er sofort Bericht erfordert und die Frage der Deputation für das wissenschaftliche Medizinalwesen zur Entscheidung vorgelegt habe. Bewahrheite sich die Sache, so werde ohne Rücksicht auf die Person dagegen eingeschritten und nicht geduldet werden, dass Kinder und überhaupt Menschen zum Versuchsmaterial in einer Weise benutzt würden, wodurch Gesundheit und Leben gefährdet werden könne.

2. Von den Abg. Dr. Langerhans und Dr. Barth (Kiel) ist der Antrag gestellt: die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, die zur Einführung der **fakultativen Feuerbestattung** in Preussen erforderlichen gesetzgeberischen Massregeln zu treffen.

3. In der Sitzung vom 13. d. M. wurde eine Anfrage vom Abg. v. Knapp, betreffend **Zulassung der Realgymnasial-Abiturienten zum Studium der Medizin** vom Ministerialdirektor Dr. Althoff dahin beantwortet, dass die Frage zwar zur Zuständigkeit des Reiches gehöre, die preussische Regierung ihr aber sympathisch gegenüber stehe.

Ernennung. Offiziös wird berichtet, dass an Stelle des zum 1. April aus dem Staatsdienste ausscheidenden Unterstaatssekretärs v. Weyrauch Herr Ministerialdirektor D. Dr. v. Bartsch zum Unterstaatssekretär im Kultusministerium und H. Geh. Ober-Reg.-Rath v. Schwartzkopff zum Ministerialdirektor der Abtheilung für geistliche Angelegenheiten ernannt werde. Auch in seiner neuen Stellung wird demnach H. v. Bartsch Direktor der Medizinal-Abtheilung bleiben, ebenso wie die meisten seiner Amtsvorgänger.

Ebenso wie der Aerztekammerausschuss und die Aerztekammern der Provinzen Ostpreussen, Westpreussen, Posen, Schlesien, Schleswig-Holstein und die Rheinprovinz hat sich auch die Aerztekammer der Provinz Sachsen in ihrer Sitzung vom 1. Februar d. J., auf der die **Besprechung der Medizinalreform** auf der Tagesordnung stand, den Vorschlägen des Referenten Kreisphys. Dr. Dietrich-Merseburg gemäss auf den Standpunkt der Leitsätze des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins gestellt. Am Schluss der Berathung gelangte nach eingehender Begründung durch den Referenten noch folgende Resolution zur Annahme:

1. Die Anforderungen, die die öffentliche Gesundheitspflege an die Thätigkeit der Gesundheitsbeamten im Interesse des Allgemeinwohls zu stellen hat, erheischen unbedingt eine Umgestaltung der Medizinalbehörden.

2. Der Entwurf eines Gesetzes betreffend die Dienststellung eines Kreisarztes und die Bildung von Gesundheirskommissionen bietet zwar eine gewisse Grundlage für die Reform der Lokalinstanz, verbürgt jedoch, da er wesentliche Missstände der jetzigen Organisation unberücksichtigt lässt, nicht die Erreichung der Ziele, die in der von der Königlichen Staatsregierung veröffentlichten Denkschrift in Aussicht genommen sind. Im Besonderen ist dringend erwünscht zur gedeihlichen Fortentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens und des ärztlichen Standes, dass ein Arzt an die Spitze der Medizinalabtheilung gestellt wird.

Der **Deutsche Aerztetag** wird am 21. und 22. April d. J. in Dresden stattfinden.

Zu dem bevorstehenden **Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose** als Volkskrankheit sind bereits nahezu 600 Theilnehmer angemeldet. Insbesondere ist das Ausland, bei welchem die deutschen Massnahmen seit Jahren besonderes Interesse und Anerkennung erregen, in ausserordentlicher Weise betheiligt. Die Liste der Vorträge, die gehalten werden sollen, zerfällt in 5 Abtheilungen; die Vorträge selbst sind die folgenden: Abtheilung I. Ausbreitung der Tuberkulose. 1. Allgemeines über die Ausbreitung und Bedeutung der Tuberkulose als Volkskrankheit (Ref. Herr Köhler-Berlin). 2. Beziehungen zwischen den äusseren Lebensverhältnissen und der Ausbreitung der Tuberkulose (Ref. Herr Krieger-Strassburg). 3. Die Ausbreitung der Tuberkulose unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung (Ref. Herr Gebhard-Lübeck). 4. Die Tuberkulose in der Armee (Ref. Herr Schjerning-Berlin). 5. Die Tuberkulose unter den Hausthieren und ihr Verhältniss zur Ausbreitung der Krankheiten unter den Menschen (Ref. Herr Bollinger-München). Abtheilung II. Aetiologie. 1. Der Tuberkelbacillus in seinen Beziehungen zur Tuberkulose (Ref. Herr Flügge-Breslau). 2. Art und Weise der Uebertragung (Ref. Herr C. Fränkel-Halle). 3. Mischinfektion (Referent Herr Pfeifer-Berlin). 4. Erblichkeit, Immunität und Disposition (Referent Herr Löffler-Greifswald). Abtheilung III. Prophylaxe. 1. Allgemeine Massnahmen zur Verhütung der Tuberkulose (Ref. Herr Roth-Potsdam). 2. Die Verhütung der Tuberkulose im Kindesalter (Ref. Herr Heubner-Berlin). 3. Eheschliessung (Ref. Herr Kirchner-Berlin). 4. Wohn- und Arbeitsräume und Verkehr (Ref. Herr Rubner-Berlin). 5. Krankenhäuser (Referent Herr von Leube-Würzburg). 6. Nahrungsmittel (Ref. Herr Virchow-Berlin). Abtheilung IV. Therapie. 1. Heilbarkeit der Lungentuberkulose (Ref. Herr Curschmann-Leipzig). 2. Medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose, einschliesslich der Inhalation (Ref. Herr Kobert-Rostock). 3. Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin und ähnlichen Mitteln (Ref. Herr Brieger-Berlin). 4. Klimatische Therapie, einschliesslich Seereisen, Waldluft etc. etc. (Ref. Sir Hermann Weber-London). 5. Ueber hygienisch-diätetische Behandlung der Lungentuberkulose und Anstaltsbehandlung (Ref. Herr Dettweiler-Falkenstein). Abtheilung V. Heilstättenwesen. 1. Entwickelung der Heilstättenbestrebungen (Ref. Herr v. Leyden-Berlin). 2. Finanzielle und rechtliche Träger der Heilstättenunternehmungen. 3. Mitwirkung der Krankenkassen und Krankenkassenärzte bei der Heilstättenfürsorge. 4. Bauliche Herstellung von Heilstätten (Ref. Herr Schmieden-Berlin). 5. Einrichtung und Betrieb von Heilstätten und Heilerfolge (Ref. Herr Werner-Berlin). 6. Fürsorge für die Familien der Kranken und die aus Heilstätten Entlassenen (Ref. Herr Pannwitz-Berlin).

Die einzelnen Abtheilungen der in München vom 18. bis 23. September stattfindenden **Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte** haben jetzt ihre Einladungen erlassen und bitten, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Ende April bei den betreffenden Abtheilungs-Vorständen anzumelden; für die Abtheilung für Hygiene und Bakteriologie bilden Prof. Dr. Hans Buchner (Einführender) und Privatdozent Dr. Martin Hahn (Schriftführer) den Vorstand. (Adresse: Hygienisches Institut der Universität, Findlingstrasse 34.) Es liegt in der Absicht der Geschäftsführung, dem in den letzten Versammlungen hervorgetretenen Wunsche auf Beschränkung der Zahl der Abtheilungen dadurch gerecht zu werden, dass sie versuchen wird, thunlichst einzelne Abtheilungen zu gemeinsamen Sitzungen zu vereinigen. Gemäss einer in der letzten Vorstandssitzung der Gesellschaft getroffenen Verabredung soll ausserdem Mittwoch, der 20. September, für gemeinsame Sitzungen jeder der beiden Hauptgruppen freigehalten werden.

Die diesjährige **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** wird vom 13. bis 16. September in

Nürnberg stattfinden, und sind zunächst folgende Verhandlungsgegenstände in Aussicht genommen:

1. Die hygienische Beurtheilung der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung.
2. Gesundheitliche Beurtheilung des durch Thalsperren gewonnenen Wassers.
3. Bedeutung und Aufgaben des Schularztes.
4. Massregeln gegen die Rauchbelästigung in den Städten.
5. Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln.

Ausstellung für Krankenpflege. Vom 20. Mai bis 18. Juni d. J. wird in Berlin eine Ausstellung für Krankenpflege stattfinden, welche einen ausgesprochenen wissenschaftlichen Charakter tragen wird und das gesammte „Instrumentarium der modernen Medizin", soweit es die Krankenpflege betrifft, zur Vorführung bringen soll. Der Ehrenpräsident der Ausstellung ist der Kultusminister Dr. Bosse, den Vorsitz führt Geheimrath Prof. Dr. v. Leyden gemeinsam mit Ministerialdirektor Dr. Althoff und Geheimrath Professor Dr. B. Fränkel, während den Vorsitz der Jury der Referent im Kriegsministerium, Generaloberarzt Dr. Schjerning übernommen hat und Privatdozent Dr. Martin Mendelsohn als Schriftführer thätig ist. Ausserdem gehören dem Organisationskomité der vortragende Rath im Kultusministerium Geh. Ober-Regierungsrath Naumann, Prof. Dr. Lassar und Stabsarzt Dr. Pannwitz an; Kommerzienrath E. Jacob ist Schatzmeister. Die Ausstellung soll nur aus ausgewählten Gegenständen bestehen; schon in der Zulassung zur Ausstellung wird eine Anerkennung enthalten sein. Dementsprechend wird jeder Aussteller, dessen Objekte zur Ausstellung zugelassen sind, ein Zulassungsdiplom erhalten. Ausser dieser Zuerkennung der Zulassungsdiplome werden Prämiirungen stattfinden, auch sind Staatsmedaillen in sichere Aussicht gestellt worden. Es haben seit einer Reihe von Monaten wiederholte Sitzungen des Organisationskomités im Kultusministerium stattgefunden; die Vorbereitungen zur Ausstellung sind so weit gediehen, dass in den nächsten Tagen die öffentliche Aufforderung zur Betheiligung erfolgen wird. Das Bureau der Ausstellung ist in Berlin SW. Philharmonie, Köthener Strasse 32.

Auf der am 4. d. M. stattgehabten **Generalversammlung der Herausgeber der Münchener medizinischen Wochenschrift** ist mit Rücksicht auf das günstige finanzielle Ergebniss für das Jahr 1898 beschlossen, auch in diesem Jahre wieder grössere Summen für ärztliche Wohlthätigkeitszwecke zu bewilligen. Es sind demgemäss überwiesen: 2000 Mark dem Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte, 1000 Mark der Zentralhülfskasse für die Aerzte Deutschlands, je 500 Mark dem Verein zur Unterstützung invalider Aerzte in Bayern und dem Sterbekassenverein der Aerzte in Bayern, 250 Mark für einen anderen wohlthätigen Zweck und 200 Mark für den in München zu errichtenden „Pettenkofer-Brunnen".

Welche Unverfrorenheit manche **Kurpfuscher** besitzen, dafür giebt das nachstehende, an den Kreisphysikus in B. gerichtete Schreiben den besten Beweis; gleichzeitig aber auch einen schlagendes Beispiel über den niedrigen Bildungsstand derartiger Personen:

Sehr geehrter Herr Dr.

Ich teihle Sie ergebens mitt, dass ich am 1. Märtz, Mein Ozon Inhalatorium, zum Gebraug eröfnen will, und lade sie hiermitt höfligst ein, die Sache zu untersugen, und ihr gutachten darüber zu äusern, es ist eine gantz Neue erfindung, anzutreffen bin ich in meiner Wohnung, dess Nachmittags von 2—3. Uhr. dess Morgens habe ich keine Zeit.

Hochachtungsvoll

G. B. Heilmagnetiseur.

B. d. 28. 2. 1899.

Die Organisation der Kurpfuscherei. Der „Naturarzt“ berichtet über die Ausbreitung der Naturheilvereine in Deutschland, dass am 1. November 1898 im Ganzen 636 Vereine mit zusammen 104 210 Mitgliedern dem Deutschen Bund der Naturheilvereine angehörten. Diese 636 Vereine wurden von 4622 Vorstandsmitgliedern geleitet; in ihnen wirken 48 approbirte Aerzte und 82 Laienpraktiker als angestellte Vereinsärzte. 34 Vereine besitzen eigene Badeanstalten, 305 Vereine eigene Badegeräthe, 422 Vereine besitzen eigene Büchereien mit zusammen 33 827 Bänden. 26 Vereine besitzen ein eigenes Vereinsorgan, 105 Vereine geben eigene Flugblätter heraus. Von Bundesmitgliedern werden 73 Naturheilanstalten und 181 Naturheilbäder geleitet. Neben dem „Naturarzt“ werden von den Vereinsleitungen noch 36 andere Zeitungen gehalten.

Durch Urtheil vom 24. November 1898 hat das Kammergericht entgegen seinem früheren Urtheil vom 12. Januar 1891 entschieden, dass **Kräuterbonbons** nicht unter Nr. 9 der Abtheilung A der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 fallen, weil Bonbons von den hier aufgeführten „Pastillen, Plätzchen und Zeltchen“ ihrer Form und Zubereitung nach verschieden sind.

Nach dem Urtheil des Kammergerichts vom 30. Januar d. J. ist **Ferratin kein Geheimmittel** (s. diese Zeitschrift, Jahrg. 1898, Nr. 16, S. 525). Ob es zu den Arzneizubereitungen, deren Verkauf beschränkt sei (Verzeichniss A. der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890), gehöre, wie dies von Seiten der Strafkammer in Graudenz angenommen sei, bedürfe dagegen noch des erforderlichen Nachweises durch Vernehmung von Sachverständigen und zwar sei genau festzustellen, unter welche Nummer des betreffenden Verzeichnisses es falle.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Vorläufiger Geschäfts- und Kassenbericht für das Jahr 1898.

Die Zahl der Mitglieder des Vereins betrug am Schluss des Jahres 1897: 753, von denen 11 während des Jahres 1898 verstorben sind. Diesem Verluste steht ein Zuwachs von 119 Mitgliedern gegenüber, so dass der Verein am Jahresschluss 862 Mitglieder zählte. [1])

Die Einnahmen haben betragen: 10388,08 Mark, die Ausgaben 10366,18 Mark.

Um rechtzeitig die **Tagesordnung** für die **diesjährige XVI. Hauptversammlung** festsellen zu können, werden die Mitglieder des Vereins gebeten, **Vorträge** und **Diskussionsgegenstände** sowie sonstige **Wünsche** bis zum 15. April d. J. bei dem Unterzeichneten anzumelden.

Minden, den 13. März 1899.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

---

[1]) Inzwischen hat der Verein wiederum einen ganz ausserordentlichen Zuwachs von nicht weniger als 103 Mitglieder erhalten; seine Mitgliederzahl beträgt daher zur Zeit 954, nach Abzug von 11 seit Beginn dieses Jahres verstorbenen (6), bezw. ausgetretenen (5) Mitgliedern.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld, Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 7. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 1. April.

Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen.

Der dem Abgeordnetenhause demnächst vorzulegende Gesetzentwurf,[1]) betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen liegt jetzt vor und hat folgenden Wortlaut:

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden, König von Preussen, verordnen mit Zustimmung beider Häuser des Landtages Unserer Monarchie für den Umfang derselben, was folgt:

Erster Abschnitt.
Der Kreisarzt.

§. 1. Der staatliche Gesundheitsbeamte ist der Kreisarzt.

Er ist der technische Beirath des Landraths, im Stadtkreise der Polizeibehörde.

Der Kreisarzt ist dem Regierungspräsidenten unmittelbar unterstellt.

Der Stellvertreter des Kreisarztes in Behinderungsfällen oder bei Erledigung der Stelle wird von dem Regierungspräsidenten ernannt.

Dem Landrath und der Polizeibehörde (Absatz 2) verbleiben die ihnen nach der geltenden Gesetzgebung zustehenden Befugnisse in Angelegenheiten der Gesundheitspflege.

§. 2. Die Anstellung als Kreisarzt erfordert:

1) den Nachweis der Approbation als Arzt;
2) den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer preussischen Universität; über die Zulassung der Doktorwürde, welche bei einer anderen Universität erworben ist, entscheidet der Minister der Medizinalangelegenheiten;
3) das Bestehen der kreisärztlichen Prüfung;
4) den Ablauf eines angemessenen Zeitraumes nach der Approbation als Arzt.

Die Anstellung erfolgt durch den Minister der Medizinalangelegenheiten. Derselbe kann diese Befugniss auf die Oberpräsidenten übertragen.

[1]) Ist inzwischen am 28. März geschehen.

§. 3. Die Besoldung des Kreisarztes ist pensionsfähig.

§. 4. Der Amtsbezirk des Kreisarztes ist der Kreis.

Grössere Kreise können in mehrere Kreisarztbezirke zerlegt, kleinere zu einem Kreisarztbezirke zusammengelegt werden. Auch einzelne Theile eines Kreises können einem benachbarten Kreisarztbezirk zugeschlagen werden.

§. 5. Der Kreisarzt hat insbesondere die Aufgabe:

1) auf Erfordern der zuständigen Behörden in Angelegenheiten des Gesundheitswesens sich gutachtlich zu äussern, auch an den Sitzungen des Kreisausschusses und des Kreistages auf Ersuchen dieser Körperschaften oder ihres Vorsitzenden mit berathender Stimme theilzunehmen;
2) die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises aus eigener Anschauung zu beobachten und auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken;
3) die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung und der hierauf bezüglichen Anordnungen zu überwachen und nach Massgabe der bestehenden Vorschriften die Heilanstalten und anderweitige Einrichtungen im Interesse des Gesundheitswesens zu beaufsichtigen; auch hat er über das Apotheken- und Hebammenwesen, über die Heilgehülfen und anderes Hülfspersonal des Gesundheitswesens die Aufsicht zu führen;
4) den betheiligten Behörden Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen; auch neue für die öffentliche Gesundheit geeignete Massnahmen in Anregung zu bringen.

§. 6. Der Landrath sowie die Ortspolizeibehörde sollen vor Erlass von Polizeiverordnungen und sonstigen allgemeinen Anordnungen, welche das Gesundheitswesen betreffen, den Kreisarzt hören.

Ist die Anhörung wegen Dringlichkeit unterblieben, so ist dem Kreisarzt von dem Erlasse der Polizeiverordnung oder Anordnung alsbald Mittheilung zu machen.

§. 7. Bei Gefahr im Verzuge kann der Kreisarzt, wenn ein vorheriges Benehmen mit der Ortspolizeibehörde nicht angängig ist, die zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung einer ansteckenden Krankheit erforderlichen vorläufigen Anordnungen treffen. In diesen Fällen ist der Gemeindevorstand verpflichtet, den Anordnungen des Kreisarztes Folge zu leisten.

Die getroffenen vorläufigen Anordnungen sind den Betheiligten durch den Kreisarzt entweder zu Protokoll, oder durch schriftliche Verfügung zu eröffnen.

Die vorläufigen Anordnungen sind dem Landrath und der Ortspolizeibehörde sofort mitzutheilen. Sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweitige Verfügung getroffen wird.

Wer den von dem Kreisarzt getroffenen vorläufigen Anordnungen zuwiderhandelt, wird, sofern nicht die Vorschrift des §. 327 des R.-Str.-G.-B. Platz greift, mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft.

§. 8. Der Kreisarzt ist der Gerichtsarzt seines Amtsbezirkes.

Wo besondere Verhältnisse es erfordern, kann die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten übertragen werden.

Zweiter Abschnitt.

Die Gesundheitskommissionen.

§. 9. Für jede Gemeinde mit mehr als 5000 Einwohnern ist eine Gesundheitskommission zu bilden.

Die Zusammensetzung und Bildung dieser Kommission erfolgt in den Städten in Gemässheit der in den Städteordnungen für die Bildung von Kommissionen (Deputationen) vorgesehenen Bestimmungen.

In ländlichen Gemeinden befindet der Landrath über die Zusammensetzung, die Mitgliederzahl und den Geschäftsgang der Kommission.

Die Mitglieder verwalten ihr Amt als Ehrenamt.

Die gesetzlichen Vorschriften über die Verpflichtung zur Annahme und über die Befugniss zur Ablehnung von Gemeindeämtern finden mit der Massgabe Anwendung, dass die Ausübung der ärztlichen Praxis nicht als Ablehnungsgrund gilt.

Der Kreisarzt kann jederzeit die Zusammenberufung der Gesundheitskommission verlangen; er nimmt an den Verhandlungen mit vollem Stimmrecht Theil.

§. 10. Die Gesundheitskommission hat die Aufgabe:

1) von den gesundheitlichen Verhältnissen des Ortes durch gemeinsame Besichtigungen sich Kenntniss zu verschaffen und die Massnahmen der Polizei-

behörde, insbesondere bei der Verhütung des Ausbruches oder der Verbreitung ansteckender Krankheiten in geeigneter Weise (Untersuchung von Wohnungen, Belehrung der Bevölkerung u. s. w.) zu unterstützen;
2) über alle ihr von dem Landrath, von der Polizeibehörde und dem Gemeindevorstande vorgelegten Fragen sich gutachtlich zu äussern;
3) diesen Behörden Vorschläge auf dem Gebiete des Gesundheitswesens zu machen.

§. 11. Der Landrath und die Ortspolizeibehörde sollen vor Erlass von Polizeiverordnungen und sonstigen allgemeinen Anordnungen, die das Gesundheitswesen betreffen, die Gesundheitskommission hören.

Ist die Anhörung wegen Dringlichkeit unterblieben, so ist der Kommission von dem Erlass der Polizeiverordnung oder Anordnung alsbald Mittheilung zu machen.

§. 12. In Gemeinden mit 5000 oder weniger Einwohnern kann eine Gesundheitskommission gebildet werden. In Städten muss die Bildung erfolgen, wenn der Regierungspräsident dieselbe anordnet. In Landgemeinden kann sie von dem Landrath im Einverständniss mit dem Kreisausschuss angeordnet werden.

Auf diese Kommissionen finden die Vorschriften im §. 9 Abs. 2—4 und in den §§. 10 und 11 entsprechende Anwendung.

Dritter Abschnitt.

Uebergangs- und Schlussbestimmungen.

§. 13. Innerhalb des der Zuständigkeit des Polizeipräsidenten von Berlin unterstellten Bezirks tritt dieser an die Stelle des Regierungspräsidenten.

In den Hohenzollernschen Landen tritt an die Stelle des Oberpräsidenten der Regierungspräsident, an die Stelle des Landraths der Oberamtmann, an die Stelle des Kreises der Oberamtsbezirk und an die Stelle des Kreisausschusses der Amtsausschuss.

§. 14. Die Kreisphysikats- und Kreiswundarztstellen werden aufgehoben.

§. 15. Medizinalbeamte, welche bei dem Inkrafttreten dieses Gesetzes dienstlich nicht verwendet werden, bleiben während eines Zeitraumes von fünf Jahren zur Verfügung des zuständigen Ministers und werden auf einem besonderen Etat geführt. Dieselben beziehen während dieses Zeitraumes ihre bisherige Besoldung unverkürzt weiter.

Die Beamten, welche während des fünfjährigen Zeitraumes eine etatsmässige Anstellung nicht erhalten, treten nach Ablauf desselben in den Ruhestand und erhalten ohne Rücksicht auf die Dauer der Dienstzeit eine Pension in Höhe von drei Viertheilen ihrer Besoldung.

§. 16. Die Sanitätskommissionen aus dem Regulativ vom 8. August 1835 (Gesetzsammlung S. 240) werden aufgehoben.

§. 17. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes wird durch Königliche Verordnung bestimmt.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten erlässt, soweit das Ressort des Finanzministers oder des Ministers des Innern betheiligt ist, in Gemeinschaft mit diesem, die zur Ausführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

Dem Gesetzentwurf ist eine sehr eingehende **Begründung** beigegeben, in deren allgemeinen Theil (A) zunächst die Beschränkung des Entwurfes auf die Lokal- und Kreisinstanz wie folgt begründet wird:

„Der gegenwärtige Gesetzentwurf hat den Zweck, in Erfüllung der dem Landtage von der Staatsregierung wiederholt gemachten Zusage die für nöthig erachteten Reformen auf dem Gebiete der Medizinalverfassung zur Ausführung zu bringen. Wenn der Entwurf entgegen dem Beschlusse des Hauses der Abgeordneten vom 19. Mai 1896, welcher eine den jetzigen Ansprüchen der Gesundheitspflege entsprechende Reorganisation der Medizinalbehörden in allen Instanzen verlangt, die Reform auf die Kreis- und Lokalinstanz beschränkt, so liegt der Grund darin, dass ein Bedürfniss, auch in den Verhältnissen der Zentral-, Provinzial- und Bezirksinstanz eine Veränderung eintreten zu lassen, nach den gemachten Erfahrungen nicht anerkannt werden kann. Die Angriffe richten sich in der Hauptsache auch nur gegen das Physikat, dessen zeitige

Form als veraltet und für die von Jahr zu Jahr sich steigernden Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege als unzureichend bezeichnet wird. Als besonderer Uebelstand wird bei dem Physikus, welchen die heutige Rechtslage auf dem Gebiete des Gesundheitswesens lediglich auf die Ausführung von Requisitionen des Landraths beschränke, das geringe Mass von Bewegungsfreiheit und die unzulängliche Besoldung hervorgehoben. Er ermangele in seiner amtlichen Thätigkeit jeder Selbstständigkeit, er sei lediglich begutachtender Beamter und nicht in der Lage, auf die Ausführung der von ihm vorgeschlagenen sanitären Massnahmen einen wirksamen Einfluss auszuüben. Von einem nennenswerthen Erfolge auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens könne bei diesen Verhältnissen keine Rede sein."

Die Begründung bringt hierauf eine durchaus zutreffende Schilderung von der jetzigen Stellung des Kreisphysikus, in der seine Dienstobliegenheiten in gerichtsärztlicher, medizinal- und sanitätspolizeilicher Hinsicht, seine Einkommensverhältnisse, die Anforderungen an die Vorbildung u. s. w. mehr oder weniger ausführlich besprochen und die Mängel der gegenwärtigen Organisation mit folgenden Worten zusammengefasst werden:

„Das Physikat in seiner vorstehend dargelegten Organisation ist nicht geeignet, dem Physikus, welchem in erster Linie die Sorge für die Volksgesundheit anvertraut ist, eine den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechende Wirksamkeit zu sichern.

Der Zweck der öffentlichen Gesundheitspflege ist die Verhütung von Krankheiten. Die Sorge für die individuelle Gesundheit ist Sache des Individuums. Die Verwaltungsthätigkeit auf dem Gebiete des Sanitätswesens beschränkt sich auf die Aufgabe, an der Hand der Ergebnisse der hygienischen Wissenschaft die Bedingungen der allgemeinen Gesundheit herzustellen. Sie muss für gesunde Wohnungen, für Reinlichkeit in den Häusern und auf den Strassen, für gutes Wasser und gute Luft, für die Beseitigung gesundheitsgefährlicher Einrichtungen im Gewerbebetriebe, für die Fernhaltung gesundheitswidriger Einflüsse von dem Jugendunterricht Sorge tragen. Die Einrichtung der Wasserversorgung, die Entfernung der Abfallstoffe, die Anlage von Schulgebäuden und Krankenhäusern, von Fabrikgebäuden werden in Bezug auf Raumverhältnisse, Beheizung, Beleuchtung, Lufterneuerung etc. in erster Reihe von Gesichtspunkten der Gesundheitspflege beeinflusst. Die Gesundheitspflege umgreift wie kein anderer Zweig der menschlichen Thätigkeit, das ganze Gebiet des Verwaltungsrechts: sie beeinflusst die Grundsätze der Baupolizei, Strassenpolizei, Begräbnisspolizei, Gewerbepolizei, des Unterrichtswesens.

Im Falle des Ausbruchs ansteckender Krankheiten erwächst der Gesundheitspflege die besondere Aufgabe, durch Anordnung geeigneter Massregeln der Weiterverbreitung entgegenzutreten (Isolirung der Kranken, Desinfektionen, Schliessung von Schulen, öffentlichen Vergnügungslokalen etc.). Der Erfolg ist von dem rechtzeitigen Eingreifen des Gesundheitsamtes abhängig, und dies wiederum ist nur möglich, wenn der Gesundheitsbeamte von dem Ausbruche der Krankheit sofort Kenntniss erhält.

Der Schwerpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege liegt jedoch weniger in der Verhinderung der Ausdehnung, als in der Verhinderung der Entstehung ansteckender Krankheiten. Soll hier der Gesundheitsbeamte erfolgreich wirken, so ist ein fortgesetztes eingehendes Beobachten und Studiren der Gesundheitsverhältnisse des ganzen Bezirks unbedingte Voraussetzung. Der Gesundheitsbeamte muss Gelegenheit haben, seinen Amtsbezirk in Bezug auf die Umstände, welche die Entstehung ansteckender Krankheiten hervorzurufen oder zu begünstigen geeignet sind, gründlich kennen zu lernen. Er soll nicht nur die klimatischen, die Boden- und Wasserverhältnisse genau studiren, er soll auch die Beschaffenheit der Wohnstätten, besonders der Arbeiter, und Massenquartiere, gewerbliche Anlagen, öffentliche Anstalten, Schulen und Krankenhäuser in Bezug auf Reinlichkeit und Salubrität unter steter Kontrole halten; er soll den Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln überwachen und in seinem Bezirke dauernd alle Vorgänge im Auge behalten, welche für die Beurtheilung der gesundheitlichen Verhältnisse von Interesse sind.

Die Erfüllung dieser Aufgaben ist dem Kreisphysikus dadurch erschwert, dass er nur gelegentlich in Einzelfällen in amtliche Thätigkeit tritt, seine Wirksamkeit als staatlicher Medizinalbeamter also der Selbstständigkeit und eigenen Initiative entbehrt. Die Missstände, welche sich aus einer nur gelegentlichen Besorgung der Geschäfte der öffentlichen Gesundheitspflege ergeben, liegen theils in der Minderwerthigkeit, welche jeder nur gelegentlich ausgeführten Leistung anhaftet, theils in dem Umstande, dass die derzeitige Einrichtung nicht selten dahin führt, dass in Bezug auf die hygienische Beschaffenheit der Schulen, Strassen, Brunnen, Wohnplätze, Wasserläufe u. s. w. eine Kontrole überhaupt nicht stattfindet.

Ein grosser Theil der Mängel der Gesundheitspflege ist ferner auf die ungenügende hygienische Vorbildung und ein ungenügendes Mass von Sachverständniss bei den meisten Physikern zurückzuführen. Aus diesem Kenntnissmangel kann den Physikern, welche keine Gelegenheit gehabt haben, sich in der Hygiene theoretisch und praktisch gründlich auszubilden, kein Vorwurf gemacht werden. Dem Bedürfnisse einer Ergänzung des Wissens der Physiker nach der hygienischen Seite hat die Königliche Staatsregierung dadurch abzuhelfen versucht, dass vor einigen Jahren in staatlicherseits eingerichteten Kursen den Physikern Gelegenheit gegeben wurde, ihre hygienischen Kenntnisse zu vervollkommnen. Während früher durch einige Lektüre leicht Jeder sich das aneignen konnte, was man an Thatsachen und begründeten Lehren auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitslehre kannte, bleiben heute für Denjenigen, welcher nur durch Lektüre ohne einen begleitenden Anschauungsunterricht und ohne eigene Uebung in den Methoden die neuere Hygine kennen gelernt hat, die wichtigsten Abschnitte so sehr dem Verständniss entrückt, dass bei ihm von einer kritischen Beurtheilung keine Rede sein kann."

Als zu verfolgende Ziele der Reform des Physikats werden dann bezeichnet:

Der künftige Physikus, der „Kreisarzt" soll der staatliche Gesundheitsbeamte des Kreises sein. Soll er dieser Aufgabe gerecht werden, so muss die doppelte Anforderung gestellt werden, dass die Kreisarztstellen nur mit Personen besetzt werden, welche eine entsprechende Vorbildung genossen haben, und sich durch eine Prüfung über deren Besitz ausweisen, und ferner, dass das Amt mit einem grösseren Masse von Bewegungsfreiheit ausgestattet wird, welche es seinem Träger ermöglicht, durch die Gestattung einer ausgedehnten Wirksamkeit und eines schnellen Einschreitens seine Fachkenntnisse zum Besten der Bevölkerung in fruchtbringender Weise zu verwerthen.

a. Bei der Frage, wie die künftige Vorbildung des Kreisarztes am zweckmässigsten einzurichten sein wird, ist der Schwerpunkt weniger auf die Anwendung feinerer bakteriologischer Methoden, als darauf zu legen, dass der Kreisarzt so gründliche und auf eigene Anschauung basirte Kenntnisse in der allgemeinen und ganz besonders in der praktischen Hygiene erwirbt, dass er in allen gesundheitlichen Fragen sich wirklich urtheilsfähig fühlt. Die Fehler, welche in Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheitspflege gemacht sind und noch täglich gemacht werden, sind zum grössten Theil nicht darauf zurückzuführen, dass die Physiker die eine oder die andere bakteriologische oder chemische Methode nicht auszuführen verstanden, sondern darauf, dass es ihnen an dem Masse von Kenntnissen und Erfahrungen fehlte, das sie zu sachverständiger Beobachtung und richtiger Schlussfolgerung hätte leiten müssen. Gerade das auf Sachverständniss und eigener praktischer Erfahrung beruhende selbstständige kritische Beobachten, welches zu einer richtigen Behandlung jedes einzelnen Falles der Praxis führen muss, — das sollen die Kreisärzte sich aneignen.

Die Feststellung der näheren Bedingungen einer diesen Erfordernissen entsprechenden Vorbildung bleibt der zu erlassenden Prüfungs-Ordnung vorbehalten.

b. Zur Beseitigung des beschränkten Masses von Bewegungsfreiheit ist es ferner geboten, dem Kreisarzte die Ermächtigung zu ertheilen, unabhängig von der Requisition der Behörden sich über die sanitären Verhältnisse des Bezirks zu informiren.

Ein Bedürfniss, den Kreisarzt neben dem Recht der selbstständigen In-

formirung seines Bezirks auf seine hygienische Beschaffenheit auch mit obrigkeitlichen Anordnungs- und Exekutivbefugnissen auszustatten, kann im Allgemeinen nicht anerkannt werden. Ein solches Recht würde den Kreisarzt ausserhalb des Rahmens der allgemeinen Landesverwaltung stellen, und durch Einrichtung einer neben dem Landrathe bestehenden rein technisch-medizinischen Verwaltung eine durch die Bedürfnisse der Gesundheitspflege nicht geforderte Ausnahme des Landesverwaltungsrechts darstellen. Ueberdies würde hierbei die Gefahr einer einseitigen, überwiegend von technisch-theoretischen Gesichtspunkten beeinflussten Wahrnehmung der Geschäfte der Gesundheitsverwaltung nahegelegt. Bei der bisherigen Einrichtung, wonach dem Landrathe als dem Organ der allgemeinen Landesverwaltung im Kreise auch die oberste Leitung des Gesundheitswesens im Kreise zusteht, ist es deshalb auch in Zukunft zu belassen. Der Schwerpunkt des Verhältnisses des Kreisarztes zum Landrathe beschränkt sich, wie bisher, darauf, dass er in Sachen des Gesundheitswesens der technische Berather des Landraths bleibt, dass er, gestützt auf seine hygienischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen dem Landrathe und den sonstigen in Betracht kommenden Behörden mit seinem sachverständigen Rathe zur Seite steht, ihnen gegenüber die zur Beseitigung sanitärer Missstände und zur Hebung des öffentlichen Gesundheitszustandes erforderlichen hygienischen Massnahmen überzeugend begründet und sie bei deren Durchführung in jeder Weise unterstützt. Seine Vorschläge sollen den örtlichen und finanziellen Verhältnissen der einzelnen Gemeinden Rechnung tragen, über die Grenzen des unbedingt Nothwendigen nicht hinausgehen und sich vor Allem hüten, Massnahmen zu empfehlen, die sich nicht bereits durch die Erfahrung bewährt haben.

c. Obrigkeitliches Anordnungsrecht in Nothfällen. In gewissen Fällen, insbesondere bei ansteckenden Krankheiten, ist es wünschenswerth, dass der Kreisarzt ermächtigt wird, an Stelle des nicht anwesenden zuständigen Organs die unbedingt nothwendigen Massregeln gegen die Weiterverbreitung der Krankheit sofort an Ort und Stelle selbstständig zu treffen. Diesem Bedürfnisse ist durch Anerkennung eines beschränkten Masses von subsidiären Anordnungsbefugnissen für solche Fälle Rechnung getragen.

d. Angliederung an die Organe der Kommunalverwaltung. Die Bemühungen des Kreisarztes um die Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse des Bezirks erhalten ferner durch die guten und engen Beziehungen, welche er zu den Selbstverwaltungskörpern des Kreises unterhält, eine wirksame Unterstützung. Er soll gleich dem Landrathe auch dem Kreisausschusse ein ständiger Berather sein und auf Erfordern an den Sitzungen dieser Behörde Theil nehmen.

Ist es auch ohne Verletzung der Grundlagen der Kreisordnung nicht angängig, ihm ein Recht auf Zuziehung zu den Kreisausschussverhandlungen und ein Mehr, als eine berathende Stimme, bei dieser einzuräumen, so liegt es doch in der Hand des Kreisausschusses und seiner Vorsitzenden, den Kreisarzt auch ohne diese Voraussetzungen zu einem lebendigen Mitarbeiter in der Kreisverwaltung zu machen und durch Inanspruchnahme seines Rathes bei jeder sich darbietenden Gelegenheit bei ihm das Bewusstsein der Zugehörigkeit zu den berufenen Organen der öffentlichen Wohlfahrt zu wecken und zu stärken.

e. Dass endlich die Besoldung, welche der Physikus zur Zeit für seine amtliche Thätigkeit bezieht, einschliesslich der aus amtlichen Quellen fliessenden Nebeneinnahmen auch schon nach Massgabe der heutigen Verhältnisse in manchen Fällen unzulänglich ist und der Aufbesserung bedarf, wird zugegeben werden müssen, und ist auch wiederholt in den Verhandlungen des Landtages zum Ausdruck gekommen.

In Gemässheit der vorstehenden Erörterungen bezweckt der Entwurf, in Bezug auf die Ausgestaltung der Dienststellung des Kreisarztes gegenüber dem bestehenden Rechte nachstehende Neuerungen zur Einführung zu bringen: Steigerung der Vorbildung (§. 2), Aufbesserung der materiellen Stellung durch Erhöhung der Besoldung, soweit es erforderlich ist und Anerkennung ihrer Pensionsfähigkeit (§. 3), Anerkennung eines grösseren Masses von Bewegungsfreiheit auf hygienischem Gebiete (§. 5 zu Nr. 2), Ausstattung mit einem beschränkten Masse obrigkeitlicher Anordnungsbefugnisse (§. 7), Angliederung an die Organe der Selbstverwaltung (§§. 5 Nr. 1 und §. 9 Abs. 4).

Noch weiter zu gehen und durch Untersagung der ärztlichen Privatpraxis und Erhebung des Physikats zur Vollbeamtenstellung letzteres auf eine ganz neue Grundlage zu stellen, kann als ein durch die sanitären Rücksichten ausreichend begründetes Bedürfniss nicht erachtet werden. Ob die weitere Entwickelung der Verhältnisse die Einführung dieser Organisationsform und die Loslösung des Kreisarztes von der Privatpraxis nothwendig machen wird, muss der Zukunft überlassen bleiben. Wie die Verhältnisse zur Zeit liegen, erscheint ein soweit gehender Eingriff in die bestehende Organisation nicht am Platze. Der Entwurf beruht hiernach auf der Voraussetzung, dass der Kreisarzt in gleicher Weise, wie der bisherige Physikus, zur Ausübung der Privatpraxis, zum Gebührenbezuge und mit Genehmigung der Zentralbehörde auch zur Uebernahme besoldeter Nebenämter berechtigt ist. Es ist hierbei selbstverständlich, dass der Kreisarzt der auch schon jetzt bestehenden Schranke unterworfen bleibt, dass er in erster Linie seine Zeit und Arbeitskraft seiner amtlichen Thätigkeit zuzuwenden hat."

Der zweite Abschnitt des allgemeinen Theils der Begründung ist den Gesundheitskommissionen gewidmet. Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass sich die durch das Regulativ vom 8. August 1835 eingeführten Sanitätskommissionen nicht bewährt hätten und deshalb einer Reform bedurften. Hierbei sei man von dem Gedanken ausgegangen

„auf der Basis der Selbstverwaltung für die Zwecke des Gesundheitswesens besondere kollegiale Hülfsorgane ins Leben zu rufen, gewählt von Organen der Selbstverwaltung, welche das Vertrauen in Anspruch nehmen dürfen, dass sie nur Personen berufen, welche den Angelegenheiten der Gesundheitspflege ein warmes Interesse entgegenbringen und eine gründliche Kenntniss der sanitären, wirthschaftlichen und sozialen Verhältnisse des Bezirks besitzen. Diese Gesundheitskommissionen haben die Aufgabe, in Gemeinschaft mit dem Kreisarzte, welcher an ihren Sitzungen mit vollem Stimmrechte Theil zu nehmen berechtigt ist, die gesundheitlichen Massnahmen der Polizeibehörden zu unterstützen, den betheiligten Selbstverwaltungs- und Polizeibehörden als berathendes und begutachtendes Organ zu dienen, über alle ihnen von diesen Behörden vorgelegten Fragen des Gesundheitswesens sich gutachtlich zu äussern und aus eigener Initiative denselben Vorschläge über die Beseitigung gesundheitswidriger Zustände, Verbesserung bestehender Einrichtungen und Einführung zeitgemässer Neuerungen zu machen. Gerade der Ausübung dieses Vorschlagsrechts darf eine besondere Bedeutung beigemessen werden, nicht nur von dem Standpunkte der Gesundheitskommission selbst, deren Interesse und Arbeitsfreudigkeit durch eine solche Initiative gehoben wird, sondern auch, weil im Hinblick auf die Zusammensetzung des Kollegiums erwartet werden darf, dass bei den Vorschlägen alle für eine sachgemässe Entscheidung in Betracht kommenden Gesichtspunkte, sowohl die der allgemeinen Verwaltung, als auch die sozialen, wirthschaftlichen und namentlich die finanzwirthschaftlichen Berücksichtigung finden werden. Je mehr die Gesundheitskommissionen sich bewusst sein werden, dass eine sachgemässe Ausübung des Vorschlagsrechts den Schwerpunkt ihrer Aufgaben bilden wird, um so fruchtbringender wird sich ihre Thätigkeit gestalten und desto sicherer wird der mit der Angliederung des staatlichen Gesundheitswesens an die Organe der Selbstverwaltung verbundene Zweck erreicht werden.

Soll die Absicht, diese Kommissionen auch für die Zwecke des staatlichen Gesundheitswesens verwendbar zu machen, zur Verwirklichung gelangen, so ergiebt sich die Nothwendigkeit, ihre Zuständigkeit unter Aufhebung der Beschränkung auf kommunale Angelegenheiten durch Gesetz auf die Wahrnehmung jener weiteren Aufgaben auszudehnen. Die Gesundheitskommissionen haben in Rücksicht auf ihren Ursprung die Eigenschaft eines Kommunalorganes, in Rücksicht auf ihre Wirksamkeit dagegen auch die eines kollegialen Hülfsorgans für Zwecke der staatlichen Gesundheitsverwaltung.

Die obligatorische Bildung der Kommissionen für Gemeinden mit mehr als 5000 Einwohnern und die Bestimmung, dass der Kreisarzt berechtigt ist, an ihren Sitzungen mit vollem Stimmrechte Theil zu nehmen, sind Ab-

weichungen vom geltenden Recht, welche in der Zweckbestimmung der Kommissionen ihre Rechtfertigung finden.

Bei den Landgemeinden erscheint es zweckmässig, in Ermangelung einer geeigneten Unterlage in den Landgemeinde-Verfassungen den Landrath zu ermächtigen, über die Zusammensetzung, Mitgliederzahl und den Geschäftsgang der Kommission zu befinden.

Das Bedürfniss nach der Errichtung ständiger Gesundheitskollegien wird für grössere Gemeinden nicht in Abrede gestellt werden können. Sollen die Bemühungen der staatlichen Medizinalorgane um Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse von Erfolg begleitet sein, so ist dies zum grössten Theil davon abhängig, dass die Organe der Selbstverwaltungskörper diesen Bestrebungen Interesse entgegenbringen, und, soweit angängig, selbst zu einer intensiven Mitwirkung auf dem Gebiete des staatlichen Gesundheitswesens herangezogen werden. Es ist klar, dass eine solche Annäherung zwischen den staatlichen Organen und den Selbstverwaltungskörpern gerade in der Lokalinstanz von besonderem Werthe ist, wo die Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheitspflege am unmittelbarsten und lebhaftesten hervortreten und die Anforderungen des wirthschaftlichen Lebens eine besondere Berücksichtigung verlangen. Neben dem Kreisarzte, welchem in erster Linie die Vertretung der medizinisch-technischen Seite in Gesundheitsangelegenheiten obliegt, ist die Berathung durch die orts- und sachkundigen Mitglieder der Gesundheitskommission insofern von hoher Bedeutung, als hierdurch nicht nur eine erschöpfende und korrekte Feststellung auch der thatsächlichen Unterlagen der Beschlüsse bewirkt, sondern auch zugleich die Aussicht für die Geneigtheit der Selbstverwaltungskörper, die zur Einführung sanitärer Verbesserungen erforderlichen Mittel zur Verfügung zu stellen, in wirksamer Weise gesteigert wird.

Wenn die Sanitätskommissionen des Regulativs vom 8. August 1835 zu dem Zwecke „der Verhütung und Beschränkung ansteckender Krankheiten" eingerichtet worden sind, so entspricht diese Beschränkung der Wirksamkeit nicht mehr den Anforderungen des heutigen Gesundheitswesens, welche verlangen, dass die Thätigkeit der Kollegien eine dauernde sei und alle Seiten des gesundheitlichen Lebens umfasse.

Durch die Regelung des Entwurfs wird das Ziel der Annäherung der staatlichen Medizinalorgane an die Selbstverwaltungskörper unter Anlehnung an die bestehende Gesetzgebung in ebenso einfacher wie Erfolg versprechender Weise zur Ausführung gebracht. Es steht zu hoffen, dass diese Verbindung nicht nur die Begleichung hervortretender Meinungsverschiedenheiten erleichtern, sondern auch als wirksames Mittel für eine fruchtbringende Wirksamkeit der Medizinalbeamten und für die Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse in den einzelnen Kreisen und Gemeinden sich erweisen werde."

Von dem besonderen Theil (B) der Begründung interessiren hauptsächlich folgende Ausführungen.

§. 1

enthält im Absatz 1 eine allgemeine Charakterisirung der Dienststellung des Physikus — für welchen sich künftig die Bezeichnung „Kreisarzt" empfiehlt —, indem derselbe als der staatliche Gesundheitsbeamte des Kreises bezeichnet wird.

Die Bestimmung im Absatz 2 enthält eine Erläuterung des Absatzes 1. Der technische Berather des Landraths in Gesundheitsangelegenheiten war der Physikus auch schon in seiner bisherigen Dienststellung; er hat aber von dieser Funktion bei der Beschränktheit des ihm zugewiesenen Wirkungskreises einen ausgiebigen Gebrauch nicht machen können. Regelmässig trat er nur in Aktion, wenn die Requisitionen der Behörden seine Mitwirkung in Anspruch nahmen. Der Gesetzentwurf will durch eine anderweitige Regelung der Amtsbefugnisse des Kreisarztes eine Aenderung herbeiführen und es ihm ermöglichen, bei jeder sich bietenden Gelegenheit dem Landrathe, aufgefordert und unaufgefordert, seinen technischen Beistand zu leisten, mithin dessen ständiger Medizinalreferent zu sein.

Dass bei Stadtkreisen die Königlichen und städtischen Polizeiverwaltungen zu dem Kreisarzte in demselben Verhältniss stehen, wie die Landräthe der Landkreise, erscheint selbstverständlich und bedarf keiner weiteren Begründung.

Im Uebrigen liegt keine Veranlassung vor, in der dienstlichen Stellung des Kreisarztes zu dem Landrathe etwas zu ändern. Er bleibt dem Landrathe zu-, aber nicht untergeordnet; sein unmittelbarer Dienstvorgesetzter ist der Regierungspräsident (§. 3).

Die Bestimmung im Abs. 4 legt die Regelung der Stellvertretungsfrage in die Hand des Regierungspräsidenten. Die Begrenzung des Personenkreises, auf welchen die Auswahl sich zu beschränken hat, wird zweckmässig der Ausführung des Gesetzes vorbehalten sein. Für die Regel wird der benachbarte Kreisarzt die Stellvertretung zu übernehmen in der Lage sein.

Der Vorbehalt im Absatz 5 sichert dem Landrathe und den Polizeibehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens den Bestand der ihnen durch die geltende Gesetzgebung beigelegten Befugnisse. Insbesondere verbleibt denselben auch in Zukunft die oberste Leitung der Gesundheitverwaltung im Kreise und das damit verbundene obrigkeitliche Anordnungs- und Verordnungsrecht.

§. 2.

. . . . Das Erforderniss des Ablaufes eines angemessenen Zeitraums seit der Approbation als Arzt als Voraussetzung der Anstellung beruht auf der Erwägung, dass es wünschenswerth erscheint, bei der Besetzung der Kreisarztstellen die Auswahl auf Personen zu beschränken, welche sich nicht nur über das erforderliche Mass wissenschaftlicher Befähigung ausweisen, sondern auf Grund einer mehrjährigen Thätigkeit im ärztlichen Berufsleben die Vermuthung für sich haben, dass sie sich auch im Besitze der für das Amt eines Kreisarztes unentbehrlichen praktischen Kenntnisse und Lebenserfahrungen befinden. Von der gesetzlichen Festlegung eines bestimmten, z. B. eines fünfjährigen Zeitraums, der Forderung der Zurücklegung der Thätigkeit als selbstständiger praktischer Arzt ist abgesehen, mit Rücksicht auf den Wechsel der durch die jeweiligen Zeitumstände bedingten Verhältnisse in beiden Beziehungen die nähere Normirung der der Abänderung leichter zugänglichen Ausführungsverordnung zu überlassen.

Das Erforderniss unter Nr. 2 ist seitheriges Recht (vergl. §. 1 der Prüfungsordnung vom 24. Januar 1896).

Die Bestimmung über die Anstellungserfordernisse erhält ihre nähere Ergänzung durch die für Kreisarztaspiranten zu erlassende Prüfungsordnung, welche sowohl die Bedingungen der Zulassung zur Prüfung zu regeln, als auch namentlich dem Bedürfnisse einer Steigerung der Vorbildung der Gesundheitsbeamten im Sinne einer gründlichen hygienischen Durchbildung Rechnung zu tragen haben wird.

Die Anstellung durch den Minister der Medizinal-Angelegenheiten — Absatz 2 — entspricht dem betreffenden Recht. Aus Gründen der Dezentralisirung empfiehlt es sich, die Möglichkeit der Delegirung dieser Befugniss auf die Oberpräsidenten vorzubehalten.

§. 3.

Die Unzulänglichkeit der Besoldung und der Mangel der Pensionsfähigkeit bilden die hauptsächlichsten Beschwerdepunkte des heutigen Systems. Insbesondere wird der letztere Mangel, abgesehen von dem persönlichen Nachtheil für die Physiker und ihre Hinterbliebenen, auch aus dienstlichen Gründen insofern unangenehm empfunden, als er in vielen Fällen ein Hinderniss bildet, die im öffentlichen Interesse wünschenswerthe Pensionirung des Physikus durchzuführen, ein Uebelstand, der umsomehr zu beklagen ist, als gerade das Amt des Kreismedizinalbeamten eine besondere geistige und körperliche Frische und Elastizität erfordert, wenn er den vielseitigen Aufgaben seiner Amtsthätigkeit gerecht werden und der im steten Flusse befindlichen Entwickelung der Gesundheitswissenschaft folgen will. Während dem ersten Mangel, soweit erforderlich, durch Einstellung erhöhter Remunerationsbeträge in den Staatshaushaltsetat abgeholfen werden kann, bedarf die Beseitigung des zweiten Mangels als eine Abänderung des §. 5 des Gesetzes vom 27. März 1872 (G.-S. S. 268) der Form des Gesetzes. Mit der Anerkennung der Pensionsfähigkeit der Besoldung gewährt der §. 3 den Hinterbliebenen des Kreisarztes in Konsequenz der gesetzlichen Bestimmungen (vergl. Gesetz vom 10. Mai 1882, G.-S. S. 298) von selbst einen Anspruch auf Reliktenversorgung. Im Uebrigen beabsichtigt der Entwurf nicht, der Dienststellung des Kreisarztes einen von der des jetzigen Physikus

abweichenden Rechtscharakter beizulegen. Wie dieser gehört auch der Kreisarzt zu denjenigen Staatsbeamten, deren Zeit und Kräfte durch die ihnen übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden, und bleibt — abgesehen von der Pensionsberechtigung — auch den gesetzlichen Konsequenzen dieser beschränkten Dienststellung unterworfen (vergl. §. 7 des Gesetzes vom 12. Mai 1873, G.-S. S. 209).

§. 4.

Die als Ausnahme vorgesehene Zusammenlegung kleinerer Kreise zu einem Kreisarztbezirke bietet eine angemessene Handhabe zur Beseitigung der zur Zeit in einigen Provinzen bestehenden grossen Ungleichheit der Amtsbezirke und ermöglicht es, dem Kreisarzte genügende Gelegenheit zu geben, seine Kenntnisse und Erfahrungen auf sanitärem Gebiete praktisch zu verwerthen und neue Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln.

Bei der Zusammenlegung wird die Dichtigkeit der Bevölkerung, die geographische Lage, die Art der Erwerbs-, Verkehrs- und Kommunikationsverhältnisse des Bezirks von wesentlicher Bedeutung sein.

Auch hat es kein Bedenken, da, wo besondere Gründe es angezeigt erscheinen lassen, einzelne Theile eines Kreises einem benachbarten Kreisarztbezirke zuzuschlagen, und umgekehrt, einen grösseren Kreis in mehrere Kreisarztbezirke zu zerlegen.

§. 5.

Der Entwurf geht davon aus, dass es genügen wird, im Gesetze selbst die Aufgaben nach Inhalt und Umfang nur in den Hauptrichtungen zu kennzeichnen, während die Detailfeststellung der Dienstobliegenheiten der ministeriellen Geschäftsanweisung zu überlassen sein wird.

Zu Nr. 1: Es liegt nahe, an erster Stelle unter den Aufgaben diejenige aufzuführen, welche schon bisher den Schwerpunkt der amtlichen Wirksamkeit des Physikus gebildet hat, nämlich die, in Angelegenheiten des Gesundheitswesens der technische Berather der Behörden zu sein und sie auf Erfordern mit gutachtlichen Aeusserungen zu versehen.

„Zuständige Behörden" im Sinne des Gesetzes sind vorwiegend Behörden der allgemeinen Landesverwaltung, und zwar in erster Linie, abgesehen von dem Minister und dem Regierungspräsidenten, welche als vorgesetzte Dienstbehörden den Kreisarzt jeder Zeit mit Aufträgen versehen können, der Landrath. Auch die Polizeibehörden in den Stadtkreisen sind hierher zu rechnen (vergl. auch §. 1 Abs. 2 des Entwurfs). Kommunale Behörden, mit Ausnahme der Organe der Kreis-Kommunal-Verwaltung, haben kein Recht auf amtliche Inanspruchnahme des Kreisarztes.

Noch weiter zu gehen und dem Landrathe auch die Verpflichtung zur Anhörung des Kreisarztes in Gesundheitsangelegenheiten aufzuerlegen, ist durch kein Bedürfniss geboten. Eine solche Bestimmung wäre überflüssig, da anzunehmen ist, dass die Landräthe auch ohne gesetzlichen Zwang nicht unterlassen werden, in hygienischen Angelegenheiten vor ergehender Entscheidung sich hygienisch berathen zu lassen. Die Bestimmung erscheint aber auch nicht unbedenklich, da sie dem Landrathe für alle diejenigen Fälle, in welchen er seine guten Gründe hat, eine bestimmte Sache nicht von dem Kreisarzte, sondern von einem anderen Hygieniker technisch begutachten zu lassen, eine nicht zu rechtfertigende Beschränkung in der Beschaffung seiner Information auferlegen würde.

Die Verpflichtung, in Angelegenheiten des Gesundheitswesens an den Sitzungen des Kreisausschusses und des Kreistages auf Ersuchen dieser Behörden oder ihres Vorsitzenden mit berathender Stimme Theil zu nehmen, ist dem Bestreben entsprungen, den staatlichen Gesundheitsbeamten im Interesse einer intensiveren Förderung der gesundheitlichen Interessen mit den Organen der Selbstverwaltung in eine innere Verbindung zu bringen. Der mündliche Meinungsaustausch sichert, indem er eine allseitige Erörterung der Verhandlungen, eine Berichtigung, Ergänzung und Klärung der Unterlagen ermöglicht, eine erschöpfende und sachgemässe Geschäftserledigung. Der Kreisarzt findet eine erwünschte Gelegenheit, die von ihm angeregten Massnahmen in den Sitzungen zu vertreten, ihre Zweckmässigkeit und Nothwendigkeit überzeugend zu begründen und das Interesse und Verständniss dieser Körperschaften für gesundheitliche Angelegenheiten wach zu rufen und lebendig zu erhalten.

Andererseits ist auch dem Kreisarzt durch die Theilnahme an den Sitzungen der Kreisverwaltungsorgane Gelegenheit gegeben, über manche Dinge, die mit seinem Ressort zusammenhängen, sich zu orientiren und seine Ansichten und Kenntnisse nach der Seite der Verwaltung zu ergänzen; er wird mitverwalten lernen und sich als Grundsatz stets die Nöthigung gegenwärtig halten, bei seinen Vorschlägen nicht ausschliesslich fachmännischen Gesichtspunkten, sondern auch der Rücksicht auf das zur Verfügung stehende jeweilige Mass finanzieller Leistungsfähigkeit der Betheiligten Rechnung zu tragen.

Zu Nr. 2. Die erste Voraussetzung für ein gedeihliches Wirken auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege ist, dass der Kreisarzt von den sanitären Verhältnissen seines Amtsbezirks Kenntniss hat. Mit Recht wird daher dem Kreisarzte zur Pflicht gemacht, den öffentlichen Gesundheitszustand seines Bezirks und alle denselben beeinflussenden Beziehungen — Klima, Boden-, Grund-, Trinkwasser-Verhältnisse, Erwerbs-, Wohnungs-, Arbeits-Verhältnisse, en- und epidemischen Krankheiten u. s. w. — kennen zu lernen, zu beobachten und schädigenden Zustände seine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Bei Gelegenheit seiner Reisen wird daher der Kreisarzt Veranlassung nehmen, der Bevölkerung näher zu treten und in Fragen des Gesundheitswesens auf dieselbe aufklärend und belehrend einzuwirken.

Zu Nr. 3. Die hier aufgeführten Einzelaufgaben, welche der Kreisarzt zu erfüllen hat, gehören im Wesentlichen auch jetzt schon zu den Dienstobliegenheiten des Physikus.

Die „Gesundheitsgesetzgebung“ und die „hierauf bezüglichen Anordnungen“, deren Durchführung der Kreisarzt zu überwachen hat, sind im weitesten Sinne zu verstehen. Es sind darunter nicht nur die das Gesundheitswesen betreffenden Sondergesetze und Verordnungen (z. B. die Nahrungsmittelgesetze, das Impfgesetz), sondern auch die zum Schutze der Gesundheit gegebenen Vorschriften einbegriffen, welche sich in anderen Gesetzen vorfinden.

Zu den der Beaufsichtigung des Kreisarztes unterstellten „Heilanstalten und anderweitigen Einrichtungen“ gehören insbesondere die öffentlichen und Privat-Krankenanstalten, die Entbindungs-, Irren- und Pflegeanstalten, einschliesslich der Krankenstationen der Erziehungs-, Bewahr- und Altersversorgungs-Institute, die Waisen- und Armenhäuser. Auch die Aufgaben, welche die Schul- und Wohnungshygiene dem Kreisarzte auferlegen, sind hierher zu rechnen.

Die Worte „nach Massgabe der bestehenden Vorschriften“ verpflichten den Kreisarzt zur Innehaltung der in Ansehung der Beaufsichtigung erlassenen besonderen oder gesetzlichen oder administrativen Anordnungen und bedeuten, dass er namentlich bei konkurrirenden Beziehungen anderer Ressorts nur unter Beobachtung der Beschränkungen, welche diese Anordnungen aussprechen, in Thätigkeit zu treten hat.

Zu Nr. 4. Als eine weitere wichtige Obliegenheit des Kreisarztes ist hier vorgesehen, den betheiligten Behörden Vorschläge zur Abstellung von Missbräuchen zu machen und neue für die Förderung der öffentlichen Gesundheit geeignete Massnahmen in Anregung zu bringen. Bei Ausübung dieser Anregungsbefugniss und Anregungspflicht wird der Kreisarzt es sich besonders angelegen sein lassen müssen, durch sichere und überzeugende Begründung wohldurchdachter Vorschläge und Anpassung derselben an die gegebenen Verhältnisse das Interesse der Behörden für seine Pläne und deren Durchführung zu gewinnen.

§. 6.

Die Verpflichtung des Landraths und der Ortspolizeibehörde, vor Erlass von Polizeiverordnungen und sonstigen allgemeinen Anordnungen, welche das Gesundheitswesen betreffen, in der Regel den Kreisarzt zu hören, erscheint als eine wünschenswerthe Erweiterung der seitherigen Wirksamkeit des Physikus. Sie entspricht sowohl der Stellung des Kreisarztes als des technischen Gesundheitsbeamten des Bezirks, als auch dem Grundgedanken des Entwurfs, den Kreisarzt, statt ihn von den Organen der allgemeinen Landesverwaltung loszulösen, noch enger an dieselben anzugliedern. Auch kommt die Bestimmung einem sachlichen Bedürfniss entgegen, indem sie den Erlass gesundheitlich einwandsfreier Verordnungen sichert und zur Hebung der Stellung des Gesundheitsbeamten im Kreise in wirksamer Weise beiträgt. Unter den Anhörungs-

zwang fallen nicht nur die Polizeiverordnungen, sondern auch solche Anordnungen allgemeiner Natur, welche von dem Landrathe oder der Ortspolizeibehörde ausserhalb des Gebiets des Polizeiverordnungsrechts und ohne Beobachtung der für Polizeiverordnungen vorgeschriebenen Formalien erlassen werden (Bekanntmachungen belehrenden, rathertheilenden Inhalts auf sanitärem Gebiet etc.)

Schon die Wortfassung des §. 6 lässt erkennen, dass es sich um eine instruktionelle Vorschrift handelt und dass nicht die Absicht besteht, die Rechtsgültigkeit der erlassenen Polizeiverordnungen von der Beobachtung der Vorschriften abhängig zu machen.

Die im Absatz 2 zugelassene Ausnahme wird einer weiteren Begründung nicht bedürfen; es ist selbstverständlich, dass die Anhörungspflicht da ihre Grenzen zu finden hat, wo ein schleuniges Vorgehen geboten ist und mit der durch die Anhörung bewirkten Verzögerung die ernstliche Gefahr einer erheblichen Schädigung der Interessen des Gemeinwohls verbunden sein würde.

Die alsbaldige Benachrichtigung dient zur Orientirung des Kreisarztes und giebt ihm zur nachträglichen Geltendmachung etwaiger Bedenken ausreichende Gelegenheit.

§. 7

enthält eine bedeutsame Neuerung, indem er den Kreisarzt in Fällen, in welchen Gefahr mit dem Verzuge verbunden und ein Eingreifen der an sich zuständigen Ortspolizeibehörde nicht angängig ist, mit einem beschränkten Masse obrigkeitlicher Anordnungsbefugnisse ausgestattet. Ein gleiches ist dem Bezirksarzt im Königreich Sachsen beigelegt und auch in dem Bereiche der preussischen Landes-, sowie der Reichsgesetzgebung sind mehrfache Analogien für die exceptionelle Uebertragung von obrigkeitlichen Rechten an Nichtpolizeiorgane vorhanden (z. B. an Thierärzte [Viehseuchengesetz u. Ausführungsgesetz dazu], Gewerbeaufsichtsbeamte [§. 139 b der Gewerbeordnung] u. s. w.; die betreffenden Bestimmungen werden in der Begründung angeführt.).

. . . . . Wenn der Gesetzgeber es für nöthig erachtet hat, von dem Grundsatze, dass zum Erlasse polizeilicher Verfügungen nur die Polizeibehörden zuständig sind, auf dem Gebiete der Viehseuchebekämpfung eine Ausnahme zu machen, so wird man der Zulassung einer gleichen Ausnahme zum Schutze der Gesundheit der Menschen die Berechtigung gewiss nicht versagen können.

Von welcher Art die zu treffenden Anordnungen sind, richtet sich nach der Beschaffenheit des Einzelfalles und muss der pflichtgemässen Beurtheilung des Kreisarztes überlassen werden.

Die im Absatz 2 enthaltene Vorschrift schafft eine durch die Sicherheit des Verfahrens bedingte zuverlässige Rechtsgrundlage und beruht auf dem Bedürfnisse, ein unzweideutiges, formales Unterscheidungsmerkmal zu besitzen, zwischen den mit strafgesetzlich geschützter Wirkung versehenen eigentlichen polizeilichen Anordnungen des Kreisarztes und blossen Rathschlägen oder sonst unpräjudizirlichen Meinungsäusserungen des Sachverständigen (vgl. auch Entsch. des Reichsgerichts in Strafs. B. 12, S. 439). Aus diesem Grunde verlangt der Entwurf für die kreisärztlichen Anordnungen der ersten Kategorie die Beobachtung der schriftlichen oder protokollarischen Form und versagt blos mündlichen Weisungen des Kreisarztes die Eigenschaft unmittelbar rechtsverbindlicher Anordnungen.

Nach der Bestimmung im Absatz 3 hat der Kreisarzt dem Landrathe und der Ortspolizeibehörde die getroffenen Anordnungen sofort mitzutheilen; finden die Anordnungen nicht die Zustimmung der an sich zuständigen Behörde, so ist dieselbe berechtigt, die Anordnung aufzuheben oder durch eine anderweitige Verfügung zu ersetzen.

Die Strafandrohung im Absatz 4 steht im Zusammenhange mit der Vorschrift des §. 327 des Strafgesetzbuches, welcher bestimmt:

„Wer die Absperrungs- oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, wissentlich verletzt, wird mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft.

Ist in Folge dieser Verletzung ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen worden, so tritt Gefängnisstrafe von drei Monaten bis zu drei Jahren ein."

Diese Vorschrift ist auf die in derselben näher bezeichneten Anordnungen

der zuständigen Behörden beschränkt und nur anwendbar, wenn eine wissentliche Verletzung derselben vorliegt. Letztere setzt sowohl die Kenntniss von der ergangenen Anordnung, als auch das Bewusstsein, dass dieselbe durch die Handlung verletzt wurde, voraus. Die Strafbarkeit ist also ausgeschlossen, wenn der Thäter irrthümlich — mag auch der Irrthum ein unentschuldbarer gewesen sein — angenommen hat, durch seine Handlung nicht gegen die polizeiliche Anordnung zu verstossen.

Die grossen Gefahren, mit welchen jede Verletzung der vorläufigen Anordnungen des Kreisarztes für die nähere und weitere Umgebung des Thatortes verbunden ist, erfordern eine Strafbestimmung auch für diejenigen Fälle, in welchen

1. Anordnungen in Frage kommen, welche andere, als die im §. 327 Absatz 1 des Strafgesetzbuchs aufgeführten Massregeln betreffen,
2. eine zwar vorsätzliche, aber ohne Kenntniss der ergangenen Anordnung erfolgte Verletzung vorliegt, sowie wenn die Zuwiderhandlung auf Unachtsamkeit, Vergesslichkeit, Fahrlässigkeit beruht.

Diese ausserhalb des Rahmens des §. 327 St.-G.-B. liegenden Fälle mit Strafe zu treffen, ist der Zweck der Bestimmung des Entwurfs. Da die Landesgesetzgebung zur strafrechtlichen Regelung dieser reichsgesetzlich nicht geregelten Thatbestände für zuständig zu erachten ist, kann einem begründenden Zweifel nicht unterliegen.

§. 8.

Ueber die Bedeutung des Wortes „Gerichtsarzt“ vergl. §§. 73 Abs. 2, 75, 87 der Strafprozessordnung, und §§. 404 Abs. 2, 407 der Zivilprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 20. Mai 1898.

Die bisherige Verbindung der gerichtsärztlichen und kreisärztlichen Geschäfte in einer Person hat sich praktisch durchaus bewährt und Unzuträglichkeiten nicht hervorgerufen. Es ist kein ausreichender Anlass gegeben, die Verbindung zu lösen und der vereinzelt erhobenen Forderung nach Anstellung besonderer Gerichtsärzte stattzugeben.

Die im Absatz 2 vorgesehene Ausnahme wird sich insbesondere für einzelne Grossstädte als zweckmässig erweisen, in welchen zum Theil auch schon jetzt die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen gerichtlichen Stadtphysikern übertragen ist.

Die Vergütung für die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte bestimmt sich nach den hierüber bestehenden Vorschriften.

§. 9

spricht im Absatz 1 für jede Gemeinde mit mehr als 5000 Einwohnern die obligatorische Bildung einer Gesundheitskommission aus. Es macht dabei keinen Unterschied, ob eine Stadt- oder Landgemeinde in Frage steht. Die Verhältnisse in grösseren ländlichen Gemeinden sind denen der Städte meist so gleich geartet, dass kein Grund verliegt, sie hinsichtlich der Einrichtung des Gesundheitswesens anders zu behandeln, als die Städte von gleicher Einwohnerzahl.

Es erscheint zweckmässig und entspricht auch den für die Errichtung von Sanitätskommissionen geltenden Bestimmungen des Regulativs vom 8. August 1835, als Grenze zwischen der obligatorischen und fakultativen Bildung eine Einwohnerzahl von 5000 als massgebend anzunehmen.

Es ist bereits in dem allgemeinen Theile der Begründung hervorgehoben, dass es sich bei dem Mangel einer geeigneten Grundlage in den Landgemeinde-Verfassungsgesetzen empfiehlt, bei ländlichen Gemeinden dem Landrathe die Ermächtigung zu ertheilen über die Zusammensetzung, die Mitgliederzahl und den Geschäftsgang der Kommission zu befinden.

Die Bestimmung im Absatz 4 sichert dem Kreisarzte neben der Befugniss der jederzeitigen Zusammenberufung der Gesundheitskommission das Recht auf Theilnahme an ihren Sitzungen und findet in den Aufgaben der letzteren ihre Begründung.

Dem Kreisarzte ausser dem vollen Stimmrechte auch den Vorsitz in der Kommission zu übertragen, würde eine weitergehende Abweichung vom geltenden Rechte enthalten, welche durch sanitäre Bedürfnisse nicht gefordert wird.

§. 10

beschäftigt sich mit den Aufgaben der Gesundheitskommission, deren Schwerpunkt in der Unterstützung der Massnahmen der Polizeibehörde, der Begutachtung gesundheitlicher Fragen und in der Anregung von Neuerungen, Verbesserungen u. s. w. auf sanitärem Gebiete erblickt wird. Eine Hauptaufgabe der Kommissionen, insbesondere der städtischen Kommissionen, wird es sein, bei Feststellung des Ausbruchs ansteckender Krankheiten, bei ihrer Abwehr und Unterdrückung der Polizeibehörde unterstützend und rathend zur Hand zu gehen und die zu diesem Zwecke erforderlichen Besichtigungen und Lokaluntersuchungen vorzunehmen.

§. 11.

Es kann der Zweifel entstehen, ob die hier vorgesehene Anhörung der Gesundheitskommission gegenüber der Vorschrift im §. 6, welche auch schon die Anhörung des Kreisarztes anordnet, nicht für entbehrlich zu erachten ist. Dieser Zweifel ist berechtigt, sofern es sich um den Erlass von Polizeiverordnungen für den ganzen Kreis handelt, indem hier die Anhörung sämmtlicher Gesundheitskommissionen des Kreises weder erforderlich, noch auch ohne schädigende Weiterungen ausführbar erscheint. Steht dagegen der Erlass einer Polizeiverordnung für einen oder für mehrere Ortspolizeibezirke in Frage, so hat die örtliche Gesundheitskommission einen begründeten Anspruch darauf, dass bei dem Erlasse einer für ihren Bezirk bestimmten Polizeiverordnung sanitärer Natur die Einholung ihrer gutachtlichen Meinungsäusserung nicht unterlassen werde; auch erscheint ihre Mitwirkung um desswillen sachlich begründet, weil bei dem Erlasse von Polizeiverordnungen, welche das Gesundheitswesen betreffen, neben dem medizinisch-technischen Momente vielfach auch die thatsächlichen Verhältnisse und Einrichtungen der Gemeinden von massgebender Bedeutung sein können. Diese Verhältnisse können so beschaffen sein, dass sie geplante Polizeiverordnungen bald als entbehrlich erübrigen, bald als unausführbar verbieten; in anderen Fällen erscheint es mit Rücksicht auf den thatsächlichen Stand der Dinge billig und angemessen, zur Vermeidung übergrosser Härten bei der Durchführung des polizeilichen Gebots oder Verbots gewisse Rücksichtnahmen und Milderungen eintreten zu lassen. Die richtige Informationsquelle nach dieser thatsächlichen Seite findet der Landrath bezw. die Ortspolizeibehörde bei den orts- und sachkundigen Mitgliedern der Gesundheitskommission, weshalb es sich empfiehlt, die Ortspolizeibehörden auch zur Anhörung dieser Kommission zu verpflichten.

§. 12.

Die einfacheren Verhältnisse in den kleinen Städten und Landgemeinden lassen das Bedürfniss nach einem ständigen Gesundheitskollegium weniger in den Vordergrund treten; jedenfalls wäre ein solches Organ für das platte Land in vielen Fällen entbehrlich und in kleinen Gemeinden schon wegen Mangels geeigneter Persönlichkeiten auch seine Bildung schwer durchführbar. Es empfiehlt sich, die Einrichtung in kleinen Städten und Landgemeinden nur da einzuführen, wo ein Bedürfniss dafür vorliegt und dieselbe praktisch möglich ist. Sind diese Voraussetzungen gegeben, so ist es unbedenklich, für Stadtgemeinden dem Regierungspräsidenten das Recht einzuräumen, die Bildung der Gesundheitskommission anzuordnen. In Landgemeinden wird dieses Recht zweckmässig dem Landrathe im Einvernehmen mit dem Kreisausschusse beigelegt.

Von diesen Ausnahmen abgesehen, hat der Entwurf für diese Gemeinwesen nur die fakultative Bildung einer Gesundheitskommission in's Auge gefasst.

§. 14.

Die Thätigkeit der Kreiswundärzte ist, falls sie nicht als Stellvertreter der Physiker eintreten, nur eine gerichtsärztliche und beschränkt sich darauf, bei gerichtlichen Leichenuntersuchungen in Gegenwart des Physikus die Sektion auszuführen und die praktischen Handleistungen zu besorgen.

Die Zweitheilung der Kreismedizinalbeamtenstellen in die des Physikus und die des Kreiswundarztes ist noch eine Hinterlassenschaft aus jener Zeit, in welcher die innere Medizin und die Chirurgie als ein Höheres und ein Niederes sich gegenüber standen und durch zwei ihrer ganzen Entwickelung und Ausbildung nach verschiedene Kategorien von Praktikern ausgeübt wurden. Mit

der Einführung einer einheitlichen Ausbildung für alle Aerzte ist der Unterschied zwischen Arzt und Wundarzt beseitigt und damit dem Institute der Kreiswundärzte die wissenschaftliche Berechtigung entzogen. Dazu kommt, dass die Vorschrift des §. 87 der Strafprozessordnung für die richterliche Leichenöffnung von der Zuziehung eines Wundarztes absieht, indem sie bestimmt, dass die Leichenöffnung „im Beisein des Richters von zwei Aerzten, unter welchen sich ein Gerichtsarzt befinden muss" vorzunehmen sei. Damit hat das Institut des Kreiswundarztes bezw. eines zweiten Kreismedizinalbeamten auch die gesetzliche Grundlage seiner Berechtigung verloren.

Hiernach kann es keinem begründeten Bedenken unterliegen, die Aufhebung des Instituts der Kreiswundärzte, über dessen Entbehrlichkeit keine Meinungsverschiedenheit besteht, auszusprechen.

§. 15.

Die Regelung entspricht im Allgemeinen den Grundsätzen, welche auch bei der Organisation der Behörden der Eisenbahn- und der allgemeinen Landesverwaltung zur Anwendung gebracht sind.

Selbstverständlich ist es, dass die zur Verfügung des Ministers verbleibenden Beamten verpflichtet sind, sich auch der zeitweiligen Wahrnehmung solcher Aemter zu unterziehen, zu deren dauernder Uebernahme sie verbunden sein würden. Erfolgt die Beschäftigung ausserhalb des Orts ihrer letzten Anstellung, so erhalten sie die gesetzmässigen Reisekosten und Tagegelder.

Der gegenwärtige Mangel der Pensionsberechtigung der Kreismedizinalbeamten macht es nötig, über die Höhe der Pension derjenigen Medizinalbeamten, welche nach Ablauf des fünfjährigen Zeitraumes in den Ruhestand treten, besondere Bestimmung zu treffen. Es erscheint angemessen, entsprechend dem bei der Umgestaltung der Behörden der Eisenbahn- und allgemeinen Landesverwaltung beobachteten Verfahren auch in dem vorliegenden Falle den nicht verwendeten Beamten eine Pension von drei Viertel ihrer Besoldung zu gewähren.

§. 17

behält die Bestimmung über den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes Königlicher Verordnung vor, da der Zeitpunkt, bis zu welchem die Vorarbeiten zur Ausführung des Gesetzes beendet sein werden, sich mit Sicherheit nicht bestimmen lässt, und überträgt zugleich die Ausführung des Gesetzes dem Minister der Medizinalangelegenheiten, welcher die zu diesem Zwecke erforderlichen Anordnungen, soweit das Ressort des Finanzministers oder des Ministers des Innern betheiligt ist, in Gemeinschaft mit diesen zu erlassen haben wird.

Vergleicht man den vorstehenden Gesetzentwurf mit demjenigen, der im vorigen Jahre sämmtlichen Königlichen Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten zur Aeusserung vorgelegen hat,[1]) so findet man im Allgemeinen nur wenige Aenderungen, von denen ausserdem nur eine einzige und zwar diejenige betreffs der Bestimmungen über die Gesundheitskommissionen (s. später) als wirkliche Verbesserung gelten kann, während alle übrigen mehr oder weniger das Gegentheil bedeuten.

Dass der Gesetzentwurf keine Reform unseres Medizinalwesens an Haupt und Gliedern, sondern nur eine solche der Lokalinstanz bringen würde, darüber konnte man nach den früheren Erklärungen vom Ministertische und nach der betreffenden Erklärung in der Thronrede nicht zweifelhaft sein. Mit dieser Einschränkung hätte man sich auch zufrieden geben können, wenn nur der von den früheren Grundzügen übrig gebliebene bescheidene Rest der Reform wenigstens den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege und den Wünschen der betheiligten Medizinal-

[1]) S. Nr. 11 der Zeitschr., Jahrg. 1898, S. 324.

beamten Rechnung getragen hätte. Dies ist aber leider bei dem vorliegenden Entwurfe nicht der Fall; denn wenn er auch für den jetzigen Medizinalbeamten eine Aufbesserung der materiellen Stellung durch Erhöhung der Besoldung und Anerkennung der Pensionsfähigkeit, ein grösseres Mass von Bewegungsfreiheit und beschränkte obrigkeitliche Anordnungsbefugnisse sowie eine Angliederung an die Organe der Selbstverwaltung bringt, so wird doch an dem Grundsatz festgehalten, dass die Stellung des Kreisarztes auch künftighin eine nebenamtliche sein und dieser, wie in der Begründung ausdrücklich betont wird, auch ferner zu denjenigen Staatsbeamten gehören soll, deren Zeit und Kräfte durch die ihnen übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden. In unserer Besprechung des letzten Entwurfs hatten wir die Ansicht vertreten, dass derselbe in seiner allgemein gehaltenen Fassung, bei der alle spezielleren Bestimmungen über die amtliche Stellung und die Gehaltsverhältnisse der Kreisärzte fortgeblieben sind, eine geeignete Grundlage für den weiteren Ausbau unserer Medizinalwesens bilde, und dass ihn, wenn die Aufgaben und Gehaltsverhältnisse der künftigen Kreisärzte in ähnlicher Weise wie im Königreich Sachsen oder Grossherzogthum Hessen geregelt würden, voraussichtlich auch diejenigen freudig begrüssen würden, die in ihm eine Reform an Haupt und Gliedern sowie vor allem die in den Grundzügen vorgesehene volle Beamtenstellung des Kreisarztes mit all ihren Konsequenzen vermissen. Nachdem wir jetzt die Begründung des Entwurfs kennen gelernt haben, müssen wir leider die Hoffnung aufgeben, dass er thatsächlich einen bedeutungsvollen Schritt auf dem Wege der angestrebten Medizinalreform darstellt und den Medizinalbeamten eine Stellung giebt, die ihnen ein wirksames Eingreifen zur Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse gestattet und sie der Nothwendigkeit enthebt, mit den übrigen Aerzten in gleicher Weise wie bisher konkurriren zu müssen. Wir wollen die viel umstrittene Frage des strikten Verbotes der ärztlichen Privatpraxis für den Kreisarzt hier nicht wieder von Neuem erörtern; denn sie ist für die Entscheidung der Frage über die künftige Gestaltung seiner Stellung nicht von so einschlagender Bedeutung, wie das von vielen Seiten angenommen wird, vorausgesetzt, dass seine Dienstobliegenheiten nur den öffentlichen Interessen und den Forderungen des Allgemeinwohls entsprechend geregelt werden, da dann sich die Ausübung einer ärztlichen Thätigkeit seitens des Kreisarztes von selbst verbietet. Leider steht aber eine solche Regelung nach dem jetzigen Entwurfe und der diesem beigegebenen Begründung nicht zu erwarten; wird doch hier die Erhebung des Physikus zur Vollbeamtenstellung ausdrücklich nicht als ein durch die sanitären Rücksichten ausreichend begründetes Bedürfniss anerkannt; da ein so weit gehender Eingriff in die bestehende Organisation nicht am Platze sei, eine Ansicht, die jedoch durch die in der Begründung zutreffend geschilderten Mängel der jetzigen Stellung der Kreisphysiker in schlagendster Weise widerlegt wird. Dass ein Kreisarzt, der nur

einigermassen den ihm im §. 5 des Gesetzentwurfs gestellten Aufgaben gerecht werden will, noch nebenher eine nennenswerthe ärztliche Thätigkeit ausüben kann, halten wir für ausgeschlossen; wenn daher in der Begründung mit Recht verlangt wird, dass er in erster Linie seine Zeit und Arbeitskraft seiner amtlichen Thätigkeit zuzuwenden hat, so muss man auch die dieser Forderung entsprechenden Konsequenzen ziehen, d. h. die Stellung des Kreisarztes zu einer hauptamtlichen und dementsprechend besoldeten machen. Geschieht dies nicht, so läuft die ganze Reform auf eine geringe Gehaltserhöhung mit Gewährung der Pensionsberechtigung hinaus, während im Uebrigen mehr oder weniger Alles beim Alten bleibt, insbesondere auch das jetzige Missverhältniss zwischen geforderter Arbeitsleistung und entsprechender Entgeltung; denn die erstere wird voraussichtlich in weit höherem Masse als die letztere steigen. Auffallender Weise schweigt sich die Begründung über die Gehaltsverhältnisse der künftigen Kreisärzte völlig aus; denn es wird nur von einer Aufbesserung der materiellen Stellung durch Erhöhung der Besoldung bezw. von einer Einstellung erhöhter Remunerationsbeträge in den Staatshaushaltsetat gesprochen, und dabei stets der Zusatz gemacht: „soweit erforderlich". Ueber die künftige Mindest- und Höchstgrenze des Gehaltes, bezw. ob und inwieweit die den Kreisärzten belassenen amtsärztlichen Gebühren pensionsberechtigt sind u. s. w., bringt der Entwurf dagegen keine Andeutung; nach seiner ganzen Tendenz wird man aber in dieser Hinsicht nur sehr bescheidene Hoffnungen hegen, wird doch den künftigen Kreisärzten nicht einmal Wohnungsgeldzuschuss gewährt, und von einem angemessenen Dienst- und Bureauaufwand steht keine Silbe in der Begründung. Es ist daher auch nicht zu verwundern, dass der Gesetzentwurf bisher noch in keiner Fach- oder politischen Zeitung eine günstige Aufnahme gefunden hat, selbst die „Deutsche medizinische Wochenschrift" hat es nicht fertig gebracht, eine Jubelhymne darüber anzustimmen! Jedenfalls dürften die Medizinalbeamten sowohl, als die praktischen Aerzte mit wenigen Ausnahmen von der vorgeschlagenen Umgestaltung der Lokalinstanz wenig erbaut sein und der Nationalzeitung beistimmen, die in einer Besprechung des Entwurfs (siehe Nr. 201, Morgenausgabe vom 25. März d. J.) ihr Urtheil dahin zusammenfasst:

„Hiernach soll der Kreisarzt nach wie vor auf die Privatpraxis angewiesen sein und auch in Zukunft der Konkurrent der Privatärzte bleiben. Die aus seiner Stellung als Medizinalbeamter und als Erwerb suchender Privatarzt sich ergebenden Schwierigkeiten werden ihm somit auch fernerhin nicht erspart bleiben und auch in Zukunft wird er in das Dilemma gerathen, sich entscheiden zu müssen, ob er das Interesse der Gesammtheit wahren und seine eigenen Privatinteressen schädigen, oder ob er zunächst an seine privaten Interessen denken soll unter Hintansetzung derjenigen der öffentlichen Gesundheitspflege. Noch haben unsere beamteten Aerzte es stets verstanden, dem Gebote der Pflicht zu gehorchen, selbst unter Beeinträchtigung ihrer privaten Interessen; indessen kann man es ihnen sehr wohl nachfühlen, wenn sie vom Staate fordern, dass er sie vor so peinlicher Lage bewahre. . . . . Die den künftigen Kreisärzten zugedachte Gehaltserhöhung wird, wenn sie überhaupt eine nennenswerthe wird, wenig ins Gewicht fallen, denn dafür wird ihnen das Doppelte und Dreifache der bisherigen Amtsgeschäfte aufgebürdet werden. Trotzdem wird aber die

staatliche Beaufsichtigung und Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse, der hygienischen Einrichtungen, die auch auf dem Lande Noth thut, bei der neuen Ordnung nicht in dem erwünschten Masse durchgeführt werden . . . . . Von einer durchgehenden Medizinalreform, auf welche die Aerzte seit Jahrzehnten gehofft hatten, ist keine Rede und es gehört viel Optimismus dazu, den einzigen Fortschritt in der Umgestaltung der unteren Instanz der Medizinalverwaltung als Abschlagszahlung auf eine künftige Medizialreform anzusehen."

Was die Einzelheiten des Gesetzentwurfes anbetrifft, so können wir in dieser Hinsicht auf unsere früheren Ausführungen in Nr. 11 der Zeitschrift (Jahrg. 1898) Bezug nehmen und uns lediglich auf eine solche der sachlichen Abänderungen beschränken, die der jetzige Entwurf gegenüber dem damals vorliegenden zeigt.

§. 1 hat im Absatz 2 durch den Zusatz „in Stadtkreisen der Polizeibehörde" insofern eine zweckmässige Erweiterung erfahren, als dadurch jeder Zweifel gehoben wird, dass der Kreisarzt in Stadtkreisen der technische Berather der Königlichen bezw. städtischen Polizeiverwaltungen ist. Ob dagegen der neue Absatz (4) über die Stellvertretung des Kreisarztes nothwendig ist, muss bezweifelt werden; diese Frage wird weit zweckmässiger durch die Ausführungsbestimmungen als durch das Gesetz geregelt.

Dass die frühere Vorschrift, wonach zur Anstellung des Kreisarztes der Erwerb der medizinischen Doktorwürde nicht mehr für nothwendig erachtet wurde, jetzt in §. 2 fallen gelassen ist, kann nicht als Verbesserung des Entwurfes und der dafür in der Begründung angeführte Grund, dass dieses Erforderniss seitheriges Recht sei, nicht als stichhaltig angesehen werden; wenn eine Anforderung entbehrlich ist, und das ist für die Stellung des Kreisarztes die Doktorwürde, dann soll man sie nicht mehr aufrechthalten, besonders wenn damit noch grosse Kosten für den Betheiligten verbunden sind. Ueberhaupt dürfte es sich empfehlen, als Vorbedingung für die Anstellung des Kreisarztes im Gesetz nur die Approbation als Arzt und das Bestehen der kreisärztlichen Prüfung zu verlangen, alle übrigen Anforderungen aber in der demnächst zu erlasssenden Prüfungsordnung zu fixiren. Die Forderung unter Nr. 4 (Ablauf eines angemessenen Zeitraumes nach der Approbation als Arzt) hat z. B. gar keinen Werth; denn damit ist doch lange nicht der Beweis gebracht, dass der betreffende Kandidat auch wirklich. wie die Begründung fordert, auf Grund einer mehrjährigen Thätigkeit im ärztlichen Berufsleben. die für das Amt eines Kreisarztes unentbehrlichen praktischen Kenntnisse und Lebenserfahrungen besitzt. Ausserdem ist unseres Erachtens zur Anstellung als Kreisarzt nicht bloss eine längere ärztliche Berufsthätigkeit, sondern mit Rücksicht auf die verantwortungsvolle amtliche Stellung auch eine längere praktische Vorbereitungszeit für diese speziell erforderlich, wie solche für alle Beamte vorgeschrieben und erst vor Kurzem noch für die Gewerbeaufsichtsbeamten eingeführt ist. Aber, wie gesagt, die nähere Normirung der Anforderungen bleibt besser der Prüfungsordnung überlassen, und wenn in dieser der Schwerpunkt weniger auf die Beherrschung feinerer bakteriologischer und chemischer Methoden, als auf gründliche, durch eigene Anschauung gewonnene Kenntnisse in der allgemeinen und ganz besonders in

der praktischen Hygiene gelegt wird, so kann man sich damit nur einverstanden erklären.

Bei dieser Gelegenheit können wir nicht umhin, den Vorwurf, der ungenügenden hygienischen Vorbildung und des ungenügenden Masses von Sachverständniss, der in der Begründung den „meisten“ Physikern gemacht wird, entschieden zurückzuweisen; wie dies bereits früher von uns wiederholt geschehen ist. Trotz ihrer kärglichen Besoldung und trotz ihrer äusserst beschränkten amtlichen Bewegungsfreiheit haben sich die preussischen Medizinalbeamten stets bemüht, auch nach der praktischen Seite hin den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege, selbst unter Hintansetzung ihrer Privatinteressen, gerecht zu werden und stehen in dieser Hinsicht hinter den beamteten Aerzten keines Bundesstaates zurück. In gewissen, uns wohl bekannten Kreisen wird diese Ansicht allerdings nicht getheilt; würden diese Herren aber selbst einmal in die Stelle eines preussischen Kreisphysikus versetzt, dann würden sie sicherlich sehr bald eines Besseren bekehrt werden. Nicht ein „grosser“ Theil der Mängel unseres öffentlichen Gesundheitswesens ist auf die mangelhafte Vorbildung u. s. w. der Kreisphysiker zurückzuführen, sondern, wenn überhaupt, so doch nur ein verschwindend kleiner Theil. Die Ursache jener Mängel ist vielmehr fast ausschliesslich auf die Unzulänglichkeit der bisherigen Stellung der Kreisphysiker zurückzuführen, und das sollte nicht bemäntelt, sondern im Gegentheil so scharf als möglich hervorgehoben werden.

§. 2 bringt am Schluss noch eine Neuerung: Die eventuelle Ernennung des Kreisarztes durch den Oberpräsidenten aus Gründen der Dezentralisation, wie es in der Begründung heisst. Schon die blosse Möglichkeit der Uebertragung einer solchen Befugniss auf den Oberpräsidenten wird bei den Medizinalbeamten sicherlich die gleiche Entrüstung hervorrufen, als wenn man sie den Landräthen subordiniren wollte. Bis jetzt hat der Oberpräsident nur das Recht subalterne Beamte zu ernennen, und dass ihm jemals die Befugniss eingeräumt werden könnte, höhere Beamte erster Instanz anzustellen, daran dürfte wohl kaum zu denken sein; denn es würde gleichbedeutend sein mit einer Degradation dieser Beamten, während es doch nicht nur im Interesse der Beamten selbst, sondern auch im öffentlichen Interesse liegt, ihre Stellung zu heben. Deshalb muss entschieden dagegen Verwahrung eingelegt werden, dass bei der Anstellung der Kreisärzte in dieser Hinsicht ein Versuch gemacht werden könnte!

§. 3 ist unverändert geblieben und bereits vorher besprochen. Im §. 4 ist die Möglichkeit vorgesehen, dass einzelne Theile eines Kreises einem benachbarten Kreisarztbezirk zugeschlagen werden können; ob sich eine solche Zerstückelung eines Kreises empfiehlt, muss mit Rücksicht auf eine möglichst einheitliche Bearbeitung des Gesundheitswesens sehr bezweifelt werden.

Die §. 5—8 sind völlig unverändert geblieben, nur im §. 7 Abs. 3 ist ein zweckmässiger Zusatz gemacht, wonach die vorläufig

von dem Kreisarzt getroffenen Anordnungen so lange in Kraft bleiben, bis von der zuständigen Behörde (Ortspolizei oder Landrath) anderweitige Verfügung getroffen wird. Treten Meinungsverschiedenheiten auf, so müsste die Entscheidung der Aufsichtsbehörde angerufen werden.

Der Abschnitt über die Gesundheitskommissionen (§§. 9 bis 12) weist insofern eine wichtige und entschieden als wesentliche Verbesserung zu betrachtende Aenderung auf, als der Kreisarzt in der Gesundheitskommission nicht mehr den Vorsitz führen, wohl aber das Recht besitzen soll, dieselbe jeder Zeit einzuberufen. Nicht minder wichtig ist die Bestimmung, dass auch in Landgemeinden mit 5000 Einwohner Gesundheitskommissionen obligatorisch gebildet werden soll, dagegen müssen wir es nach wie vor bedauern, dass in den übrigen Landgemeinden die Bildung einer Gesundheitskommission von dem Einverständnisse mit dem Kreisausschusse abhängig gemacht ist. Unseres Erachtens genügt es völlig, wenn dem Kreisausschusse das Recht der zuvorigen Anhörung eingeräumt wird; dagegen muss der Regierungspräsident unbedingt das Recht besitzen, im Aufsichtswege auch gegen den Willen des Landrathes und des Kreisausschusses die Bildung von Gesundheitskommissionen in Landgemeinden unter 5000 Einwohner anzuordnen.

Die Hoffnung, dass mit dem Institut der Kreiswundärzte auch das mindestens ebenso veraltete und überflüssige Institut der Provinzial-Medizinalkollegien zu Grabe getragen würde, ist leider nicht in Erfüllung gegangen. Durch ihre Beibehaltung hat der jetzige Gesetzentwurf gegen den früheren zweifellos eine Verschlechterung erfahren, die, wenn sie wider Erwarten auch von den gesetzgebenden Körperschaften beibehalten werden sollte, nur durch eine gründliche Reform jener Kollegien ausgeglichen werden kann.

Der von uns im Vorjahre ausgesprochenen Wunsch, dass bei Bemessung des Wartegeldes und der späteren Pensionirung nicht nur das bisherige Gehalt, sondern auch die sonstigen direkten Diensteinnahmen aus Gebühren bis zu einer bestimmten Höhe in Anrechnung gebracht werden möchte, hat sich leider nicht erfüllt. Die „Deutsche medizinische Wochenschrift“ sagt allerdings: „Angenehm berühren noch die von Wohlwollen zeugenden Bestimmungen des §. 15,“ als wohlwollend können aber doch nur solche Bestimmungen bezeichnet werden, die den Beamten noch etwas mehr gewähren, als was ihnen streng genommen rechtlich zusteht. Nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen kann aber ein Kreisphysikus gar nicht pensionirt, sondern nur im Disziplinarwege abgesetzt werden; er hat somit, wenn er bei dem Inkrafttreten des Gesetzes dienstlich nicht weiter verwendet werden soll, das Recht, nicht nur sein volles Gehalt bis zu einer anderweitigen Verwendung, sondern auch eine Entschädigung für sein sonstiges direktes dienstliches Einkommen zu beanspruchen. Nimmt man diesen rechtlichen Standpunkt ein, so wird man im Hinblick auf die Bestimmung des §. 15 kaum von einem Wohlwollen sprechen können. Man

denke sich doch nur in die Lage eines Kreisphysikus, der seine ärztliche Thätigkeit aufgegeben hat und seinen Lebensunterhalt lediglich aus den Einnahmen des Physikats deckt: soll der jetzt plötzlich mit dem Gehalt von 900 Mark zur Verfügung und später mit einer Pension von 675 Mark zur Ruhe gesetzt werden?! Wie mancher hochverdiente und langjährige Beamte würde dann thatsächlich in seinen alten Tagen noch auf fremde Unterstützung angewiesen sein, wenn er keine Privatvermögen besitzt! Hoffen wir, dass die gesetzgebenden Körperschaften den Entwurf nach dieser Richtung hin einer ebenso gründlichen, alle Härten vermeidenden Abänderung unterziehen werden, als in Bezug auf die nebenamtliche Stellung und dementsprechende Besoldung der künftigen Kreisärzte; denn sonst wird sich die ganze Reform als ein Danaergeschenk für die betheiligten Medizinalbeamten und als ein Schlag ins Wasser gegenüber den der Abhülfe dringend bedürftigen Missständen unseres öffentlichen Gesundheitswesens erweisen! Rpd.

Aus Versammlungen und Vereinen.

The sanitary institute Congress at Birmingham vom 27.—30. September 1898.

(Sanitary Record. Vol. XXII, Nr. 460—464.)

Der erste Tag war der Eröffnungsrede (inaugural adress) des „president of the congress“ J. Fayrer gewidmet. In den nächsten drei Tagen fanden die Sektionssitzungen statt. Folgende Sektionen waren vertreten: Municipal Representatives; Medical officers of health; Municipal und County engineers; Sanitary inspectors; Ladies; Sanitary science and preventive medicine section; The Engineering and Architecture section; The Physics, Chemistry and Biology section. Nahezu 1000 Delegirte waren anwesend.

Der Präsident betonte zunächst in seinem Vortrage, wie noch vor 50 Jahren das Publikum unwissend und abergläubisch hygienischen Fragen gegenübergestanden habe und auch die Behörden sich gleichgültig und widerstrebend verhielten. Seitdem seien aber grosse Erfolge errungen sowohl durch Belehrung der Bevölkerung wie durch grossartige hygienisch-technische Anlagen und eine umfassende hygienische Gesetzgebung. Von Gesetzen erwähnt er hierbei folgende: Public health act of 1875; Rivers-pollution preventive act of 1876; Public health (water) act 1878; Acts for housing the working classes 1885 und 1890; Infections diseases notification act 1880; Infections diseases prevention act 1890; Isolation hospitals act 1893. Die Gesetzgebung erstrecke sich heute nicht nur auf die übervölkerten grossen Städte, sondern auch auf das Land. Eine Folge dieser hygienischen Fürsorge sei die stetige Abnahme der prozentischen Sterbeziffer sowie eine Erhöhung des mittleren Lebensalters. Jedoch bleibe noch viel zu thun übrig. Immer noch werde die Luft verunreinigt durch Ofenrauch und chemische Dämpfe, werden die Flüsse verunreinigt durch unkontrolirte Abwässer der Industrie und die Nahrungsmittel verfälscht. Bezüglich der Wohnungen bestehen noch keine ausreichenden Bauvorschriften für die Ventilation, für die Isolirung der einzelnen Wohnungen als Mittel gegen die Ausbreitung epidemischer Krankheiten etc. Eine systematische und umfassende Entwicklung der hygienischen Gesetzgebung und Verwaltung sei aber nur möglich durch Schaffung eines selbstständigen Medizinalministeriums (minister of public health). Er führt dann an, wie wachsam man immer noch sein müsse gegenüber epidemischen Krankheiten, das zeige die grosse Ausbreitung der Pest in Indien. Das wichtigste Schutzmittel bleibe immer die Preventiv-Hygiene, die namentlich durch die Vorschriften bezüglich der Wohnungen sowie des zugehörigen Bodens für den Empfang solcher Krankheiten ständige Vorbereitung treffen müsse, um auftretende Krankheitsherde isoliren zu können und eine kontinuirliche Ausbreitung derselben durch Boden und Wohnungen, als wesent-

lichen Fortleitungsfaktoren, zu verhüten. Hierher gehöre auch die Zentralisirung der Trinkwasser-Kontrole durch Wasserleitungsanlagen, Vorschriften über Massenansammlungen von Menschen in Schule, Kirche etc.

Einen wesentlichen Fortschritt der hygienischen Bestrebungen verdanke man auch der genaueren, modernen Diagnose-Stellung. So habe man Scharlach und Diphtherie erst seit 1859 diagnostisch differenzirt. Den eigentlichen Typhus und gastrisches Fieber (enteric fever) differenzire man erst seit 1869. In Folge der genaueren Diagnose könne man auch die hygienischen Gegenmassregeln genauer anpassen. Gleiches verdanken wir den ätiologischen Forschungen eines Pasteur, Davaine, Koch, Lister, B. Saunderson, Sims, Woodhead etc. Es sei gewiss ein Effekt der heutigen hygienischen Vorkehrungen, dass manche der früher so gefährlichen Krankheiten jetzt meist nur in abgeschwächter Form auftreten resp. die bazillären Krankheitserreger sich nur zu abgeschwächten Keimen entwickeln.

Eine besondere hygienische Beachtung verdienen noch die chronischen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Malaria. Der Charakter der Krankheit ist hier vielfach ein wandelbarer und gemischter, was zumeist durch äussere Umstände bedingt ist. Hier spielen deshalb die äusseren Lebensbedingungen (collateral conditions), Wohnung, Kleidung, Ernährung, Klima, Beschäftigungsart etc. unter Berücksichtigung der Disposition des Einzelnen eine wichtige Rolle. Die heutige Behandlung dieser Massenkrankheiten kommt diesen Anforderungen durch öffentliche, passend gelegene Sanatorien entgegen. Bei der Malaria habe man durch die vorzügliche Leitung des Sanitary department of the gouvernment of India ausgezeichnete Resultate erzielt; Drainage, Austrocknung und Kultivation des Bodens waren hierbei sehr wirksam. Der chronischen Krankheit entsprechen chronische Massregeln. Ebenso seien die schädlichen Folgen sozialer Verhältnisse entsprechend zu bekämpfen.

Der Vortragende giebt dann statistische Belege dafür, dass die Sterbeziffer in den grossen Städten sich relativ mehr verringert habe als auf dem Lande, was er auch als einen Erfolg moderner hygienischer Massnahmen bezeichnet; 1861—1870 war die Sterbeziffer für Städte 24,8 pro Tausend, für das Land 19,7 pro Tausend; 1891—1895 für Städte 19,5 pro Tausend, für das Land 17,3 pro Tausend. Dennoch warnt er vor zu starkem Zuzug vom Lande nach den Städten, da dann leicht die günstigen hygienischen Erfolgen gesteckte Grenze überschritten werden könne, zumal auch das Leben in den einfachen Verhältnissen auf dem Lande minder bemittelten Familien auf die Dauer mehr Befriedigung gewähre.

Die Zahl der Geburten habe sich dagegen aus verschiedenen Gründen in den letzten Jahren verschlechtert; 1876 war die Geburtsziffer noch 36,3 pro Tausend, in dem Quinquennium 1891—1895 nur 30,5 pro Tausend.

Ferner führt er statistische Belege für die modernen hygienischen Erfolge aus der Armee an. Die schrecklichen Verluste der Armee durch Krankheiten im Krimkriege führten zur Einsetzung einer Königlichen Kommission, um die Ursachen und Gegenmassregeln solcher Erscheinungen festzustellen. Wohnung, Kleidung, Beschäftigung etc. wurden jetzt einer wissenschaftlichen Kontrole unterstellt und entsprechenden Aenderungen unterworfen. Die sich ergebenden statistischen Veränderungen waren folgende: Die Mortalität in der europäischen Armee war 1830—1856 noch 56,70 pro Tausend, 1886 nur 15,8 und 1895 nur 15,2 pro Tausend. Rechnet man hiervon noch ab die Wirkungen epidemischer Krankheiten wie Cholera, Malaria, so kommt man herab auf 10 pro Tausend. In der Kolonialarmee, insbesondere bei den eingeborenen Truppen war die Verminderung der Mortalität in Folge ungünstiger Faktoren wie Klima, Race, religiöse Hindernisse etc. eine geringere.

In Indien starben 1892 bei einer Bevölkerung von 217 255 655 Menschen an Malaria 4 621 583, an Cholera 727 493, an Dysenterie 234 370, an Pocken 101 221. Malaria ist demnach bis jetzt die am schwierigsten hygienisch zu bekämpfende Krankheit in den tropischen Kolonien.

Zum Schluss betonte der Redner noch die Abhängigkeit materiellen Wohlstandes sowie des ethischen und aesthetischen Wohlbefindens der Bevölkerung von rationellen hygienischen Fortschritten.

In der „**sektion of municipal representatives**“ (Vertreter der Gemeindeverwaltung) sprach zunächst Dr. Sykes über „**Dwellings of the poor**“ (**Arbeiterwohnungen**). Er verlangt im Durchschnitt 400 Kubikfuss

Luft pro einen Erwachsenen in der Wohnung. Je mehr Luftraum in der Wohnung, desto weniger Phthise. Das dichte Zusammenleben in den Wohnungen sei die Hauptursache für die grosse Verbreitung dieser Krankheit.

Mr. P. Addie schliesst hieran seinen Vortrag „**The removal of insanitary areas and the management of improvement schemes under the housing of the working classes act**". Er erklärt es für einen grossen Fehler des Gesetzes über Arbeiterwohnungen, dass es den Exekutivbehörden so wenig Handhaben giebt, ungesunde und gefährliche Wohnungen zu schliessen. Um gute gesunde Bauplätze zu sichern und Einfluss auf die hygienischen Anforderungen an die Bauart der Wohnungen zu erhalten, müsse die Gemeinde selbst grosse Terrainankäufe machen und beim Verkauf an die Bauunternehmer diesen bestimmte hygienische Bedingungen für Anlage und Bau der Wohnungen vorschreiben. Auf dem Wege der Gesetzgebung könne man gegen die komplizirten Bauvorschriften der verschiedenen Gegenden nichts erreichen.

Für 4 s. 6 d. pro Woche (ca. 5 Mark) lasse sich eine gesunde, ausreichende Arbeiterwohnung, mit genügender Isolirung der einzelnen Wohnungen im Hause beschaffen. Wenn nöthig, müsse die Gemeinde Zuschüsse leisten, um die Miethe für Arbeiterwohnungen auf einem gegenüber dem normalen Tagelohn angemessenen Niveau zu erhalten. Das für eine Wohnung wissenschaftlich festgestellte, hygienische Minimum dürfe unter keinen Umständen ausser Acht gesetzt werden und müsse die Gemeinde als Ganzes für die Erhaltung desselben zur Förderung des Allgemeinwohls eintreten.

Parkes sprach dann über „**Public slaughterhouses**". Bei den öffentlichen Schlachthäusern habe in England die Gesetzgebung wenig Macht gegenüber den alten Lokalbestimmungen, die vielfach durch Interessenkreise beeinflusst seien. Er lobt dem gegenüber die grössere Macht der oberen Exekutivbehörden in Deutschland.

Ein weiterer Vortrag von Dr. Blyth lautet: „**The cleansing of persons act 1897.**" Die Betriebsunternehmer, welche grosse Mengen von Leuten beschäftigten und durch ständige Ansammlung von grossen Menschenmassen in ihren Betrieben leicht Gelegenheit zur Ausbreitung von Epidemien geben könnten, müssten zu gewissen ständigen, prophylaktischen Massregeln gesetzlich angehalten werden. Hierher gehörten vor Allem regelmässig zu benutzende Douchebäder, da gemeinschaftliche Bassinbäder eher Ansteckungen begünstigten; ferner Einrichtungen für Kleiderwechsel und Kleiderdesinfektion. Zu Zeiten von Epidemien seien derartige Einrichtungen durch die Behörde besonders streng zu kontroliren. In diesem Sinne müssten die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen ergänzt werden.

Weitere Vorträge handelten über „**Abfuhrsystem auf dem Lande**", sowie über das „**Verhältniss der Geistlichkeit zur praktischen Hygiene.**" Es wurde bedauert, dass die Verwaltungsbehörden so ungern darauf eingingen, die gerade bei hygienischen Verhältnissen so wesentliche Anpassung an besondere lokale Zustände zu gestatten, falls die allgemeinen Vorschriften solchen Anforderungen nicht entsprechen. Ferner war man der Ansicht, dass Niemand besser wie der Geistliche zur Belehrung in hygienischen Dingen gegenüber Erwachsenen geeignet sei bei seiner vielfachen persönlichen Berührung mit den Gemeindemitgliedern besonders als Landgeistlicher, dem auch die Kontrole der einzelnen Wohnungen, sowie hygienischer Ernährung etc. auf dem Wege des Privatverkehrs am leichtesten möglich sei.

In der „**section of medical officers of health**" hielt Dr. Mc. Vail einen Vortrag über „**the relations of the medical profession and the state; especially with regard to vaccinal legislation**". Durch das neue Impfgesetz, wonach die Impfung vom Familienoberhaupte für die Familie abgelehnt werden kann, falls es vor dem zuständigen Richter erklärt, dass es Gewissensgründe gegen die Impfung habe, sei jetzt schon eine erhebliche Abnahme der Impfungen eingetreten und eine noch grössere zu erwarten. Es sei sehr zu bedauern, dass diese Gewissensklausel des Impfgesetzes, wobei es hauptsächlich auf parlamentarischen Fang der Impfgegnerstimmen abgesehen war und die eine gemeingefährliche, parlamentarische Gewissenslosigkeit bedeute, in England habe Gesetzeskraft erlangen können. Man müsse mit allen Kräften die Aufhebung dieser Bestimmung zu erkämpfen suchen.

Fernere Vorträge handelten über **Arbeiterwohnungen, Sanitätsdienst auf dem Lande, Begräbnisswesen, Krankenhausreformen.** Bei In-

fektionsleichen müsse die Zeit zwischen Tod und Begräbniss auf 48 Stunden abgekürzt werden. Auch dürften solche Leichen nicht in Kapellen aufgebahrt werden, wo grosse Massenansammlungen stattfänden. Eine grosse Gefahr für Verbreitung von Krankheiten und schnelle Vertheilung in allen Stadttheilen böten ferner die starken Menschenansammlungen in den Wartezimmern der öffentlichen Kliniken und Polikliniken. So verkehrten in Birmingham im Jahre 1896 über 120000 Menschen in diesen Wartezimmern. Zu solcher übermässigen Benutzung öffentlicher Anstalten trage auch die unbeschränkte Gratisbehandlung vielfach bei, von der selbst gut situirte Leute Gebrauch machten. Letztere müsse man sowohl zu Gunsten der Unbemittelten, des Allgemeinwohls, wie auch der Aerzte hier fernhalten.

In der „**section of municipal and county engineers**" tritt Dr. Mr. Courcy bezüglich der **Bauhygiene** gegen das Hinterhaus-System (back to back houses) auf. In Manchester sei mit 2- bis 5stöckigen Wohnhäusern ohne Hinterhäuser bei guter Berücksichtigung bauhygienischer Anforderungen, besonderen Korridoren für die einzelnen Wohnungen, Beifügung eines Balkons zu den Wohnungen etc. eine durchaus genügende Rentabilität erzielt worden. Luftstagnationen, wie sie in den Höfen der Hinterhausbauten unausbleiblich wären, machten die Wohnungen in hohem Grade ungesund.

Mr. Flower besprach „**the ventilation of sewers and drains**". Der Kanalinhalt müsse an die Endstation befördert sein, ehe sich Zersetzungen und Gasbildungen einstellen; hierzu sei nöthig ein hinreichendes Gefälle. Die Einschaltung von Senkstellen für feste Körper sei deshalb möglichst zu vermeiden. Wo sie nöthig seien, müsste man wegen der hier stattfindenden Stagnation und gasförmigen Zersetzung des Kanalinhalts Ventilationsrohre anlegen. Diese müsse man an hohen Häusern möglichst hoch führen, um so den Gasen eine ungefährliche Entweichungsstelle oberhalb der Wohnungen zu geben.

Ferner wurde noch vorgeschlagen, das Fuhrwerk mit Pferden, wegen Verunreinigung des Strassenbodens, mehr und mehr durch Motorwagen zu ersetzen.

In der „**section of sanitary inspectors**" betonte Mr. West, wie sehr man in der **praktischen Hygiene** auf den guten Willen des Publikums angewiesen sei. Die Gesetzgebung könne hier niemals hinreichenden Zwang und Kontrole ausüben. Die Sanitätsinspektoren als Lokalbeamte müssten sich deshalb möglichst oft belehrend an das Publikum ihres Bezirks wenden, dasselbe über die Wichtigkeit einer guten Bodendrainage, der Hausventilation, guten Wassers, reichlichen Lichts, richtiger Ernährung und Kleidung etc. unterrichten und so den freien Willen desselben beeinflussen. Das Wort „Reinlichkeit" (cleanliness) müsse die hygienische Parole bilden.

Mr. Worrall hebt die Bedeutung des **sanitary institute** für die Ausbildung sowohl von männlichen, wie weiblichen Sanitätsinspektoren hervor.

Die „**section of ladies**" beschäftigte sich hauptsächlich mit der **Hygiene des Haushaltes** (**the influence of women in regard to household sanitation**) sowie der **Hygiene für Frauen und Kinder.** Eine rationelle Volksernährung hänge wesentlich von der Kochkenntniss der Frauen ab. Diese müsse durch Unterrichts-Gelegenheiten gefördert werden. Die zahlreichen Damenklubs könnten hier helfend eintreten und Geld und Zeit nützlich verwerthen für die minder begüterten Volksklassen. Indem sie so als höhere, aber auch zugleich als belehrende Stände aufträten, würden sie viel zur Minderung der sozialen Gegensätze beitragen und sich ihrer höheren Gesellschaftsstellung werth erweisen. Ebenso könnten genügend vorgebildete und zugleich gut situirte Frauen freiwilligen Unterricht ertheilen bezüglich der Kinderernährung, ersten Hülfeleistung bei Verletzungen etc. und sich dadurch einen dankbaren Beruf schaffen.

Bei der heutigen Bauweise, wo es noch keine genügenden Vorschriften gäbe, um ausreichenden Hof- und Gartenraum für die Bewohner der Miethskasernen in den Grossstädten zu sichern, sei es unbedingt nöthig, dass die Gemeinde durch Anlage von Spielwiesen in den einzelnen Stadtbezirken den Kindern Gelegenheit biete, sich in staubfreier Luft und ausgedehntem Terrain tummeln zu können. Eine grosse Schädigung für die Kinder bestehe ferner darin, dass es den Eltern erlaubt sei, ihre Kinder an Abendvergnügungen oft bis spät in die Nacht hinein theilnehmen zu lassen, wodurch die kindlichen

Nerven wegen ihrer besonderen Empfindlichkeit oft dauernd geschädigt würden. Für Kinder müsse eine besondere Polizeistunde festgesetzt werden.

In der „**section of sanitary science and preventive medicine**" sprach Hill über „**Food preservatives**". Die wesentlichen Mittel für Konservirung und Verschönerung der Nahrungsmittel seien Räuchern, Salzen, Trocknen, Kälte, Zucker, Essig, Luftabschluss, antiseptisch-chemische Zusätze. Borsäure und ähnliche vielbenutzte Antiseptica seien ebenso wie den niederen auf die Dauer auch den höheren Organismen schädlich. Eine künstliche Verschönerung der Waare bedeute als künstliche Werthsteigerung einen Betrug, so lange der Käufer darüber nicht unterrichtet sei. Der Verkäufer müsse deshalb verpflichtet werden, auf einem dem Käufer sichtbaren Zettel mitzutheilen, in welcher Weise die Waare besonders präparirt sei. Die besten Konservirungsmittel seien diejenigen, welche auf chemische Zusätze verzichteten. Die hochentwickelte und raffinirte Kunst der Nahrungsmittelverschönerung müsse, da sie auf Gefährdung der Konsumenten wenig Rücksicht nehme und vom Publikum nicht kontrolirt werden könne, durch besondere öffentliche Organe beaufsichtigt werden. Insbesondere müsse dies geschehen bei der Kindermilch, wo es sich doch um unerfahrene und gänzlich wehrlose Kinder handele. Bei der Kindermilch müssten chemische Zusätze überhaupt verboten sein und sollte nur natürlich-reine Milch unter diesem Namen verkauft werden dürfen. Erwähnt wurden dann noch die vielen nicht ungefährlichen Mittel, welche in den Brauerzeitungen als Surrogate angeboten würden und reichlichen Absatz fänden. Hier könne nur der Staat helfen und zwar nicht nur durch Vorschriften, sondern durch Einrichtung ständiger, technischer Untersuchungsämter für Nahrungsmittelkontrole in den einzelnen Bezirken. Für die Fleischkontrole genüge die obligatorische Einführung von öffentlichen Viehhöfen verbunden mit Schlachthäusern, wo das Schlachtvieh in lebendem und geschlachtetem Zustande kontrolirt werden könne. Die Milchverkäufer müssten täglich eine Liste aufstellen und mit sich führen, worin die Abnehmer und die Lieferanten ihres Milchvorraths bezeichnet seien, um namentlich bei Epidemien bestimmte Nachforschungen und prophylaktische Massregeln zu ermöglichen. Bezüglich der Untersuchungsämter wurde zum Schluss eine zustimmende Resolution angenommen.

In der „**Engineering and architecture section**" sprach Smith in einem Vortrage „**The sanitary defects of rural districts**" über die Sorglosigkeit auf dem Lande, indem man oft Wasserläufe, welchen man Trinkwasser entnehme, durch die Dorfteiche leite, obgleich hier Pferde zum Baden hinausgetrieben würden und den Boden aufwühlten, Schafe gewaschen würden etc. Ferner tadelt er die Nähe der Aborte an den Brunnen, worüber noch keine allgemein gültigen Verbote beständen, die mangelhaften Wohnungen etc. Nur das beständige Leben im Freien verhüte hier häufigere schlimmen Folgen.

Cameron befürwortete in seinem Vortrage „**The protection of public water supplies by the purchase of the catchment areas**" das Expropriationsrecht beim Ankauf von Land, um das Grundwassergebiet einer Wasserleitung vor Verunreinigungen durch industrielle Anlagen etc. zu schützen, da hier ein öffentliches Interesse in Frage käme.

Manserch besprach in seinem Vortrage „**The Birmingham water scheme**" die für die Wasserversorgung von Birmingham angelegte Thalsperre im Elan-Thal. Die Berechnung des Regenfalls im zugehörigen Gebiet hat ergeben, dass die Zuflüsse für 75 Millionen Gallonen Tagesverbrauch ausreichen. Der Inhalt der angelegten Thalbassins könne einen Vorrath fassen, welcher $^1/_2$ Jahr lang reiche. Das Wasser müsse bis zur Stadt einen Weg von 24 Stunden zurücklegen; ein Tunnel von 74 engl. Meilen Länge bilde einen Theil dieses Weges, auf welchen Gebirge durchsetzt und Thäler überbrückt würden.

In der „**section of physics, chemistry and biologie**" kam der interessante Streit zum Austrag, ob der Chemiker oder der Medizinalbeamte massgebend sei für die Beurtheilung des Trinkwassers. Man kam zu dem Resultat, dass die Feststellung der Analyse Sache des Chemikers sei, dass aber das Urtheil über die Eigenschaften des Wassers in Beziehung zu Gesundheitsverhältnissen Sache des Medizinalbeamten sei ebenso wie die Brunneninspektion, Feststellung sonstiger lokaler Verhältnisse etc.

Es wird dann noch eine Resolution angenommen, dass der Unterricht

in der Hygiene in den Volksschulen obligatorisch sein müsse und dass in gleicher Weise wie bei der Gewerbeaufsicht auch eine Schulaufsicht durch Medizinalbeamte eingeführt werden müsse. Dr. Oebbecke-Einbeck.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Wesentliche Mitwirkung eines Unfalls (Zermalmung der rechten Hand durch ein Räderwerk, aus dem die Verletzte erst nach einer Viertelstunde befreit werden konnte) zur Entstehung oder Steigerung einer vornehmlich durch reissende Schmerzen im linken Arm und in beiden Beinen sich äussernden, schweren Hysterie. Obergutachten des San.-Rath Dr. Thiem in Kottbus vom 12. August 1898. (Im Auszug mitgetheilt.)

Hergang des Unfalls und bisheriger Krankheitsverlauf. Am 2. März 1892 gerieth Frau N. in der E.'schen Fabrik in Z. mit der rechten Hand in ein Räderwerk, wobei ihr die rechte Hand zerquetscht und die rechte Speiche gebrochen wurde. Sie sank dabei vor Schmerz und Schreck in die Kniee und musste in dieser Stellung wohl eine Viertelstunde zubringen, da früher die Räder nicht auseinander gebracht werden konnten. Es sei ihr schon damals, wie sie meint, der Schreck in die Beine gefahren, auch habe die lange knieende Stellung, mit der Hand in dem Räderwerk, sie so angegriffen, dass sie, als sie aus ihrer Lage befreit war, nicht gehen konnte, sondern aus der Fabrik herausgetragen werden musste.

Sie behielt auch das Gefühl der Schwäche und Schmerzen in den Beinen von den Knieen an abwärts. . . . . Im Jahre 1893 bekam sie einmal in der Fabrik einen Schlag mit der Welle an den linken Arm, setzte jedoch deswegen die Arbeit nicht aus. Sie erkrankte aber ausserdem in demselben Jahre an Kopfschmerzen, Ohren- und Nasenlaufen, weshalb sie 14 Tage zu Hause bleiben musste und wohl noch weitere vier Wochen schwerhörig war. Von Februar 1897 ab war sie wieder etwa ein Vierteljahr lang krank; neben dem Reissen in den Beinen bestand Appetitmangel und Kurzathmigkeit.

Eigene Wahrnehmungen. Frau N. ist eine mittelgrosse, magere, mit Kleidern 115 Pfund wiegende Person von leidendem Aussehen. Es fehlt ihr die rechte Hand vom Handgelenk an.

Die Schläfenschlagadern sind stark geschlängelt, die Wandungen der dem Gefühl zugänglichen Schlagadern sind in mässigem Grade verhärtet (beginnende Schagaderwandverhärtung = Arteriosklerose). Das Herz zeigt ebensowenig wie der Verdauungsapparat, die Athmungswerkzeuge und Harn- und Geschlechtswerkzeuge organische Veränderungen.

Nach der an zwei Tagen hintereinander früh nüchtern erfolgten Darreichung von 100 g Traubenzucker fand sich unter 6 Proben des einige Stunden nachher gelassenen Harns eine Spur von Zucker (positiver Ausfall der sogenannten alimentären Glykosurie).

In psychischer Hinsicht zeigt Frau N. ausser ihrem leidenden Gesichtsausdruck ein in Anbetracht ihrer Lage durchaus gefasstes Verhalten und legt weder bei den Beschreibungen ihrer Beschwerden grobe Uebertreibungen, noch bei den Nervenuntersuchungsarten, die ein beliebtes Simulationsgebiet sind, eine Unwahrheit, noch eine besondere Klagesucht an den Tag. Die Gehirnverrichtungen bieten keine Abweichungen von der Regel dar. Die Augen zeigen bis auf eine doch schon als krankhaft aufzufassende Einengung des Gesichtsfeldes keine Störungen. Ebenso erweisen sich der Geruchssinn und Geschmack unversehrt.

Beide Trommelfelle zeigen im hinteren Abschnitt Narben. Die Hörfähigkeit ist in mässigem Grade herabgesetzt. Der Weber'sche Versuch fällt positiv aus; gegen eine Erkrankung des inneren Ohres spricht auch das Fehlen von Störungen in der Erhaltung des Gleichgewichtes. Bei Augen- und Fussschluss tritt kein Schwanken ein.

Das Hautgefühl ist in allen seinen Arten regelrecht ausgebildet. Nur der Schmerzsinn zeigt auffallende, sehr bezeichnende Störungen. An beiden

Armen und Beinen, in fast symmetrischer Anordnung, fehlt an der Streckseite an bestimmten Stellen die Schmerzempfindlichkeit fast vollständig, so dass tiefe Nadelstiche nur als Berührung, nicht als Schmerz empfunden werden, ein Befund, der um so werthvoller und beweisender ist, da er bisher nicht erhoben bezw. eine darauf hinzielende Untersuchung noch nicht gemacht ist. Die Reflexe sind sämmtlich etwas erhöht, namentlich gilt dies von den Kniescheibenband- und Achillessehnenreflexen. Das Muskelgefühl ist unversehrt. Zittern von allgemeiner Ausbreitung ist nicht vorhanden. Nur die lose geschlossenen Augenlider zeigen leichtes Zittern.

Diagnose. Abgesehen vom glatten Verlust der rechten Hand, leidet Frau N. an beginnender Schlagaderwandverhärtung und an einem ziemlich schweren Grade von Hysterie, die sich in diesem Falle weniger wie sonst durch Störungen im seelischen Verhalten bemerkbar macht, das im Gegensatz zu der krankhaften Uebertreibungs- und Betrugssucht hysterischer Kranker, hier ein durchaus gefasstes und würdiges genannt werden muss.

Vielmehr wird die Hysterie hier erwiesen durch Zeichen, die einen geradezu objektiven Werth haben und daher als besonders beweisend für die Erkrankung, als sogenannte Stigmata der Hysterie gelten. Das sind vor allen Dingen die gegen Schmerz unempfindlichen Hautbezirke, die analgetischen Zonen, die Einschränkung des Gesichtsfeldes, die Erhöhung der Reflexe.

Weniger beweisend, aber immerhin bemerkenswerth ist die alimentäre Glykosurie. Auch die beginnende Arteriosklerose steht mit der Hysterie insofern in einem gewissen Zusammenhange, als sie, als ein Zeichen des frühzeitigen Gealtertseins, auf Ernährungsstörungen wie jene auf Schicksalsschläge vielfach zurückgeführt worden ist.

Mit dem Nachweise der Hysterie ist es aber gleichzeitig so gut wie erwiesen, dass die von Frau N. am linken Arm und hauptsächlich in beiden Beinen geklagten Schmerzen von ihr wirklich als solche empfunden werden, wenn wir auch die direkte anatomische Grundlage solcher bei der Hysterie sehr häufigen Nervenschmerzen vorläufig noch nicht kennen.

Schlusserörterungen über den etwaigen Zusammenhang der bei Frau N. vorhandenen Leiden und dem Unfall vom 12. März 1892. Dass der Verlust der rechten Hand von dem genannten Unfall abhängt und mit 70 Prozent genügend bewerthet ist, bedarf selbstverständlich keiner Erörterung. Es dreht sich vor Allem darum, ob die vorhandene Hysterie in einem ursächlichen Zusammenhange mit diesem Unfalle steht.

Mit Möbius und v. Strümpell bin ich der Ansicht und habe sie auch in meinem Handbuch der Unfallerkrankungen vertreten, dass da, wo nach Unfällen und der hierbei stattfindenden Schreckeinwirkung hinterher Nervenstörungen auftreten, „ein bereits minderwerthiges, durch Veranlagung oder später aufgetretene Ursache entartetes Nervensystem vorlag“. Denn „starke Naturen widerstehen, ohne zu wanken, dem geistigen Anprall“.

An sich würde also ein Unfall, wie der von Frau N. erlittene, gewiss nicht Hysterie neu erzeugt oder zum Ausbruch gebracht haben, wenn nicht schon ein hierzu vorbereitetes minderwerthiges Nervensystem bei ihr vorgelegen hätte. Diese Veranlagung war aber unzweifelhaft gegeben. Schon erblich scheint sie belastet zu sein, wenn auch nicht von den Eltern, sondern vielleicht von den Grosseltern her, von denen sie freilich nichts weiss. Aber es ist doch auffallend, dass zwei Brüder schweren Nervenkrankheiten erlegen sind und auch ein Kind der N. selbst an Krämpfen gestorben ist.

Weiter hat sie selbst eine Entwickelungshemmung durchgemacht, die nicht selten zur Hysterie führt. Die schon im 14. Lebensjahre begonnene Menstruation setzte vier Jahre aus. Später beginnt für sie ein Leben von Noth und Entbehrung, theilweise auch von Schande, die doch auch auf dem Seelenleben schwer lastet. Sie lebt Jahre lang — angeblich wegen Mittellosigkeit — mit ihrem späteren Manne in wilder Ehe und erst nach der Geburt zweier Kinder wird die Ehe legalisirt. Fünf Wochen nach dem Tode ihres Mannes schenkt sie dem fünften Kinde das Leben und hat nun für drei Kinder zu sorgen, da auch das älteste, nur so wie sie selbst, einen äusserst kargen Lohn verdienen kann. Später verliert sie auch diese Mitarbeiterin, die sich verheirathet. Dann kommt die schwere, Jahre lang dauernde Erkrankung ihres Sohnes.

Die Art, in Z. zu arbeiten, mag auch ihrem Körper nicht wenig zuge-

setzt haben, wenn man bedenkt, dass sie lange Wege zur und von der Arbeit machen musste und die Mittagspausen noch benutzte, um für andere Leute zu waschen. Trotzdem ernährte sie sich und die Ihren. Da traf sie das Unglück vom 12. März 1892, das ja an sich durch den körperlichen Schmerz und den Schreck erschütternd auf das Nervensystem wirken musste. — Sie sank, während ihre Hand zermalmt zwischen den Maschinentheilen festhaftete, in die Kniee, weil ihr die Kraft in den Beinen erlahmte, „der Schreck in die Glieder fuhr".

Wenn es wahr ist, dass sie eine Viertelstunde in dieser Stellung zubringen musste, ehe sie befreit wurde, welche Fülle von körperlichen und seelischen Qualen muss dann auf die Frau in dieser Zeit eingewirkt haben! Der Gedanke, dass sie nun nicht mehr für sich und ihre Kinder genügend würde sorgen können, musste ihr kommen!

Diese Schmerzen und seelischen Aufregungen waren gewiss geeignet, den Ausbruch von Hysterie bei ihr als der hierzu Vorbereiteten zu erzeugen. Sie hatte, als sie in die Kniee zusammenknickte, die Vorstellung, nun ist es auch in die Beine gefahren, sie konnte auch, als sie aus der Lage befreit war, die Beine nicht benutzen, sie musste aus der Fabrik getragen werden. Ja die Schwäche derselben bemerkte sie auch, als sie das Krankenlager nach der Handamputation verliess, tröstete sich aber zugleich mit dem Arzt damit, dass es wohl nur eine natürliche Schwäche sei, die mit der völligen Heilung schwinden würde. Sie nahm den wahrlich für sie nicht leichten Kampf ums Dasein nach ihrer Genesung wieder auf und arbeitete. Doch ihre Beine nahmen sie nun wieder durch ihr Reissen in Anspruch; sie holte sich vom Kassenarzt wegen dieses Reissens immer wieder Einreibungen (die Wahrheit dieser Angaben wäre eventuell durch Befragen der Herren DDr. C. und R. zu prüfen). Der Erstere hat Bl. 7 der Invaliditätsakten bekundet, dass Frau N. vor dem Unfall gesund war.

Ein schweres Ohrenleiden von 1893 überwand sie und arbeitete weiter, auch den Schlag einer Welle gegen den linken Arm beachtete sie nicht. Erst 1897 trat neben anderen Erkrankungen — Influenza und Rheumatismus nannten es die Aerzte — wieder ihr Beinreissen mit besonderer Heftigkeit auf. Ihr war das letztere die Hauptsache. Es erlaubte ihr auch nicht, wieder zu arbeiten. Sie musste die Arbeit einstellen, trotzdem sie wusste, dass sie nun in eine grosse Nothlage gerieth, da ihre schon 1892 erhobenen Invalidenrentenansprüche, sowie eine Erhöhung ihrer Unfallrente abgelehnt worden waren. Sie konnte jetzt eben — wenigstens ihrer Vorstellung nach — wirklich nicht mehr arbeiten und begann nun von Neuem den Kampf um Gewährung der Invalidenrente und Erhöhung der Unfallrente.

Es ist ja gewiss schwer, bei der genaueren Kenntnissnahme der ganzen erbärmlichen Lage der Frau N. die für die Gutachterthätigkeit unumgänglich nothwendige kritische Objektivität zu wahren und nicht, von Mitleid bewogen, hier einen Zusammenhang mit dem Unfall zu konstruiren, der vielleicht fern liegt. Glücklicherweise ist aber dieser Zusammenhang durchaus nicht so fernliegend und auch bei völlig kühlem, wissenschaftlich kritischem Standpunkt unbedingt zu bejahen.

Gewiss ist der Unfall vom 12. März 1892 nicht die erste und einzige Ursache, auch nicht die letzte für die Entwickelung der Hysterie bis zum jetzigen Grade gewesen. Vorher lagen schon eine Reihe von Ereignissen, die die allmähliche Entwickelung der Krankheit herbeizuführen im Stande waren, aber sie genügten nicht, um den Ausbruch herbeizuführen.

Frau N. war nicht allein immer arbeitsfähig vor dem Unfall, sondern sogar so wenig behelligt von ihrem Nervenleiden, dass sie dieserhalb nicht die Kassenärzte befragte, sie hatte eben vorher kein Nervenreissen. Erst der Unfall, der ihre Aufmerksamkeit auf die schwach gewordenen Beine besonders lenkte, löste das Nervenreissen aus. Von da ab holte sie sich erst öfter Einreibungen gegen den vermeintlichen Rheumatismus.

Neue Schicksalsschläge, die Erkrankung ihres Sohnes, Ablehnen ihrer Invalidenrentenansprüche, des Antrages auf Rentenerhöhung, haben dann noch nach dem Unfall verschlimmernd auf das Nervenleiden eingewirkt; auch die Ohrenerkrankung mag Frau N. noch mitgenommen haben.

Ich bin daher der Ansicht, dass der Unfall selbst und die eben erwähnten indirekten Folgen desselben ganz wesentlich

dazu beigetragen haben, dass die Hysterie zum Ausbruch bezw. zum jetzigen Grade der Entwickelung gelangt ist. Zusammen mit dem Verlust der rechten Hand ist aber durch dieses Nervenleiden die Erwerbsfähigkeit der Frau N. fast auf Null herabgesetzt und eine Rente von 90 Proz. ganz gewiss nicht zu hoch bemessen für den Ausgleich dieser Erwerbsbeschränkung.

Auf Grund des vorstehenden Gutachtens hat sich die Beklagte aus freien Stücken bereit erklärt, der Klägerin, ihrem Rekursantrage gemäss, an Stelle der früheren Rente eine solche von 90 Proz. der Vollrente zu gewähren, und zwar vom Tage des Einganges ihres Erhöhungsantrages ab, indem sie als die für diese Rentenfeststellung massgebenden Verhältnisse ausser dem Verluste der rechten Hand „auch die theilweise auf den Unfall zurückzuführende Hysterie", die bisher von keinem der gehörten Sachverständigen bemerkt worden war, anerkannt hat. Dementsprechend ist die Entschädigungspflicht der Beklagten durch Rekursentscheidung geregelt worden.

Zusammenhang zwischen Unfall und Krebserkrankung. Motivirtes ärztliches Gutachten des Professors Dr. Renvers-Berlin vom 18. März 1898.

Das Kapitel der Pathogenese der Krebskrankheiten ist in der Medizin heute noch ein dunkles und unaufgeklärtes. Eine bestimmte, feste Anschauung über die speziellen Ursachen der Krebsgeschwülste fehlt uns bis dato; wir wissen nicht, ob es Bakterien, pflanzliche oder thierische Mikroorganismen oder andere innere Schädlichkeiten sind, welche den Krebs erzeugen. Kurz, das eigentliche Wesen des Krebses, ganz gleich, ob er an der Zunge, an der Brust, am Magen oder sonst wo sein unheimliches Zerstörungswerk verrichtet, ist uns unbekannt. Diese Unkenntniss der Aetiologie, sodann aber die klinisch feststehende Thatsache, dass der Krebs sich oft an solchen Stellen mit Vorliebe entwickelt, an welchem ein häufiger mechanischer Insult stattfindet, z. B. bei Rauchern an der Lippe, begründet die Schwierigkeit, welche die Unfallbegutachtung von Verletzten mit sich bringt, bei denen sich in kürzerer oder längerer Zeit nach einer äusseren Gewalteinwirkung ein Krebsleiden entwickelt, das in ursächlichem Zusammenhang mit dem Insult gebracht wird. Obwohl nun das Bestreben, Licht in diese schleierhaften Verhältnisse der Krebsätiologie zu bringen, bisher erfolglos war, so verdanken wir doch der aufmerksamen Beobachtung eine Reihe von sog. ursächlichen Momenten, welche erfahrungsgemäss für die Entwickelung eines Krebses von Bedeutung sein können. Zu diesen Momenten zählt unter Anderem auch das Trauma, welches in der Aetiologie des Krebses besonders in neuerer Zeit eine Rolle spielt. In welchen Fällen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Krebserkrankung, bezw. unter welchen Umständen eine Verschlimmerung des bereits bestehenden Krebsleidens durch denselben anzunehmen ist, darüber lassen sich keine allgemein gültigen Regeln aufstellen. Jeder Fall muss besonders geprüft werden unter Berücksichtigung aller Momente, welche uns auf Grund der Erfahrung und wissenschaftlichen Anschauung zu Gebote stehen.

Von letzterem Standpunkt soll der Unfall F. an der Hand nachstehender drei Fragen begutachtet und untersucht werden.

1. Hat der Unfall am 2. August 1895 den Magenkrebs des F. erzeugt?
2. Hat der betreffende Unfall das Wachsthum eines latenten, aber nicht entwickelungsfähigen Krebses bei dem Verletzten verursacht?
3. Ist eine Verschlimmerung eines bereits entwickelten Magenkrebses bei F. durch den Unfall herbeigeführt?

ad 1.

Die Annahme, dass der Magenkrebs des F. unmittelbar mit dem am 2. August 1895 erlittenen Unfall ursächlich zusammenhängt, in dem Sinne, dass letzterer den Krebs bei dem Verletzten erzeugt hat, ist auf Grund der heutigen wissenschaftlichen Anschauung über die Entstehung derartiger krebsiger Entartungen des Magens auszuschliessen. Fast völlige Uebereinstimmung besteht bei allen auf diesem Gebiete besonders erfahrenen Aerzten darin, dass ein direkter genetischer Zusammenhang zwischen Trauma und Krebs zu verneinen ist und dass die Entstehung des Krebses auf traumatischer Grundlage

so aufgefasst werden muss, dass die äussere Gewalteinwirkung einerseits den gleichsam schlummernden bezw. nicht entwickelungsfähigen, aber schon kräftig infizirten Zellen, man könnte sagen, grössere Lebensenergie und Impuls zum Wachsthum verleiht und andererseits das Trauma die Vitalität des diese Zellen umgebenden gesunden Gewebes herabsetzt, so dass auf Kosten des letzteren die bösartigen Keime fortwuchern können.

Aus dieser Theorie folgt, dass das Trauma einen bereits spezifisch karzinomatös präformirten Boden treffen muss, wenn man ihm eine Bedeutung für den sich später entwickelnden, also bis dahin noch latenten Krebs beilegen will.

ad 2.

Beleuchtet man von letzterem Gesichtspunkte ausgehend den fraglichen Unfall, so ist die Prüfung verschiedener Momente unerlässlich. Zu diesen gehört vor Allem eine Berücksichtigung der Intensität und Qualität des erlittenen Traumas. Wie aus den Unfallakten des verletzten F. hervorgeht, war der Unfall am 2. August 1895 ganz unbedeutender Natur, F. erlitt keine gröbere Verletzung, sondern eine Verstauchung bezw. Zerrung der Rückenmuskulatur und konnte sich schon nach zwölf Tagen wieder frei bewegen; ferner hatte die Verletzung nicht den Magen oder die Baucheingeweide betroffen, sondern sich lediglich, auch ohne erhebliche Erschütterung (Shock) des übrigens Körpers, auf den Rücken beschränkt, wo sich auch später noch, wie in dem diesseitigen Gutachten vom 18. Juni 1897 betont wurde, rechts von der Wirbelsäule im Bereich der Fascia lumbo-dorsalis eine Verdickung fand. Die erwähnte verdickte Muskelpartie wurde von der ersten Untersuchung an als eine Folge des Uefalles angesprochen und auch diesseits ist dieser Annahme nicht widersprochen worden, sondern ein Theil der Beschwerden des Verletzten, dessen Aussagen und Benehmen im Uebrigen keinen Grund zu Zweifeln gab, wurde durch genannte anatomische Veränderung als begründet angesehen, ausserdem aber wurde damals mit Wahrscheinlichkeit eine bösartige Neubildung des Magens angenommen, die eine weitere Erklärung für die Klagen des F. abgab.

Letzterer wurde deshalb im Hinblick auf den gesammten Objektivbefund für völlig erwerbsunfähig gehalten. Die Frage, inwieweit der betreffende Unfall an dieser bösartigen Neubildung ursächlich betheiligt war, konnte damals, also noch zu Lebzeiten des Patienten, nicht entschieden werden und wurde ihr, da ohnehin der tödtliche Ausgang des Leidens nahe bevorstand, aus diesen Gründen nicht näher getreten. Es hätte dazu einer unbedingt sicheren Diagnose, einer genaueren Kenntniss des Sitzes bezw. Ausgangspunktes, der Natur und des Entwickelungsstadiums der angenommenen Neubildung bedurft. Wenn Herr Dr. R. gleichwohl mit Sicherheit eine Betheiligung des Unfalls an der im Krankenhaus zuerst festgestellten und nur mit Wahrscheinlichkeit zu vermuthenden bösartigen Neubildung ausschloss, so lehrt uns die Erfahrung, dass man in der Beurtheilung dieser Fälle, namentlich wenn ein Zusammenhang mit einem Unfall vorhanden, nicht vorsichtig genug sein kann.

Aus diesem Grunde konnte das zu Lebzeiten ausgestellte Gutachten sich über den Zusammenhang nicht anders aussprechen, als es geschah.

Nach dem Tode des F., als die Sektion hinreichende Aufklärung in manche bis dahin dunklen Verhältnisse gebracht hatte, kamen selbstverständlich die genannten Schwierigkeiten hinsichtlich der Beurtheilung des Falles mit Rücksicht auf das Unfallversicherungsgesetz in Wegfall, es traten andere Gesichtspunkte zur Abwägung in den Vordergrund, die oben schon zum Theil berührt sind.

Zur weiteren Entkräftung der Annahme, dass der Magenkrebs des Verletzten eine Folge des betreffenden Unfalls sei, lässt sich noch die Thatsache anführen, dass F. in dem Alter stand, in welches erfahrungsgemäss die Entwickelung krebsiger Neubildungen fällt.

ad 3.

Zum Schluss wäre noch in Erwägung zu ziehen, ob nicht etwa der Magenkrebs zur Zeit des Unfalles bereits in langsamer Entwickelung begriffen, durch letzteren aber zu schnellerem Wachsthum gereizt worden ist, ob also an dem Unfallstage von einem bereits bestehenden Leiden (im Sinne des Gesetzes) die Rede sein konnte, zu dessen Verschlimmerung der Unfall beigetragen hat.

Gegen diese Auffassung spricht zunächst der Umstand, dass F. nach seinen eigenen anamnestischen Angaben, abgesehen von einer Mastdarmfistel im Jahre 1890 und Magenkrämpfen im 17. und 21. Lebensjahr (letztere sind, da sie ca. 43 Jahre zurückliegen, belanglos für die Begutachtung des Falles) bis zu dem

Unfallstage nie krank gewesen ist und insbesondere nie an Verdauungsstörungen gelitten hat. Wenn nun auch einerseits zugegeben werden muss, dass der Magenkrebs eine schleichende Krankheit ist, die oft lange Zeit ohne gravirende Symptome verlaufen kann und die in vielen Fällen erst nach dem Tode bei der Sektion als Nebenbefund entdeckt wird, ohne dass zu Lebzeiten irgend welche subjektiven Erscheinungen auf dieses Uebel hingedeutet haben, so darf man andererseits nicht ausser Acht lassen, dass bei derartigem symptomlosen Verlauf der Krebs meist wohl an der kleinen oder grossen Kurvatur, seltener am Eingang des Magens seinen Sitz hat, wo doch in der Regel frühzeitig Störungen in der Passage der Speisen auftreten. Man darf mithin annehmen, dass ein entwickelter Krebs am Eingang des Magens bei F., wenn nicht schon vor dem Unfall, so doch nach demselben mit aller Wahrscheinlichkeit, eher als es thatsächlich geschehen ist, die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt hätte.

Zieht man nun schliesslich noch die Dauer der Krebsgeschwülste des Magens im Allgemeinen bei der Begutachtung des Falles in Betracht und bleibt bei der Hypothese, dass das Leiden schon zur Zeit des Unfalles bestand und durch letzteren nur verschlimmert ist, so muss man zu der Ueberzeugung kommen, dass die Gesammtdauer des Krebses bei dem Verletzten über 2 Jahre nach dem Unfall, in dem man den Grund zu einer Verschlimmerung, d. h. schnellerem Wachsthum, erblicken wollte, thatsächlich noch 1 Jahr und 11 Monate gewährt hat, eine Thatsache, die nach den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen über diesen Punkt zu den Ausnahmen gehören würde.

Nach alledem wird man annehmen können, dass der Magenkrebs des F. unabhängig von dem Unfall am 2. August 1895 durch andere uns unbekannte Ursachen seine Entstehung und naturgemässe Entwickelung genommen und schliesslich, wie stets, einen sicheren tödtlichen Ausgang herbeigeführt hat.

Auf Grund des vorstehenden Gutachtens wurden die Ansprüche der klagenden Wittwe vom Schiedsgericht und vom Reichs-Versicherungsamt abgewiesen.

Tagesnachrichten.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. Bei der am 16. März stattgehabten Berathung über den Medizinaletat wurde diesmal die Frage der Medizinalreform mit Rücksicht auf die bevorstehenden Verhandlungen über die Umgestaltung der Stellung der Kreisphysiker unerörtert gelassen. Eine vom Abg. v. Arnim gerichtete Anfrage wegen Abänderung der Arzneitaxe und Errichtung von Apothekerkammern wurde vom Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Pistor dahin beantwortet, dass die Beschwerden der Apotheker über Schädigung der neuen Arzneitaxe ungerechtfertigt seien und dass die Frage der Apothekerkammern in einer der nächsten Sitzungen des Apothekerrathes erörtert werden solle.

Der Abg. Prof. Dr. Friedberg betonte hierauf mit Rücksicht auf die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitswesens die Nothwendigkeit einer grösseren Selbstständigkeit der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums; dieselbe müsse ausserdem einem besonderen Ministerialdirektor unterstellt und an ihre Spitze nicht ein Jurist oder Verwaltungsbeamter, sondern den weit verbreiteten Wünschen der Aerzte gemäss ein Mediziner mit ausreichendem Verwaltungstalent gestellt werden.

In der Sitzung vom 20. März gelangte der Antrag des Abg. Dr. Langerhans und Genossen, betreffend Einführung der **fakultativen Feuerbestattung** zur Verhandlung. Der Antragsteller befürwortete denselben unter Hinweis auf die Unmöglichkeit der grossen Städte, für die Dauer ausreichendes und geeignetes Terrain für Kirchhöfe zu beschaffen. Die religiösen Bedenken seien hinfällig, den juristischen könne durch Einführung der obligatorischen Leichenschau wirksam begegnet werden. In hygienischer Hinsicht sei aber die Leichenverbrennung die beste Bestattungsart. In gleichem Sinne wurde der Antrag von den Abg. Krause und Dr. Barth warm empfohlen, dagegen von den Abg. Mies, Schall und Dr. Dittrich vom religiösen Standpunkte aus entschieden bekämpft. Das Resultat der Berathung war Ablehnung des Antrages; dagegen stimmten Konservative und Centrum, dafür Nationalliberale, beide freisinnige Parteien und einige Freikonservative.

Der preussische Aerztekammer-Ausschuss hat in seiner am 22. März d. J. abgehaltenen Sitzung zunächst die Grundsätze für eine dem Herrn Minister einzureichende Denkschrift über das Verhältniss der Aerzte zu den Krankenkassen festgestellt. Diese Grundsätze lauten:

1. „Die freie Arztwahl bei allen Krankenkassen liegt im Interesse der Kassenmitglieder und der Aerzte. Sie ist zunächst bei den Ortskrankenkassen und den freien Hilfskassen gesetzlich einzuführen.

2. Der Begriff Arzt und ärztliche Hilfe ist unzweideutig im Gesetz festzulegen. Zur ärztlichen Behandlung (§. 6 des K. V. G.) sind ausschliesslich in den deutschen Bundesstaaten approbirte Aerzte berechtigt.

3. Die Minimalleistungen der Kassen an die Aerzte sind gesetzlich dahin festzulegen, dass die Kassen die Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnungen bezw. die ortsüblichen Minimalsätze bezahlen. Jedenfalls dürfen die Kassen nach Erreichung des gesetzlichen Reservefonds nicht eher an die Erhöhung ihrer Leistungen gehen, als sie die Minimalsätze der Taxe den Aerzten bezahlen.

4. Die Bedingungen, unter denen die Ausübung kassenärztlicher Thätigkeit zu erfolgen hat, werden durch einen schriftlichen Vertrag zwischen Arzt und Kassenvorstand festgesetzt. Der Vertrag bedarf der Genehmigung durch eine staatlich anerkannte Standesvertretung der Aerzte.

5. Die Einführung von Schiedsgerichten (bestehend zur Hälfte aus bei den Krankenkassen beschäftigten Aerzten und Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen) mit gesetzlichen Befugnissen bei Streitigkeiten zwischen Aerzten und Krankenkassen ist im Krankenversicherungsgesetz ein Ausdruck zu geben.

6. Personen, die ein jährliches Gesammteinkommen von über 2000 Mark haben, dürfen nicht in den Krankenkassen versichert sein."

Den zweiten Gegenstand der Tagesordnung bildete die Berathung über die Medizinalreform. Der Vorsitzende berichtete über die in dieser Hinsicht von den Kammern gefassten Beschlüsse, die in allen wesentlichen Stücken mit denen des Ausschusses vom 22. November 1898 übereinstimmen. Dieser ist nach wie vor einstimmig der Ansicht, dass der Gesetzentwurf in der Form, wie er dem Landtag wahrscheinlich demnächst zugehen wird, werthlos und unannehmbar sei, nur geeignet, die nothwendige Umgestaltung des preussischen Medizinalwesens zu vereiteln oder doch auf unbestimmte Zeit hinauszuschieben. Eine Erhöhung der Besoldung der Medizinalbeamten, die allerdings geboten sei, könne, wenn man weiter nichts wolle, ohne Gesetz verwirklicht werden.

Die Erlasse des Ministers über Ausbreitung der Kurpfuscherei und Verwendung von Fremdwörtern sowie der Antrag der Aerztekammer für Pommern auf gutachtliche Anhörung der ärztlichen Vertretungen vor dem Erlass von sozialpolitischen Gesetzen u. s. w. wurden den Aertekammern zur Berathung überwiesen und ausserdem beschlossen, an den Minister die Bitte zu richten, dass die sich niederlassenden jungen Aerzte angewiesen werden, sich bei dem Vorstand der Aerztekammer ebenso wie beim Kreisphysikus anmelden.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Um rechtzeitig die **Tagesordnung** für die **diesjährige XVI. Hauptversammlung** feststellen zu können, werden die Mitglieder des Vereins nochmals gebeten, **Vorträge** und **Diskussionsgegenstände** sowie sonstige **Wünsche** bis zum 15. April d. J. bei dem Unterzeichneten anzumelden.

Minden, den 1. April 1899.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 8. | **Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark.** | 15. April.

Medizinalbeamte und Apothekenwesen.

Von Dr. J. **Borntraeger**, Reg.- u. Med.-Rath in Danzig.

Durch die Apothekerkreise geht zur Zeit eine lebhafte Strömung nach Befreiung von der Beaufsichtigung durch die Medizinalbeamten.

Nachdem das Thema in der Fachpresse und auf verschiedenen Versammlungen der Kreisvereine der Apotheker besprochen worden war, nachdem sich mehrere Handelskammern, voran die Wiesbadener, im Sinne der Apotheker geäussert und einzelne politische Zeitungen sich der Sache angenommen hatten, beschloss die Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins in Köln im August 1898 nach verhältnissmässig kurzer Besprechung mehrerer Kreisanträge ähnlicher Tendenz:

„Der Vorstand des Deutschen Apothekervereins wird aufgefordert, als seine höchste Aufgabe zu betrachten die Erlangung einer wirklichen, aus seinen Standesangehörigen bestehenden Stellvertretung unter Beseitigung der Beaufsichtigung durch die beamteten Aerzte."

Und als nun fast unmittelbar darauf der Vorsitzende eben dieses Apothekervereins, Apothekenbesitzer Froelich, als Hilfsarbeiter in die Medizinalabtheilung des Kultusministeriums berufen wurde, da stieg die Begeisterung der Apotheker gewaltig; man sah hierin den Anfang der Realisirung der soeben ausgesprochenen Wünsche, fast jede Nummer pharmazeutischer Blätter brachte irgend etwas zur Frage, und immer vernehmlicher ertönte der Ruf: Los

von der Beaufsichtigung durch die Medizinalbeamten! Die Verwaltung des Apothekenwesens den Apothekern!

Auf der anderen Seite ergriffen die Medizinalbeamten, denen ein Theil ihrer bisherigen Thätigkeit entzogen werden sollte, das Wort, um einmal die gegen sie erhobenen Vorwürfe zu zerstören, andererseits die Folgerichtigkeit und das Gute des jetzigen Zustandes nachzuweisen. Da diese Ausführungen aber keineswegs erschöpfend waren, und da seit einiger Zeit von dieser Seite nichts mehr zur Sache geäussert worden ist, so möchte es angemessen sein, noch einmal etwas ausführlicher auf die Angelegenheit, soweit sie die Beseitigung der Aufsicht der Medizinalbeamten anlangt, zurückzukommen.

Betrachten wir zunächst die bestehende Ordnung der Dinge in Preussen, so finden wir die grösste Korrektheit.

Der Physikus, das sachverständige Organ der Kreispolizei, der als beamteter Arzt volles Verständniss für die Wichtigkeit der Ordnungsmässigkeit des Apothekenbetriebes hat, mustert jährlich einmal die Apotheken seines Kreises unvermuthet im Allgemeinen, d. h. in Bezug auf Ordnung, Sauberkeit und Vorschriftsmässigkeit des Geschäftsbetriebes, nimmt fortlaufend die Meldungen über ein- und austretendes Apothekenpersonal entgegen, ist überhaupt bis zu einem gewissen Grade erste Aufsichtsinstanz über die Apotheker und Apotheken, aber ohne jede Exekutive.

Die eigentliche generelle Aufsichtsinstanz ist die Landespolizeibehörde, d. h. der Regierungspräsident, und sein Dezernent ist der Regierungs- u. Medizinalrath. Letzterer besichtigt etwa alle drei Jahre jede Apotheke als Regierungs-Kommissar unvermuthet gemeinsam mit einem gleichberechtigten pharmazeutischen Bevollmächtigten, d. h. einem auf Vorschlag der Apothekenbesitzer des Bezirkes ernannten Apotheker; beide Revisoren haften gemeinsam für jeden erhobenen Befund und besichtigen die Apotheke nach allen Richtungen einschliesslich der Geschäftsführung, soweit dies vorgeschrieben und möglich ist, und der Güte der Waaren, wobei es sich von selbst ergiebt, dass der pharmazeutische Bevollmächtigte die Waarenprobe und die Prüfung der rein praktischen Seiten des Geschäftes speziell vornimmt, der Medizinalrath die Beobachtung der verschiedenen Gesetzes- und sonstigen Bestimmungen über den Verkehr mit Giften und Heilmitteln etc. kontrolirt. Die hierüber aufgenommenen Revisionsprotokoll werden dem zuständigen Regierungspräsidenten zur weiteren Verordnung übergeben und von Zeit zu Zeit dem Medizinalminister zur Superrevision eingereicht.

Die nächste Instanz für einige Apothekenangelegenheiten, insbesondere auch für Neukonzessionen, ist der Oberpräsident, welcher keinen eigenen medizinischen Berather hat, für generelle Fragen aber ein Gutachten des Provinzial-Medizinalkollegiums extrahiren kann, in welchem ein Apotheker als pharmazeutischer Assessor Sitz und in diesem Falle auch Stimme hat.

Generell ist die höchste Aufsichtsbehörde der Medizinalminister, dem als Direktor der Medizinalabtheilung ein Ver-

waltungsbeamter und als Dezernent für pharmazeutische Sachen ein medizinischer vortragender Rath, zur Zeit als Hilfsarbeiter auch noch ein Apotheker unterstellt sind. Ausserdem ist ihm seit Langem als berathende Behörde die „technische Kommission für pharmazeutische Angelegenheiten“ beigegeben, deren Vorsitzender jener medizinische Dezernent, und dessen Mitglieder 4 Apothekenbesitzer sind, und zweitens seit 1896 für Organisations- und Verwaltungsfragen der „Apothekerrath“, der als Vorsitzenden den Direktor der Medizinal-Abtheilung und als Mitglieder die drei medizinischen vortragenden Räthe und acht Apotheker hat.

Für alle das ganze Deutsche Reich gleichmässig interessirenden pharmazeutischen Angelegenheiten, wozu insbesondere der Verkehr mit den Arzneimitteln und Giften gehört, kommt der Bundesrath, das Reichsamt des Innern und als deren technische Behörde das Kaiserliche Gesundheitsamt in Frage, mit welchem auch die Kommission für die Bearbeitung des Deutschen Arzneibuches in Verbindung steht. Hier werden überall Apotheker bei der Berathung in ausgiebigster Weise betheiligt; insbesondere ist dies auch bei der Freigabe zahlreicher Heilmittel zum Verkauf ausserhalb der Apotheken durch die Kaiserlichen Verordnungen von 1875, 1890 und 1895 geschehen, desgleichen bei der Herausgabe der Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel in Apotheken nebst der bekannten Aenderung, dass Augenwässer zwar als äusserliche Mittel in sechseckigen Gläsern abzugeben, bezüglich der Wiederholung der Abgabe aber den innerlichen Medikamenten gleich zu erachten seien, sowie bei Erlass der Giftpolizeiverordnung. Alle diese und viele andere, den Arzneimittelverkehr betreffende Verordnungen, von denen bekanntlich die beiden ersteren so vielen Missmuth bei den Apothekern erregt haben, sind nicht, wie es immer dargestellt wird, Vorschläge und Massnahmen des preussischen Kultusministers mit seinen medizinischen Räthen gewesen, sondern das Resultat von Bundesrathsbeschlüssen, bei denen auch diejenigen Staaten mitgewirkt haben, in welchen Pharmazeuten die Apotheken revidiren und als Dezernenten an den höchsten Stellen sitzen, bei denen also hier und im Kaiserlichen Gesundheitsamte und sonst noch in Kommissionen Apotheker vorher reichlich gefragt sind; und gleichzeitig wurden daher diese inhaltlich gleichen Verordnungen in Preussen, Baiern, Sachsen, Baden, Hessen, Mecklenburg, Reuss, Bremen u. s. w. erlassen.

Füge ich noch an, dass gegen polizeiliche Verfügungen wie überall so auch in Apotheker-Angelegenheiten das Oberverwaltungsgericht die höchste Klageinstanz ist, dass pharmazeutische Professoren doch auch in manchen Dingen ein Wörtchen mitzureden haben, dass in verschiedenen die Apotheker betreffenden Angelegenheiten noch andere Instanzen als der Medizinalminister mitthun, die einen medizinischen oder pharmazeutischen Beirath nicht haben, aber bei manchen Erlassen die treibende Kraft gewesen sein dürften, wie z. B. bei der viel bemängelten

Bekanntmachung über die alle zwei Jahre zu wiederholende Prüfung der Waagen und Gewichte aus Apotheken im Königlichen Aichamte der Minister für Handel und Gewerbe betheiligt war, so glaube ich ein Bild davon gegeben zu haben, wie bei uns das Apothekenwesen geregelt und beaufsichtigt wird.

Aus dieser Darstellung dürfte für jeden Unbefangenen hervorgehen, wie schwach es um die angeblich einseitige Beaufsichtigung der Apotheker durch Medizinalbeamte bestellt ist. Der einzige beamtete Arzt, welcher ein gewisses eigenes Aufsichtsrecht über die Apotheken ohne Weiteres hat, ist der Physikus; dessen Befugnisse sind aber ausserordentlich geringfügig, und die meisten Physiker werden sich wohl eines Lächelns nicht erwehren können, wenn sie plötzlich lesen, ihre Hand laste schwer auf den Apothekern.

Die eigentlichen Revisionen der Apotheken geschehen gemeinsam durch einen höheren Medizinalbeamten und einen Pharmazeuten. Die wichtigen Gesetze und Verordnungen werden nach Anhörung zahlreicher Personen, unter denen sich Apotheker in reichlicher Anzahl befinden, erlassen, ohne dass die eben genannten Medizinalpersonen gefragt werden, und das Einzige, was übrig bleibt, ist, dass die beiden Hauptaufsichtsinstanzen der Apotheker, nämlich der Medizinalminister und der Regierungspräsident, als Bearbeiter laufender pharmazeutischer Geschäfte lediglich Medizinalbeamte hatten bezw. haben, wobei diese naturgemäss in der That einen nicht unbedeutenden Einfluss ausüben, wenn sie ihrer Stellung voll gewachsen sind.

Es möchte nun ein grosser Theil der Apotheker nicht nur einen grösseren Einfluss auf die Regelung des ganzen Apothekenwesens gewinnen, sondern die Medizinalbeamten ganz von der Bearbeitung der Apothekenangelegenheiten und von der Beaufsichtigung der Apotheken ausschliessen.

Was mich zunächst persönlich anlangt, so kann ich nicht leugnen, dass für mich die Wünsche der Apotheker von vornherein manches Sympathische haben.

Zunächst finde ich es menschlich begreiflich, dass die Apotheker bezüglich ihres Berufswesens unter sich bleiben möchten; ich verstehe es auch noch, dass sie dazu neigen, die zur Zeit mannigfachen Beklemmungen ihres Standes den Dezernenten für das Apothekenwesen zur Last zu legen, wenn es auch ganz unberechtigt ist. Ich muss ferner zugeben, dass die Medizinalpolizei nicht durchaus mit der Sanitätspolizei zusammenhängt und nicht wie letztere das eigentliche Gebiet der Medizinalbeamten ist. Endlich aber muss ich last not least sagen, dass das ganze Apotheken- und Arzneiverkehrswesen eine Materie ist, deren Bearbeitung wenig Freude bereitet. Schon die unmittelbare polizeiliche Thätigkeit, das Kontroliren, Revidiren, Moniren, Zurbestrafungbringen anderer Menschen, das manchmal Existenzen vernichtet, hat nichts Angenehmes. Das Differenziren nach ganz subtilen Momenten, ob etwas erlaubt oder strafbar sei, ist ungemein ermüdend. Das Festsetzen von Apothekerrechnungen kann ebenso wenig wie das Be-

sichtigen von Apotheken oder Drogenhandlungen als eine interessante Thätigkeit gelten. Und die übrige Bearbeitung des Apotheken- und Drogenwesens mit den verwickelten und verschiedenartigen Rechtsformen, den im Laufe der Zeit eingetretenen theilweisigen Durchlöcherungen alter Gesetze und den zahlreichen Erlassen, Bestimmungen und Verordnungen ist ganz ungemein schwierig. Dazu kommt, dass man es gerade hier eigentlich Niemanden recht macht. Mag man gegen einen Apotheker oder einen Drogisten oder einen gewerbsmässigen Kurpfuscher oder einen Geistlichen, einen Lehrer, einen Gutsbesitzer mit homöopathischer Apotheke oder gegen eine übereifrige Krankenschwester wegen gesetzwidriger Abgabe von Arzneimitteln vorgehen, Dank erwirbt man sich nirgends, ja, Publikum wie Behörden sind vielfach geneigt, in solchem Vorgehen ein, wenn auch gesetzlich berechtigtes, doch immerhin unnöthiges, kleinliches, chikanirendes Verfahren zu Gunsten einiger Interessentengruppen zu sehen.

Aus allen diesen Gründen würde ich persönlich es gar nicht ungern sehen, wenn uns Regierungs- und Medizinalräthen die Bearbeitung des Apothekenwesens abgenommen würde.

Freilich könnte ich als Bürger wie als allgemeiner Verwaltungsbeamter an eine solche Aenderung nur unter bestimmten Bedingungen denken.

Erstens ist durch die Regierungs-Instruktion jedem Departementsrath aufzugeben, alljährlich einen Theil seines Bezirkes zu bereisen, und dies ist im hohen Grade nothwendig, wenn der Beamte nicht ein Mann des grünen Tisches werden soll. Diese Reisen gruppiren sich bei den verschiedenen Räthen um verschiedene Zentren, so um Domänen, Fabriken, Deiche u. s. w., bei dem Medizinalrathe um die Apotheken. An die Apothekenrevisionen schliessen sich daher die Besichtigungen von Drogenhandlungen, Krankenhäusern und sonstigen Sanitätsanstalten, die Beaufsichtigungen von Impfterminen, die Untersuchungen mancher sanitärer Missstände und die Besprechungen mit Medizinal- und anderen Beamten und Leuten. Würden die Revisionen der Apotheken und Drogenhandlungen für die Medizinalbeamten wegfallen, so müssten andere Reisezentren für sie geschaffen werden, um sie einerseits in Verbindung mit den praktischen sanitären Bedürfnissen ihres Bezirkes zu erhalten, andererseits die erforderliche fiskalische Sparsamkeit zu wahren. (Ueber Ausführungen, als ob es den Medizinalbeamten um den Fortbezug der Diäten für die Apothekenrevisionen zu thun wäre, halte ich es unter meiner Würde, ein Wort zu verlieren; man sieht eben, wohin die Ausbildung des Erwerbssinnes führt.)

Zweitens muss das Interesse der Aerzte an der Vorschriftsmässigkeit der Apothekerkunst befriedigt werden.

Und drittens muss dem Publikum die nöthige Sicherheit gewährt werden.

Die zweite und dritte Bedingung gehören eng zusammen und lassen sich am besten vereint besprechen.

Der Apotheker muss verlangen, dass ihm sein Geschäft den

zum Lebensunterhalt erforderlichen Gewinn abwirft, ja mehr, der Apotheker kann meines Erachtens fordern, dass es ihm einen bis zu einem gewissen Grade reichlichen Gewinn gewährleistet, weil er nicht die Freiheit und Beweglichkeit anderer Gewerbetreibender besitzt, sondern unter fortwährender Staatsaufsicht steht, von ausserhalb seiner Willensbestimmung liegenden Faktoren, z. B. der Beliebtheit der Aerzte, sehr abhängig ist, eine sehr grosse Verantwortlichkeit trägt und, zumal wenn die Apotheke klein in kleinem Orte liegt, ungemein gebunden ist. Es ist aber vollständig irrthümlich, anzunehmen, ein Apothekengeschäft diene lediglich dem Selbstzwecke. Nein, die Kunst des Arztes und die Kunst des Apothekers ergänzen sich zu zwei Rechten, die eine kann ohne die andere nicht bestehen, und zwar ist das Verhältniss so, dass der Apotheker abhängig vom Arzte und der Ausführer seiner Verordnungen ist. Dies ist wohlweislich so eingerichtet.

Welch ein gefährlicher Mann wäre Jemand, der Arzt und Apotheker zugleich wäre! Welchen Gefahren an Leib, Leben, Willkür und Vermögen wäre das Publikum ausgesetzt! Diese Erwägungen bilden ja auch zum grossen Theil die Gründe, warum im Lande der Kurirfreiheit der Apotheker nicht kuriren, der Arzt aber auch dem freien Verkehr überlassene Arzneimittel nicht selbst abgeben und nur ein durchaus zuverlässiger Mediziner unter zwingenden Verhältnissen eine dem Umfange nach beschränkte Hausapotheke halten darf. In dem Umstande, dass Verschreiber und Verfertiger von Arzneien zwei verschiedene Personen sind, liegt ein grosser Grad von Sicherheit für das Publikum. Gleichzeitig aber ist dem Arzte die Möglichkeit genommen, genau zu wissen, ob seinem Patienten eben das, was er haben soll, in durchaus richtiger Form und Art gegeben wird; er hat daher geradezu ein Recht zu verlangen, dass die Geschäftsführung des Apothekers medizinisch-technisch kontrolirt werde.

Dasselbe Recht hat natürlich das Publikum; denn es ist nicht nur von dem Rezepte des Arztes, sondern auch von der Ausführung des Apothekers abhängig. Und es hat noch ein weiteres Recht, nämlich Schutz vor dem Apotheker. Dieser ist und bleibt ein gefährlicher Mann. Die schwersten Gifte sind in seiner Hand, und er ist berechtigt, sie unter das Publikum zu bringen und zwar mit dem ausdrücklichen Zwecke des menschlichen Genusses. Welches Unheil können böser Wille, Fahrlässigkeit, Sachunkenntniss, Irrthum, geistige Unfähigkeit hier anrichten! Da helfen alle Proteste nicht, am allerwenigsten aber so unverständliche, wie die der Landapotheker der Provinz Hannover (Pharmazeutische Ztg. vom 23. Nov. 1898), welche die Anschauungen eines höheren Medizinalbeamten „energisch zurückweisen“, die nichts anderes enthalten, als das, was zu allen Zeiten und in allen Ländern die Grundlage aller Revisionsbestimmungen mit Recht war.

Daher die polizeiliche Aufsicht des Staates über die Apotheken.

Diese polizeiliche Aufsicht aber baut sich auf dem Kernzweck der Apotheke, das ist die Ausführung der Rezepte des Arztes, auf: Aerztliche Rezepte können und dürfen nur in einer Apotheke angefertigt werden; damit der Apotheker alle Verordnungen des Arztes ausführe, muss er viele schwere Gifte halten und verpflichtet sein, genau den Anordnungen des Arztes zu entsprechen, alle Verordnungen über den Apothekenbetrieb beziehen sich daher im Wesentlichen darauf, es nach menschlicher Möglichkeit sicherzustellen, dass jeder Patient das ihm Verordnete in guter Qualität und Quantität erhalte, und dass Irrthümer und Verwechselungen der Stoffe nach menschlicher Voraussicht möglichst ausgeschlossen werden; zu dieser Sicherstellung dienen eben die Revisionen und Musterungen und die gesammte Staatsaufsicht.

Wie sollen nun diese drei Bedingungen erfüllt werden, wenn die Aufsicht über die Apotheken auf die Apotheker überginge?

Die erste Bedingung wäre unschwer innezuhalten. Es brauchten nur die Beaufsichtigung der Impftermine und die Besichtigung der Sanitätsanstalten zu Zentren der Reisen der Medizinalbeamten gemacht und ihre durch den Wegfall der Apothekenrevisionen frei gewordenen Kräfte für die Untersuchung von Brunnen, Seucheherden, Schulen, gewerblichen Etablissements und anderen hygienischen und unhygienischen Verhältnissen herangezogen zu werden, so wäre nicht nur allen Wünschen und Bedürfnissen entsprochen, sondern die Medizinalbeamten hätten einen guten Tausch gemacht und die Allgemeinheit könnte die guten Folgen einer geförderten Hygiene spüren.

Anders aber ist es mit der zweiten und dritten Bedingung.

Eine Revision der Apotheken ohne Betheiligung der Aerzte wäre das Unbilligste, was sich denken liesse, und müsste den gesammten ärztlichen Stand auf's Stärkste ägriren. Schon allein vom ethischen und vom politischen Standpunkte wäre ein solches Vorgehen unrecht. Soll denn in Zukunft die Welt über das, was in den Apotheken vorgeht, und was sie selbst doch sehr angeht, nur von Apothekern Kenntniss erhalten? Wäre das nicht für Alle und vermuthlich auch für die Apotheker selbst das Zweckwidrigste, was sich denken liesse, und dazu das Ungewöhnlichste? Denn wo ist es sonst Mode, dass ein Stand sich selbst und seine Thaten allein kontrolirt? Es wäre fast ein Ausschluss der Oeffentlichkeit am Ende des 19. Jahrhunderts! Zu einer Zeit, wo man nirgends die Fachgenossen allein walten lässt, zur Zeit der Schwur- und Schöffengerichte, zur Zeit der Besuchskommissionen für Irrenhäuser, bestehend aus medizinischen Verwaltungsbeamten, Juristen, Irrenärzten etc., nicht aber allein aus Irrenärzten, verlangen die Apotheker Regelung des Apothekenwesens und Beaufsichtigung der Apotheken durch die Fachgenossen allein! Wahrlich, ein grosser Anachronismus!

Nun sagen die Apotheker: Ja, was wollt Ihr Medizinal-

beamten denn in den Apotheken? Ihr seid Laien und versteht von den Waaren und dem Geschäfte nichts; Ihr könnt unsere Geschäftsführung ja doch nicht revidiren, sondern nur sehen, in welchem Zustande sich eine Apotheke an einem gewissen Tage des Jahres befindet; das können Apotheker aber viel besser, Ihr seid also überflüssig!

Alles dies ist völlig falsch und von recht einseitigem Berufsstandpunkte aus gedacht. Ich könnte einfach die Gegenfrage erheben: Was soll ein Jurist bei der Besichtigung von Irrenhäusern oder von Deichen oder von Eisenbahnbauten? Was soll ein General oder ein Oberpräsident in Krankenhäusern? ein Regierungspräsident in Schulen, ein Gewerberath in Fabriken, alles doch keine Sachverständigen! Wer sich nur einigermassen in den Lauf der Dinge Einblick verschafft hat, weiss, dass alle diese dasselbe sollen wie Laien als Richter und Parlamentarier bei der Gesetzgebung. Man will eben ganz allgemein die Dinge nicht bloss vom fachmännischen und daher einseitigen, sondern vom allgemeinen Standpunkte aus betrachtet und beurtheilt sehen; daher lässt man nie die Werke eines Standes von ihm allein kontroliren.

Wenn die Medizinalbeamten also wirklich auch gar nichts von der Apotheke verständen, so wären sie deswegen als Revisoren noch lange nicht ungeeignet. Kein Mensch verlangt von ihnen, dass sie Arzneien anfertigen können, sämmtliche Apotheker-Waaren und deren Reaktionen und sonstigen Eigenschaften kennen, Geschäftspraxis haben und in Apotheken thätig zu sein vermögen, ebensowenig wie man von einem Kunstkritiker verlangt, dass er Dichter oder Maler oder Sänger u. s. w. sei. Die Apotheker selber haben bekanntlich auf die Sachverständigkeit der Revisoren auch nicht überall grossen Werth gelegt; denn ein Theil verlangte, wie bekannt, kürzlich Juristen (Verwaltungsbeamte) an Stelle der Medizinalbeamten als Revisoren, also wahrlich keine Sachverständigen.

Als der Staat vor der Aufgabe stand, eine Ueberwachung des Apothekenbetriebes einzurichten und die Art der Revisionen zu bestimmen, musste er an die Betheiligung folgender Personen denken:

1. eines Apothekensachverständigen,
2. eines Vertreters des Aerztestandes,
3. „ „ der Aufsichtsbehörde,
4. „ „ „ Ortspolizeibehörde.

Es lag da ungemein nahe, die Funktionen von 2 und 3 durch die einzige Person eines Medizinalbeamten wahrnehmen zu lassen. Es ist ein ganz schiefer Standpunkt, in dem Medizinalbeamten einen Revisor von zweifelhaftem Sachverständniss zu erblicken; der Regierungs- und Medizinalrath ist Vertreter der Staatsaufsichtsbehörde und des hochinteressirten ärztlichen Standes gleichzeitig; er ist ganz zweifellos das für diesen Zweck geeignetste Mitglied der Regierung, da er als Verwaltungsbeamter über die erforderliche Gesetzeskenntniss, Auslegungskunst und Umsicht ver-

fügt und gleichzeitig als Mediziner das grösste Verständniss und Interesse für die Apothekeneinrichtungen besitzt. Auch erspart seine Anwesenheit als die eines Vertreters der Landespolizeibehörde den Apothekern die gewiss nicht angenehme Gegenwart eines Polizeibeamten. Die Apothekenbesichtigung ist eben nicht, wie viele Apotheker zu glauben scheinen, eine interne Angelegenheit der Apotheker, bei welcher im Wesentlichen die Güte der Arzneiwaaren zu prüfen ist, sondern sie ist ein polizeilicher Akt der Aufsichts- oder Landespolizeibehörde, die hierbei natürlich vertreten sein muss. Dem beamteten Bevollmächtigten liegt es, wenngleich beide Revisoren für jeden erhobenen Befund gemeinsam haften, noch heute ob, einerseits besonders sein Augenmerk darauf zu richten, ob die gesetzlichen Bestimmungen über die Aufbewahrung und Abgabe von Giften, den Verkehr mit Arzneimitteln, die allgemeine Geschäftsführung innegehalten sind, andererseits für die Sachlichkeit des ganzen Vorganges zu sorgen; daher ist z. B. auch ausdrücklich bestimmt, dass Lehrlinge vom pharmazeutischen Bevollmächtigten in Gegenwart des beamteten Bevollmächtigten zu prüfen seien.

Diejenigen Apotheker, welche immer nur Sachkenntniss ihrer Revisoren verlangen, beweisen damit, dass sie den Vorgang und das Amt des Revisors nicht genügend würdigen. Takt, Gerechtigkeitssinn, weiter Blick auf das Allgemeine, Gesetzeskenntniss, Auslegungskunst, offenes Auge, Entscheidungskraft, das und noch manches andere sind Eigenschaften, welche ein Revisor vor allen Dingen haben muss. Natürlich wird man diese auch bei Pharmazeuten finden können; aber sie werden doch bei jedem Beamten, der nicht nur in einem einzigen Fache arbeitet, sondern, wie der medizinische Verwaltungsbeamte, in den zahlreichen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege mit den Interessen der verschiedensten Leute und den mannigfaltigsten Gesetzen zu thun hat, leichter ausgebildet werden.

Wenn man überall dort, wo über Personen abgeurtheilt werden soll, Kollegien (Strafkammer, Schwurgericht, Regierungskolleg, Ehrengerichte, Disziplinargerichtshof u. s. w.) eingesetzt hat, so ist dies doch wahrlich nicht geschehen, um eine grössere Strenge einzuführen, sondern um zu verhüten, dass ein einzelner Mensch allein über einen anderen aburtheilt, weil man in dem Abwägen des Rechten durch mehrere Personen und in der Verpflichtung des Anklagenden, seine Angriffe zu begründen und zu vertheidigen, eine Garantie für Recht und Gerechtigkeit in durchaus zutreffender Weise erblickt. Und so ist es bei Apothekenrevisionen doch auch. Halten es die Apotheker denn wirklich für so erstrebenswerth, der Eigenmächtigkeit eines einzelnen Berufsgenossen unkontrolirt überantwortet zu werden? Erinnert sich wirklich keiner der heutigen Reformatoren, dass er erst durch den revidirenden Medizinalrath auf so manches aufmerksam gemacht wurde, was der revidirende Pharmazeut übersehen hatte oder überhaupt selbst nicht kannte, oder dass der Medizinalbeamte ein Monitum für unnöthig erklärte, welches der

pharmazeutische Bevollmächtigte ziehen wollte? Sind ihnen keine Apotheker bekannt, welche als Revisoren viel grössere Anforderungen an die Apotheken anderer stellten, als bisher an ihr eigenes Geschäft, zumal wenn sie mittlerweile verkauft hatten? Ist wirklich jeder Apotheker ohne Weiteres und von vornherein ein gerechter und verständnissvoller Revisor? Ich weiss, dass diese Bedenken bei so manchen Apothekern bestehen; diese würden im eigenen Interesse gut thun, ihre Stimme gegen Aenderung des Bestehenden energisch zu erheben.

Geht man von diesen, dem Sinne der Apothekenrevisionen zweifellos entsprechenden Grundsätzen aus, so erkennt man unschwer, dass alle jene Behauptungen von der „Sachunkenntniss" und „Laienhaftigkeit" der Medizinalbeamten bezüglich der Apothekenrevisionen leere, nichts sagende Schlagworte sind. Was die Medizinalbeamten bei den Revisionen sollen, dem sind sie vollauf gewachsen. Natürlich können sie an einem Revisionstage nicht feststellen, was etwa innerhalb der 3 vorhergehenden Jahre in der Apotheke geschehen ist. Aber können das Pharmazeuten besser? Dann möge es der ja anwesende pharmazeutische Bevollmächtigte doch thun! Uebrigens kann man in der That bei einer Revision viel mehr sehen, als wie der Zustand der Apotheke an einem einzigen Tage ist. Die Führung des Giftbuches, des Waarenprüfungsbuches, des Arbeitstagebuches, die Behandlung der Waagen und Gewichte und der Rezepte, der gesammte Zustand der Apothekenräume, die An- oder Abwesenheit abgetheilter Pulver, zumal solcher, die im Handverkauf nicht abgegeben werden dürfen, und anderer nicht vorräthig zu haltender Zubereitungen und Waaren verschiedener Güte, die Bezugsquellen, der Zustand der Kräuter, die Aufbewahrung der differenten Mittel, die Art und der Umfang der Spezialitäten und „Drogen" im weitesten Sinne, die Kenntnisse der Lehrlinge, zumal ihre Anschauungen und Kenntnisse in der pharmazeutischen Gesetzeskunde, das ganze Geschäftsgebahren, alles dies giebt dem erfahrenen Revisor einen tiefen Einblick in die gesammte Geschäftsführung, der ihn wohl kaum je täuschen wird, und auch für den Mediziner von grossem Werth ist. Diejenigen Apotheker aber, welche äussern, die Physiker legten oft ein zu grosses Gewicht auf Sauberkeit und Ordnung, könnten sich leicht dem Verdachte aussetzen, als sei das von ihnen selbst hierauf gelegte Gewicht zu klein. Es wird im Publikum sehr häufig und mehr, als manche Apotheker ahnen, über Unsauberkeit in Apotheken privatim geklagt. Wer Pillen oder Kapseln oder Emulsionen oder Pulver oder Arzneilösungen u. s. w. braucht, hat ein Recht zu verlangen, dass die Hände einschliesslich der Nägel des Apothekerpersonals tadellos sauber sind, dass so viel als irgend möglich von dem, was direkt in den Mund genommen werden soll, nicht mit den Fingern, sondern mit Löffeln angefasst oder geschüttet werde, dass in Pulverbeutel nicht hineingeblasen und Papier nicht mit im Munde angefeuchteten Fingern abgehoben werde, dass die Geräthe, die Arzneiflaschen rein, die Handtücher gehörig oft gewechselt und benutzt, ebenfalls die

Wasch- und Spülangelegenheiten in gutem Zustande und reichlich gebraucht werden, dass das Wasser, welches zur Herstellung der Arzneien und zum Reinigen der Arzneigläser gebraucht wird, einwandfrei sei. Ich überlasse es den Apothekern, selbst darüber zu urtheilen, ob in dieser Beziehung alles durchaus Erforderliche in den Apotheken durchweg beachtet wird.

Die heutige Art der Apothekenbesichtigungen ist also ein Muster von Korrektheit: der Regierungs- und Medizinalrath verständnissvoller Vertreter der Aufsichtsbehörde, des hochinteressirten ärztlichen Standes und des Publikums, der Apotheker vollkommener, aus dem Vorschlage der Berufsgenossen hervorgegangener Sachverständiger; ein einzelner Pharmazeut kann diese beiden wahrlich nicht ersetzen und weder dem Interesse des Publikums und der Aerzte, noch dem der Apotheker selbst genügen.

Ebensowenig weiss ich, wie ein solcher Apotheker die Musterungen durch den Physikus ersetzen soll. Denn gleichwie die Apotheker ja heute selbst behaupten, eine etwa alle drei Jahre wiederkehrende Revision könne nicht ein Urtheil über die gesammte Führung der Apotheken ergeben, so hat dies auch die Regierung erkannt und demgemäss angeordnet, dass ausserdem alle Jahre eine unvermuthete Musterung durch den Physikus stattzufinden habe. Wenn auch diese Musterung ohne pharmazeutischen Beirath erfolgt, so kann man doch wiederum nicht sagen, dass sie unsachgemäss oder unnütz sei; denn der Physikus soll nur „im Allgemeinen, namentlich hinsichtlich der Ordnung und Sauberkeit", mustern und „unter Zuziehung des Apothekenbesitzers" die Lehrlinge prüfen bezw. prüfen lassen. Und hierzu ist der Physikus, der doch durch sein Examen seine Fähigkeit zur Verwaltung einer Physikatsstellung bewiesen hat, durchaus im Stande, ebenso wie ein Gewerbeinspektor, ohne Fabrikherr gewesen zn sein, die verschiedensten Fabriken revidirt und ein Polizeibeamter allerlei Läden kontrolirt.

Wer sollte nun diese Musterungen übernehmen, wenn der Physikus als Aufsichts-Instanz für die Apotheken ausschiede? Entweder der pharmazeutische alleinige Apotheken-Revisor der Zukunft müsste auch jährlich mustern mit der ihm eigenen Sachkenntniss, wodurch ja diese Musterung vielleicht an Intensität gewinnen könnte, oder die Musterungen müssten wegfallen und die Revisionen daher häufiger, vielleicht alle 2 Jahre, stattfinden. Ob nun aber eine solche Aenderung des Strebens der Apotheker gerade werth wäre, lasse ich dahingestellt. Ausserdem könnte sich weder der Staat noch der ärztliche Stand mit diesen rein fachmännischen Musterungen einverstanden erklären. Und wollten die Apotheker auch die ärztlichen Hausapotheken allein revidiren?

Nun sagen die Apotheker: Wir wollen nicht nur, wie bisher, pharmazeutische Revisoren, sondern wirklich pharmazeutische Beamte haben, welche ebenso gut wie die Medizinalbeamten als Staatsbeamte vereidigt werden, im Namen der Regierung revidiren und ausserdem die pharmazeutischen Angelegenheiten bei dem Regierungs-Präsidenten und dem Minister bearbeiten sollen;

sie würden ebenso gut die Landespolizei vertreten können wie die Medizinalbeamten.

Natürlich könnte man auf diese Weise einen Theil der Schwierigkeiten beheben. Ob das alles aber so leicht einzurichten wäre, scheint mir doch zweifelhaft. Freilich liesse es sich machen, von den pharmazeutischen Beamten eine gewisse Vorbildung und ein Staatsexamen zu verlangen; denn dass sie allein von allen Beamten ohne Weiteres, also nur mit dem Verdienst eines Apothekenbesitzers bekleidet, in die Vertrauensstellung eines Staatsbeamten aufrücken können sollten, werden die Apotheker wohl selbst nicht glauben, wenn auch mancher so thut, als genüge es, Jemandem eine grüne Tischplatte mit einem grossen Tintenfass und einen Aktenbock vorzusetzen, um ihn zum Dezernenten bei der Regierung zu machen. Aber welche Thätigkeit sollen diese Pharmazeuten haben? Bloss um alle 2—3 Jahre die Apotheken des Bezirkes zu revidiren, wird man besondere Beamte nicht neu schaffen; man müsste jedem also mehrere Regierungsbezirke oder vielmehr Provinzen überweisen, um ihn einigermassen zu beschäftigen. Sollen diese Beamten aber gleichzeitig als Dezernenten die pharmazeutischen Angelegenheiten fortlaufend bearbeiten, so müssen sie doch auf der Regierung anwesend sein und können nicht Wochen lang überall herum und weit ab revidiren. Auch wenn man diesen pharmazeutischen Beamten die Revision der Drogenhandlungen und Materialwaarenläden generell allein übertrüge, wären die Schwierigkeiten nicht behoben, ganz abgesehen davon, dass dies Sache der Ortspolizeibehörden, nicht des Staates, ist, also eine derartige Aenderung auf verschiedene Schwierigkeiten stossen würde, und dass die Drogenhändler sich wohl mit Händen und Füssen gegen diese Neuerung sträuben und eigene Revisoren aus ihren Reihen fordern würden, wozu sich ja schon Ansätze zeigen, was mindestens ebenso berechtigt wäre, wie die jetzigen Bestrebungen der Apotheker.

Indessen die Apotheker wissen Rath; l'appetit vient en mangeant. Da schreibt Dr. Jehn in der Apothekerzeitung vom 3. Dezember 1898 S. 844 sehr einfach: „Dem pharmazeutischen Regierungsbeamten aber werden ausser den Apothekenrevisionen, den Personalfragen, Neukonzessionirungen oder als dem Sachverständigen für Nahrungsmittelchemie, Wasseruntersuchungen etc. etc. bald Arbeiten in Hülle und Fülle sich bieten.“ Sehr gut, der Apotheker wächst sich schnell aus zum Sanitätsbeamten! Die Mediziner sollen die Medizinalpolizei verlieren, weil sie davon nichts verstehen; die Pharmazeuten sollen aber nicht nur die Medizinalpolizei, sondern auch einen Theil der Sanitätspolizei in die Hände bekommen — weil sie davon etwas verstehen? Das fehlte gerade noch! Die moderne Hygiene ist im Wesentlichen auf den Schultern der Medizin zu ihrer jetzigen Höhe emporgehoben. Mediziner waren es im hervorragendeu Masse, welche die Bakteriologie ausbildeten und zahlreiche hygienische Fragen, so die an Trinkwasser, Kanalisation, an viele Nahrungsmittel u. s. w. zu stellenden Forderungen, geklärt, herausgebildet und

den einseitigen Chemismus überwunden haben; jeder Mediziner muss heute auf den Universitäten Hygiene studiren und ein Examen zur Erlangung der Approbation als Arzt ablegen; er muss insbesondere bei der Physikatsprüfung sehr umfangreiche Kenntnisse in der Hygiene nachweisen und ist als Physikus oder Regierungs- und Medizinalrath der offizielle Hygieniker oder, was dasselbe sagt, Sanitätsbeamte seines Kreises oder Bezirkes. Der Apotheker aber, welcher drei Semester Pharmazie und Chemie studirt hat, der Hygiene aber wie ein Blinder gegenübersteht, der soll in Zukunft dem Medizinalbeamten einen grossen Theil dieser Sorgen abnehmen? Welches Gebiet dem Medizinalbeamten eigentlich gelassen werden soll, weiss ich dann nicht; vermuthlich nur die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten. Und warum auch nicht? Die meisten Menschen begreifen ja ohnehin nicht, was so ein „Doktor" an der Regierung macht, wissen von seinen eigentlichen Aufgabe nichts und sehen in ihm stets nur den Arzt, obwohl Regierungs-Medizinalräthe und Physiker sich immer weniger mit der Praxis beschäftigen und immer mehr reine „Sanitätsbeamte" werden.

Wie weit die Unwissenheit über das Wirkungsgebiet des Medizinalbeamten übrigens geht, erhellt aus einer Schrift in der „Zeitschrift für öffentliche Chemie" (Heft XXI), worin es nach Nr. 87 der Apotheker-Zeitung, 1899, so heisst: „Der derzeitige Direktor des Gesundheitsamtes ist zwar Jurist, aber er versteht von der öffentlichen Chemie ohne Zweifel mehr als der Durchschnittsmediziner." Und weiter: „Das Drängen der Aerzte nach neuen amtlichen Stellungen ist psychologisch erklärlich: der ärztliche Stand ist überfüllt" etc. „Der beamtete Mediziner kann nach ihrer — der modernen Hygieniker — Ansicht heutzutage eben Alles, er ist kompetent in der Beurtheilung der Bebauungspläne und der Schleussenprofile der Städte, der Konstruktion der Eisenbahnwagen, der Schlachthofanlagen, ja auch auf dem Gebiete der chemischen Klärung der Abwässer und der Nahrungsmittelanalyse!" Was der Medizinalbeamte mit „Schleussenprofilen der Städte" und der „Durchschnittsmediziner" mit dem Direktor Köhler zu thun haben, ist unerfindlich; unbegreiflich ist es aber vollends, wie wenig Verständniss doch in so weiten Kreisen immer noch dafür ist, wie wichtig es sei, die Forderungen der Hygiene von Hygienikern beurtheilen zu lassen. Wollen etwa die Chemiker, die doch wahrlich ein herrliches, weites theoretisches und praktisches Arbeitsfeld haben, „synthetisch" oder sonst im Laboratorium aufbauen, welche Stoffe für den Menschen schädlich sind, welche Nahrungsverfälschungen gesundheitsschädlich sind, und welche Eigenschaften ein Trinkwasser unbrauchbar machen? Ist nicht vielmehr ihre Aufgabe damit erledigt, festgestellt zu haben, welche Stoffe in den Untersuchungsobjekten sind, und ist es nicht eine Sache des Mediziners zu sagen, ob danach Gesundheitsgefährlichkeit vorliege oder nicht?

Dr. Jehn aber ist entweder ein tüchtiger Nahrungsmittelchemiker oder er hat sich um diese Sache nie gekümmert, jedenfalls hat er keine zutreffende Vorstellung von den Kenntnissen

seiner Fachgenossen, wenn er meint, diese könnten Nahrungsmittel- und Trinkwasserfragen so ohne Weiteres bearbeiten. Er frage nur diejenigen seiner Berufsgenossen, welche sich der Nahrungsmittelchemie zugewandt haben; sie werden ihm sagen, welche Mühen das macht, oder er lasse sich einmal die Wasseranalysen von Apothekern, Handelschemikern, landwirthschaftlichen Versuchsstationen u. s. w. vorlegen, und er wird, wenn er selbst sich in diesen Dingen durch besonderes Studium sachverständig gemacht haben sollte, staunen; ich kann aus eigener privater Erfahrung versichern, dass es nicht einmal immer leicht fällt, aus Apotheken einfache Titrirflüssigkeiten zu erhalten.

Nein, es wäre der grösste Rückschritt der praktischen Hygiene, wenn diese eben geklärten und dem abstrakten Chemismus entrissenen Gebiete wieder unter die Hand des Apothekers oder Chemikers kommen sollten. Es lohnt sich eigentlich nicht, hierüber weitere Worte zu verlieren, da ja kein Mensch in der ganzen Regierung an so etwas ernsthaft denken kann; ich wollte nur dies Kapitel einmal streifen, um zu zeigen, in welchen Utopien sich manche Apotheker bereits bewegen.

Auch kann es in keiner Weise befürwortet werden, die Regierungen in Sammelstellen für zahlreiche, nur ihr eigenes Berufsgebiet bearbeitende Sachverständige aufzulösen; dadurch würde ein Interessenkampf schlimmster Sorte an der Stelle entstehen, wo ausgleichende Gerechtigkeit walten und über den Interessen stehen soll. Daher sind denn auch trotz der Grösse der Entwickelung des Kulturlebens in diesem Jahrhundert seit der Regierungs-Instruktion von 1817 nur zwei neue Dezernate geschaffen worden, nämlich das für Gewerbe und das für die Bekämpfung der Thierseuchen. Beide sind aber wahrlich nicht in's Leben gerufen zur Förderung bestimmter Standesinteressen, sondern weil die enorme Entwickelung unseres Fabrik- und gesammten Gewerbswesens und der grosse Fortschritt in der Erkennung und Bekämpfung der Thierseuchen speziell vorgebildete Beamte erforderte. Welche besondere Entwickelung hat nun das Apothekenwesen seit 1817 genommen? Die Zahl der Apotheken ist gestiegen, beträgt aber immer doch erst in ganz Deutschland etwa 5200, in Preussen 2800, die Art der Berechtigungen und des Arzneimittelverkehrs ist etwas komplizirter geworden, der ganze Betrieb ist aber durch die Entwickelung der Grossindustrie einfacher geworden. Jedenfalls hat das Allgemeinwohl absolut kein Interesse daran, für die Beaufsichtigung und Bearbeitung des Apothekenwesens die Schaffung neuer pharmazeutischer Beamten zu wünschen, es könnte dies nur schädlich und zersplitternd wirken.

Die Sachlage ist also thatsächlich diese:

Die Apothekenrevisionen allein durch einen pharmazeutischen Revisor vornehmen zu lassen, entspricht weder den Interessen der Allgemeinheit noch dem der Apotheker selbst; es ist gegen jedes durch Erfahrung gestützte Herkommen; für einen selbst-

ständigen pharmazeutischen Dezernenten bei den Regierungen fehlt es, ganz abgesehen von allem andern, an Arbeit, da das Revidiren von Apotheken und eventuell Drogenhandlungen nicht die Thätigkeit eines Beamten ausfüllt, für weitere Thätigkeit, insbesondere „hygienische", die Kräfte der Apotheker nicht im Entferntesten ausreichen. Auch ist es nicht erwünscht, wieder neue Beamten zu schaffen, welche den Dienst komplizirter und die Staatsausgaben grösser machen.

Nun werden die Apotheker sagen: Was soll alles Theoretisiren? Wir haben ja bereits in Deutschland Verhältnisse, wo Apotheker ihre Standesvertretung haben, die Apotheken selbst revidiren, Dezernenten in den Ministerien sind; wir haben ja seit Kurzem auch in Preussen einen Pharmazeuten im Ressortministerium; es funktionirt alles gut; was will man also?

Wir wollen uns nur verständigen, was wir wollen.

Zunächst hängt Standesvertretung mit Dezernenten bei der Regierung und Apothekenrevisionen nicht im Mindesten zusammen; der Medizinalrath, Landrath, Schulrath u. s. w. sind keine „Standesvertreter" bei der Regierung. Ob es sich auf die Dauer als praktisch erweisen wird, wenn einmal jeder Stand seine „Standesvertretung" hat, mag zweifelhaft erscheinen. Jedenfalls ist es zeitgemäss, dass die Apotheker gleich anderen Ständen danach verlangen, und die Medizinalbeamten haben gar keine Ursache, ihnen das zu missgönnen; Niemand von ihnen hat sich meines Wissens dagegen ausgesprochen, und es hat den Anschein, als ob diese Standesvertretung thatsächlich in Aussicht genommen wäre. Wir gönnen sie den Apothekern gern, wie sie ja schon in einigen deutschen Staaten eingeführt ist.

Man kann also sehr wohl den Apothekern eine Standesvertretung geben und alles andere bezüglich der Dezernate bei den Regierungen und der Art der Apothekenrevisionen beim Alten lassen, und so wird es hoffentlich kommen.

Ebensowenig scheint mir die Berufung des Apothekers Froelich in's Kultusministerium das zu bedeuten, was Apotheker und Medizinalbeamte vielfach glauben, wenngleich ich natürlich von den offiziellen Absichten keine Ahnung habe. Froelich ist nach den Zeitungen als Hilfsarbeiter mit dem Titel „pharmazeutischer Assessor" berufen und dürfte Mitarbeiter des für das Apothekenwesen zuständigen medizinischen vortragenden Rathes sein. Dass er Apothekenbesitzer geblieben ist, spricht nicht dafür, dass diese Ministerial-Stellung eine volle Beamten- und Lebensstellung sei. Auch sonst ist nicht zu vergessen, dass ein Hilfsarbeiter kein festangestellter Beamter ist. Endlich entspricht die Berufung der Usance. Wenn in irgend einem Stande grosse Fragen zu regeln sind oder besondere Unzufriedenheit herrscht, so wird eine geeignete Persönlichkeit dieses Standes in's Ministerium vorübergehend genommen oder sonst an einflussreiche Stelle gebracht. Man gewinnt dadurch zweierlei: einmal den sachverständigen Rath aus dem nach Aenderung strebenden Stande, sodann Beruhigung der Unzufriedenen, da sie sehen, dass man einen der Ihrigen be-

ruft, der entschlossen ist, für sie zu handeln. So ist neuerdings Dr. Aschenborn ebenfalls in's Kultusministerium berufen worden, vermuthlich um bei der Regelung der Standesangelegenheiten der Aerzte mitzuwirken, ohne dass die Mediziner hierüber irgend welche Begeisterung gezeigt hätten oder diese Stellung für dauernd hielten; so ist seit dem 1. April 1898 ein beamteter Thierarzt als Hilfsarbeiter im Landwirthschaftsministerium thätig, ohne sofort ständig zu werden. Und so ist auch durchaus nicht sicher, dass Froelich nun dauernder Arbeiter im Ministerium bleiben wird, dass gar ständig hier ein Apotheker thätig sein wird, und dass dies der Anfang der pharmazeutischen Dezernate sei. Im Uebrigen muss ich offen bekennen, dass ich, wenn ich auch kein absolutes Bedürfniss dafür zu erkennen vermag, doch grade in der Zentralinstanz die dauernde Beschäftigung eines Pharmazeuten in der jetzigen Weise für gar nicht übel halte. Er wird, wenn er die Arbeiten sieht, die im Apothekenwesen im Ministerium gemacht werden und dort einlaufen, wenn er die Apothekenrevisionsverhandlungen durchmustert und so manches erfährt, was nicht aus der Regierung herauskommt, sehr bald ein anderes Bild von dem Wirken der Medizinalbeamten wie der Apotheker erhalten, das für die Urtheilsbildung nur vortheilhaft sein kann, und er wird, da er die Welt nicht aus den Angeln heben kann, sehr bald den Medizinalbeamten einen grossen Theil des Odiums bei den Apothekern abnehmen.

Und was nun die Staaten mit Standesvertretung der Apotheker und pharmazeutischen Revisoren anlangt, so ist immer wieder zu betonen, dass nirgends, soweit ich zu sehen vermag, das eingeführt ist, was die Apotheker bei uns verlangen, nämlich eigene Bearbeitung des Apothekenwesens und Revisionen allein durch Apotheker.

Für Bayern finde ich die Pharmazeuten nur als ausserordentliche Mitglieder des Ober-Medizinal-Ausschusses, also einer berathenden Behörde, ganz analog den pharmazeutischen Assessoren unserer Medizinal-Kollegien; ebenso ist in jedem Kreis-Medizinal-Ausschusse (für jeden Regierungsbezirk einer) ein Apothekenbesitzer; an der Spitze aber der Kreis-Ausschüsse wie des Ober-Ausschusses steht ein Medizinalbeamter. In Württemberg ist je ein Pharmazeut und ein Chemiker ausserordentliches Mitglied des berathenden Medizinal-Kollegiums. In Sachsen hat das berathende Landes-Medizinal-Kollegium 2 ordentliche und 5 ausserordentliche pharmazeutische Mitglieder (davon 6 Apothekenbesitzer). Aehnlich erscheint die Regelung in Sachsen-Weimar-Eisenach und -Meiningen, Oldenburg, Anhalt, Hamburg, Bremen und Braunschweig, in welchem letzten Staate die Apotheker am meisten den Aerzten koordinirt gestellt erscheinen, auch ihre gemeinsame Kammer haben. In Mecklenburg-Schwerin sitzt ein chemischer Professor als ausserordentliches Mitglied im Medizinal-Kollegium.

In allen diesen Staaten finde ich Apotheker nirgends als Referenten in der Verwaltung.

Gar nicht aufgeführt finde ich Apotheker, also weder in Verwaltung noch im berathenden Kolleg, in Elsass-Lothringen, Mecklenburg-Strelitz, Sachsen-Altenburg und -Koburg-Gotha, Schwarzburg-Rudolstadt und -Sondershausen, Waldeck, Reuss ä. und j. Linie, Lippe-Schaumburg, Lübeck. Sie haben hier also augenscheinlich weniger Einfluss als bei uns in Preussen.

Als Ministerial-Referenten sind Apotheker nur vorhanden in Baden und Hessen und vielleicht auch in Lippe-Detmold, wo ein Apotheker als pharmazeutischer „Sachverständiger" aufgeführt wird, der gleichzeitig Apothekenbesitzer ist.

Welche Thätigkeit die Apotheker in diesen 2—3 deutschen Landen in der Verwaltung haben, weiss ich nicht; ich möchte aber einstweilen bezweifeln, dass sie die Apotheken-Angelegenheiten allein zu bearbeiten haben, da nämlich die Bezirksärzte in dieser Beziehung recht einflussreich sind; ich nehme einstweilen an, dass die pharmazeutischen „Medizinalräthe" nur Mitarbeiter des Mediziners sind.

Was sodann die Revisionen der Apotheken anlangt, so sind beamtete Pharmazeuten in Sachsen, Baden, Anhalt, Sachsen-Weimar, Hessen, Schwarzburg-Sondershausen thätig, in letzten beiden gleichzeitig Apothekenbesitzer. In keinem einzigen Lande jedoch werden die Revisionen nur von den Apothekern vorgenommen; überall sind die Kreis- oder Bezirksärzte dabei. Ja, es könnte fast scheinen, als ob man hier und dort in neuerer Zeit sich veranlasst gesehen hätte, das ärztliche Element mehr als früher in den Vordergrund zu schieben. Denn wenn ich nach Nr. 77, S. 671 der Apotheker-Zeitung zitire, lautete im Jahre 1839 der §. 15 der Instruktion für den pharmazeutischen Revisor in Sachsen: „Die Revision geschieht unter Hinzuziehung des Bezirksarztes" u. s. w.; im Behinderungsfalle genügt es für den Bezirksarzt, wenn er nur zum Schlusse der Revision erscheint. Die Verordnung von 1884 bestimmt dagegen: „Die Bezirksärzte haben mit dem Apothekenrevisor die Apotheken ihrer Bezirke mindestens alle 3 Jahre ein Mal einer Revision zu unterziehen und das darüber aufgenommene Protokoll binnen 8 Tagen bei der Kreishauptmannschaft einzureichen." Welcher fundamentale Unterschied besteht nun eigentlich hier gegen Preussen? Fast scheint es, als sei in Sachsen der Apotheker nur der Sachverständige für den revidirenden Bezirksarzt.

Im Uebrigen unterstehen die Apotheker überall, so weit ich sehe, fortlaufend den Physikern bezw. Bezirksärzten genau wie in Preussen. Die eben erwähnte Korrespondenz in der Apotheker-Zeitung bringt eine Stelle aus einem Gutachten, welches der Apotheker Overbeck der Handelskammer für Plauen erstattet hat, in dem es sehr bezeichnend heisst: Wie in Preussen so unterliegt auch in Sachsen die sonstige Beaufsichtigung der Apotheken den Bezirksärzten, in Preussen Kreisphysiker genannt. Dieses System hat in Sachsen zu Klagen keine Veranlassung gegeben, doch würde

sich auch hier empfehlen, staatlich angestellte Apotheker mit dieser Funktion zu betrauen" u. s. w. Also doch! Ja, in dem kürzlich in Baden ergangenen Gesetz über die Uebertragung von Realapotheken wird ausdrücklich bestimmt, der kaufende Apotheker habe das Gesuch um Ertheilung der Erlaubniss mit den Anlagen bei dem zuständigen Bezirksarzte einzureichen, welcher sich darüber zu äussern hat, „ob etwa Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Nachsuchenden in Bezug auf den beabsichtigten Betrieb darthun" u. s. w., und dann das Gesuch dem Ministerium des Innern vorlegt. Mehr kann man doch eigentlich vom Physikus nicht verlangen! Der Umstand, dass in Baden der Apotheker-Ausschuss bei der Regelung der Apothekenprivilegien in gewissem Grade betheiligt erscheint, kann doch nicht darüber wegtäuschen, dass der Bezirksarzt dort noch in höherem Grade die Aufsichts- und Beurtheilungs-Instanz für die Apotheken ist als bei uns in Preussen!

Kurz und gut, man sieht, dass es mit der Apothekenbeaufsichtigung überall in Deutschland — und übrigens anscheinend auch in anderen Ländern — im Ganzen ist wie bei uns in Preussen. Der Pharmazeut ist bei Revisionen der Sachverständige, der beamtete Mediziner das eigentliche polizeiliche, den Vorgang leitende und zum offiziellen Akt stempelnde Staatsorgan, der Bezirksarzt die ständige erste Aufsichtsinstanz für die Apotheker. Als Dezernenten bei den Bezirksregierungen finden sich Pharmazeuten nirgends, in der Zentralinstanz nur vereinzelt; sie sitzen nicht einmal überall in den berathenden Kollegien. Was uns befremdet, ist, dass die pharmazeutischen Referenten in den genannten Ministerien den Titel „Medizinalrath" erhalten, es würde uns dies nicht recht angebracht oder praktisch erscheinen; denn es ist gut, wenn man jedem Beamtentitel die Fakultät anhört, und dies kann ja auch den Apothekern nur erwünscht sein, wenngleich manche schon jetzt mit Vorliebe vom „pharmazeutischen Medizinalbeamten" der Zukunft reden.

Mit dem Hinweis auf andere Staaten können unsere Apotheker also nichts beweisen.

Im Uebrigen ist es ein eigenes Ding mit der Entwickelung der Gesetze und Rechte und Gewohnheiten in einem Lande. Hier sind sie so, dort so; wie sie aber auch seien, sie sind aus bestimmten Ursachen entstanden, bilden ein feingewobenes Ganze, das in seiner Gesammtheit gut funktionirt und nicht durch Fäden aus anderen Ländern willkürlich geflickt werden kann; man reisse eine Masche aus, und eine unübersehbare Zahl von Fäden hält nicht mehr. Kann man auch aus einem Storchenneste ein Reisig reissen und mit einem Zweige aus einem Krähenneste den Schaden ungeschehen machen?

In Baden und in Hessen ist manches anders als bei uns. Haben wir Ursache, das Dortige alles nachzumachen? Sind wir nicht mit unseren Gesetzen ganz gut gefahren?

Oder sind etwa unsere Apotheken und unsere Arzneimittel

schlechter als anderswo? Glauben die Apotheker das selber? Wohlan, wenn das der Fall wäre, so wäre ich der erste, der zu einer Aenderung des Revisionsmodus riethe. Bisher ist solches aber von den Apothekern nie behauptet worden. Sollten die Apotheker selbst erklären und glaubhaft nachweisen, dass so viele Apotheken heutzutage in Preussen in schlechtem Zustande, die Geschäftsführung ungesetzlich und gefährlich, die Arzneiwaaren schlecht, die Rezeptanfertigungen unzuverlässig seien, während dort, wo die Apotheker hauptsächliche Revisoren sind, dies alles besser ist, dann wäre die Mangelhaftigkeit der jetzigen Aufsichtsordnung erwiesen; so lange solches nicht geschieht, ist eine Aenderung ein gefährliches unnöthiges Experiment. Was gut arbeitet, soll man nicht stören!

Es erübrigt nun noch ein Punkt der Besprechung, nämlich: Welche Beschwerden haben denn eigentlich die Medizinalbeamten in unserer preussischen Organisation den Apothekern gebracht?

Wenn ich das zusammenfasse, was ich in pharmazeutischen Blättern gelesen und im Verkehr mit Apothekern gehört habe, so lassen sich die angegebenen Beschwerden in drei Gruppen vereinigen:

1. Die Medizinalbeamten haben fortgesetzt den Erlass von unpraktischen und den Apothekern ungünstigen und ihren Erwerb schädigenden Verordnungen inaugurirt.

2. Die Medizinalbeamten revidiren in schematischer, Aeusserlichkeiten zu sehr berücksichtigender Weise, ohne den Kern zu treffen, und verlangen Unwichtiges und Unnöthiges.

3. Es ist für den akademischen Stand der Apotheker unwürdig, unter der Aufsicht eines anderen Standes zu stehen, um so mehr, da der medizinische Stand dem pharmazeutischen nicht wohl gesonnen ist.

Sehen wir einmal, was hierüber zu sagen ist.

Was erstens den angeblich unheilvollen Einfluss der Medizinalbeamten auf die Verordnungen über Apotheken-Angelegenheiten anlangt, so habe ich bereits bei der Erörterung der Organisation der das Apothekenwesen bestimmenden Behörden nachgewiesen, wie wenig die Medizinalbeamten hierbei betheiligt sind. Alle jene eingreifenden Verordnungen und Erlasse gehen von den obersten Instanzen aus, ohne dass die Provinzialbehörden und mit ihnen die Kreisphysiker und Regierungs-Medizinalräthe betheiligt wären; es spielt sich das alles allein in den höchsten Regierungs-Regionen und nur nach genügender Befragung der dort an der Berathung betheiligten Apotheker ab; diese sprechen hierbei also vielleicht viel intensiver mit als die Medizinalbeamten. Glauben die Apotheker, in diesen Verordnungen ein Uebelwollen oder eine Sachunkenntniss erblicken zu dürfen,

so mögen sie sich an ihre Kollegen in den, den höchsten Behörden beigegebenen Berathungskörpern u. s. w. wenden; das Gros der beamteten Aerzte steht diesen Verordnungen gänzlich fern. Im Uebrigen sehen wir, dass derartige, von den Apothekern ungünstig aufgenommenen Erlasse nicht nur in Preussen, sondern auch in anderen deutschen und ausserdeutschen Ländern vorkommen. Durch die Massenfabrikation der Patentmedizinen, die arzneilose Heilkunde, die Fortentwickelung der Homöopathie, den Aufschwung der Zeitungen mit ihrer Oeffentlichkeit und ihren Annoncen, durch die Reklamesucht, die Krankenkassen und manche andere Umstände ist in der ganzen Welt das Apothekenwesen in seinen alten Einrichtungen erschüttert und in eine Krisis gerissen, wie die Klagen und Aenderungsversuche aus allen möglichen Ländern ergeben. Diese Krisis ist ganz unabhängig von Gesetzen und Erlassen, und es ist völlig verkehrt, die theilweise labile Lage des preussischen Apothekerstandes auf Verordnungen und Medizinalbeamte zurückzuführen. Wohl wollen die Apotheker denn selbst? Sind etwa Landapotheker und Stadtapotheker, Apothekerverein und pharmazeutische Vereinigung, Besitzer und Gehilfen einig in dem, was sie zum Wohle ihres Standes für heilsam halten? Ist nicht ganz kürzlich erst in Baden, dem gelobten Lande der pharmazeutischen Dezernenten, Revisoren und Standesvertretung, ein Gesetz ergangen, wonach auch der Käufer eines Apothekenprivilegs nunmehr erst einer Bestätigung der Regierung bedarf, ehe er sein Geschäft betreiben kann, wonach also das Privileg einen grossen Theil seines Werthes verloren hat? Das haben wir in Preussen nicht!

Meint man aber, dass einzelne Verordnungen einzelner Bezirksregierungen über Neukonzessionen von Apotheken, Bestätigung von gekauften Konzessionen, Erlaubniss zur Betreibung von Nebengeschäften u. s. w. oder einzelne Entscheidungen in irgend welchen Instanzen den Apothekern ungünstig gewesen seien, so wolle man nicht vergessen, dass, wenn so etwas in der Oeffentlichkeit diskutirt wird, die thatsächlichen Verhältnisse selten richtig bekannt werden, dass jedenfalls Gründe durchschlagender, wohl erwogener Natur für das betreffende Vorgehen vorhanden gewesen sind, und dass die bemängelten Verfügungen auf allgemeine Bestimmungen beruhten, welche gar nicht von den die einzelne Entscheidung treffenden Behörden erlassen waren, welche im Uebrigen sicher im Interesse des Gemeinwohles ergangen sein werden, das nun ein für alle Mal über dem Sonderinteresse steht.

Was sodann die angeblich vielen Verstösse bei den Revisionen, die vielen falschen oder kleinlichen Monita der Medizinalbeamten anlangt, so bestreite ich zunächst entschieden, dass derartige Vorkommnisse irgendwie häufig seien. Was mir bisher als Beispiele hierüber vor Augen gekommen ist, betraf fast ausnahmslos Gleichgiltigkeiten oder strittige Verhältnisse. Der Wunsch, Material gegen die Medizinalbeamten als Revisoren zu sammeln, treibt oft merkwürdige Blüthen; eine der

herrlichsten, wenn auch etwas nach Schwefelwasserstoff duftend, erblühte bei Herrn Schuftan in Berlin und wurde in Nr. 2 des Internationalen pharmazeutischen General-Anzeigers von 1899 der Allgemeinheit zur Bewunderung präsentirt. Darnach soll im Jahre 1884 der pharmazeutische Revisor bei einer Revision Lithargyrum unsachgemäss geprüft und früher einmal Schwefelwasserstoff in der Offizin dargestellt haben und ersteres soll den Ausgangspunkt zu Streit und Nachrevisionen u. s. w. gegeben haben. Die Moral von der Geschichte? „Wäre der revidirende Medizinalbeamte ein tüchtiger Fachmann gewesen, so wäre es nicht soweit gekommen; also brauchen die Apotheker zwei Apotheker als Revisoren.“ Bravo! So wird's gemacht! Es ist im Uebrigen sehr leicht, einer Zeitung anzuzeigen oder in einer Versammlung vorzubringen: so ist es mir ergangen, so Falsches mir monirt worden! Es erinnert solches Gebahren sehr an die Methode von im Examen durchgefallenen Leuten, die nicht genug zu erzählen wissen von der schlechten Laune und Spitzfindigkeit und Unklarheit der Examinatoren und mit künstlich pointirten Beispielen dafür bei der Hand sind; die Aeusserungen ihrer eigenen Gaben und das Ergebniss allein bedingenden Unwissenheit aber sorgfältig aus dem Spiele lassen. Was bedeutet es, wenn ein Apotheker sich über ein kleinliches, aus dem Ganzen herausgerissenen Monitum aufhält, die zahlreichen schweren Bemängelungen, in deren Umgebung jenes kleine Monitum auch eine Bedeutung gewinnt, aber unterdrückt? Man vergleiche zunächst die Zahl sämmtlicher zu Recht gezogenen Monita über Apotheken, meinetwegen in einem Jahre irgendwo, mit der Zahl der unnöthigen und unrichtigen, und dann sage man, ob unverständig revidirt werde. Vielleicht wird es Herrn Froelich gestattet, eine solche Zusammenstellung zu machen. Ich glaube, die Medizinalbeamten können derselben mit grosser Ruhe entgegensehen. Wollen es die Apotheker nicht beantragen?

Natürlicherweise kommen auch hin und wieder unnöthige Monita vor. Aber glaubt man, dass in dem Augenblicke, wo Apotheker allein revidiren, die Unfehlbarkeit einziehen werde? Ich verweise auf die Revisionen der Drogerien und Materialgeschäfte, die vielfach von Apothekern ohne Medizinalbeamte revidirt werden; hat da irgend Jemand aus den zahllosen publizirten, sehr oft freisprechenden Urtheilen der Gerichtsbehörden und den Veröffentlichungen in Fachzeitschriften den Beweis dafür herleiten können, dass die Apotheker über das, was im Arzneimittelverkehr Rechtens sei, besonders orientirt seien? Will man gar behaupten, dass dort, wo Medizinalbeamte mit oder allein revidirten, mehr Fehler gemacht seien?

Man frage doch offen pharmazeutische Revisoren, ob sie behaupten können, dass einigermassen eingearbeitete Medizinalräthe nicht vollkommen über das, was in Apotheken zu verlangen sei, orientirt seien, ja, ob sie nicht ebenso häufig zur Milde wie zur Strenge riethen, ob sie nicht so manches Mal durch richtige Interpretation belehrend und aufklärend gewirkt hätten!

Endlich, ist es nicht ganz natürlich, dass Meinungsverschiedenheiten bei einer so weit verzweigten Materie vorkommen, da es nun einmal über die Kräfte von Menschen geht, Verfügungen zu erlassen, in denen für alles Vorkommende eindeutige Bestimmung getroffen ist? Wenn ich nun in der Auslegung fehle, ist das denn ein Zeichen von der Unfähigkeit der Medizinalbeamten, Apotheken zu revidiren? Die Apotheker sind ja selbst oft nicht einig und wissen in zweifelhaften Fällen schon gar nicht Bescheid, wie so manche öffentliche Diskussion lehrt.

Dann aber noch eins!

Die Revisionen werden doch von einem Medizinalbeamten und einem Pharmazeuten gemeinsam ausgeführt. In dem Protokoll können Ausstellungen nur dann ausgesprochen werden, wenn beide Revisoren einig sind; bei Differenzen hätte der Regierungspräsident zu entscheiden. Behauptet man also, die Revisionsprotokolle monirten Unnöthiges, so klagt man damit den pharmazeutischen Revisor genau in demselben Grade an, wie den medizinischen, und wenn die Apotheker jetzt auf diese Monita die Forderung nach einer Beseitigung des medizinischen Revisors befreien, so könnten die Medizinalbeamten mit ganz demselben Rechte aus eben diesen angegriffenen Protokollen die Folgerung ziehen, dass die pharmazeutischen Revisoren unbrauchbar und ganz durch Aerzte zu ersetzen seien; denn beider Verantwortung und eventuelle „Schuld“ ist abgezirkelt gleich.

Man wende nicht ein, der Medizinalbeamte habe den grösseren Einfluss; kein pharmazeutischer Revisor darf durch seine Namensunterschrift ein Monitum anerkennen, das er nicht billigt; thut er das doch, so besitzt er einfach nicht die nöthigen Charaktereigenschaften zum Revisor, und Sache der Apotheker würde es sein, auf Ersatz zu dringen.

Es ist ungemein wichtig, sich immer wieder diese gemeinsame und gleichgrosse Verantwortlichkeit beider Revisoren klar zu machen.

Uebrigens „moniren“ die Revisoren im Grunde beide nicht; sie fertigen ein Protokoll, und der revidirte Apotheker notirt sich eine Anzahl von Ausstellungen zur baldigen Beseitigung, sc. wenn er sie als berechtigt anerkennt. Allerdings ist der Regierungs- und Medizinalrath wie jeder Departementsrath gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die Abstellung schwer wiegender Verstösse im Bereiche seines Ressorts direkt anzuordnen; es ist jedoch ein ganz gewiss ungemein seltener Fall, dass so etwas gegen die Meinung des pharmazeutischen Revisors und des Apothekers vorkommt; im Allgemeinen wird im Protokoll der Befund über das ganze Geschäft aufgenommen, und auf Grund dieses Befundes „monirt“ erst der Regierungspräsident.

Es ist eine ganz falsche Vorstellung, wenn man sich einbildet, das sei eine leere Form; was der Regierungs-Medizinalrath schreibe, werde ohne Weiteres acceptirt. Schon dieser letztere prüft auf der Regierung gewiss stets die Monita in Ruhe noch

einmal, ehe er sie dem Regierungspräsidenten zur Ertheilung vorschlägt, insbesondere solche, die ihm nicht ganz zweifelsfrei erscheinen, und wenn der pharmazeutische Revisor in irgend welchen Punkten dissentirt haben sollte, so können die Apotheker sicher sein, dass eine gründliche, von verschiedenen Personen vorgenommene Prüfung in der Regierung stattfindet und erst nach reiflicher Erwägung vom Regierungspräsidenten eine Entscheidung getroffen werden wird, sei es im Sinne der Meinung des Regierungs-Medizinalrathes, sei es in anderem. So gross der Begriff der Apotheker von unserer Einflusssphäre, wie er sich neuerdings so oft dargestellt hat, auch ist, ganz richtig ist er nicht.

Und was noch den Physikus anlangt, so kommt er beim besten Willen gar nicht dazu, eigentliche Monita zu ziehen. Sollte er irgend etwas verlangen, was dem Apotheker nicht richtig scheint, so wird an den Regierungspräsidenten wegen Entscheidung berichtet, dem jener so wie so die Mängel bestimmungsgemäss lediglich vorzutragen hat. Und sind denn wirklich irgendwo nennenswerthe Verfehlungen der Physiker in irgend erheblicher Anzahl vorgebracht worden?

Die Behauptungen von dem unheilvollen Wirken der Medizinalbeamten bei den Revisionen sind eben eine aus unrichtigen Beobachtungen, unverstandenenen Massnahmen und tendenziös aufgebauschten Vorkommnissen hergerichtete Fabel!

Nicht besser ist es mit der dritten Behauptung der Apotheker, dass es nämlich unwürdig für sie sei, sich von den Vertretern eines anderen Standes beaufsichtigt und kontrolirt zu sehen, und dass dies umsomehr unbillig sei, weil der medizinische Stand dem pharmazeutischen nicht wohl gesonnen sei, auf ihn herabsehe und ihn herabdrücken wolle.

Der erste Theil der Klage legt ein unberechtigtes Standesgefühl an den Tag. Wo in aller Welt ist es denn Sitte, dass ein Betrieb nur von Standesgenossen beaufsichtigt werde? Der kommandirende General, der Stadtkommandant u. s. w. revidiren, wie bereits angedeutet, die Garnisonlazarethe, die militärischen Werkstätten und Waarenlager, der Schiffskapitän die Maschinen, die Gewerbeaufsichtsbeamten die Fabriken aller Art, Bauräthe die Domänen, die Medizinalbeamten mancherlei Fabriken, desgleichen Arbeiterwohnungen und regelmässig die Krankenhäuser, wobei wahrlich nicht nur die ärztlichen Einrichtungen und der ärztliche Dienst, sondern Verwaltung, Küche u. s. w. berücksichtigt werden und das Verwaltungspersonal betheiligt wird; nicht technische Verwaltungsbeamte aller Art revidiren ebenfalls Krankenhäuser, Deichbauten, Strombauregulirungsanlagen, Schulen, Irrenhäuser, Chausseen und was nicht alles. Sollen sich da auch die Revidirten in ihrem Standesbewusstsein verletzt fühlen?

Und revidiren nicht die Apotheker selbst die Drogisten, also einen anderen Stand?

Aber freilich, man sagt in Apothekerkreisen nur, es sei für

einen akademischen Stand die Revision durch einen andern unwürdig!

Ich will mich über das Akademische des Apothekerstandes nicht weiter verbreiten; aber finden sich in den obigen Aufzählungen, die noch leicht vermehrt werden könnten, nicht mehrfach akademische Stände als von anderen revidirt betheiligt? Auch kommt es gar nicht selten vor, dass ein Drogist einst Apotheker war, also „akademisch" ist. Das Wichtigste ist aber: warum soll denn gerade hier die akademische Bildung entscheiden? Für die Art der Revision eines Geschäftes kann doch lediglich die Art der Interessen massgebend sein, welche das Allgemeinwohl an der Ordnungsmässigkeit des Betriebes hat Und bezüglich der Apotheken ist dies Interesse bei den Aerzten, bei dem von den Aerzten mit Rezepten versehenen Publikum und bei der Staatsregierung, welche dem Apotheker den Vertrieb der schwersten Gifte gestattet, derartig, dass eben ein beamteter Arzt an der Beaufsichtigung theilnehmen muss.

Wenn sodann von einer Animosität und Ueberhebung des ärztlichen Standes und einem Uebelwollen gegenüber den Apothekern gesprochen wird, so weiss ich wirklich nicht, was ich von einer solchen frappirenden Behauptung halten soll.

Ja, freilich, als Gymnasialabiturienten, volle Akademiker und ihres schweren, Geisteskräfte aller Art erfordernden wissenschaftlichen Berufes sich bewusste Männer mögen sich die Aerzte, wenn man sie auf Herz und Nieren prüft, im Ganzen als höherer Stand gegenüber dem geringerer Vorbildung und Ausbildung bedürfenden, die ärztlichen Anweisungen ausführenden, im Allgemeinen mehr geschäftlich und praktisch als wissenschaftlich arbeitenden Apotheker fühlen, und daran wird, wie sich nun einmal die Anschauungen der Menschen entwickelt haben, wenig zu ändern sein. Es giebt zahlreiche Analogien bezüglich der Standesunterschiede und Standeseinschätzungen, die viel weniger berechtigt sind. Aber was hat das für eine Bedeutung?

Der Apothekerstand ist geachtet von jeher. Er ist in erheblichem Masse Träger der naturwissenschaftlichen Kenntniss, hat bekannte Gelehrte hervorgebracht, Entdeckungen gemacht, wissenschaftlich gefördert und praktisch genützt, und noch heute haben manche Apotheker den Trieb, über ihr Geschäft hinaus sich wissenschaftlich zu bethätigen; auch dem Gemeinwohl widmen sich viele, und der Apothekerstand ist unter den Stadtverordneten, Stadträthen, Beigeordneten und in ähnlichen Stellungen in auffallend hoher Zahl betheiligt. Auch in wissenschaftlichen und gemeinnützigen Vereinen sind Apotheker zahlreich zu finden und verkehren hier nach meinen Erfahrungen durchaus al pari mit allen übrigen hier vorhandenen Ständen einschliesslich der Aerzte, die sich an allen diesen Plätzen in analog häufiger Weise finden. Ich selbst treffe mit manchen Apothekern in allerhand Vereinen zusammen und habe nie bemerkt, dass ein Arzt, Medizinalbeamter oder sonst Jemand dieselben geringschätzig zu be-

handeln unternähme. Man ist doch ganz allgemein gewöhnt, „Doktor und Apotheker“ als zusammengehörig zu betrachten, wie etwa „Castor und Pollux“, und jeder Beobachter wird gefunden haben, dass die Verwandtschaft der Berufe so manche Freundschaft zwischen Personen beides Standes gezeitigt hat. Ja, das Publikum sieht manchmal scheel auf diese Freundschaften, weil es geschäftliche Hintergründe zu vermuthen geneigt ist.

Alles in Allem genommen, bestreite ich entschieden, dass es eine generelle Ueberhebung oder Animosität der Aerzte gegenüber den Apothekern giebt.

Wenn es einen Punkt giebt, der Feindschaft zwischen beiden Ständen erregen könnte, so ist es das Kapitel „Kurpfuscherei“. Ich will mich hierüber nicht verbreiten und überlasse es ehrlichen Apothekern zu prüfen, welches Recht die Aerzte hier zur Klage haben. Dass dieser Punkt eine generelle Animosität gezeitigt habe, kann ich aber auch nicht zugeben.

Und gar die Regierungs-Medizinalräthe sind heutzutage so voll beschäftigte Verwaltungsbeamte ohne jede oder mit so geringer, dann aber sehr guter Praxis, dass ihnen wahrlich nichts so nahe liegt wie kleinliche Erwerbseifersucht oder Standesvorurtheile. Ja, auch die Physiker sind heutzutage nur noch so wenig praktische Aerzte und werden hoffentlich generell immer mehr reine Gesundheitsbeamte werden, so dass kein Grund vorliegt, ihnen im Gegensatze zu anderen preussischen Beamten die Unparteilichkeit abzusprechen. Meinen die Apotheker etwa, die Juristen würden sich weniger hoch über ihnen stehend fühlen als die Aerzte? Oder glauben sie, das Revidiren etc. würde sich „unter Kollegen“ angenehmer gestalten? Wenn sie sich nur nicht täuschen!

Wenn ich so die ganze Bewegung der Apotheker überblicke, möchte ich zu folgendem Resultate kommen:

Der Apothekerberuf ist heute nicht mehr überall das sesshafte wohl fundirte, seinen Mann schlecht und recht nährende Gewerbe von ehedem; an die Stelle der kleinwissenschaftlichen Beschaulichkeit ist ein reger Geschäftsgeist getreten, und alle die vielfachen, allgemein bekannten Verhältnisse mannigfachster Art haben Unruhe und Unzufriedenheit in die Reihen der Apotheker getragen. Was Wunder, dass man nach bestimmten Ursachen der ungemüthlichen Situation und nach Abhilfe sucht? Rathgeber und Quacksalber erstehen, der eine räth dies, der andere das, keine Einigkeit; da gilt es wie überall, eine „Plattform“, eine Tendenz, einen Schuldigen zu finden, worauthin alle Unzufriedenen unter einen Hut zu bringen sind. Allmählich krystallisirt sich etwas heraus. Hier und da ist ein Medizinalbeamter, der den Apothekern nicht genehm ist, man schreibt ihm unheilvollen Einfluss auf die Verordnungen zu, einer erzählt's dem andern, der findet auch dies oder jenes an einem anderen Medizinalbeamten zu klagen, das Material schwillt, ungeprüft, an allen Reichsecken; plötzlich bricht die Losung Bahn: Die Medizinalbeamten sind an Allem schuld. Wenn wir die erst los sind, ist Alles besser! Das ist doch noch ein Stichwort, das zu erfassen nicht beson-

ders schwer ist, und wo erst ein Wort ist, da stellen sich auch neue Gedanken ein: es ist unwürdig für uns, dass wir von einem anderen Stande beaufsichtigt werden, die Mediziner waren von je unsere Widersacher u. s. w.!

Zwar, man ist sich auch hier nicht einig. Ob selbst im Deutschen Apothekerverein, lasse ich dahingestellt. Viele der Aussenstehenden und insbesondere viele Pharmazeuten, die nicht Apothekenbesitzer sind, haben eine andere Meinung, wenn sie auch die Stimmen nicht oft erheben, da bekanntlich immer diejenigen, welche gegen eine Aenderung sind, zu schweigen lieben, auch wenn zu befürchten ist, dass diese Aenderung gegen ihren Willen eingeführt werde. Denn sprechen sie einmal, so werden sie als Verräther an der Standessache niedergekanzelt, und nun gar Artikel, wie z. B. der im „Mentor" Nr. 2, 1898, der zwar auch an den Medizinalbeamten mancherlei auszusetzen hat, im Uebrigen es aber bei dem Bestehenden bewendet lassen will, werden wohl sicher nicht den Beifall von Apothekern finden.

Meinen aber die Apotheker, das goldene Zeitalter würde für sie anbrechen, wenn die Medizinalbeamten erst mit den Apotheken nichts mehr zu thun hätten und „Pharmazieräthe" den Arzneimittelverkehr übernähmen? Vanitas, vanitatum vanitas! Sie werden bald einer anderen Plattform bedürfen. Soweit gesetzgeberische Massnahmen überhaupt helfen können, wird eine Regelung der Apothekenverhältnisse nöthig sein; ob dabei Medizinalräthe an den Regierungen die Pharmazie-Angelegenheiten weiter bearbeiten und die Apotheken mitrevidiren oder nicht, das wird für das Wohl der zukünftigen Apotheker, die auf jeden Fall ausgiebig zum Worte kommen, gleichgiltig sein. Und glücklicherweise zeigt der kürzlich vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Dienststellung der Kreisärzte, dass man in der Regierung gar nicht daran denkt, in Bezug auf deren Aufsicht über die Apotheken Aenderungen gegen das jetzt Geltende eintreten zu lassen.

Im Uebrigen haben viele Kreise unseres Vaterlandes ein weit grösseres Interesse daran, wie diese Dinge laufen, als die Medizinalbeamten, so weit diese nicht durch die Apotheker angegriffen werden. Wunderbar genug ist es, dass jene Kreise sich nicht mehr regen, sondern zum Theil, wie einige Handelskammern, auf die Seite der Apotheker treten, offenbar doch nur in der irrigen Vorstellung, als ob die Medizinalbeamten den Kredit der Apotheker schädigten, während andere Handelskammern, z. B. die in Nordhausen, die Sachlage richtig erkannt und sich gegen die jetzigen Aenderungsbestrebungen der Apotheker ausgesprochen haben sollen. Freilich darf es nicht unsere Sache sein, jene Kreise zu alarmiren, das würde nicht der Würde preussischer Beamten entsprechen. Es genügt, aufklärend zu wirken und die Dinge so darzustellen, wie sie im Interesse des Allgemeinwohles, ohne den einzelnen Stand zu schädigen, aufzufassen und anzufassen sind. Dies muss aber öfters geschehen, damit die öffentliche Meinung nicht einseitig und falsch bearbeitet werde.

Ich komme zum Schlusse.

Ich bin der letzte, der es den Apothekern verdenkt, wenn sie ihre Lage verbessern wollen; ich begreife es, dass sie auch ihr Theil an der „Selbstverwaltung“ haben möchten, und ich persönlich würde ohne Groll von der Medizinalpolizei scheiden und mich gern der Sanitätspolizei um so intensiver widmen, wenn ich jene anderweitig besser geborgen wüsste. Aber ich sehe weder einen durchgreifenden Grund zu solcher Aenderung, insbesondere erachte ich die vorgebrachten Klagen der Apotheker über den unheilvollen Einfluss der Medizinalbeamten für durchaus ungerechtfertigt, noch erblicke ich die Möglichkeit einer Einrichtung, welche der jetzigen an Korrektheit, Einfachheit und Sicherstellung aller Betheiligten gleichkäme oder gar überlegen wäre. Meines Erachtens thäten die Apotheker gut, sich mit dem Streben nach einer Standesvertretung zu begnügen; das fortwährende Drängen nach Aenderung der ganzen Aufsichts-Organisation muss auf die Dauer allgemeine Unzufriedenheit in ihren Reihen erregen und kann leicht das noch glücklicherweise meist gute Einvernehmen zwischen Medizinalbeamten und Apothekern stören, was doch gewiss nicht erwünscht wäre. Im Uebrigen ist jeder seines Glückes Schmied. Wir Medizinalbeamten aber werden weiter nach bestem Wissen und Gewissen unsere Pflicht thun.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die Beziehungen zwischen natürlicher und künstlicher Immunität. Von Privatdozent A. M. Maxntow. Autorisirte Uebersetzung. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1898, Nr. 99.

Zunächst verbreitet sich Verfasser über die Bedeutung der chemischen Zusammensetzung des Nährbodens für das Wachsthum der Mikrobien und die Produktion der Toxine.

Gelangt eine Mikrobienart in den Organismus eines empfänglichen Thieres, so findet sie einen für ihr Wachsthum und für die Toxinbildung günstigen Boden. Ist das Thier nicht empfänglich, so vermag die Bakterie wohl eine gewisse Quantität Toxins hervorzubringen, welche die nächstliegenden Zellen auch abtödten kann, aber der Nährboden ist doch für die Toxinbildung nicht geeignet, und die Bakterie wird, ohne eine spezifische Erkrankung herbeigeführt zu haben, wie jeder andere Fremdkörper auf irgend eine Art entfernt.

Würde dem nicht empfänglichen Thiere direkt das Toxin eingeimpft, so würde es vernichtet werden können.

Die Bakterien können im Organismus eines immunen Thieres sich vermehren, mehr oder minder längere Zeit im Blute und in den Organen sich aufhalten, ohne ihre Virulenz zu verlieren, aber auch ohne Störungen herbeizuführen. Es fehlen hier die Bedingungen, unter welchen sich spezifische Toxine bilden.

Wenn nun bei der natürlichen Immunität auch Antitoxine gebildet würden, so müsste man doch voraussetzen, dass die Mikrobien auch im Organismus eines immunen Thieres Toxine produzirten; denn sonst wäre doch kein Anlass zur Bildung von Antitoxin vorhanden! Ferner wie käme es, dass nur gerade so viele Antitoxine erzeugt würden, die hinreichten, um die Wirkung einer bestimmten Anzahl von Toxinen zu paralysiren. Es müsste dann doch ebenso wie bei der künstlichen Immunität eine Anzahl freier Antitoxine vorhanden sein.

Einem gegen eine bestimmte Krankheit immunen Thiere kann man be-

liebige Mengen der betreffenden Bakterien einführen, ohne jemals ein antitoxisches Serum zu erhalten.

Mikrobien, auf künstlichem Nährboden gezüchtet, verlieren an Virulenz. Um die Virulenz zu erhöhen, führt man die Bakterienart durch den Organismus eines Thieres. Worauf beruht die Virulenzerhöhung? Auf vitalen Kräften des Organismus oder auf verbessertem Nährboden? Das Letztere scheint das Richtige! Auf einer besonders zubereiteten Bouillon wurde enorm hohe Virulenz erzielt. Werden die Bakterien von Anfang an auf entsprechend verbessertem Nährboden kultivirt, so tritt eine Abschwächung überhaupt nicht ein; so wurde ein und dieselbe Kultur bis zur 78. Generation gezüchtet ohne an ihrer enormen Virulenz einzubüssen und ohne durch einen thierischen Organismus geleitet zu sein.

Aber die allergeringste Veränderung des Nährmediums und der sonstigen Verhältnisse ist von weittragendster Bedeutung. So kann man es sich auch erklären, dass die Ausbreitung mancher Krankheiten beeinflusst wird von den örtlichen Verhältnissen, von der Jahreszeit u. s. w., ja, von der Beschaffenheit des befallenen Individuums selbst. Dr. Hoffmann-Halle a./S.

Klinisches Jahrbuch. Siebenter Band. 1. und 2. Heft. Jena 1898. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 158 u. 244 S. Preis: 6 Mark.

1. Typhusepidemien und Trinkwasser. Von Prof. Dr. Pfeiffer.

Während es feststeht, dass bei der Entstehung von Cholera-Epidemien die Wasserversorgung den wichtigsten Faktor darstellt, ist die epidemiologische Forschung noch weit davon entfernt, in Bezug auf die Typhusätiologie völlig klar zu sehen. Es gelingt nur sehr selten, durch bakteriologischen Nachweis der Typhus-Erreger im Wasser die ätiologische Rolle des Wassers bei der Entstehung von Typhus-Epidemien festzustellen. Wir müssen uns daher in der Regel damit begnügen, zwischen Typhus-Erkrankungen und Wasserversorgung räumliche und zeitliche Beziehungen herauszufinden, welche geeignet sind, jeden Zweifel an dem Zusammenhange zwischen beiden zu zerstreuen. Bei zwei Typhus-Epidemien, deren Studium dem Herrn Verfasser im Auftrage des Ministers oblag, war es möglich, solchen Zusammenhang mit Sicherheit zu konstatiren. Beide Epidemien nehmen gerade aus diesem Grunde hohes Interesse in Anspruch.

a. Die Typhus-Epidemie in Lüneburg im Jahre 1895 hatte im November ihr Ende erreicht. Obwohl der Herr Verfasser sich erst im Januar 1896 an Ort und Stelle begab, ermöglichten die geradezu einzig dastehenden Zustände der Wasserversorgung von Lüneburg doch noch mit Bestimmtheit, die Entstehung der Epidemien auf das Trinkwasser zurückzuführen, welches aus einer Wasserentnahmestelle der Ilmenau stammte. Die ausserordentlich interessanten Ausführungen, welche durch einen Situationsplan Lüneburgs noch an Anschaulichkeit gewinnen, schliessen mit dem Hinweis darauf, dass man der sog. Selbstreinigung der Flussläufe nicht allzusehr vertrauen darf.

b. Die Typhus-Epidemie in Zehdenick a. d. Havel im Sommer 1896 nahm ihren Ausgang von einem undichten, durch Typhus-Dejektionen nachweislich verunreinigten Kesselbrunnen und erstreckte sich auf sämmtliche von diesem Brunnen gespeiste Haushaltungen; im Ganzen wurden 94 Personen befallen. Dass es sich um Unterleibstypus handelte, ist durch Leichenöffnungen sichergestellt worden. Der Nachweis von Typhusbazillen im Wasser des verseuchten Brunnens gelang nicht.

2. Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der einzelnen Kehlkopfmuskeln. Aus der medizinischen Poliklinik des Professor v. Mering zu Halle a./S. Von Dr. Happel (früher I. Assistent der Poliklinik. (Mit 2 Abbildungen.)

Wenn man die spezielle Fachliteratur auf dem Gebiete der Kehlkopfskrankheiten durchgeht, so stösst man bezüglich der detaillirten Funktionen der einzelnen Kehlkopfmuskeln auf zahlreiche Widersprüche, die sich oft diametral gegenüber stehen. Die Ursache für diese auffallende Thatsache liegt darin, dass man bei den experimentellen Untersuchungen über die Funktion der einzelnen Kehlkopfmuskeln den zu dem betreffenden Muskel als gehörig geltenden Nerven zum Ausgangspunkt wählte, denselben durchschnitt, reizte oder sonstwie auf ihn einwirkte, und dann aus den auftretenden Lähmungs- oder Reizerschei-

nungen auf seine Funktion resp. auf die Funktionen der von ihm versorgten Muskeln schloss. Dass man bei dieser Art der Untersuchung zu widersprechen den Resultaten gelangte, kann nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, wie wenig geklärt das Gebiet ist, welches die Frage der Innervation der Kehlkopfmuskeln umschliesst. Verfasser hat deshalb versucht, ein einwandfreies Bild über die Funktion der einzelnen Muskeln auf einem anderen Wege zu gewinnen, welcher übrigens bereits von Neumann und Simanowsky für den M. crico-thyreodeus und von Schech für den M. posticus beschritten worden ist. Er durchtrennte oder entfernte bei Hunden den Muskel, dessen Funktion erforscht werden sollte, und untersuchte danach den Kehlkopf Wochen und Monate lang. Auf diese Weise wurden bei einer grossen Zahl von Versuchsthieren die Funktionen jedes einzelnen Kehlkopfmuskels festgestellt. Die Resultate der Untersuchungen sind am Schluss der interessanten Abhandlung kurz zusammengefasst.

3. **Ueber die Einrichtungen für das Studium der Zahnheilkunde an den deutschen Universitäten.** Von Geh. Medizinal-Rath Professor Dr. M. Kirchner.

Der Herr Verfasser giebt in seinem knappen, aber ausserordentlich inhaltreichen Aufsatz ein auf genauesten statistischen Erhebungen beruhendes hochinteressantes Bild der gesammten zahnärztlichen Verhältnisse Deutschlands. Er kommt zu dem Ergebniss, dass im Interesse des zahnkranken Publikums eine sehr erhebliche Vermehrung des akademisch gebildeten, im Inlande geprüften zahnärztlichen Personals durchaus wünschenswerth sei, und dass zu diesem Zwecke vor allen Dingen auf den preussischen Universitäten zum Studium der Zahnheilkunde ausreichendere Gelegenheit wie bisher geboten werden müsse.

4. **Untersuchungen über die Werthbestimmung des gewöhnlichen Tuberkulins.** Aus dem Königlichen Institut für Serumforschung und Serumprüfung in Steglitz. Von Prof. Dr. Dönitz.

Nach dem Koch'schen Verfahren hat Tuberkulin die gewünschte Stärke, wenn ein mindestens 4 Wochen vorher infizirtes Meerschweinchen durch eine subkutane Einspritzung von 0,5 ccm innerhalb 6—30 Stunden zu Grunde geht. Eine genauere Werthbestimmung hat der Herr Verfasser dadurch erreicht, dass er die tödtliche Maximaldosis bestimmte. Er fasst das allgemeine Resultat seiner Untersuchungen folgendermassen zusammen:

1. Durch Anstellung grösserer Versuchsreihen mit tuberkulösen Meerschweinchen ist man im Stande, den Werth des Tuberkulins durch Ermittelung der tödtlichen Minimaldosis hinlänglich genau zu bestimmen, um verschiedene Tuberkuline mit einander vergleichen zu können.

2. Diese Dosis liegt durchschnittlich zwischen 0,1 und 0,3 als äusserste Grenzen.

3. Der Durchschnittswerth des Tuberkulins hat sich seit 1890 nicht merklich geändert.

4. Die Schwankung der minimalen tödtlichen Dosis zwischen 0,1 und 0,3 bedeutet, dass gelegentlich ein Tuberkulin 3 Mal stärker sein kann, als ein anderes. Dieser Unterschied ist so gross, dass man sich fragen muss, ob er bei der praktischen Verwendung des Tuberkulins Veranlassung zu Bedenken giebt.

Als Konsexens dieser Ergebnisse ist es dringend geboten beim Menschen zur Tuberkulin-Behandlung eine Anfangsdosis nicht über $^1/_{10}$ mg zu wählen, während zu diagnostischen Zwecken vielleicht schon $^1/_2$ mg genügen dürfte.

Nachträglich hebt der Herr Verfasser auf Seite 257 und 258 gegenüber dem Aufsatz von Lingelsheim „Ueber die Werthbestimmung der Tuberkulosegiftpräparate“ in der Deutsch. med. Wochenschrift, 1898, Nr. 37, wonach die Giftprüfungen an kranken Thieren sehr unsicher seien, nochmals einige schon früher erwähnte Punkte besonders hervor, welche geeignet sind, die Einwände von Lingelsheim zu entkräften.

5. **Ueber die Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1897.** Aus den Akten des Königlich Preussischen Kultusministeriums. Von Geheimen Med.-Rath Prof. Dr. M. Kirchner. Mit geographischer Karte.

Der Herr Verfasser veröffentlicht mit Genehmigung des Herrn Ministers den diesem erstatteten amtlichen Bericht über die im Jahre 1897 in Preussen vorgekommenen Bissverletzungen von Menschen durch tolle Thiere. Danach sind innerhalb der letzten 7 Jahre 648 Personen mit 8,9 % Mortalität

von tollen oder tollwuthverdächtigen Thieren gebissen worden. Die meisten Erkrankungen kamen in den an Russland oder Oesterreich-Ungarn grenzenden Landestheilen, in Schlesien und Ostpreussen, vor, besonders in den heissen Monaten Juni, Juli und August. Die Bissverletzungen wurden vereinzelt durch Katzen, in der Regel durch Hunde hervorgebracht. Die Mehrzahl der Erkrankten stand im Alter von 5—15 Jahren und wohnte auf dem Lande, nur 8,6 % in kleineren Landstädten.

Die Bissverletzungen erfolgten meist an den oberen, demnächst an den unteren Extremitäten. In der überwiegenden Zahl der Fälle fand eine ärztliche Behandlung statt, welche in der Regel die örtliche Zerstörung des Krankheitsgiftes anstrebte. 8 im Jahre 1897 Gebissene wurden nach dem Pasteur'schen Verfahren geimpft, sämmtlich mit günstigem Erfolge. Seit Juli 1898 ist im Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin eine Abtheilung für Wuthimpfung eingerichtet, deren Inanspruchnahme demnach Jedem dringend empfohlen werden muss, welcher das Unglück gehabt hat, von einem tollen Thiere gebissen zu werden. Zum Schluss des sehr interessanten und belehrenden Berichtes werden die vom Herrn Minister angeordneten Massnahmen behufs Verhütung und Bekämpfung der Lyssa mitgetheilt. Als Anhang ist eine Karte Deutschlands beigefügt, auf welcher die von Wuthkrankheiten heimgesuchten Kreise je nach der Zahl der dort beobachteten Krankheitsfälle eine verschieden ausgeführte Chraffirung zeigen.

6. Die Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin. Aus dem Institut für Infektionskrankheiten. Von Dr. Marx, Assistenten am Institut.

Im Anschluss an die vorstehende Arbeit des Herrn Geheimrath Kirchner beschreibt der Herr Verfasser die Wuthimpfungsabtheilung im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin. Dieselbe steht unter Leitung des Herrn Prof. R. Pfeiffer, welcher zuvor vom Herrn Kultusminister behufs genauer Kenntniss ähnlicher Einrichtungen nach Wien, Krakau und Budapest entsandt worden war. Die Behandlungsmethode ist die Pasteur'sche und sucht eine Immunisirung des gebissenen Menschen herbeizuführen, bevor die Krankheit zum Ausbruch gekommen ist. In den verschiedenen, nach dieser Methode arbeitenden Instituten ist die durchschnittliche Mortalität nicht höher als 0,2 %, allerdings unter Abrechnung der schweren Zerfleischungen durch Wölfe. Die ärztliche Behandlung in der Abtheilung, die bekanntlich kostenlos ist, dauert in der Regel 20 Tage. Dr. Dietrich-Gerdauen (Ostpr.).

Tropon als Eiweissersatz. Von Dr. Rudolf, Assistent am hygien. Institut in Würzburg. Münchener med. Wochenschr.; 1899, Nr. 2.

Dass von Prof. Finkler hergestellte Eiweisspräparat ist ein lederbraunes, gleichmässig feines Pulver, welches aus vegetabilischen und thierischen Rohstoffen von den Troponwerken in Mühlheim a. Rh. dargestellt wird und nach Finkler zu 99 % aus reinem Eiweiss besteht und weder Leim, noch Extraktivstoffe enthält. Eiweisskörper animalischen Ursprungs sind zu $^1/_3$, vegetabilischen Ursprungs zu $^2/_3$ darin enthalten. Es ist im Wasser absolut unlöslich, im trockenen Zustande fast geruchlos; angefeuchtet erinnert sein Geruch an Bohnenmehl. Aehnlich ist auch sein Geschmack. Die experimentellen Versuche, welche theils an Gesunden, theils an Kranken angestellt wurden, beweisen die volle Brauchbarkeit des neuen Präparates und es scheint, dass das Tropon vollkommen geeignet ist, das natürliche oder Nahrungsmittel-Eiweiss, wie es in Fleisch, Milch, Brod und Leguminosen enthalten ist, zu ersetzen. Dabei ist es verhältnissmässig nicht zu theuer (das Kilo kostet gegenwärtig 4 M., während z. B. das Kilo Somatose 48 M., das Kilo Nutrose 20 M., das Kilo Eucasin 12 M. kostet) und wird in den Verdauungswegen gut ausgenutzt.

Verfasser fasst die Ergebnisse seiner Versuche in nachstehenden Schlusssätzen zusammen:

1) Das Tropon vermag das Eiweiss anderer Nahrungsmittel vollständig zu ersetzen.

2) Das Tropon verursacht im Befinden des gesunden und kranken Menschen keine unangenehmen Störungen.

3) Das Tropon lässt sich auf die Dauer ohne Widerwillen nehmen.

4) Der zur Zeit anhaftende, nicht unangenehme, aber auffällige (etwas

sandige und eigenthümlich bohnenartige) Geschmack lässt sich in verschiedenen Nahrungsmitteln erfolgreich verdecken (Grünkern-, Hafermehl-, Bohnen-, Erbsen- und Gerstenmehl-Suppen etc.).

5) Das Tropon ist billiger als Fleisch.

Die Eigenschaften befähigen das Präparat, an Stelle des Eiweisses überall einzutreten, wo es sich um Vermeidung einer voluminösen Kost, um Abwechselung in der Nahrung oder um Krankheiten handelt, bei denen Fleisch und andere eiweisshaltige Nährstoffe nicht gegeben werden können. Ob das Tropon auch berufen sein wird, den Wunsch der Hygieniker und Nationalökonomen zu erfüllen, für die breiten Schichten des Volkes ein billiger und passender Ersatz zu sein, ist zur Zeit noch schwer zu sagen; möglich ist es.

Zu ganz ähnlich günstigen Versuchsresultaten gelangen nach der Münchener med. Wochenschrift, 1899, Nr. 3 Dr. Fröhner und Dr. Hoppe über das neue Nahrungs-Eiweiss Tropon, nach deren Untersuchungen der Eiweissgehalt des Tropon 90 : 44 % beträgt. Die Erfahrungen dieser Forscher stimmen mit den Angaben des Erfinders darin überein, dass das Tropon in trockenem Zustande dauernd unverändert haltbar und nicht fäulnissfähig ist, dass es ferner im Stande ist, allein den ganzen Eiweissbedarf des Körpers zu liefern, also nicht nur Eiweisssparer, sondern wirkliches Nahrungseiweiss ist, und dass es gut, d. h. mindestens ebenso wie die gewöhnlichen, stickstoffhaltigen Nahrungsmittel ausgenutzt wird.

Die Verfasser beschäftigten sich auch mit der Verwendbarkeit des Tropons zur Rektalernährung, wozu es sich jedoch in seiner seiner jetzigen Beschaffenheit nicht eignet; hierzu bedürfte es einer anderen, löslichen Modifikation. Die unbegrenzte Haltbarkeit des Tropons, sein verhältnissmässig geringes Volumen, der ausserordentlich hohe Eiweissgehalt, sowie die gute Verdaulichkeit legen Gedanken nahe, ob es sich nicht als angenehmes Verproviantirungsmittel auf Reisen etc. und insbesondere, ob es sich nicht für die Verpflegung unserer Armee im Felde eignen würde.

Die Verfasser schlagen für die Feldportion vor: 300 gr Feldzwieback und 60 gr Tropon und 150 gr Tropon-Chokolade, in Summa 510 gr, also 140 gr weniger als bisher, was für die auf 3 Tage ausgegebene Ration einen nicht unerheblichen Gewichtsunterschied von 420 gr ausmachen würde. Das Volumen liesse sich wahrscheinlich noch erheblich vermindern etc.

Dr. Waibel-Günzburg.

Ueber die Grenzen des zulässigen Gehaltes an schwefeliger Säure im Wein. Gutachten des Oesterreichischen Obersten Sanitätsrathes. Referent: Hofrath Dr. E. Ludewig. Oesterreichisches Sanitätswesen; 1899, Nr. 1.

Das auf Grund neuer Untersuchungen erstattete Gutachten kommt zu dem Schluss, dass bei der Beurtheilung des zulässigen Gehaltes an schwefeliger Säure in dem für den Konsum bestimmten Wein vom sanitären Standpunkte aus zwischen freier schwefeliger Säure und an Aldehyd gebundener schwefeliger Säure unterschieden werden müsse. Betreffs der ersteren sei an der Maximalgrenze von 8 mg pro Liter Wein festzuhalten, während für die letztere die Maximalgrenze bis auf 200 mg pro Liter erhöht werden könnte. Medizinalweine sollen jedoch völlig frei von freier schwefeliger Säure sein. Rpd.

Die Heilstätte für Lungenkranke in Loslau O.-S. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen; 1898, Nr. 16.

Die am 1. Juli v. J. eröffnete Volksheilstätte umfasst ein viergeschossiges Hauptgebäude, ein besonderes Gebäude für die Dampfwäsche, ein Maschinenhaus, sowie ein Unterbeamtenwohnhaus und ist für 90 männliche Kranke bestimmt. Im Untergeschosse des Hauptgebäudes befinden sich die Küchen-, Wirthschafts-Vorraths- und Bade-Räume. Die Wohnung des Haushälters und die Schlafzimmer für das Dienstpersonal. Das Erdgeschoss enthält Sprech- und Untersuchungsstube des Arztes, das chemisch-bakteriologische Laboratorium, den Speisesaal nebst Anrichteraum, ein Wärterzimmer und 14 Krankenzimmer für 1 bis 4 Kranke. Die übrigen 24 Krankenzimmer, der Gesellschaftssaal, die Wohnung des Arztes und des Verwalters sind im Mittel- und Obergeschoss

untergebracht. In den Krankenzimmern steht den Kranken ein Luftraum von 48 cbm bei einer stündlichen Luftzuführung von 120 cbm pro Kopf zur Verfügung. Sämmtliche Krankenzimmer, mit Ausnahme derjenigen, vor denen Loggien liegen, sind mit Balkons versehen. Zur möglichsten Verhütung von Staubansammlung sind Hohlkehlen und Vertiefungen an Thüren, Fenster u. s. w. thunlichst vermieden, und die Ecken der Krankenzimmer abgerundet. Aus demselben Grunde wurde von Vorhängen in den Stuben und Aufenthaltsräumen abgesehen, und zum Zwecke der Abhaltung des direkten Sonnenlichts die Fenster resp. ihre Oberflügel in verschiedenfarbigem Glas — gelblich und bläulich — in den Krankenräumen in weissem Kathedralglas ausgeführt. Besonderer Werth wurde darauf gelegt, die Insassen die Treppen, Stuben u. s. w. nicht mit beschmutztem Schuhwerk betreten zu lassen. Zu diesem Zwecke wurde im Untergeschoss ein besonderer Raum eingerichtet, in dem das Schuhzeug vor und nach jedem Spaziergang gewechselt wird. An Stelle der mit vielen Unzuträglichkeiten verbundenen transportablen Spucknäpfe wurden in der Höhe von 0,90 m an die Abflussleitung direkt angeschlossene Speibecken konstruirt, zum Theil nach Analogie der Kippbecken eingerichtet, zum Theil mit Selbstregulirung versehen; über jedem Becken befindet sich ein Zapfhahn der Wasserleitung. In den Krankenzimmern werden Speigläser benutzt. Die Heizung erfolgt durch eine Warmwasseranlage. Die für die sämmtlichen Räume erforderliche Lüftungsmenge von stündlich 14400 cbm frischer Luft wird in zwei, im Keller befindlichen Heizkammern vorgewärmt und durch Zförmige Kanäle in die Zimmer möglichst hinter die Heizkörper geführt. Sämmtliche Abwässer werden unter Ausschluss des grössten Theils der Meteorwässer, nach einem 400 m entfernt gelegenen Waldabhang geleitet, woselbst eine Hangrieselei eingerichtet ist; ausser Weiden an den abhängigsten Parthien ist die Anlage einer Brennesselkultur geplant. Der Verpflegungssatz ist, vorbehaltlich einer Ermässigung, auf 3 Mark pro Tag und Kopf festgesetzt. Die Gesammtkosten des Baues, einschliesslich der inneren Einrichtung, belaufen sich auf 325 000 Mark, so dass sich das Bett auf rund 3600 Mark stellt. Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur Medizinalreform. V. Die Lösung. Von Geh. Med.-Rath Dr. Hüpeden. Sonderabdruck aus den Preussischen Jahrbüchern. Bd. 95. Heft 2.

In Ergänzung seiner früheren Artikel über die „Medizinalreform", von denen einige in dieser Zeitschrift besprochen sind[1]), bringt Hüpeden einen neuen, in dem er mit knappen und beweisenden Sätzen zusammenfasst, was er und mit ihm der grösste Theil der Aerzte unter „Medizinalreform" versteht und wünscht.

Die neue Vorlage kann nach dem Verfasser keinen Anspruch machen, als Medizinalreform, d. h. als Reform der alten unhaltbaren Zustände auf dem Gebiete des preussischen Medizinalwesens zu erscheinen. Die kurze Kritik, die Verfasser an dem Gesetzentwurf betreffend die Stellung des Kreisarztes und die Stellung von Gesundheitskommissionen übt, verdient im Original nachgelesen zu werden.

Zur Lösung der Aufgabe beginnt Hüpeden mit Vorschlägen für die untere Instanz, obwohl er durchaus nicht der Ansicht ist, dass hier der alleinige Sitz des Uebels zu suchen sei. Die hervortretenden Mängel seien nur ein Symptom der Krankheit, unter der das Ganze leide.

Die Vielgeschäftigkeit, zu der der preussische Physikus bisher gezwungen ist, um den Anforderungen seiner Hauptthätigkeit, d. i. der Privatpraxis, — und seiner Nebenthätigkeit, d. i. der Amtsthätigkeit auf dem Gebiete der Hygiene und Verwaltung sowie der gerichtsärztlichen Thätigkeit nachzukommen, ist nur möglich auf Kosten der Leistungen selbst. Der Gesundheitsbeamte, der unter diesen Verhältnissen „im Interesse des Staates eine Wissensmenge praktisch in Anwendung bringen muss, die selbst für geistig hervorragende Kräfte kaum in dem erforderlichen Grade zu erwerben ist," muss in seiner Amtsthätigkeit Mängel zeigen und den Eindruck machen, als ob er nicht ausreichend vor- und ausgebildet sei.

Verfasser fordert daher zunächst Trennung der gerichtsärztlichen von der kreisärztlichen Thätigkeit. Für die Spezialisten in der Hygiene und Verwaltung sei das Verbot der ärztlichen Praxis einzuführen, während der Spe-

---

[1]) Zeitschr. f. Medizinalbeamte; 1898, S. 517 und 1899, S. 88.

zialist auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin durch die Praxis in seiner amtlichen Thätigkeit nicht beeinträchtigt, sondern gefördert werde.

Wenn als Vorbedingung für die Uebernahme einer Kreisarztstelle eine mehrjährige Beschäftigung als praktischer Arzt gefordert werde, um eine gründliche Kenntniss allgemeiner ärztlicher Verhältnisse und zugleich eine genügende Grundlage für die Kunst ärztlicher Beobachtung und Diagnose zu sichern, dann sei das Verbot der Privatpraxis für den Kreisarzt ohne jedes Bedenken. Man dürfe nicht vergessen, dass der Hygieniker mit der Kunst des Heilens, der ärztlichen Kunst im Allgemeinen nichts zu thun habe, und dass für die Erkennung solcher Krankheiten, die für die öffentliche Gesundheit in Frage kommen, insbesondere die Infektionskrankheiten, die amtliche Thätigkeit dem Kreisarzt weit mehr Gelegenheit und Uebung des Erlernten darbietet, als die Praxis für den Arzt zu gewähren pflegt. Diesem stehe im Gegensatz zum Kreisarzt meist nur ein kleines Beobachtungsfeld zur Verfügung, dass er mit mehreren Kollegen theile, während der Kreisarzt, weil er einen grösseren Distrikt verwalte, durch die Erfüllung seiner amtlichen Pflichten in steter Berührung und fortdauernder Kenntniss der betreffenden Krankheiten erhalten werde. Deshalb könne wohl jetzt der Einwand, es sei für den Kreisarzt die ärztliche Praxis nöthig, weil ihm sonst die Uebung in der Diagnostik fehlen würde, als beseitigt angesehen werden.

In vortrefflicher Weiee führt im Weiteren Hüpeden aus, dass aber auch zum Zweck der Erhaltung eines guten Verhältnisses zwischen dem Kreisarzte und den Aerzten seines Amtsbezirks die Loslösung des Gesundheitsbeamten von der Privatpraxis unbedingt nöthig sei. Der Kreisarzt müsse daher vollbesoldeter Staatsbeamter werden. Eine Exekutive solle man dem Kreisarzt, eilige Fälle ausgenommen, nicht zuweisen, sondern ihm nur berathende Stimme zugestehen; auf diese Weise sei die Gefahr ausgeschlossen, dass die Gesundheitsbeamten im einseitigen doktrinären Eifer und ohne Berücksichtigung wichtiger sonstiger Verhältnisse in ihren Anordnungen zu weit gingen. Vor allen Dingen aber müsse man den Kreisärzten die Verpflichtung auferlegen, alle hygienischen Mängel und Unzulässigkeiten motu proprio aufzudecken und gegebenenfalls bei Widerstand in der unteren die Entscheidung der höheren Instanz zu beantragen.

Lasse man die Kreiswundärzte wegfallen, so müsse man den Gerichtsärzten Hilfsärzte zur Seite geben.

Die Provinzialmedizinalkollegien seien in der jetzt bestehenden Art ihrer Organisation zu schwerfällig und kaum zweckentsprechend. Andererseits sei eine gerichtlich-medizinische Revisionsinstanz nicht zu entbehren, da die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen kaum zu den Arbeiten einer Oberrevisionsinstanz Zeit genug erübrigen könne.

Man solle an Stelle der Medizinalkollegien eine Ersatzbehörde schaffen, die dem Oberpräsident als Beirath dienen in allen Fragen der öffentlichen Gesundheit und zugleich Revisionsinstanz in der gerichtlichen Medizin sei. Dazu müsse diese Behörde mit einer staatlichen Untersuchungsanstalt für die Provinz verbunden sein; ihr könnten auch einzelne Geschäfte übertragen werden, die jetzt von den Regierungs- und Medizinalräthen in den einzelnen Bezirken erledigt würden, damit eine gleichmässigere Behandlung der betreffenden Fragen Platz greife.

Man möge sich entscheiden wie man wolle, sicher sei es, dass eine wesentliche Vermehrung der Arbeitskräfte zwischen der Instanz des Kreisarztes und des Ministeriums nöthig sein werde, da die einzig für diesen Zweck dastehende Person des Regierungs- und Medizinalrathes nicht mehr genüge.

Auch in der Zentralinstanz sei zu reformiren. In erster Linie müsse der Leiter der Medizinalabtheilung ein Arzt sein. Aber auch die Zahl der vortragenden Räthe sei zu vermehren. Die Medizinalabtheilung gehöre in das Ministerium des Innern; denn der Gesundheitsbeamte soll seine Thätigkeit, wenn sie Erfolg haben soll, im Einvernehmen mit den Organen der Landesverwaltung ausüben, und das würde am besten erreicht werden können, wenn er seine Direktive vom Ministerium des Innern erhalte, dessen Organe auf Grund seiner Erhebungen thatkräftig vorgehen sollen.

Die 3—4 Millionen, die eine derartige Medizinalreform jährlich mehr kosten würden, abgesehen von den einmaligen Kosten für die Untersuchungsanstalten, würden reichlich aufgewogen werden durch die Ersparnisse an Leben und Gesundheit der Bevölkerung. Der Mangel der Verwaltung mache sich jetzt

dadurch am meisten bemerkbar, dass in Folge einerseits der ungenügenden Einrichtungen in der unteren Instanz, andererseits der mangelnden Arbeitskräfte bei den Regierungen und im Ministerium erst dann den öffentlichen Schäden entgegen getreten werde, wenn deren Anwesenheit die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gezogen habe. Verfasser erinnert hier an die Geschichte der jetzt im Vordergrunde stehenden Granulose-Epidemie.

Auch die Zwecke der Unterrichtsverwaltung, deren Etat 40 mal höher ist als der des Medizinalwesens, würden durch grosse Aufwendungen für die Medizinalverwaltung nur gefördert werden können. Denn „mens sana in corpore sano".

Verfassers Ausführungen über die für die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsbeamten in gleicher Weise ausserordentlich wichtige Frage der Medizinalreform konnten in diesem Referate nur skizzenhaft wiedergegeben werden. Referent muss im Einzelnen auf das bemerkenswerthe Original verweisen. Dr. Dietrich-Merseburg.

Besprechungen.

Dr. Albrecht Erlenmeyer-Bendorf: Die Entmündigung wegen Trunksucht nach dem bürgerlichen Gesetzbuche. Coblenz und Leipzig 1899. Verlag von Groos. Gr. 8°, 75 S.

Das am 1. Januar 1900 in Kraft tretende Bürgerliche Gesetzbuch enthält die Bestimmung, dass Trunksüchtige unter gewissen Umständen entmündigt werden können; darin liegt eine bedeutsame Neuerung gegen die gegenwärtige Lage der Gesetzgebung. Es ist daher begreiflich, dass alle die, die an einen verhängnissvollen Einfluss des Alkohols auf die Kultur und die Gesittung glauben, Stellung zu der Frage nehmen, wie und in welcher Weise die Versorgung entmündigter Alkoholisten zu geschehen habe. Grundlegend ist hier zunächst folgende These Erlenmeyer's: Zur Feststellung der Trunksucht und zur Begutachtung dessen, ob es sich um einen Trunksüchtigen oder um einen Trinker handelt, ist die Mitwirkung medizinischer Sachverständiger unbedingt erforderlich. Der Nachweis, dass der Trunksüchtige seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt, oder die Sicherheit anderer gefährdet, ist durch Zeugen zu erbringen. Im weiteren Verlauf seiner Schrift skizzirt E. in grossen Zügen ein Gesetz über die Versorgung der Gewohnheitstrinker und Trunksüchtigen. Er tritt darin für ärztlich geleitete Trinkerheilanstalten ein, und betont mit Recht wiederum, wie in seinem bekannten Buche über das Irrenwesen, die Nothwendigkeit eines Irrengesetzes. Freiwilliger Vereinsthätigkeit muss es überlassen bleiben, sowohl für die aus der Anstalt Entlassenen, als auch für die Familie des in der Anstalt Befindlichen zu sorgen. Trinkeranstalten sollen nach E. — und darin werden ihm alle, die Alkoholisten in Irrenanstalten behandelt haben, Recht geben, — das Recht der Detention haben, d. h. das Recht 1. Trinker und Trunksüchtige auf Grund eines Physikats-Attestes und 2. wegen Trunksucht Entmündigte gegen ihren Willen aufzunehmen und zurückhalten zu dürfen. Allerdings wird wohl weder der Staat, noch die Land-Armenverbände in absehbarer Zeit Trinkerheilanstalten errichten, es würde also nur die private Wohlthätigkeit bleiben. Die ganze Frage ist daher nicht so leicht zu erledigen. Zum Schluss empfiehlt daher E., die Alkoholisten zunächst in den öffentlichen Irrenanstalten unterzubringen, ein Vorschlag, den Referent schon vor einigen Jahren in einem Vortrage (Irrenfreund 1896) gemacht hat. Dr. Lewald-Obernigk.

Dr. Gretener, Professor in Berlin: Die Zurechnungsfähigkeit als Frage der Gesetzgebung. Mit besonderer Rücksicht auf den Schweizerischen Strafgesetzentwurf. Eine Replik. Stuttgart 1899. Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8°, 70 Seiten. Preis: 1,60 Mark.

In der vorliegenden Entgegnung auf einen Angriff von Zürcher giebt Gretener einen kurzen Ueberblick über seinen Standpunkt in der viel um-

strittenen Frage der Zurechnungsfähigkeit. Er geht von den von Kirn aufgestellten Sätzen aus: 1. Das Verbrecherthum beruht nicht auf Atavismus; 2. ein charakteristischer Verbrechertypus existirt nicht; 3. wir können auch nicht von einem geborenen Verbrecher reden; 4. das Verbrecherthum als solches ist nicht vererbbar; 5. der habituelle psychische Zustand des Verbrechers entspricht durchaus nicht dem Krankheitsbilde der Moral-Insanity; 6. Degenerationszeichen haben nur, wenn mehrfach vorhanden, eine gewisse Bedeutung; sie beweisen aber auch dann nicht mehr, als eine gewisse Minderwerthigkeit höheren oder geringeren Grades; 7. die angeborenen Abweichungen im Bau von Schädel und Gehirn der Verbrecher entsprechen vollkommen denjenigen, welche bei ehrbaren Menschen aus psychopathischen Familien und bei Idioten beobachtet werden.

Nach dem von der Schweizerischen Expertenkommission gebilligten Entwurfe präsumirt der Gesetzgeber den Ausschluss der Zurechnungsfähigkeit in unwiderleglicher Weise, sobald bestimmte Zustände gegeben sind: sobald und nur wenn Geisteskrankheit, Blödsinn und Bewusstlosigkeit festgestellt ist, ist Straflosigkeit gegeben. Hinter diesen Zuständen steht weder für den Sachverständigen, noch für den Richter ein psychologisch-juristischer Begriff der Zurechnungsfähigkeit, somit hat weder dieser noch jener sich mit dessen Elementen oder auch mit der Natur der begangenen Handlung zu befassen. Sobald der Arzt „Geisteskrankheit" feststellt, muss der Richter unweigerlich auf Freisprechung erkennen, auch dann, wenn er sich aus dem Gutachten von der Zurechnungsunfähigkeit des Angeklagten nicht überzeugen kann; denn es handelt sich um einen spezifisch medizinischen Begriff und an die technisch-medizinischen Ausführungen des Gutachtens ist der Richter, von offenbaren Widersprüchen abgesehen, gebunden. Gretener polemisirt in längeren Ausführungen gegen diese Bestimmungen des Entwurfs. Auch die Behandlung jugendlicher Verbrecher in dem Entwurfe zu dem Schweizerischen Strafgesetz hat nicht seinen Beifall. Ders.

Dr. P. Daude, Geh. Reg.-Rath und Universitätsrichter der Königl. Friedrich Wilhelms-Universität in Berlin: Das Entmündigungsverfahren gegen Geisteskranke und Geistesschwache, Verschwender und Trunksüchtige nach der Reichs-Zivilprozessordnung und dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. II. Auflage. Berlin 1898. Verlag von H. W. Müller. 151 Seiten. Preis: 3,50 Mark.

D. giebt in seinem den Aerzten und Juristen gewidmeten Buche eine zusammenhängende Darstellung des Entmündigungsverfahrens auf Grund der neuesten gesetzlichen Bestimmungen. Naturgemäss handelt es sich um eine rein juristische Darstellung; da aber die Kenntniss der neueren Gesetzesvorschriften für den gerichtlichen Sachverständigen unentbehrlich ist, so wird das kurze, höchst übersichtlich gruppirte Werk zweifellos viel ärztliche Leser finden. — Das Gesetz macht, wie D. einleitend ausführt, einen fundamentalen Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Erstere definirt D. „als Zustand dauernder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, in welchem der Erkrankte der freien Willensbestimmung und der Fähigkeit, die Gesammtheit seiner Angelegenheiten vernünftig zu besorgen, vollständig ermangelt." Die Geistesschwäche setzt bei sonst gleichem Verhalten den Besitz geistiger Fähigkeiten eines Minderjährigen über 7 Jahren voraus (S. 10). Die „geistige Gebrechlichkeit" dokumentirt sich durch Zurückbleiben der geistigen Entwickelung oder Rückgang der geistigen Fähigkeiten durch Alter oder Krankheit. Bei letzterer tritt keine Entmündigung, wohl aber eine Pflegschaft für einzelne Angelegenheiten ein. Der Geisteskranke wird durch die Entmündigung „geschäftsunfähig", der Geistesschwache dagegen nur in der „Geschäftsfähigkeit beschränkt" (S. 53). Bei der Einleitung der Entmündigung ist das zuständige Amtsgericht berechtigt, ein ärztliches Gutachten einzufordern, vor Ausspruch der Entmündigung muss der resp. die Sachverständigen gehört werden. Die wichtigste Neuerung der C.-P.-O. besteht in der Vorschrift des §. 656, nach der das Gericht die Beobachtung des zu Entmündigenden in einer Irrenanstalt für

die Dauer von 6 Wochen verfügen kann. Es sei dabei besonders betont, dass das Gericht nicht an die öffentlichen Anstalten gebunden ist — entgegen der entsprechenden Bestimmung der St.-P.-O. Diese Unterbringung kann nur mit Zustimmung des Antragstellers und auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das derselbe für „geboten" bezeichnet, angeordnet werden (S. 47). Bei allen Verhandlungen ist der zu Entmündigende, so weit keine Bedenken bestehen, persönlich zu vernehmen; die Verhandlungen selbst sind nicht öffentlich; dagegen ist bei Entmündigung wegen Trunksucht oder Verschwendung die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden nicht vorgeschrieben (S. 106) und die Verhandlungen sind öffentlich. Die Entmündigten stehen rechtlich, wie kurz erwähnt sei, den Minderjährigen über 7 Jahren gleich. Zur Erhöhung der Rechtssicherheit steht der Staatsanwaltschaft in jedem Stadium des Verfahrens eine Einwirkung auf dasselbe zu; dagegen findet bei dem Verfahren gegen Trinker und Verschwender eine Mitwirkung derselben nicht statt (S. 103); in solchen Fällen sind die Gemeinden je nach Lage der Landesgesetzgebung berechtigt, den Antrag auf Entmündigung u. s. w. zu stellen.

Im Entmündigungsgutachten — gleichgiltig, ob dasselbe sofort zu Protokoll gegeben, oder auf Veranlassung des Richters besonders erstattet wird — hat der Sachverständige bestimmt zu beantworten, ob der Kranke als „geisteskrank" oder „geistesschwach" im Sinne des Gesetzes zu erachten sei. Wird die Entmündigung ausgesprochen, so ist dem Entmündigten nur dann eine entsprechende Zustellung zu machen, wenn er wegen Geistesschwäche entmündigt ist. Die Entmündigung kann vom Entmündigten selbst angefochten werden. Die nächste Entscheidung steht dem Landgerichte zu, das wiederum Sachverständige laden kann. Als weitere Instanzen dienen schliesslich die Berufung an das Oberlandesgericht und die Revision des Reichsgerichts. Auch die Wiederaufhebung der rechtskräftigen Kuratel kann der Entmündigte selbst beantragen ohne Zustimmung seines Vertreters. In solchen Fällen steht dem Staatsanwalt ebenfalls das Antragsrecht zu; dieses ist um so nothwendiger, „da Fälle vorgekommen sind" — wie D. bestimmt annimmt (S. 76) — „in denen wegen geistiger Gebrechen entmündigte Personen von eigennützigen Verwandten unter Beihilfe eines gewissenlosen Vormundes auch nach erfolgter Genesung in Privat-Irren-Anstalten zurückgehalten worden sind." Der zweite Theil des D.'schen Buches behandelt die Entmündigung der Trunksüchtigen und Verschwender. Zum Schluss sind die neueren gesetzlichen Bestimmungen nebst einer Reihe Musterbeispiele und einem Register gegeben, während die betreffenden Taxvorschriften für Aerzte und Rechtsanwälte innerhalb des Textes wiedergegeben sind. Es wäre wahrlich zu hoffen, dass die bedeutende Vermehrung der Rechtsgarantien den Klagen über ungenügenden Schutz der Geisteskranken endlich ein Ende machen möchte.

Dr. Pollitz-Brieg.

Prof. Dr. Lesser-Breslau: Stereoskopisch-medizinischer Atlas der gerichtlichen Medizin. II. und III. Folge; je 12 Lichtdrucktafeln mit beschreibendem Text in einer Mappe. Leipzig 1899. Verlag von Joh. Ambros. Barth. Preis: 5 Mark für die Lieferung.

In verhältnissmässig rascher Folge sind von dem Lesser'schen stereoskopischen Atlas für gerichtliche Medizin, der einen Theil des Neisser'schen stereoskopisch-medizinischen Atlas bildet, zwei weitere Lieferungen erschienen, von denen die eine: Verletzungen durch Schuss, Schlag und Wurf, von Prof. Dr. Kenyeres in Klausenburg, die andere: Zur Lehre von den Kopfverletzungen Neugeborener, vom Herausgeber selbst bearbeitet ist. Die zuerst genannte Lieferung bringt höchst instruktive Bilder, denen forensische Untersuchungsobjekte als Unterlage gedient haben; bei einzelnen (Nr. 313 und 314, 315 und 316, 318—320) sind die durch Schuss bedingten Verletzungen in verschiedenen Bildern dargestellt (äussere Verletzung der Hautbedeckungen und Knochenverletzungen), wodurch dieselben gerade für den Gerichtsarzt ungemein an Werth gewinne.

In der von Lesser herausgegebenen Lieferung geben dagegen sämmtliche Abbildungen postmortale, von ihm selbst erzeugte Verletzungen wieder, die

allerdings an ganz frischen Leichen erzeugt sind und demnach den an lebenden Knochen erzeugten völlig entsprechen dürften. Verfasser hat hierbei mit Recht die Folgen des Kindessturzes aus der Höhe der Geschlechtstheile unberücksichtigt gelassen, da sie allgemein bekannt und bereits durch zahlreiche sonstige Versuche klargestellt sind. Seine Versuche erstrecken sich vielmehr auf die Folgen anderer Gewalteinwirkungen auf den Schädel der Neugeborenen, die, gerade weil sie seltener vorkommen, für den Gerichtsarzt von um so grösserer Bedeutung sind: z. B. Sturz aus drei Meter auf glattes Ziegelpflaster (Nr. 325—327) oder kantige Feldsteine (Nr. 328) mit verschiedenen Aufschlagstellen; kräftige bezw. mässig kräftige Schläge mit dem Rücken einer Axt (Nr. 329), mit einem runden glatten Stocke (Nr. 330) oder einem Hammer (Nr. 331 u. 332), sowie Verletzungen mit einer Feile (Nr. 333), durch kräftigen Stoss gegen Kachelofen, kräftigen Daumendruck (Nr. 334) bezw. Fusstritt (Nr. 335) u. s. w. Die frühere Ansicht, dass indirekte Schädelbrüche bei Neugeborenen nicht vorkommen, wird durch die Lesser'schen Beobachtungen, die in charakteristischen und vorzüglich ausgeführten Bildern wiedergegeben werden, völlig widerlegt; die Widerstandsfähigkeit der Kopfknochen Neugeborener ist darnach nicht eine so grosse, wie sie von manchen Autoren angenommen wird und daraus ergiebt sich der für den Gerichtsarzt ungemein wichtige Schluss, dass die Multiplizität der nicht selten bei Kindesmorden anzutreffenden Schädelfissuren keineswegs immer als Beweis für die Annahme einer mehrfachen Gewalteinwirkung angesehen werden kann.

Die auf den Tafeln dargebotenen Bilder können natürlich nicht allen Verschiedenheiten des verbrecherischen Handelns gerecht werden, sie gewähren aber gleichwohl einen sehr werthvollen und durch den erläuternden Text wesentlich unterstützten Anhalt für die Beurtheilung derartiger Verletzungen. Dazu kommt, dass gerade die stereoskopischen Bilder der Wirklichkeit am meisten entsprechen, da sie uns das Objekt räumlich darstellen, ein Umstand, durch den die Anschaulichkeit der Bilder ausserordentlich erhöht wird. Der Lesser'sche Atlas sei daher allen Gerichtsärzten und Medizinalbeamten auf's Wärmste empfohlen; seine Anschaffung wird sicherlich keinem von ihnen gereuen! Der Preis muss als ein mässiger bezeichnet werden, sind doch auf den Tafeln der letzten Lieferung immer zwei Bilder reproduzirt. Rpd.

Dr. H. Böttger: Die preussischen Apothekengesetze mit Einschluss der reichsgesetzlichen Bestimmungen über den Betrieb des Apothekengewerbes. Zweite neu bearbeitete und vervollständigte Auflage. Berlin 1898. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°, 418 Seiten. Preis: 7 Mark.

Die neue Auflage des im Jahre 1894 zuerst erschienenen und damals von uns eingehend besprochenen Werkes (s. Nr. 13 der Zeitschrift, 1894, S. 338) ist durch die seitdem erlassnenen mannigfachen gesetzlichen Bestimmungen, Verordnungen u. s. w. ergänzt und in Folge dessen auch erheblich erweitert worden; sie giebt ein klares Bild von der zur Zeit in Preussen bestehenden Apothekengesetzgebung, die sich bekanntlich nicht durch allzu grosse Klarheit auszeichnet, und hat dadurch wesentlich an Brauchbarkeit gewonnen, dass der die Reichsgesetzgebung behandelnde Abschnitt (II) einer sorgfältigen Durchsicht und Bearbeitung seitens eines Juristen unterzogen ist.

Betreffs der Vorzüge des Böttger'schen Buches kann auf die frühere Besprechung verwiesen werden; es stellt sich nicht bloss als eine Sammlung der gültigen Apothekengesetze dar, dieselben sind vielmehr gleichzeitig in sachgemässer Weise erläutert und zwar unter sorgfältiger Berücksichtigung der einschlägigen gerichtlichen Entscheidungen, Verwaltungsbescheide u. s. w. Wenn übrigens der Verfasser daran festhält, dass die Kontrasignatur des Rezeptes unter Benutzung eines Stempels oder Faksimiles vorgenommen werden könne, da ein solches auch seitens vieler Behörden zur Unterschrift benutzt werde, so muss dem gegenüber betont werden, dass den betreffenden Behörden dies ausdrücklich und zwar nur für bestimmte Fälle erlaubt ist, eine solche Erlaubniss aber bisher für die Kontrasignatur der Rezepte fehlt, und für diese daher nach wie vor §. 31 der Anweisung vom 16. Dezember 1898 massgebend bleibt, wonach der Name des Rezeptors „ausgeschrieben" sein soll. Dass die Taxe sogleich nach der Anfertigung des Rezeptes zu vermerken ist, bedingt

allerdings eine gewisse Erschwerung des Betriebes, die aber nicht in's Gewicht fällt gegenüber dem grossen Vortheil, dass ein etwaiges Versehen bei der Anfertigung des Rezeptes sicherlich bei dem sofortigen Austaxiren, also noch vor Abgabe der Arznei, bewirkt wird; deshalb kann die Vorschrift auch nicht als eine „unnöthige" bezeichnet werden.

Bei der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 haben wir die gerade hier sehr nothwendige Erläuterung vermisst, die sich durch den Hinweis auf den von dem Verfasser herausgegebenen Spezial-Kommentar für diese Verordnung nicht erübrigt. Das im Gegensatz hierzu sehr ausführlich behandelte Kapitel betreffs Verbots der Ankündigung von Arzneimitteln durch die Presse ist nicht frei von Irrthümern; so sind z. B. die Polizeiverordnungen für die Reg.-Bez. Minden und Arnsberg durch die Polizeiverordnung für die Provinz Westfalen aufgehoben. Der in diesem Abschnitt im Wortlaut abgedruckte Ministerialerlass vom 20. Januar 1898 ist auf Seite 393 zum zweiten Male wörtlich wiedergegeben; dagegen fehlen auch in der neuen Auflage die sehr wichtigen Ministerialerlasse vom 20. Januar und 2. Mai 1841, betreffend Massregeln bei Geschäftsuntüchtigkeit eines Apothekenbesitzers, die auch jetzt noch volle Gültigkeit haben.

Das Böttger'sche Buch hat mit Recht bisher eine grosse Verbreitung in den betheiligten Kreisen und zwar namentlich in Apothekerkreisen gefunden; es kann aber auch den Medizinalbeamten als zuverlässiger Rathgeber warm empfohlen werden und wird sich jedenfalls in seinem neuen Gewande zu den vielen alten noch recht viele neue Freunde gewinnen. Rpd.

Dr. Erwin von Esmarch, Professor der Hygiene in der Universität Königsberg i/Pr.: Hygienisches Taschenbuch für Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Aerzte, Techniker und Schulmänner. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1898. Verlag von Julius Springer. Preis: gebdn. 4 Mark.

Die schon nach 2 Jahren erfolgte zweite Auflage des Taschenbuchs ist ein Zeichen, wie sehr das in der That praktische Buch Aufnahme gefunden hat und seinem Zwecke dient. Den Empfehlungen, die der ersten Auflage in dieser Zeitschrift, Jahrgang 1896, S. 441, zu Theile wurden, braucht Nichts hinzugefügt zu werden. In allen Kreisen, die mit der Hygiene Fühlung haben, ist das Buch anerkannt als Wegweiser in der ausübenden Hygiene. Wenn auch nicht wesentliche, so sind in der neuen Auflage doch manche Veränderungen und einzelne Zusätze zu verzeichnen, die nur als Verbesserungen gelten können. Im ersten Kapitel über Luft ist z. B. der Ammoniaknachweis in der Zimmerluft, im Abschnitt über Wasser eine anderweitige Reaktion auf salpetriger Säure, die Bestimmung der Härte des Wassers durch Klark'sche Seifenlösung, die Verbesserung des Wassers bei Einzelversorgung (Befreiung von Bakterien) durch Zusatz von Chlorkalk und nachherigen Zusatz von unterschwefligsaurem Natron, sowie das Enteisenungs-Verfahren nach Kröhnke-Dunbar (durch Thierkohle und Filter, gefüllt mit Kies und dreibasisch phosphorsaurem Kalk) erwähnt. Ebenso haben die Abschnitte über Bau- und Wohnungshygiene in Bezug auf Baumaterialien, Versorgung mit Licht, Ventilation und Heizung der Wohnung eine wesentliche Erweiterung erfahren; dasselbe gilt betreffs des Abschnitts über die Beseitigung der Abfallstoffe, der eine recht instruktive Besprechung der verschiedenen Systeme der Schwemmkanalisation bringt. Bei den Krankenhäusern werden die sonstigen hygienisch wichtigen Nebenanlagen ausführlicher besprochen; bei der Desinfektion das Formaldehyd und seine Verwendung zur Wohnungsdesinfektion. Für den ausübenden Gesundheitsbeamten ist das Lehrbuch unentbehrlich. Dr. Overkamp-Warendorf.

Tagesnachrichten.

Politischen Blättern zu Folge wird der Unterstaatssekretär im Kultusministerium Dr. v. Bartsch in seiner jetzigen Stellung die Leitung der Medi-

zinalangelegenheiten nicht mehr beibehalten, sondern ist diese dem bisherigen Justitiar dieser Abtheilung, Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Förster, übertragen worden, dessen endgültige Ernennung zum Ministerialdirektor allerdings erst nach Einstellung einer neuen derartigen Stelle in den Etat des Kultusministeriums erfolgen kann.

Die **deutsche Expedition zur Erforschung der Malaria** wird im Laufe dieses Monats unter Leitung des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Koch ihre Reise antreten.

Für die Leitung des **tropenhygienischen Instituts**, dessen Errichtung seitens des Reichstages genehmigt ist (s. Nr. 6 der Zeitschrift, S. 191), ist der jetzige Leiter der Sanitätsabtheilung des Kolonialamtes Oberstabsarzt Professor Dr. Kohlstock in Aussicht genommen; an dessen Stelle dann der Oberstabsarzt Dr. Becker, z. Z. bei der ostafrikanischen Schutztruppe, treten wird.

Berufungen. Prof. Dr. v. Esmarch, Direktor des hygienischen Instituts in Königsberg i. Pr., hat einen Ruf nach Göttingen als Nachfolger des verstorbenen Prof. Dr. Wolffhügel erhalten. Für das im Entstehen begriffene hygienische Institut in Posen ist Prof. Dr. Wernicke in Marburg berufen.

Der vortragende Rath in der grossherzoglich hessischen Ministerialabtheilung für öffentliche Gesundheitspflege, Geh. Medizinalrath Dr. Pfeiffer in Darmstadt, tritt demnächst in den Ruhestand.

Auf der diesjährigen **Naturforscherversammlung** in München wird eine besondere Abtheilung für Unfallheilkunde gebildet werden. Einführender dieser Abtheilung ist: Dr. A. Schmitt, Privatdozent (Findlingsstrasse); Schriftführer sind: Dr. A. Dreyer (Karlsstrasse 45) und Dr. O. Aumann (Theresienstrasse 25).

Für die Abtheilung der Medizinalpolizei hat der Kreismedizinalrath Dr. Aub (Theatinerstrasse 10) das Amt des Einführenden übernommen, während Bezirksarzt Dr. Müller und Dr. Karl Becker als Schriftführer fungiren. Vorträge und Demonstrationen sind spätestens bis Ende April bei einem dieser Herren anzumelden.

XXIV. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Nürnberg vom 13. bis 16. September 1899.

Tagesordnung: Mittwoch, den 13. September. I. Die hygienische Beurtheilung der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung, mit besonderer Berücksichtigung der Lichtvertheilung. Referent: Professor Dr. Erismann-Zürich. II. Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln. Referent: Professor Dr. Heim-Erlangen.

Donnerstag, den 14. September. III. Bedeutung und Aufgaben des Schularztes. Referenten: Geh. Oberschulrath Prof. Dr. Schiller-Giessen und Dr. med. Paul Schubert-Nürnberg.

Freitag, den 15. September. IV. Massregeln gegen die Rauchbelästigung in den Städten. Referenten: Baudirektor Prof. v. Bach-Stuttgart, im Falle der Verhinderung desselben Herr Ingenieur Haier u. Stadtrath Ottermann-Dortmund.

Bakteriologische Kurse in Bayern. Im Laufe dieses Jahres werden nach Bekanntmachung des Ministers des Innern vom 10. März 1899 für Amtsärzte und praktische Aerzte, welche die staatsärztliche Prüfung bestanden haben und nicht in einer der drei Universitätsstädte wohnen, mindestens 14 Tage dauernde bakteriologische Kurse abgehalten werden. Die Theilnehmer, deren Zahl auf 29 bemessen ist, erhalten 250 Mark als Aversalbetrag; jedem einzelnen Theilnehmer bleibt es überlassen, an welcher Landesuniversität und zu welcher Zeit des laufenden Jahres er einen solchen Kursus mitmachen will.

Centralhilfskasse für die Aerzte Deutschlands. Ausser dem Betrag von 1000 Mark, den das Herausgeber-Konsortium der „Münchener Medizinischen Wochenschrift" der „Centralhilfskasse für die Aerzte Deutschlands" überwiesen hat (s. Nr. 6 der Zeitschrift, S. 196), ist derselben durch letztwillige Verfügung des am 21. Januar 1899 verstorbenen Mitgliedes Dr. Fischer-Hannover ein Vermächtniss von 2000 Mark ohne besondere Bestimmung ausgesetzt worden. Dasselbe wird unter dem Namen: „Dr. Louis Fischer'sches Legat" dem Grundfonds der Kasse überwiesen werden, um dem hochherzigen Kollegen für alle Zeiten ein ehrendes Andenken zu sichern.

Von ärztlicher Seite wird gegen den Ministerialerlass vom 8. Dezember 1898, betr. das **Verbot des Vorräthighaltens fabrikmässig hergestellter Arzneitabletten** in den Apotheken, Front gemacht und behauptet, dass dieses Verbot nur im pekuniärem Interesse der Apotheker erlassen sei und dass Tabletten und ähnliche Arzneiformen von der Grossfabrikation viel genauer dosirt und sauberer hergestellt werden könnten als in den Apotheken. Unsere Ansicht über die Selbstanfertigung nicht nur der verschiedenen Arzneiformen, sondern auch der galenischen Arzneimittel seitens der Apotheker haben wir bereits in Nr. 1, S. 31 der Zeitschrift ausgesprochen und müssen es unbedingt bestreiten, dass jenes Verbot hauptsächlich im Interesse der Apotheker erlassen sei; vielen Apothekern, die lieber die Grossindustrie für sich arbeiten lassen, wird es sogar recht unangenehm sein. Was dagegen den anderen Einwand anbetrifft, so halten wir denselben insofern gerechtfertigt, als es auffallender Weise bisher unterlassen ist, die nothwendigen Konsequenzen des Erlasses zu ziehen, d. h. anzuordnen, dass in jeder Apotheke ein geeigneter Apparat zur Herstellung zusammengssetzter Tabletten vorhanden sein muss. Unterbleibt diese Anordnung, die eigentlich gleichzeitig mit dem Verbot hätte getroffen werden müssen, so würde dieses allerdings gleichbedeutend sein mit einer Beschränkung des ärztlichen Verordnungsrechts. An eine solche ist aber sicherlich nicht gedacht worden; denn sie würde in keiner Weise begründet und es nur gerechtfertigt sein, wenn die Aerzte hiergegen entschieden Verwahrung einlegen.

Kurpfuscherei-Genossenschaftswesen auf dem Gebiete der Anstaltskrankenpflege. Ein Aufruf der Deutschen Naturheil-Krankenhaus-Genossenschaft Charlottenburg-Berlin erklärt: „In selbstloser Weise hat ein Mitglied des Vereins ein herrlich gelegenes Terrain von 25 Morgen an einem See der Oberspree in prächtiger Hügellandschaft kostenfrei auf 10 Jahre mit dem Rechte der hypothekarischen Belastung der Genossenschaft überlassen. Ein bedeutendes Bankinstitut stellt Hypothekengelder sehr billig zur Verfügung und ist zur Verwaltung der gezeichneten Beiträge bereit. Die rühmlichst bekannte, oft preisgekrönte Architekturfirma Meier & Werle, Unter den Linden 16, hat in selbstloser Weise die Projektbearbeitung und Bauleitung übernommen. Schon sind im Verein 17000 Mark Beiträge gezeichnet. Die Anstalt soll in sich vereinen 1. Abtheilung für zahlende Pensionäre, 2. Abtheilung für Kranke von Ortskrankenkassen, 3. Abtheilung für Vegetarismus, 4. Kneippkuranstalt, 5. Lufthütten, 6. Sonnen- und Luftbäder, 7. Kinderheilstätten (mit reiner vegetarischer Beköstigung), 8. Sommerwohnungen, 9. Gelegenheit zur Bethätigung des Wassersports, 10. Abtheilung für Unbemittelte.

Der Bau dürfte einschliesslich der Inneneinrichtung 2—300000 Mark erfordern, von denen etwas mehr als zwei Drittel durch Hypotheken gedeckt werden. Den Rest muss die Genossenschaft aufbringen, die als Gesellschaft mit beschränkter Haftpflicht gedacht ist. Durch Erwerb eines Antheils, welche von 100 Mark aufwärts vergeben werden sollen, sichern sich Anhänger der Naturheilkunde nicht nur pekuniäre Vortheile durch Gewinnbetheiligung, sie erhalten auch das Recht auf Benutzung der Anstalt zu ermässigte Preisen."

Die Geschäftsstelle dieser famosen Genossenschaft befindet sich: Charlottenburg, Berlinerstrasse 125. Man sieht die Kurpfuscherei geht energisch vor, sie will auch ihre Heilstättenbewegung. D.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 9. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 1. Mai.

Die erste Berathung des preussischen Abgeordnetenhauses über den Gesetzentwurf betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen.

Der Verlauf der am 21. v. M. stattgehabten ersten Berathung des Abgeordnetenhauses über den Gesetzentwurf betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen hat sich so gestaltet, wie nach dem Ergebniss der Maikonferenz erwartet werden konnte. Demnach steht die konservative Partei im Grossen und Ganzen dem Entwurfe sympathisch gegenüber und wünscht nur noch die Thätigkeit des Kreisarztes etwas genauer umgrenzt zu sehen, um die Befürchtung zu beseitigen, dass er in unangenehmer und belästigender Weise in Privatverhültnisse eindringen könne. Der Vertreter der freikonservativen Partei (Graf Douglas) theilt diese Befürchtung nicht; nach seiner Ansicht bedeutet die Vorlage gegenüber den gegenwärtigen Verhältnissen eine bedeutende Verbesserung; sie sei aber noch einiger Abänderungen bedürftig, um eine geeignete Grundlage für weitere Reformen zu bilden. Die Vertreter der nationalliberalen Partei (Dr. Martens und Dr. Endemann) sowie der Vertreter des Centrums (Dr. Ruegenberg) machen dagegen ihre und ihrer Partei Zustimmung zu dem Gesetzentwurf von einer Reihe Verbesserungen abhängig, die hauptsächlich darauf hinauszielen, die Stellung des Kreisarztes so zu gestalten, dass sie den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entspricht. Ob eine solche Verbesserung erreicht werden wird, ist allerdings noch zweifelhaft; nach den Ausführungen der einzelnen Redner

und nach den von dem Ministertische aus gegebenen Erklärungen sind aber die Aussichten auf eine Verständigung in der Kommission und später im Plenum keineswegs ungünstig, besonders wenn seitens der Königl. Staatsregierung und der konservativen Partei den namentlich von den Abgeordneten Dr. Martens, Dr. Endemann und Dr. Ruegenberg nicht nur vom ärztlichen Standpunkte aus, sondern auch im Namen ihrer Partei vertretenen Wünschen thunlichst Rechnung getragen wird. Die goldene Brücke dazu ist schon geschlagen; denn auch von dieser Seite ist man, obwohl mit schwerem Herzen, bereit, die Forderung weitergehenderer Reformen auf dem Gebiete des Medizinalwesens vorläufig fallen zu lassen und sich auf eine solche der Kreisinstanz zu beschränken, vorausgesetzt, dass diese Reform wenigstens eine gründliche wird. Die betreffenden Abgeordneten haben sich mit Recht nicht auf einen schroff ablehnenden Standpunkt gestellt, sondern wollen die Hand dazu bieten, um etwas Ordentliches zu Stande zu bringen. Was sie darunter verstehen, haben sie mit beredten Worten zum Ausdruck gebracht und damit mehr oder weniger diejenigen Wünsche bezeichnet, deren Erfüllung auch von unsererer Seite nicht nur im öffentlichen Interesse, sondern auch im Interesse der betheiligten Medizinalbeamten als nothwendig erklärt ist.

Die Hauptsache und der springende Punkt des Gesetzentwurfs ist, wie der Abg. Dr. Martens sehr richtig bemerkte, die künftige Stellung des Kreisarztes, d. h., ob diese auch ferner, wie es in der Begründung ausgeführt ist, eine nebenamtliche bleiben, oder zu einer hauptamtlichen umgewandelt werden soll. Nur die konservative Partei theilt in dieser Hinsicht den Standpunkt der Staatsregierung; denn alle anderen Parteien fordern, um mit den Worten des Grafen Douglas und des Abg. Ehlers zu reden, dass das Gehalt der Kreisärzte gut auskömmlich bemessen werde, damit er unabhängig genug ist, sich den Aufgaben seines Amts zu widmen und der Herr Minister ihm erforderlichen Falls die Ausübung ärztlicher Thätigkeit gänzlich untersagen kann. Dass derartige Fälle eintreten können, wird sowohl von dem Herrn Medizinalminister, wie von dem Herrn Finanzminister ausdrücklich zugegeben; sie werden von ihnen allerdings nur als Ausnahmen betrachtet, während sie sich später bei der Durchführung des Gesetzentwurfs sehr bald als Regel herausstellen werden. In diesem Zugeständniss erblicken wir den ersten bchritt zur Verständigung; denn wenn man, wie dies aus den Worten Seider Minister hervorgeht, den ursprünglichen Plan fallen gelassen hat, alle Kreisärzte zu vollbeschäftigen und vollbesoldeten Staatsbeamten zu machen und demgemäss ihre Amtsbezirke durch Zusammenlegen von kleineren Kreisen entsprechend zu vergrössern, so steht doch nichts entgegen, die Stellung des Kreisarztes auch in kleineren Kreisen zu einer hauptamtlichen auszugestalten, obwohl er hier nicht vollbeschäftigt ist. Selbst der Vertreter der konservativen Partei scheint der Gewährung dieser Forderung nicht abgeneigt zu sein; verlangt er doch, dass, falls „die Be-

soldung des Kreisarztes nach den örtlichen Verhältnissen und nach den Anforderungen verschieden bemessen werden soll, dies in der Art geschehen muss, dass auch unter der Voraussetzung einer nur mässigen Praxis eine einigermassen auskömmliche Existenz gewährleistet wird." Die Grundlage einer Verständigung scheint somit hauptamtliche Stellung, aber verschiedenartige Besoldung zu sein, je nach dem volle oder nicht volle dienstliche Beschäftigung eines Kreisarztes mit Rücksicht auf die Grösse seines Amtsbezirkes angenommen werden kann. Die Frage der Privatpraxis würde sich dann von selbst erledigen und einer der wichtigsten Streitpunkte beseitigt sein; denn dass ein vollbeschäftigter Kreisarzt keine Zeit dazu hat, Privatpraxis auszuüben, haben selbst diejenigen zugeben müssen, welche die Tüchtigkeit des Kreisarztes immer noch nach der Zahl seiner Kranken bemessen. Wenn übrigens der Abg. v. Waldow behauptet, dass in der Maikonferenz von einer grossen Zahl Aerzte diese Ansicht getheilt sei, so irrt er sich; es ist dies hauptsächlich nur von Prof. v. Bergmann geschehen, dessen Schlagworte oder vielmehr Schlagverse in dieser Beziehung wohl Laien imponiren mögen, dem Fachmann aber nur den Mangel des erforderlichen Verständnisses für die richtige Beurtheilung der hierbei in Betracht kommenden Punkte beweisen.

Die Verhandlungen des Abgeordnetenhauses lassen deutlich erkennen, dass die Belassung der Privatpraxis gewissermassen als Gegengewicht gegen den „Uebereifer" des künftigen Gesundheitsbeamten dienen soll. Es ist wunderbar, wie gerade den Medizinalbeamten gegenüber immer wieder von Neuem derartige Bedenken ohne jeden thatsächlichen Beweis, lediglich auf Vermuthungen hin, vorgebracht werden; ist doch zweifellos die Ansicht weit zutreffender, dass in der Gleichmässigkeit der Beobachtung und Bearbeitung der einschlägigen Materie, die nur bei einem im Hauptamte angestellten Beamten zu erwarten steht, ein weit sicheres Mittel gegen etwaige übertriebene und übereifrige Bestrebungen liegt, als im sporadischen Erscheinen und Eingreifen, wie es bei einer nebenamtlichen Thätigkeit die Regel bildet. Anderen Beamten gegenüber, wie z. B. den Gewerbeaufsichtsbeamten, hat man derartige Bedenken niemals erhoben, obwohl diesen weit grössere Machtbefugnisse gesetzlich eingeräumt sind und in ihrer amtlichen Stellung noch viel mehr Gelegenheit zum „Herumschnüffeln" geboten wird, als dem Kreisarzt. Man scheint an mancher Stelle der Ansicht zu sein, als ob die Medizinalbeamten die Zeit nicht erwarten könnten, um die Welt mit ihren kostspieligen Plänen zu beglücken und ihre Hände in alle möglichen Sachen zu mischen. „Hat der Physikus nicht genügend Beschäftigung — das liegt in der menschlichen Natur — dann macht er sich Beschäftigung", sagt der Herr Finanzminister! Warum soll sich denn aber gerade der Physikus lediglich aus Sport eine Beschäftigung suchen, die nicht nur ihm selbst, sondern allen Betheiligten Aerger, Verdruss und unnöthige Arbeit verursacht? So thatkräftig auch manche Medizinalbeamten sein mögen, so thöricht sind sie doch sicher-

lich nicht! Im Gegentheil, wir sind der Ansicht, dass mancher junge Landrath, dem es an praktischen Erfahrungen gebricht, in seinen gutgemeinten Bestrebungen, seinem Kreise zu nützen, weit mehr Unfug anrichten kann, als ein Kreisarzt; denn jenem steht eine ganz andere gesetzliche Machtvollkommenheit, seine Forderungen durchzusetzen, zu Gebote, als dem Medizinalbeamten, der, auch wenn ihm eine noch grössere Bewegungsfreiheit, als in dem Entwurfe vorgesehen ist, gegeben wird, doch immer nur der technische Berather der ausführenden Behörden bleibt und, abgesehen von Ausnahmefällen, kein Anordnungsrecht besitzt. Ausserdem liegt es erfahrungsgemäss weit mehr in der menschlichen Natur, sich um unangenehme Arbeiten thunlichst herumzudrücken; das Hineinschnüffeln, Revidiren, Kontroliren, Zurbestrafungbringen anderer Menschen u. s. w. gehört aber sicher nicht zu den angenehmen Arbeiten. Deshalb braucht man auch gar nicht besorgt zu sein, dass gleichsam ein Wettrennen der Medizinalbeamten auf diesem Gebiete mit der Aenderung ihrer Stellung in eine hauptamtliche beginnen wird! „Festina lente" wird es auch hier heissen; warum soll der Kreisarzt allein aus der Art schlagen?

Ueber die Art der Regelung der Gehaltsverhältnisse der künftigen Kreisärzte haben die Verhandlungen leider keine bestimmte Aufklärung gebracht; denn die in dieser Hinsicht von verschiedenen Rednern gestellten Anfragen sind vom Ministertische unbeantwortet geblieben. Dass diese Frage ebenso wie die Errichtung von Untersuchungsanstalten u. s. w. nicht durch Gesetz, sondern durch den Etat geregelt werden muss, ist allerdings richtig, aber warum man sich darüber noch immer in Schweigen hüllt, ist eigentlich unbegreiflich und lässt die Annahme berechtigt erscheinen, dass eine endgültige Entscheidung über die Gehaltsfrage noch nicht getroffen ist und der Verlauf der Berathungen im Abgeordnetenhause erst abgewartet werden soll. Der Herr Finanzminister hat ja auch in der Debatte einen bisher ganz neuen Gedanken hineingeworfen: die Anstellung von Stadtphysikern seitens der grösseren Städte, denen gleichzeitig die öffentlich-rechtlichen Befugnisse der Kreisärzte zu übertragen seien. Soweit uns bekannt ist, wird dieser Vorschlag bei den Oberbürgermeistern der Stadtkreise grossen Anklang finden, es ist sogar nicht ausgeschlossen, dass er von dieser Seite angeregt ist, und zwar von denjenigen Stadtkreisen, in denen keine Königliche Polizeiverwaltung besteht und die hierbei nur in Frage kommen können. Der städtische Gesundheitsbeamte würde dann auch in allen gesundheits- und medizinalpolizeilichen Geschäften als technischer Beirath fungiren, ebenso wie z. B. den Stadtschulräthen dienstamtliche Funktionen der Kreisschulinspektoren übertragen sind. Ob dieser Vorschlag in den Kommissionsverhandlungen Anklang finden wird, muss abgewartet werden, jedenfalls ist er der reiflichsten Erwägung werth.

Aus den Ausführungen des Herrn Medizinalministers lässt sich weiter die erfreuliche Thatsache entnehmen, dass der vorliegende Gesetzentwurf nur das Nothwendigste, gleichsam die

Mindestforderung darstellt und dass man von Seiten der Staatsregierung einer Verbesserung nicht abgeneigt sei, wenn man mit der Mindestforderung wirklich etwas zu ängstlich gewesen sein sollte. Hoffentlich bewahrheitet sich diese Geneigtheit bei den weiteren Verhandlungen in der Kommission, so dass aus dem jetzigen Embryo ein recht kräftiges, lebensfähiges Kind wird. Dass dies möglich ist, haben wir bereits mehrfach erörtert und brauchen deshalb jetzt nicht nochmals wieder darauf einzugehen; wir sind auch der festen Zuversicht, dass der Herr Minister die bisher geplante Bemessung des Wartegeldes für die zur Disposition zu stellenden alten verdienten Kreisphysiker selbst als unzureichend anerkennen wird, er braucht sich nur seiner eigenen Worte in der Verhandlung vom 21. ds. M. zu erinnern:

„ich fühle es jeden Tag, zu welchen Unzuträglichkeiten es führt, dass man einen alten verdienten Kreisphysiker, der kein Vermögen hat, nicht pensioniren und ihm einen Nothpfennig für sein Alter geben kann . . . und dass man nothgedrungen, weil der Mann mit seiner Familie vis à vis de rien wäre, im Amte belassen muss . . . das sind traurige Verhältnisse, die auf das Dringendste einer Abhülfe bedürfen."

Nun, ein Kreisarzt, der seine Privatpraxis aufgegeben und nur auf sein Diensteinkommen angewiesen ist, würde bei Gewährung von nur 900 Mark Wartegeld auch mehr oder weniger vis à vis de rien mit seiner Familie sein; denn die Wiederaufnahme der Privatpraxis dürfte für ihn völlig ausgeschlossen sein!

Der Bitte des Herrn Finanzministers, „man möge die Vorlage in der Kommission nicht so behandeln, dass das Kind gänzlich erdrückt werde," wird sich sicherlich jeder Medizinalbeamte ebenso anschliessen, wie dem Wunsche des Herrn Medizinalministers, „dass es gelingen möge, eine Vorlage zu machen, die, wenn sie nicht alles auf einmal bringe, wenigstens dazu dienen werde, auch in hygienischer Beziehung das Wohl der Bevölkerung zu fördern." Zu diesem Zwecke bedarf sie allerdings noch wesentlicher Abänderungen und Verbesserungen in dem Sinne, wie das von den vorher erwähnten Abgeordneten betont ist. Bei dem auf allen Seiten des Hauses zweifellos bestehenden guten Willen, etwas Ordentliches zu Stande zu bringen, wird dies hoffentlich auch erreicht werden; jedenfalls können die Medizinalbeamten aus den bisherigen Verhandlungen die Gewissheit entnehmen, dass ihre Interessen bei den weiteren Berathungen entsprechend gewahrt werden![1])

Wir lassen nachstehend die Verhandlungen nach dem stenographischen Berichte folgen:

Abg. Dr. **Langerhans** betont zunächst, dass es recht lange gedauert habe, bis endlich die Gesetzesvorlage über die Medizinalreform präsentirt worden sei. Dieselbe spreche allerdings aus, dass die Kreisphysici in ihrem Gehalt besser gestellt werden und eine grössere Berechtigung zur Initiative bekommen sollen; sonst sei aber nichts weiter in der Vorlage zu finden; die vielen dem Abgeordnetenhause gegenüber gemachten Versprechungen, die von diesem wiederholt der Regierung in Bezug auf die Medizinalreform gegebenen Vorschläge seien unberücksichtigt geblieben. Redner ist unschlüssig gewesen,

[1]) Die erste Kommissionsberathung hat bereits am 29. April stattgefunden; über das Ergebniss siehe den nach Schluss der Redaktion eingegangenen Bericht auf S. 304.

ob er gegen oder für die Vorlage sprechen sollte. Wenn die Kreisphysici etwas besser gestellt würden und auch grösseres Recht zur Initiative und mehr Unbeschränktheit in ihrem Vorgehen bekommen, könnte man sich mit der Vorlage vielleicht einverstanden erklären, die jetzt in ihr vorgesehenen Bewegungsfreiheit auf hygienischem Gebiete genüge aber nicht. Darnach solle der Kreisarzt insbdsondere die Aufgabe haben: die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises aus eigener Anschauung zu beobachten und auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken; damit sei aber absolut nichts gesagt! Wodurch soll der Kreisarzt aufklärend und belehrend wirken. Soll er in Vereine gehen? Soll er nur in bestimmte Vereine gehen oder kann er in alle Vereine gehen? Soll er öffentliche Vorlesungen halten oder in Zeitungen schreiben? Merkwürdiger Weise habe der Kreisarzt aber in einer Beziehung eine ausserordentlich grosse Initiative bekommen: er soll in den zu bildenden Gesundheitskommissionen vollberechtigtes Mitglied und zu gleicher Zeit berechtigt sein, die Gesundheitskommissionen zu berufen. Redner ist der Ansicht, dass diese Bestimmung zu weitgehend und in grösseren Städten, wo schon Gesundheitsdeputationen u. s. w. bestehen, nicht durchführbar sei. Die Einrichtung von Gesundheitskommissionen auf dem Lande müsse auch nicht blos vom Landrathe, sondern von der Zustimmung des Kreistages abhängen. Dass der Kreisarzt bei augenblicklicher Gefahr, z. B. bei ansteckenden Krankheiten, sofort eingreifen könne, sei gerechtfertigt und geschehe heute schon. Dass der Kreisarzt aber das Recht haben solle, die Gesundheitskommission in einer grossen Stadt einzuberufen, und in den Gesundheitskommissionen eine Stimme haben soll, bedeute einen schweren Eingriff in die Kommunalrechte. Redner weist sodann auf die Nothwendigkeit der Einrichtung von grösseren Gesundheitsämtern für die Provinzen u. s. w. hin und verlangt, dass auch die Kreisärzte kleinere Laberatorien zur Ausführung der einfachen bakteriologischen und chemischen Untersuchungen haben müssten; denn ohne solche seien sie nicht im Stande, sich auf die Höhe der Wissenschaft zu halten und die Untersuchungen auszuführen, die zur Motivirung ihres Vorgehens und Handelns nothwendig seien. Insofern stimmt Redner der Regierung bei, dass man die Angelegenheit nicht ohne weitere Umstände ordnen könne, sondern abwarten müsse, wie sich die Thätigkeit des Kreisarztes entwickele. Deshalb könne man auch vorläufig den Kreisärzten noch Privatpraxis lassen.

Auch betreffs der Vereinigung des Gerichtsarztes und des Kreisphysikus empfehle es sich, die Erfahrung zur Richtschnur zu nehmen und nicht schablonenmässig vorzugehen. Wenn er auch nicht glaube, dass die Kreisärzte durch ihre Ernennung durch den Oberpräsidenten heruntergesetzt werden, so sei es ihm doch unklar, warum sie nicht wie bisher vom Ministerium ernannt werden sollen. Wünschenswerth sei jedenfalls die Herstellung eines grösseren Zusammenhangs zwischen den ärztlichen Bezirksvereinen und den Kreisphysikern, namentlich mit Rücksicht auf die Bekämpfung von Epidemien. Redner schliesst seine Ausführungen mit dem Antrage, den Gesetzentwurf nicht der Kommission für die ärztlichen Ehrengerichte, sondern einer besonderen Kommission zu überweisen, damit die Berathung des Entwurfes beschleunigt werde. Nachdem man so lange gewartet habe, müsse man doch wünschen, dass endlich bei den Kreisphysicis angefangen und das vorliegende Gesetz möglichst noch in dieser Session zum Abschluss gebracht werde. (Bravo links.)

Abg. Dr. Graf **Douglas** weist darauf hin, dass man in der Presse vielfach dem Vorwurf gegen den Entwurf begegnet sei, er wäre nur ein Torso. Er kann sich diesem Vorwurf nicht anschliessen, hoffe vielmehr zuversichtlich, dass der Entwurf, der einiger Verbesserung bedürftig sei, eine solche auch erhalten würde. Dass er den gegenwärtigen Verhältnissen gegenüber eine bedeutende Verbesserung sei, werde ja auch fast von allen Seiten der Presse anerkannt. Es sei ganz nothwendig, dass das Gehalt der Kreisärzte gut auskömmlich bemessen werde, und zwar so, dass der Herr Medizinalminister da, wo er es für erforderlich halte, dem Kreisarzte die Ausübung der Privatpraxis gänzlich untersagen könne. Die Verhältnisse müssten eben lokal geordnet werden; ein Schablonisiren durch das ganze Land erscheine fast ausgeschlossen. Auch empfehle es sich, den Kreisärzten Assistenten beizugeben, damit die Medizinalverwaltung unter allen Umständen einen gewissen Stab zur Verfügung habe, um einer Epidemie stets entgegen treten zu können; denn in Kriegszeiten könne auf Militärärzte nicht zurückgegriffen

werden; erfahrungsgemäss pflegen aber gerade dann Epidemien am schlimmsten aufzutreten, wie z. B. in den Jahren 1870/71 die Pocken.

Die Einführung der Pension für die Kreisärzte entspreche einem dringenden Bedürfniss. Jetzt sei eine grosse Anzahl sehr alter Herren bis in die 80er Jahre hinein aktiv, nur weil man nicht so unbarmherzig sein könne, sie ohne Gewährung irgend welcher Mittel zu entlassen.

Dass der Kreisarzt in dringenden Fällen eine Anordnung treffen könne, sei ebenso nothwendig als unbedenklich, da eine solche Massregel in 24 Stunden bereits durch den Landrath korrigirt werden könne.

Die gerichtliche Praxis könnte so geordnet werden, dass dem Kreisphysikus die einfacheren Fälle überlassen bleiben und für grössere Distrikte Gerichtsärzte angestellt werden, die in schwierigen Fällen eingreifen; denn es sei unmöglich, dass Jemand, der die Funktionen eines Kreisarztes habe, also Hygieniker und Bakteriologe sein müsse, auch noch das psychiatrische Gebiet, wie das der Obduktion, der Chemie völlig beherrsche; auch würde er sich nicht die völlige Erfahrung erwerben können, da schwierige Fälle auf diesen Gebieten bei uns relativ selten seien. Anderseits sei es dringend erforderlich, hier exakte Unterlagen zu bekommen, da es von diesen sehr häufig abhänge, ob Jemandem der Kopf heruntergeschlagen werde oder ein schwerer Verbrecher wegen mangelnder Feststellung der Verhältnisse straflos ausgehen solle.

Sehr erwünscht sei die Einrichtung von Fortbildungskursen, zu denen die Kreisärzte alle 5 Jahre herangezogen werden, um sie über die Fortschritte der Wissenschaft auf dem Laufenden zu halten.

Mit Durchführung aller dieser Vorschläge werde durchaus kein Sprung in's Dunkle gethan, sondern nur etwas, das sich unter anderen in Bayern, Sachsen, Baden und Hessen schon längst sehr gut bewährt habe.

Nachdem Redner noch betont hat, dass die Gesundheitskommissionen sicher an manchen Orten sehr gute Dienste leisten werden und dass sich ihre Einrichtung besonders in stark frequentirten Sommerfrischen und Badeorten empfehle — die fiskalischen Bäder müssten überhaupt nicht dem Landwirthschaftsminister, sondern dem Medizinalminister unterstehen — kommt er in sehr eingehender Weise noch auf die Nothwendigkeit von Untersuchungsämtern zu sprechen. Er erinnert an den vom Reichstag gefassten Beschluss, den Bundesrath zu ersuchen, an die verbündeten Regierungen die Bitte zu richten, dahin zu wirken, dass überall dort, wo öffentliche bezw. staatliche Untersuchungsanstalten noch nicht bestehen, solche zum Zwecke der allgemeinen Nahrungsmittelkontrole u. s. w. eingerichtet werden. Auch in der seiner Zeit vom Herrn Kultusminister der Maikonferenz vorgelegten Denkschrift sei ausgeführt, dass zur Handhabung und Ueberwachung der Gesundheitspolizei und zur Durchführung der Medizinalgesetze Untersuchungsanstalten unentbehrlich seien und dass die Gesetze, welche auf dem Nahrungsmittelgebiete zum Schutze des Publikums und der reellen Produktion erlassen seien, ohne Wirkung bleiben müssen, so lange es an Anstalten und Einrichtungen fehle, welche die Ausführungen der Gesetze bedingen. Als ein öffentlicher Missstand, der einer dringenden Abhülfe bedürfe, werde in neuester Zeit, namentlich auch in ärztlichen Kreisen, der Mangel an Anstalten empfunden, welche für öffentliche und private Zwecke bakteriologische Diagnosen ausführen. In Fällen von Infektionskrankheiten, deren Diagnose sicher gestellt werden soll, befinde sich der praktische Arzt vielfach in Verlegenheit, wohin er sich wegen der Untersuchung zu wenden habe. Trotz wiederholter Anregungen der betheiligten Minister seien aber nur in wenigen Kommunalverwaltungen solche Untersuchungsanstalten in's Leben gerufen, so dass eben nichts übrig bleibe, als zur Herbeiführung einer Abhülfe den Weg der Gesetzgebung zu beschreiten. Demgemäss hofft Redner, im nächsten Etat eine Position für Untersuchungsämter zu finden. Beim Militär, wo man anerkannt mustergültige hygienische Verhältnisse habe, bestehe für jede Division ein solches Laboratorium, eine Einrichtung, die sich vorzüglich bewährt.

Redner spricht hierauf dem Herrn Minister seinen Dank aus, dass jetzt die so wichtige Medizinalabtheilung wieder einen eigenen, in anderen Abtheilungen nicht mehr beschäftigten Dezernenten habe.

Von grösster Bedeutung bleibe, auch bei der besten Einrichtung des Medizinalwesens, die Belehrung des Volkes. Wenn die Tuberkulose in den letzten 10 Jahren um 30% zurückgegangen sei, so könne man das wesentlich

mit darauf schieben, dass heute Jeder weiss, wie er sich auch seiner Familie gegenüber zu verhalten hat. Privatim sei auf diesem Gebiete viel geschehen; etwas Durchgreifendes könne aber nur seitens der Königlichen Staatsregierung in den ihr unterstellten Lehranstalten erfolgen. Redner erkennt an, dass auch nach dieser Richtung manches veranlasst sei, dass an Seminarien unentgeltliche Kurse eingerichtet und auch Beamte dazu einberufen seien; wünschenswerth wäre es aber, wenn dies noch in ausgedehnterem Masse geschehe und diejenigen Herren, die sich der Verwaltung widmen, dazu veranlasst würden, sich auf gesundheitlichem Gebiete auszubilden, damit sie nicht über Sachen urtheilen müssen, in welchen ihnen die nöthigen Kenntnisse fehlen. Zur Verbreitung richtiger Kenntnisse habe auch wesentlich das gar nicht genug zu empfehlende, im Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeitete Gesundheitsbüchlein beigetragen, das ebenso wie in Baden, jedem Landrath zugeschickt werden sollte.

Das Wichtigste und Nothwendigste auf prophylaktischem Gebiete sei aber die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten. Eine Regelung dieser Frage sei dringend erforderlich, leider aber bisher auf reichsgesetzlichem Gebiete nicht zu Stande gekommen. Es werde aber die höchste Zeit, dass wir uns vor den Gefahren derartiger Krankheiten, die Gesundheit und Leben bedrohen, in wirksamer Weise schützen. Ganz recht sage Robert Koch: „es ist nicht schwer, einen Funken, der auf ein Strohdach fällt, auszulöschen, wenn das Dach voll in Brand steht.“ Gegen die Angriffe eines äusseren Feindes seien wir in einer Weise gerüstet, dass der letzte Soldat und der letzte Krankenpfleger genau wisse, auf welche Stelle er gehöre, gegen den Einbruch einer Seuche fehlen aber ausreichend scharfe und wirksame Massregeln zum Vorgehen. Sache der Regierung und des Bundesraths sei es daher, gegen diesen äusserst bedenklichen Missstand Abhülfe zu schaffen. Am Typhus verlieren wir jährlich ca. 7000 Menschen, an Diphtherie einige zwanzig Tausend, vor einiger Zeit waren es noch einige Vierzigtausend; von Tuberkulose will Redner gar nicht sprechen. Alle Massregeln und Vorschläge gegen diese Krankheiten liegen auf dem Gebiet der Prophylaxe, für die leider die grosse Mehrheit der Bevölkerung wenig Verständniss habe, da ihr Erfolg im einzelnen Falle nicht sofort und in so glänzender Weise wie bei der Chirurgie zu Tage trete. Die Prophylaxe könne sich meist erst nach Jahren als bewährt zeigen, weise dann aber nach der Statistik so glänzende Resultate auf, wie kaum eine andere Wissenschaft. So sei in der Armee die Sterblichkeit seit 50 Jahren um 78 % herabgedrückt, in Berlin von 29 auf 19 pro Mille herabgegangen; eine gleiche Besserung sei in München und Danzig und in anderen Städten nach Durchführung hygienischer Massregeln eingetreten. Von fachkundiger Seite werde gesagt, dass es nicht schwer sein werde, in Preussen die Sterblichkeit um 1 per Tausend der Einwohnerzahl herabzudrücken; das würde aber heissen, dass bei besseren Hygienieverhältnissen in Preussen jährlich 33000 Menschen mehr das Leben behielten. Eine solche Zahl hören Viele ruhig und kühl an, aber man sehe sich die einzelnen Fälle an, die oft so verhängnissvoll für das Glück einer ganzen Familie sind, dann werde man bald ihre innere Bedeutung begreifen. Sei es doch Jedermann bekannt, wie in den minder gut situirten Familien bei längerer Krankheit die Noth einsetzt; die Noth bringe aber schlechtere Ernährung mit sich und damit wieder ein Herd für neue Krankheiten. Die wirthschaftlichen Opfer aber, die zur Bekämpfung solcher hygienischen Missstände erforderlich sind, stehen in keinem Verhältniss zu dem Erfolge, auf den man rechnen kann; sie sind vielmehr jenen Zahlen gegenüber so gering, dass man kein Bedenken haben könne, sie zu bewilligen. (Sehr richtig! bei den Nationalliberalen.) Das Gute und Humanitäre, auch das Klügste was man thun könne, sei auf prophylaktischen Gebiete. Man brauche nur auf die Berufsgenossenschaften hinzusehen; die ganz genau wissen, dass sie bei guter Prophylaxe und schneller Hülfe ganz ausgezeichnet ihre Rechnung finden. Wie gross sei ferner der durch die Cholera verursachte Schaden in Hamburg gewesen, während man die Seuche Anfangs gewiss mit kleinen Opfern hätte ersticken können. Die Kosten, welche die Krankenpflege den Krankenkassen verursachen, belaufen sich jährlich auf 132 Millionen, zu den Krankenkassen gehöre aber nur der siebente Theil der Bevölkerung, so dass etwa 924 Millionen Mark Kosten jährlich in Deutschland durch Krankheiten verursacht werden. Sollte es gelingen, diese Zahl auch nur um ein einziges Prozent herunterzudrücken, so würde das einen jährlichen Gewinn an Volksvermögen von 9½ Millionen bedeuten.

Es widerstrebt dem Redner, mit Geld zu rechnen, wo es sich um das Höchste und Heiligste handele, was wir nächst der Religion haben, um Gesundheit und Leben. Wer wisse und erfahren habe, wie Krankheiten geradezu zu Höllenqualen werden, wenn die Noth sich ihnen zugeselle, keine liebende Hand zu der einfachsten Hilfeleistung da sei und es am Allernothwendigsten gebreche, der werde sicherlich darin voll und ganz zustimmen, dass Alles aufgeboten werden müsse, um Noth und Tod entgegenzutreten.

In Monatsfrist werde ein sehr bedeutungsvoller Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit hier zusammentreten, zu dem die hervorragendsten Autoritäten ganz Deutschlands sich vereinigen. Möchten die bis dahin gefassten Beschlüsse doch auf Gesetze hoffen lassen, geeignet ein Fundament zur Durchführung der Ziele dieses Kongresses zu bilden, auf dem sich ein stattlicher Bau zum Segen des Volkes erheben könne.

Redner schliesst seine Ausführungen mit dem Vorschlage, den Entwurf an die um 7 Mitglieder zu vermehrende Kommission für ärztliche Ehrengerichte zu verweisen. (Beifall.)

Abg. Dr. **Martens** will auf die verschiedenen, vom Vorredner berührten Fragen, die von äusserster Wichtigkeit für das Gesundheitswesen seien, aber mit dem Entwurf nicht gerade in unmittelbarem Zusammenhange stehen, nicht mehr eingehen, sondern sich im Grossen mit dem vorgelegten Entwurf beschäftigen und nur kurz bemerken, dass er die Anschauungen des Vorredners in Bezug auf jene Fragen im Grossen und Ganzen theile. Der Abg. Langerhans habe ganz Recht, dass es recht lange gedauert habe, bis endlich dieser Entwurf vorgelegt worden sei. Wenn aber nach dem bekannten Sprichworte dasjenige, was lange währt, endlich gut werden muss, so werde das Sprichwort in diesem Falle ausserordentlich zu Schanden. Denn in Folge der langen Dauer seines Erscheinens müsste der Entwurf ganz vorzüglich geworden sein; das lasse sich aber leider nicht sagen, der Entwurf sei vielmehr in mancher Beziehung recht mangelhaft und die öffentliche Meinung habe Recht, wenn sie ihn als einen Torso bezeichnet habe. Dass auf diesem Entwurf eine gesunde Medizinalreform aufgebaut werden könne, muss bezweifelt werden.

Redner macht darauf aufmerksam, dass gerade in Bezug auf die Medizinalreform die Anschauungen der Königlichen Staatsregierung in den letzten Jahren ausserordentlich gewechselt haben. Im Jahre 1896 habe er mit Dr. Kruse einen Antrag auf Umformung der Organisation in der untersten Instanz, also bei dem Kreisphysikat, eingebracht, nicht weil sie nicht auch eine Umformung in allen Instanzen wollten, sondern weil sie glaubten, am ehesten zum Ziel zu kommen, wenn wir bei dieser allerdings wichtigsten Instanz zuerst vorgingen. Diesem Antrag sei damals von der Staatsregierung auf das Entschiedenste widersprochen, dagegen dem Antrag Douglas zugestimmt, welcher viel weiter ging und eine Reform in allen Instanzen wollte. Dieser Absicht entsprechend habe dann 1897 die Staatsregierung „Grundzüge für eine Medinalreform“ entworfen und einer besonderen Konferenz vorgelegt; derselben hätten im Allgemeinen den früher hier geäusserten Wünschen entsprochen und eine Basis für eine gesunde Medizinalreform gegeben. Diese Grundzüge seien allerdings bei der Besprechung theilweise auf lebhaften Widerstand gestossen; aus diesem Grunde habe dann wahrscheinlich die Staatsregierung davon Abstand genommen, einen Entwurf vorzulegen, der auf dem Boden dieser Grundzüge stand; jedenfalls stehe aber der jetzt vorgelegte Entwurf in vielen Punkten in einem diametralen Gegensatz zu demjenigen Standpunkt, welchen die Staatsregierung im Jahre 1897 eingenommen habe.

Redner ist ebenso wie seine ganze Partei nicht damit einverstanden, dass die Reform sich nur auf eine Instanz beschränkt; gleichwohl würden sie einer Reform in dieser einen, der untern — allerdings wichtigen — Instanz zustimmen, wenn sie nur ausreichend und genügend wäre. Der vorliegende Entwurf sehe aber eine genügende Umänderung in dieser einen Instanz nicht vor.

„Die Hauptsache und der springende Punkt des ganzen Entwurfs ist die künftige Stellung des Kreisarztes. In den ehemaligen Grundzügen hatte die Königliche Staatsregierung beabsichtigt, den Kreisarzt zu einem vollbesoldeten Beamten zu machen. Jetzt aber will sie den bisherigen Zustand auch fernerhin beibehalten, dem Kreisarzte neben seiner amtlichen Thätigkeit auch noch die privatärztliche Thätigkeit gestatten. Ich bitte diejenigen, welche darüber im Zweifel sein könnten, ob es richtig wäre, dem Sanitätsbeamten die

private Praxis zu gestatten, sich einmal zu vergegenwärtigen, welche Aufgaben dem künftigen Kreisarzte in §. 5 des Entwurfs gestellt und wie diese Aufgaben nachher auf Seite 10 erläutert sind. Der Sanitätsbeamte hat eine ausgebreitete forensische Thätigkeit als Gerichtsarzt; er hat die Medizinalpolizei auszuüben, Listen zu führen über den Bestand des Medizinalpersonals: Ab- und Zugang von Aerzten, Zahnärzten, Apothekergehilfen, Apothekerlehrlinge, Heildienern, Hebammen; die Prüfung derselben; die Beaufsichtigung der im Bezirke befindlichen Apotheken, Drogenhandlungen u. s. w. Seine Hauptthätigkeit aber liegt in der Beaufsichtigung des Sanitätswesens.

M. H., ich glaube, wenn man sich diese zahlreichen und verschiedenartigen, wichtigen Aufgaben vergegenwärtigt, dann muss man doch sagen: dadurch wird die Kraft eines Menschen vollständig absorbirt, und wenn vielleicht in einigen ganz besonders kleinen Landrathskreisen der Physikus nicht hinreichend beschäftigt sein sollte, dann könnte man auf das zurückkommen, was die ursprünglichen Grundzüge geplant haben, was auch in §. 4 des Entwurfes vorgesehen ist, dass eine Anzahl kleiner Kreise zu einem grossen Bezirk für den Kreisarzt vereinigt wird. Wenn ich nicht irre, hatten damals die Grundzüge vorgesehen, dass die 547 Kreisphysikate in 346 oder 347 Kreisarztstellen zusammengelegt werden sollten.

Nun möchte ich darauf hinweisen, dass in der Begründung sich hinsichtlich der Thätigkeit des künftigen Kreisarztes verschiedene Widersprüche finden. Es heisst da auf Seite 20: „Wie der Kreisphysikus — gehört auch der Kreisarzt zu denjenigen Staatsbeamten, deren Zeit und Kräfte durch die ihnen übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden.“ Es heisst andererseits auf Seite 16: „Es ist selbstverständlich, dass der Kreisarzt in erster Linie seine Zeit und Arbeitskraft seiner amtlichen Thätigkeit zuzuwenden hat.“ Mir scheint, das sind Widersprüche, die sich durchaus nicht miteinander vereinigen lassen. Wenn der Hauptgrund für die Entziehung der Privatpraxis ist, dass der Kreisarzt durch seine amtliche Thätigkeit vollständig in Anspruch genommen ist, so liegen ausserdem noch andere Gründe vor, weswegen wir es für richtig halten, ihm die privatärztliche Thätigkeit nicht zu belassen, das ist seine Stellung zu den übrigen Aezten seines Bezirks und seine Stellung zu dem Publikum. Eine richtige Ordnung des Sanitätswesens durch den Kreisarzt ist nicht möglich ohne die Mitwirkung der Aerzte. Es ist nun selbstverständlich, dass gerade die Privatärzte keine Neigung haben, zu Feststellungen und Untersuchungen lokaler Uebelstände den Kreisarzt heranzuziehen, wenn ihnen die Furcht vorschwebt, dass sie dadurch aus ihrer Praxis gedrängt werden könnten. Aehnlich ist es mit der Stellung des Arztes zum Publikum. Er wird oft mit seinen Anschauungen in Konflickt kommen, oft vielleicht eine Massregel die sanitär von grosser Bedeutung, aber vielleicht kostspielig ist, nicht mit der nöthigen Energie vertreten, wenn er fürchtet, sich unbeliebt zu machen und eventuell seine Praxis zu verlieren.

Ich weiss sehr wohl, dass auch sehr viele Gründe dagegen mit einem gewissen Anschein von Berechtigung ins Feld geführt werden, dass der Kreisarzt lästig fallen könnte dadurch, dass er fortwährend neue Massregeln anordnet, dass er wissenschaftlich stillstände, wenn er nicht Praxis betriebe. Ich will darauf nicht eingehen, weil ich annehme, dass die nachfolgenden Redner diesen Gegenstand einer weiteren Diskussion unterziehen werden.

Auf einen Punkt möchte ich noch eingehen, nämlich auf die befürchteten hohen Kosten, die eine Umwandlung der Kreisphysikate in vollbesoldete Kreisarztstellen verursachen würde. Herr Graf Douglas hat Ihnen schon auseinander gesetzt, welche enormen Kosten heut zu Tage durch die Seuchen verursacht werden, wie viel Menschenleben ruinirt werden, wie viel Noth und Elend in die Familien einzieht durch die Krankheit. Er hat hingewiesen auf das Beispiel von Hamburg u. s. w. und hat sogar versucht, diese Verluste an Menschenleben und Gesundheit in Kapital umzurechnen. Wenn man diesen Anschlag berücksichtigt, dann muss man doch sagen, was bedeutet dasjenige, was der Staat eventuell aufzuwenden hat, gegen die grossen Verluste, die uns von den Seuchen gebracht werden, und wie viel könnte gewonnen werden, wenn auch nur ein Theil der Verluste abgewendet würde!

Nun glaube ich auch, dass man häufig die entstehenden Kosten zu hoch veranschlagt. Es gehen bekanntlich die Kreiswundarztstellen ein; es wird, wie ich annehme, die Zahl der Kreisphysici ganz bedeutend verringert, und wenn

diese Kosten verwendet würden zur Aufbesserung der bleibenden Stellen, wenn möglicherweise durch Gesetz die Kreise angehalten würden, den Kreisärzten auch die Impfarztstelle zu übertragen, was meines Erachtens wünschenswerth wäre, und dieses Einkommen auch den Kreisärzten auf ihr Gehalt mit angerechnet würde, dann würde der Kostenbetrag, der für den Staat dabei herauskommt, sich schon ganz wesentlich verringern.

M. H., nun bin ich auch der Ansicht, dass der Kreisarzt doch in seiner Stellung zu den Selbstverwaltungsorganen nicht die genügende Berücksichtigung gefunden hat. Es heisst da in §. 5: „Der Kreisarzt hat insbesondere die Aufgabe, an den Sitzungen des Kreisausschusses und des Kreistages auf Ersuchen dieser Körperschaften oder ihres Vorsitzenden mit berathender Stimme theilzunehmen.“ Es ist das ja insofern eine Aenderung, als früher der Landrath, der Vorsitzende dieser Körperschaft, nur auf Beschluss der letzteren die Einladung an den Kreisarzt ergehen lassen konnte, den Sitzungen beizuwohnen. Jetzt ist der Weg einfacher; der Landrath kann auch ohne Herbeiführung eines solchen Beschlusses das thun. Ich meine aber, darin liegt nicht eine Erweiterung der Kompetenz des Kreisarztes, sondern der des Landraths. Dem Kreisarzte ist zwar die Pflicht auferlegt worden, zu erscheinen, wenn er zitirt wird; aber ich glaube nicht, dass es bisher jemals vorgekommen ist, dass, wenn der Kreisarzt aufgefordert wurde, an einer solchen Sitzung theilzunehmen, er dem nicht Folge geleistet hat. Nun gehe ich allerdings nicht so weit, wie es der Aerztekammerausschuss wünscht, dass der Kreisarzt zu allen Sitzungen des Kreisausschusses herangezogen werden und beschliessende Stimme in dieser Versammlung haben soll. Ich halte das für nicht nothwendig und glaube, dass diejenigen Herren, welche diesen Antrag vertreten, sich doch etwas unklar darüber sind, wie häufig derartige Fragen, die das Sanitätswesen betreffen, in den Kreisausschüssen verhandelt werden. Ich glaube, dass höchstens jeder hundertste Gegenstand ein solcher ist, und würde es nicht für richtig halten, nun in allen sonstigen Fragen, in denen das Gutachten des Kreisarztes von minderer Bedeutung ist, dem Kreisarzt auch beschliessende Stimme zu gewähren. Aber ich würde es doch für wünschenswerth halten, in das Gesetz vielleicht eine Bestimmung aufzunehmen, dass, wenn es sich wirklich um Sanitätsfragen handelt, der Landrath genöthigt ist, den Kreisarzt hinzuzuziehen. Es heisst in der Begründung, es könnte der Fall eintreten, wo der Landrath sehr gern einen andern Sachverständigen hinzuzöge. Ich habe gar kein Bedenken, das zuzugestehen, aber ich sehe nicht ein, warum, wenn auch einmal ein anderer Sachverständiger hinzugezogen werden soll, nicht nebenbei das Gutachten des Sanitätsbeamten des Bezirks gehört werden soll.

Dann allerdings möchte ich doch zur Erwägung anheimstellen, ob es nicht wünschenswerth und auch in das Gesetz hineinzubringen wäre, dass der Kreisarzt auch ex officio an den Sitzungen des Kreisausschusses da, wo derselbe als Sektionsvorstand fungirt, theilzunehmen hat. Das würde sich allerdings nur dann durchführen lassen, wenn der Kreisarzt vollständig der Praxis entzogen würde. Ich möchte aber glauben, dass dieser Sache eine ganz besondere Bedeutung beiwohnt. Wenn die Herren, die in den Kreisausschuss sitzen, sich einmal vergegenwärtigen, wie verschiedenartig die Bemessungen der einzelnen praktischen Aerzte sind in Bezug auf die Renteneinschätzungen — die natürlich alle nach ihrem besten Ermessen urtheilen und wie der Kreisausschuss fast immer an das Gutachten der Aerzte gebunden sind, wie das Publikum sehr bald herausfindet, welche Aerzte höhere Renten zu gewähren pflegen, selbstverständlich nach ihrem besten Dafürhalten und welche mindere, so ist es selbstverständlich, dass dadurch eine gewisse Unterscheidung eintritt beim Publikum in der Zuziehung der verschiedenen Aerzte. Ich möchte glauben, dass eine wünschenswerthe Gleichmässigkeit in den Rentenfestsetzungen eintreten könnte, wenn allen diesen Sitzungen des Sektionsvorstandes eine ärztliche Persönlichkeit beiwohnt; und das kann in diesem Falle nur der Kreisarzt sein.

Das sind die Hauptsachen, die ich an dem Entwurf auszustellen habe. Es sind ja noch verschiedene andere Sachen zu bemängeln, auf die ich aber nicht eingehen will; wenn über die Hnuptpunkte, besonders über den einen, eine Verständigung erzielt werden könnte, dann würden allerdings die anderen Sachen viel weniger ins Gewicht fallen.

Nun verkenne ich auch durchaus nicht, dass der Entwurf eine Reihe von

Vorzügen hat, besonders den Vorzug, dass in §. 3 bestimmt ist: „Die Besoldung des Kreisarztes ist pensionsfähig.“ Es wäre doch aber sehr wünschenswerth, wenn wir uns mit einer Aenderung der Stellung des Kreisarztes beschäftigen, auch einmal zu wissen, wie hoch das Einkommen des künftigen Kreisarztes etwa sein soll. Ich gebe zu, dass diese Frage nicht nothwendig in das Gesetz hineingehört und auf dem Wege des Etats gemacht werden kann; aber zur Beurtheilung der Sache müssen wir doch wissen, wie die Staatsregierung sich ungefähr die Sache gedacht hat: ob sie für alle Kreisarztstellen eine gleichmässige Besoldung herbeiführen, oder ob sie vielleicht ein Grundgehalt haben will mit Alterszulagen, oder ob sie daran denkt, je nachdem für einzelne Fälle die praktische Thätigkeit ganz auszuschliessen und für andere Fälle je nach dem Grade, wie eben der Arzt auf die praktische Thätigkeit verzichten muss oder sie noch ausüben kann, das Gehalt als Beamter höher oder niedriger zu bemessen. Es wird ja vielleicht heute uns gelingen, eine Andeutung nach dieser Richtung von der Staatsregierung zu zu bekommen. Jedenfalls möchte ich glauben, dass es wünschenswerth wäre, nachher in der etwa zu bildenden Kommission auf diesen Punkt näher einzugehen.

Dann möchte ich auch noch einen Punkt berühren und eine Ausführung der Staatsregierung darüber erbitten, welches Einkommen soll, wenn nun diese neue Vorlage in Kraft tritt, der Zurdispositionsstellung oder der Pensionirung der abhängig werdenden Kreisphysici zu Grunde gelegt werden? Soll es nur ihr jetziges staatliches Einkommen sein? oder sollen auch diejenigen Gebühren, die ihnen aus amtlichen Dienstleistungen erwachsen, mitberücksichtigt werden? Mir scheint es absolut nothwendig, dass die Sache auf letzterem Wege gemacht wird.

Es ist schon erwähnt worden, dass auch in Bezug auf die Kompetenz des Kreisarztes der Entwurf einige wünschenswerthe Neuerungen bringt. Der Arzt kann nach §. 7 bei Gefahr im Verzuge auch ohne vorheriges Benehmen mit den Ortspolizeibehörden „die zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung einer ansteckenden Krankheit erforderlichen vorläufigen Anordnungen treffen.“ Dann ist auf Seite 14 der Begründung ausgeführt, dass er das Recht hat auf selbstständige Erforschung seines Bezirkes. Das ist ja auch eine wesentliche Neuerung; ich möchte aber doch glauben, dass es wünschenswerth wäre, eine so wichtige Erweiterung seiner Thätigkeit in das Gesetz mit aufzunehmen.

Was nun die Gesundheitskommissionen anlangt, so bin ich der Ansicht, dass diese eine segensreiche Wirkung entfalten werden. Wenn der Herr Abg. Dr. Langerhans gemeint hat, dass wir diese Gesundheitskommissionen schon jetzt hätten in den bestehenden Sanitätskommissionen, so glaube ich, denkt er da nur an die grösseren Städte. Wir haben allerdings auch Sanitätskommissionen auf dem platten Lande, aber diese treten doch nur in Funktion, wenn schon eine Seuche ausgebrochen ist: sie sind nicht in permanenter Thätigkeit. Hier ist es anders gedacht; diese Kommissionen, die jetzt abweichend von den Grundzügen nicht nur für Städte von mehr als 10000 Einwohnern, sondern auch für Städte von mehr als 5000 Einwohnern bereits obligatorisch sein sollen, sollen in beständiger Thätigkeit bleiben, nicht blos in Kraft treten, wenn eine Seuche ausgebrochen ist, und das scheint mir allerdings sehr wichtig. Ich hoffe, dass die Gesundheitskommissionen in diesen Ortschaften sich so sehr bewähren werden, dass viele ländliche Gemeinden, auch ohne durch besondere Anordnung gezwungen zu werden, freiwillig diese Kommissionen ins Leben treten lassen werden.

M. H., wenn ich nun kurz meine und meiner Fraktion Stellung zu dieser Vorlage zusammenfasse, so sage ich: die Vorlage hat grosse Mängel, welche durch einzelne Vorzüge nicht aufgewogen werden. Der unveränderten Vorlage werden wir kaum unsere Zustimmung zu Theil werden lassen können. Wir werden uns nicht dagegen sträuben, die Reform nur auf die unterste Instanz zu beschränken, wenn sie eine gründliche ist. Weil wir die Sache für eine so ausserordentlich wichtige halten, so sind wir bereit, diesen Entwurf in einer zu bildenden Kommission einer besonderen Prüfung zu unterziehen und eine Reihe von Abänderungen — nach unserer Ansicht Verbesserungen — in das Gesetz hineinzubringen. Es wird davon abhängen, ob uns das gelingt, und wieweit die Königliche Staatsregierung darin unseren Wünschen

entgegenkommt, ob wir dieser Vorlage unsere Zustimmung ertheilen können oder nicht; eventuell würden wir genöthigt sein, dagegen zu stimmen, so schwer uns das wird, weil wir eben wissen, dass eine grosse Zahl von alten Sanitätsräthen diesen Moment, wo ihnen die Pensionsfähigkeit in Aussicht steht, mit Sehnsucht erwartet haben, um nach einem thatenreichen Leben in ihren alten Tagen eine, wenn auch nicht ausreichende, so doch geringe Versorgung zu bekommen.

Redner schliesst mit dem Antrag, die Vorlage an eine Kommission von 21 Mitgliedern oder an die Kommission für ärztliche Ehrengerichte zu verweisen, die dann um sieben Mitglieder verstärkt werden müsse. Lieber wäre ihm allerdings eine besondere Kommission. (Bravo! bei den Nationalliberalen.)

Abg. Dr. Ruegenberg: M. H.! Der zweite Herr Vorredner, der Herr Graf Douglas, hat Ihnen die segensreiche Wirkung der Hygiene auf das Volkswohl in ausgedehnter Weise auseinandergesetzt und Ihnen an der Hand der Statistik ihren Erfolg auf die Sterblichkeit, auf die Zahl der Erkrankungen, auf den Wohlstand des Volkes und auf die Wehrhaftigkeit desselben nachgewiesen. Ich stimme seinen Schlussworten durchaus bei, die in einen Appell ausliefen an die Königliche Staatsregierung und an dieses hohe Haus, dass wir eine Wissenschaft, die das vermag, nach Kräften fördern und ihre Umsetzung in die Praxis befürworten sollen.

Wenn wir uns nun fragen, m. H.: wie ist in dieser Beziehung die Königliche Staatsregierung bisher ihren Aufgaben nachgekommen? — so sehen wir zunächst, dass seit 15 Jahren etwa eine ganze Anzahl hygienischer Institute an den verschiedenen Universitäten errichtet worden sind, wo von berühmten Männern den Zuhörern die Gesundheitslehre vorgetragen wird, wo sie unterrichtet werden über die Einflüsse von Luft, Wasser, Klima, Ernährung, Beschäftigung, Wohnung auf die Gesundheit der Bevölkerung, wo sie auch eingeführt werden in das Studium jener kleinen Lebewesen, der Bakterien, die unsere Epidemien hervorrufen. Der Herr Medizinalminister hat ausserdem in dankenswerther Weise Fortbildungskurse nicht nur für Medizinalbeamte, auch für Landräthe, für die Vorsteher von höheren Mädchenschulen u. s. w. eingerichtet, und ich hoffe, dass die Zeit nicht mehr fern ist, wo auch auf den oberen Klassen der Gymnasien und Realschulen die jungen Leute wenigstens mit den elementarsten Begriffen der Gesundheitslehre bekannt gemacht werden.

Frage ich mich aber: wie ist es mit der Umsetzung dieser durch die Wissenschaft festgesetzten Thatsachen in der Praxis? — so muss ich mein Lob bedeutend einschränken. Wir haben noch immer kein Seuchengesetz, . . . ferner ist noch immer ein nicht unbeträchtlicher Theil unserer Mitbürger dazu gezwungen, in menschenunwürdigen Räumen zu leben. Desgleichen erleben wir noch immer, dass die Schulen, denen wir unsere Kinder zur Ausbildung ihrer geistigen Fähigkeiten anvertrauen müssen, nicht selten verhängnissvoll werden für deren leibliches Wohlbefinden, indem sie nicht selten als Brutstätten für die Verbreitung ansteckender Krankheiten betrachtet werden müssen.

Fragt man, wo hapert es hier? — so kommt man zu dem Resultat, dass es doch wohl mit der Organisation und der Wirksamkeit derjenigen Behörde nicht ganz in Ordnung sein müsse, die berufen sind, die Erfolge der Wissenschaft für das Volk nutzbar zu machen. Diese Frage ist es ja, die schon seit über 50 Jahren die verschiedensten Kreise ventiliren, die im Jahre 1897 zu der von dem Herrn Vorredner vorhin schon erwähnten Konferenz geführt und sich schliesslich zu diesem Entwurfe verdichtet hat.

Wenn ich nun mich weiter frage: entspricht dieser Entwurf den Erwartungen, die einerseits die Aerzte, vor Allem die beamteten Aerzte, andererseits die Rücksicht auf das Volkswohl hegen konnten? — so muss ich das leider mit einem Nein beantworten, und ich kann mir hier nicht versagen, meinem Bedauern Ausdruck zu geben, dass die Königliche Regierung nach der Mai-Konferenz von 1897 hauptsächlich auf Einwendungen von der rechten Seite dieses Hauses her die ihrer Denkschrift beigefügten Grundsätze selbst desavouirt hat. Ich habe zu den Herren von der Rechten das volle Vertrauen, dass, wenn uns auf der Basis dieser Grundzüge ein Gesetzentwurf vorgelegt wäre, es möglich gewesen wäre, in den Verhandlungen hier und in der Kommission manche ihrer Bedenken zu zerstreuen.

Die Vorlage ist in erster Reihe eine Finanzfrage und ich würde den Herrn Finanzminister bitten, seine milde Hand aufzuthun und die Kreisärzte so

zu stellen, dass sie völlig unabhängig ihre ganze Kraft und Zeit den Aufgaben ihrer amtlichen Thätigkeit widmen könnten, ohne irgendwie beträchtlich auf die Privatpraxis angewiesen zu sein. Denn, m. H., das glaube ich Ihnen versichern zu können: wenn der zukünftige Kreisärzt in erster Reihe angewiesen bleibt auf seine Privatpraxis, so werden auch die schönsten Bestimmungen, die Sie diesem Gesetzentwurf einzufügen gedenken, auf dem Papier stehen bleiben. Sehen wir uns einmal an, was dem Kreisarzte alles obliegen wird. Mein Herr Vorredner hat Ihnen bereits die medizinalpolizeilichen Funktionen vorgeführt. Wenn der Herr Präsident es erlaubt, möchte ich die gesundheitspolizeilichen verlesen: „Den Kreisärzten fällt zu die Bearbeitung der Mezizinalstatistik, die Erforschung der klimatischen, Boden-, Grundwasser- u. s. w. Verhältnisse seines Amtsbezirks, sowie der Erwerbs-, Lebens- und sozialen Verhältnisse der Bevölkerung, die periodische Besichtigung einzelner Orte in Bezng auf ihre gesundheitlichen Verhältnisse, die Verhütung und Bekämpfung aller ansteckenden und endemischen Krankheiten, die Mitwirkung auf dem Gebiete der Wohnungshygiene, der Wasserversorgung, der Reinhaltung der Wasserläufe, der Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen, der Gewerbe- und Schulhygiene, des Haltekinder- una des Gefängnisswesens, die Ueberwachung des Irrenwesens, der privaten und öffentlichen Irren-, Kranken- u. s. w. Anstalten." M. H., ich meine, das erfordert doch die ganze Thätigkeit des Mannes.

Nun hat der Herr Finanzminister einmal gesagt: weist mir nach, dass die Kreisbeamten voll beschäftigt sind, so werde ich sie auch voll besolden. Ich meine, m. H., nach dem eben Vernommenen wäre der Beweis wohl erbracht. Die Einwendung, dass in einzelnen ländlichen Kreisen der Kreisarzt nicht voll ausgenutzt sei, ist ja wohl dadurch beseitigt, dass, wie in der Denkschrift und so auch in dem vorliegenden Gesetzentwurf gesagt ist, einzelne Kreise zu einem Gesundheitsbezirk zusammengelegt werden können.

Man hat sich nun gestossen an dem Verbot der Privatpraxis. An und für sich würde ich es entschieden für das Vollkommenste halten, wenn dieses Verbot in die Vorlage hineinkäme, denn, m. H., bedenken Sie, der Kreisarzt ist auch Aufsichtsbeamter und als solcher muss er vollständig unabhängig sein vom Publikum. Er darf andererseits auch nicht in scharfe Konkurrenz treten mit seinen privaten Kollegen, da er deren Beihilfe bei Ausführung seiner amtlichen Obliegenheiten absolut nicht entrathen kann. Aber, m. H., bei der Stimmung in diesem hohen Hause bestehe ich absolut nicht auf dem positiven Verbot der Praxis, möchte aber dann die Bedingung stellen, dass in den Gesetzentwurf hineingenommen wird, dass es dem Herrn Minister zusteht — oder dem Herrn Regierungspräsidenten —, im einzelnen Falle im Interesse des Dienstes dem Kreisarzt die Privatpraxis zu verbieten. So ist es in Sachsen, auch in Hessen; und wir sehen dort, dass die Medizinalbeamten eigentlich kaum mehr praktiziren.

Es ist nun die Besorgniss ausgesprochen worden, wenn die Kreisärzte etwa nach Analogie der Gewerbeinspektoren oder Richter erster Instanz besoldet würden, würde sich ein anderer Mangel herausstellen, dass man noch viel schwerer Kandidaten bekommen würde für die Regierungsmedizinalrathsstellen. Ich glaube, dieser Furcht wäre abzuhelfen, wenn Sie den Regierungs-Medizinal-Räthen die in dem Amte des Kreisarztes verbrachten Jahre in der Anciennetät anrechneten. Ich kann Sie versichern, dass es in diesen Kreisen schon jetzt bitter empfunden wird, dass der Regierungs-Medizinalrath immer mit der untersten Stufe anfängt, so dass unter Umständen z. B. ein Schulrath, der mehrere Jahre später in's Kollegium eingetreten ist, das höchste Gehalt beziehen kann, während der Medizinalrath noch darauf wartet.

Was sagt nun der §. 3? „Das Gehalt des Kreisarztes ist pensionsfähig." In dieser vagen Fassung können wir uns sehr wohl den Fall denken, dass der Herr Finanzminister sagen würde: die Physiker haben bisher 900 Mark bekommen; ich gebe ihnen 1200 oder 1500 Mark; das wäre ja schon 66 Proz. Erhöhung. Was bedeutet das aber in Wirklichkeit? Dass das Gehalt der bisherigen Physiker bei den viel geringeren Obliegenheiten schon ein unzureichendes ist, wird wohl allseitig anerkannt, und es ist nur der Pflichttreue und der Aufopferung der bisherigen Physiker zuzuschreiben, dass sie bei dieser kärglichen

Besoldung noch ihre Pflicht nach Möglichkeit erfüllt haben. Aber wir wollen jetzt die Aufgabe des Königlichen Kreisarztes in ganz bedeutendem Masse erweitern, und da frage ich: wäre das gut zu machen mit einer Erhöhung des Gehaltes selbst auf 2000 Mark? Also volle Beschäftigung, aber auch volle Besoldung und natürlich mit Wohnungsgeldzuschuss und den übrigen Appendentien? Billigen wir aber die Motive zu §. 3, worin es heisst, dass der Kreisarzt ebenso wie der jetzige Physikus zu denjenigen Beamten gehört, deren Kraft und Zeit für amtliche Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden, dann müssen Sie auch erwarten, dass die amtlichen Leistungen des Kreisarztes ebenso wie bisher nur nebensächlich sein werden, und ich möchte die Verantwortung mit der Königlichen Staatsregierung nicht theilen, wenn die Förderung der Gesundheit und des Wohlstandes des Volkes an der Finanzfrage scheitern sollte.

Der andere Punkt, der an der Vorlage mit am meisten interessirt, ist die dem Kreisarzt zugestandene grössere Bewegungsfreiheit und sein Anschluss an die Organe der Selbstverwaltung. Auch hier ist namentlich in ländlichen Kreisen die Befürchtung ausgesprochen worden, dass der Kreisarzt sich auswachsen werde zu einer Art von Polizeispion, vor dem kein Brunnen, kein Schlafzimmer, keine Düngerstätte mehr sicher sei, der im Grossen und Ganzen nur die ehrbaren Bürger chikanire, und der den Gemeinden Unkosten machen werde. Ich bin anderer Ansicht. Wenn Sie allerdings die Verhältnisse so lassen wie jetzt, und der Kreisarzt auch in Zukunft nur mit hoher Genehmigung des Landraths den Kreis bereisen darf, um sich über die sanitären Verhältnisse zu unterrichten, so werden Sie allerdings hier und da um eine gemeinnützige Einrichtung herumkommen und Kosten sparen. Aber dann werden auch die gerade auf dem Lande sehr häufig krassen Missstände fortbestehen, und es werden weiter alljährlich Hunderttausende von Mark für Kranken- und Invaliditätsgelder ausgegeben werden, die anders hätten verwandt werden können, und manches Leben, welches hätte geschützt werden können, wird frühzeitiger zu Grunde gehen. Betrachten Sie doch die grossen Städte, die in Folge ihrer schnellen Entwickelung nicht warten konnten und nicht warten wollten, bis die hohe Regierung Gesundheitsbeamte einsetzte, und die sich selbst geholfen haben in Form von sanitären Einrichtungen, welche sie allerdings mit vielen Kosten, denn ohne Geld ist nichts in der Welt, getroffen haben. Dadurch haben sie erreicht, dass die Sterblichkeit, die früher diejenige auf dem Lande nicht unbedeutend übertraf, jetzt unter die Sterblichkeit auf dem früher so gepriesenen Lande heruntergesunken ist. M. H., sehen Sie sich auch die Medizinalverwaltung in unserem Heere an! Sie haben von Herrn Grafen Douglas gehört, dass die Sterbezahl in der Armee um 78 Proz. sich vermindert hat. Ja allerdings, dort hängt auch das Portemonnaie nicht so hoch und wenn der Chef der Militärmedizinalverwaltung etwas für unumgänglich nothwendig erklärt, so setzt er gewöhnlich seinen Willen durch.

Also, m. H., ich möchte bitten: keine Furcht vor dem Kreisarzt in dieser Beziehung! Der Kreisarzt hat gerade so ein Herz im Leibe wie Sie auch für die finanzielle Lage seines Kreises. Er wird Ihnen in vielen Fällen sagen, wie Sie es nicht machen müssen, er wird etwa vorhandene Missstände aufdecken, wird Ihnen die Mittel zur Abhilfe geben. Aber die Ausführung und die Bezahlung, das liegt vor wie nach bei den Kommunalbehörden. Er ist und bleibt der technische Berather des Landraths, nur mit dem einen Unterschiede, dass er in Zukunft auch ohne Ermächtigung des Landraths seinen Kreis bereisen und diesem über die Ergebnisse seiner Beobachtungen Bericht erstatten kann.

Dann erwähne ich auch noch kurz die Befugniss, in Nothfällen vorläufige polizeiliche Anordnungen zu treffen. M. H., zunächst möchte ich Sie darüber beruhigen — ich glaube, dass dieser Fall recht selten eintreten wird in Folge unserer telegraphischen und telephonischen Verbindungen. Aber wenn er eintritt und wenn dann auch nur in einem Falle die Entstehung oder Verbreitung einer ansteckenden Krankheit verhütet werden könnte, so wäre dieses Recht sicher nicht zu theuer erkauft! (Sehr richtig!)

M. H., dass der Kreisarzt an die Organe der Selbstverwaltung in Zukunft mehr angeschlossen werden soll, das begrüsse ich freudig; denn ich bin überzeugt, dass wird dazu beitragen, dass auch in diesen Körperschaften das Verständniss für hygienische Dinge und das Interesse an solchen weiter sich ent-

wickeln, und dass eine grössere Sicherheit darin entstehen wird, dass etwa zu treffende Massnahmen und Einrichtungen auch vom hygienischen, sanitätspolizeilichen Standpunkte aus künftig unanfechtbar sein werden.

Ebenso begrüsse ich auch die Einsetzung der Gesundheitskommissionen, muss nur schon hier bemerken, dass ich den Antrag stellen werde, dass in Gemeinden unter 5000 Seelen der Regierungspräsident nach Anhörung des Kreisausschusses berechtigt sein muss, eine solche Kommission einzurichten.

M. H., es ist nicht in unserem Entwurf des Instituts der Kreisassistenten gedacht, wie sie in der Denkschrift erwähnt werden. Ich bedauere das; denn gerade das Institut der Kreisassistenten wäre der Ersatz für die Kreisärzte geworden, und die Regierung wäre beim Ausbruch von Seuchen in der Lage, an gefährdete Orte eine Anzahl sachverständiger Personen hinzuzudirigiren.

M. H., ich komme zum Schluss und habe nur noch zwei Bitten Ihnen vorzutragen. Die eine lautet: Streichen Sie in §. 2 den Passus, dass auch der Oberpräsident den Kreisarzt ernennen kann. Bisher kann der Oberpräsident nur Subalternbeamte ernennen: — warum gerade beim Kreisarzte ganz allein, der doch ein solch verantwortungsvolles Amt hat, eine Ausnahme machen? Es wird in den betreffenden Kreisen geradezu als eine Degradation empfunden.

Als einen Rückschritt möchte ich denn auch bezeichnen, dass in demselben §. 2 die Erlangung der Doktorwürde auf einer preussischen Universität verlangt wird. Bis heute, m. H., gilt es als Rechtens, dass jeder Arzt seine Ausbildung, seine Doktorwürde und seine Approbation auf jeder deutschen Universität sich erwerben kann. Warum soll er nun genöthigt sein, seinen Doktor auf einer preussischen Universität zu machen?

Die zweite Bitte wäre die: Streichen Sie die Härten in den Uebergangsbestimmungen; denn wir können im Ernst doch wohl nicht beabsichtigen, verdiente und im Dienst ergraute Aerste, deren Privatpraxis fast gleich Null geworden ist, die angewiesen sind auf die Einkünfte aus ihrem Amt, vielleicht noch schwere Beiträge für ihre Familie zu leisten haben, auf 900 Mark Wartegeld und nachher auf 675 Mark Pension zu setzen. Ich meine, m. H., ein gangbarer Weg, der vielleicht auch von der Königlichen Staatsregierung zu acceptiren wäre, liesse sich dadurch finden, dass wir ein fingirtes Gehalt annehmen, entsprechend dem Durchschnittsgehalt der Kreisphysiker, und danach die nicht verwendbaren Physiker pensionirten.

M. H., die Mehrzahl meiner politischen Freunde billigt die Gedanken, die ich eben vor Ihnen ausgeführt habe, und ist der Ansicht, dass der Entwurf in seiner gegenwärtigen Form keine geeignete Grundlage bietet für die Einleitung und Fortsetzung einer Medizinalreform, und ist der Ansicht, dass volle Beschäftigung und volle Besoldung für den Kreisarzt unerlässlich ist. Ein kleinerer Theil meiner Freunde will erst die Beschlüsse der Kommissionsberathung abwarten. Jedenfalls aber beantragen wir die Verweisung des Gesetzentwurfs an eine Kommission von 21 Mitgliedern, wenn möglich an die um 7 Mitglieder erweiterte Ehrengerichtskommission. (Bravo! im Zentrum.)

Abg. v. Waldow: M. H., meine Partei verkennt in keiner Weise die ganz hervorragende Bedeutung, welche die sanitären Bestrebungen bei uns jetzt haben. Wir verkennen vor Allem nicht die ausserordentlichen Erfolge, welche bereits in dieser Beziehung erreicht sind. Es ist das hier schon mehrfach berührt worden. In erster Linie richtet sich dabei unser Blick auf unsere Militärverwaltung, auf der anderen Seite bietet die Stadt Berlin ein ganz hervorragendes Zeugniss für diese Dinge. Wenn wir nun seiner Zeit dem Antrage auf eine allgemeine Medizinalreform zugestimmt haben, so haben wir es unter diesem Gesichtspunkt gethan und haben uns auch an der Berathung der freien Kommission, die seiner Zeit, wie Sie alle wissen, im Kultusministerium tagte, betheiligt. Die Forderungen, welche in dieser Kommission aufgestellt, und die Massregeln, die vorgeschlagen wurden, waren ja sehr viel weitgehendere als in dem vorliegenden Gesetzentwurf. Es hat sich aber doch bei den eingehenden Berathungen, die damals gepflogen wurden, herausgestellt, dass der Weg, den man zu gehen wünschte, weniger zu finden war in einer Aenderung der Organisation der obersten Instanzen, als vielmehr in einer Andersstellung, einer Verbesserung der untersten Instanzen. (Sehr richtig! rechts.)

Dieser allgemeinen Ansicht, welche sich damals geltend machte, giebt der Entwurf, der uns vorliegt, Ausdruck, und ich kann nur sagen, dass wir ihm im Grossen und Ganzen sympathisch gegenüberstehen.

Der Schwerpunkt des Entwurfs liegt zweifellos in der Regelung der materiellen und amtlichen Stellung der bisherigen Kreisphysici, welche in Zukunft den Namen Kreisärzte erhalten sollen. Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass die Bezüge, welche die Herren Kreisärzte, wenn ich sie schon jetzt so nennen darf, gehabt haben, nicht mehr im Verhältniss stehen zu den von ihnen geforderten Leistungen Als das Institut der Kreisphysiker in's Leben gerufen wurde, waren die Anforderungen, welche an sie gestellt wurden, sehr viel geringer, als es heute der Fall ist. Ihre Zeit war sehr viel weniger dadurch in Anspruch genommen, so dass sie sich mehr als jetzt ihrer Privatpraxis widmen konnten. Heute liegt die Sache wesentlich anders. Es ist ihnen eine grosse Anzahl von Aufgaben zugefallen, so dass ihnen viel Zeit genommen wird, welche sie sonst ihrer Privatpraxis widmen würden. Dem steht gegenüber — das kann nicht bestritten werden —, dass das ihnen jetzt zustehende Gehalt von 900 Mark damit in gar keinem Verhältniss steht. Ebenso ist es vollständig berechtigt, wenn die Herren sich darüber beschwert fühlen, dass, obwohl sie unmittelbar besoldete, wenn auch nicht voll besoldete Staatsbeamte sind, ihnen eine Pensionsberechtigung nicht zusteht.

Wenn wir nach dieser Richtung hin den vorliegenden Entwurf einer Betrachtung unterziehen, so fällt auf, dass darüber eigentlich so gut wie gar nichts gesagt wird. Alles was in Bezug auf die Besserstellung des Kreisarztes gesagt ist, steht in §. 3: „die Besoldung des Kreisarztes ist pensionsfähig." Ich kann nicht leugnen, dass ich bedauere, dass nicht wenigstens angedeutet worden ist — ich glaube, einer der Herren Vorredner hat das auch schon geäussert —, in welcher Weise und in welchen Grenzen man sich die Besoldung der Kreisärzte in Zukunft denkt. Wenn die Besoldung nach den örtlichen Verhältnissen und nach den Anforderungen, die an die Herren gestellt werden, verschieden bemessen werden soll, so muss dies in der Art geschehen, dass auch unter der Voraussetzung einer nur mässigen Praxis eine einigermassen auskömmliche Existenz gewährleistet wird.

Ich komme hierbei auf die Frage der Privatpraxis zu sprechen. Es stehen sich da zwei Strömungen gegenüber. Die eine will dem Kreisarzt seinen ärztlichen Beruf, seine Privatpraxis erhalten, während die andere dahin geht, ihn immer mehr in den Beruf lediglich eines Hygienikers hinein zu drängen. Ich muss nun sagen, dass ich gegen das letztere die allergrössten Bedenken hege. Ich würde es als ein Unglück nicht nur für die Bevölkerung, sondern auch für den Arzt selbst ansehen, wenn dieses Bestreben von Erfolg begleitet sein sollte. (Sehr wahr! rechts.) Ich verstehe auch im Interesse der Aerzte selber gar nicht, wie ihre Wünsche zum Theil so sehr nach dieser Richtung gehen können. Ich würde es von ihrem eigenen Standpunkt aus bedauerlich finden, wenn sie dem schönen Beruf, der Menschheit zu helfen, entsagen müssten, um lediglich in gewisser Weise Verwaltungsbeamter zu werden und dabei ganz ausser Berührung mit ihrem ursprünglichen Beruf, mit der ausübenden Praxis, zu treten. (Sehr richtig! rechts.) Es wurde dieser Standpunkt auch seiner Zeit in der freien Kommission von einer grossen Zahl Aerzte in derselben Weise vertreten, wie ich das hier ausdrücke, und ich kann als Autorität dafür auch Herrn Prof. v. Bergmann anführen, dessen Ausspruch einigen der Herren vielleicht noch erinnerlich sein wird: „Ein Reiter ohne Pferd, Ein Koch ohne Herd, Ein Arzt ohne Kranke, Für alle drei ich danke!" (Heiterkeit.) Ich halte das für durchaus zutreffend. Denn es ist wohl keine Frage, dass der Arzt, wenn er seiner ärztlichen Praxis entzogen wird, sich unweigerlich allmählich zum Theoretiker herauszubilden, dass er die Fühlung mit der ärztlichen Praxis mehr oder weniger verlieren wird. Einen ganz besonderen Werth lege ich aber darauf, dass die heutige Privatpraxis den Arzt in enge Berührung mit der Bevölkerung bringt; sie bietet die beste Gelegenheit, ihn alle Verhältnisse kennen zu lernen, er ist durch sie der Freund der Bevölkerung, die ihm ihr Vertrauen entgegenbringt, während er, losgelöst von der Privatpraxis, nachher lediglich Verwaltungsbeamter sein und der Bevölkerung nicht anders erscheinen

wird, wie ein höherer Polizeibeamter, welcher kommt, um ihnen Unannehmlichkeiten und Unbequemlichkeiten zu bereiten.

Ich bin ausserdem der Ansicht, dass an vielen Orten die Beschäftigung des Kreisarztes mit dem ihm nach diesem Entwurf zufallenden Aufgaben keine ausreichende, seine Arbeitskraft voll ausnützende sein wird.

Andererseits bin ich aber auch der Meinung, dass, wo sich ein Konflikt zwischen Privatpraxis und amtlicher Thätigkeit herausstellen sollte, sich dieser Konflikt sehr bald von selbst erledigen würde. Entweder erfüllt der Kreisarzt seine amtliche Thätigkeit in vollem Umfange und ergiebt sich dann von selbst eine Einschränkung seiner Privatthätigkeit, oder er thut es nicht, und dann ist seine vorgesetzte Behörde da, um Remedur zu schaffen, indem sie ihn entweder versetzt oder sonst eingreift.

Der Entwurf, wie er uns vorliegt, zerfällt in der Hauptsache in zwei Theile. Der erste Theil handelt vom Kreisarzt in seiner amtlichen Stellung, und wir müssen es mit Befriedigung begrüssen, dass das in demselben zum Ausdruck kommende Bestreben dahin geht, den Kreisarzt eng an die Verwaltungsbehörden anzuschliessen und ihn nicht von ihnen loszulösen. Wir sind der Ansicht, dass eine praktische Thätigkeit des Kreisarztes nur dann von Erfolg sein kann, wenn sie in engem Zusammenhang mit den staatlichen Verwaltungsbehörden und mit den Behörden der Selbstverwaltung steht.

Wesentlich neue Dinge bringt der Entwurf in der Hauptsache ja nicht gegenüber den augenblicklich bestehenden Verhältnissen, wie sie sich von selbst und im Instruktionswege herausgebildet haben.

Wenn z. B. der §. 5 von der Theilnahme des Kreisarztes an den Kreisausschuss- und Kreistagssitzungen auf Erfordern des Vorsitzenden handelt, so ist das eigentlich auch nichts Neues, denn bisher hat es schon jedem Landrath frei gestanden, den Kreisarzt zu diesen Sitzungen heranzuziehen. Wenn nun von anderer Seite gefordert wird, dem Kreisarzt solle ex officio Sitz und Stimme in diesen Verwaltungskörperschaften gegeben werden, so muss ich diesem Verlangen von meinem Standpunkte aus ganz entschieden widersprechen. Das würde ein Bruch mit dem ganzen Prinzip unserer Kreisverfassung sein, den ich durchaus nicht für wünschenswerth halten würde. Die Folge davon wäre, dass der Kreisarzt auch in allen anderen Dingen mitsprechen könnte, was durchaus nicht im Interesse der Sache liegen würde.

Vielleicht wird auch in einigen anderen Punkten des §. 5 die Thätigkeit des Kreisarztes noch etwas genauer umgrenzt werden müssen, um die Befürchtung zu beseitigen, dass er in unangenehmer und belästigender Weise in Privatverhältnisse eindringen könnte.

Die Bestimmung des §. 7 ist ebenfalls vielfach besprochen und umstritten worden. Die weitaus grösste Mehrzahl meiner Freunde neigt aber der Ansicht zu, dass die hier gegebene Ermächtigung, in dringenden Fällen selbstständig vorläufige sanitätspolizeiliche Anordnungen zu treffen, zweckmässig und angebracht ist. Von meiner Partei wird diesem Paragraphen ein Widerspruch nicht entgegengebracht werden.

Dass der Kreisarzt wie bisher auch der Gerichtsarzt seines Amtsbezirks bleibt, halte ich für durchaus richtig und zweckmässig.

Was nun die Gesundheitskommissionen betrifft, so sind sie an und für sich auch nichts Neues. Bereits durch Allerhöchste Verordnung vom Jahre 1835 sind dieselben eingeführt und im Grossen und Ganzen mit denselben Aufgaben betraut worden, wie es der Entwurf hier vorsieht. Dass sie in diese Gesetzgebung mit hineingezogen werden sollen, hat wohl darin seinen Grund, dass man die ganze Institution der heutigen kommunalen Gesetzgebung und dem heutigen Verfahren bei der Wahl von Kommissionen anpassen will, und das erscheint gegenüber den in dieser Hinsicht etwas veralteten Bestimmungen der Verordnung vom Jahre 1835 wohl nothwendig.

Für sehr zutreffend und richtig muss es gehalten werden, dass der Kreisarzt berechtigt ist, diesen Kommissionen beizuwohnen und ihre Einberufung zu verlangen. Denn sollen diese Kommissionen einen Werth haben, so muss irgend ein belebendes Element vorhanden sein; es hat wohl noch Niemand behauptet, dass sie so, wie sie heute sind, einen nennenswerthen Nutzen gehabt hätten. (Sehr war! rechts.)

Einverstanden sind wir auch damit, dass die Einrichtung von ständigen Sanitätskommissionen für das Land nicht vorgesehen, dass vielmehr nur dem

Landrath die Möglichkeit gegeben ist, sie im Bedarfsfalle ins Leben zu rufen.

Gegen die Einziehung der Kreiswundarztstellen sind wesentliche Bedenken von unserer Seite nicht zu erheben.

Wenn ich nun noch mit einem kurzen Worte auf die Untersuchungsanstalten eingehe, welche vorhin seitens des Herrn Grafen Douglas erwähnt worden sind, so ist ja gar kein Zweifel, dass die Einrichtung solcher Anstalten von sehr grossem Segen und ganz ausserordentlichem Nutzen sein würde. Ihre Einrichtung ist aber doch so kostspielig und bringt so erhebliche Schwierigkeiten mit sich, dass ich doch dem ursprünglichen Plan, diese Untersuchungsanstalten den Provinzialverwaltungen aufzubürden, widersprechen möchte. Werden sie als nothwendig erachtet, so wird sich ja Gelegenheit finden, diese Institutionen den bakteriologischen Instituten der Universitäten anzugliedern oder sich mit den schon vielfach bestehenden Untersuchungsstationen der landwirthschaftlichen Korporationen ins Einvernehmen zu setzen oder sich irgendwie sonst zu helfen.

Ich komme zum Schluss und beantrage, den Entwurf der verstärkten Aerztekommission — wenn ich mich mal kurz so ausdrücken darf — zu überweisen. (Bravo! rechts.)

Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten D. Dr. Bosse:

M. H.! Nachdem von den verschiedenen Seiten des hohen Hauses überall ein Redner sich über die Vorlage ausgelassen hat, dürfte es wohl an der Zeit sein, dass auch ich mir erlaube, mit einigen einleitenden Bemerkungen die Vorlage zu begleiten.

Für die Staatsregierung besteht allerdings kein Bedürfniss, in diesem Stadium, bei der ersten Lesung, uns bereits mit Ihnen über die Einzelheiten auseinanderzusetzen, die in dem Gesetzentwurfe stehen, und besonders auch über diejenigen, die nicht darin stehen und die doch von einzelnen Seiten so dringend verlangt worden sind. Darauf kommt es mir auch gar nicht an. Ich möchte nur meinen Standpunkt rechtfertigen wie ich dazu gekommen bin, diese Vorlage zu machen, die ja gegenüber dem Inhalt der Resolution, auf der sie beruht, allerdings, wie es hier genannt worden ist, ein Torso ist. Von anderer Seite ist mir allerdings gesagt worden: es sei kein Torso, sondern ein Embryo, ein entwickelungsfähiger Entwurf, auf dem sich auch allmählich wohl weitere Dinge aufbauen liessen, die zu einer verständigen und auf der Praxis ruhenden Medizinalreform zu führen sehr wohl geeignet wären.

Wie dem nun auch sein mag, ich will darüber gar nicht rechten, ob der Entwurf ein Torso odes ein Embryo ist; ich bin in der That dazu gekommen auf Grund der Resolution, die in diesem hohen Hause gefasst worden ist, und zwar einstimmig gefasst worden ist, und die dahin lautete: die Staatsregierung aufzufordern, eine Vorlage zu machen, durch die eine Reform der Medizinalverwaltung in allen Instanzen herbeigeführt werde.

Ja, m. H., nachdem diese Resolution, die ich vorher bekämpft hatte, und die mir viel zu weit ging, einstimmig von dem hohen Hause angenommen war, habe ich es für eine Pflicht der Loyalität gehalten, dass wir uns nunmehr unverzüglich daran machten und eine Vorlage in diesem Sinne ausarbeiteten. Das ist geschehen, und als die Vorlage mir vorgelegt und unter meiner Leitung durchberathen wurde, stellte sich heraus, dass sie wesentlich auf den idealen Gesichtspunkten, unter denen man eine Reform der Medizinalverwaltung betrachten kann, beruhte, dass sie die praktischen und namentlich auch die finanziellen Gesichtspunkte zur Zeit erst einmal mehr bei Seite gestellt hatte.

So kam ich auf den Gedanken, dass ich mir sagte: ehe du eine solche Vorlage auch nur an das Staatsministerium bringst, musst du Fühlung nehmen mit den Vertrauensmännern der Parteien, soweit sie zu haben sind, um einmal zu erfahren, welche Aussichten eine derartige Vorlage im Abgeordnetenhause haben würde.

Dieser Gedanke hat dann zur Berufung der Maikonferenz geführt, wo verschiedene Herren aus den verschiedenen Parteien dieses hohen Hauses, auch einige Sachverständige, einige Medizinalbeamte und solche Leute, die ein lebendiges Interesse für diese Frage und für hygienische Fragen überhaupt bezeugt hatten, zusammenberufen wurden und ihnen die Bitte vorgetragen wurde, sie möchten sich ganz rückhaltlos über diesen Entwurf, über die Grundzüge, die ihnen vorgelegt wurden, äussern.

Es ist vorher von einem der Herren Vorredner gesagt worden, diese Grundzüge seien eine Vorlage der Staatsregierung gewesen. Das ist ganz falsch. Sie waren nichts weiter als der Versuch, einen Anhaltspunkt für die Berathung und für die weitere Bearbeitung der Sache zu geben. In diesem Sinne sind jene Grundzüge von mir — und zwar von mir allein — vorgelegt worden, ehe ich mit irgend einem der Herren Minister in Verhandlung darüber getreten bin.

Wie verlief nun aber die Maikonferenz? Das erste Wort, das auf der Maikonferenz gesprochen wurde, war das: die Resolution des Abgeordnetenhauses geht viel zu weit. Das war von einem Vertreter der rechten Seite ausgesprochen worden, auf dessen Urtheil ich sehr grossen Werth lege, aber er stand nicht etwa allein, sondern das zweite Wort wurde von einem Mitglied der freisinnigen Vereinigung, Herrn Rickert, — ich darf es ja offen sagen — gesprochen. Von ihm wurde Folgendes gesagt:

> Die Organisation, wie sie uns das Kultusministerium vorgelgt hat, ist veranlasst durch eine Resolution des Abgeordnetenhauses. Ich möchte bei dieser Gelegenheit hervorheben, wie gefährlich es ist, wenn parlamentarische Körperschaften in allgemeinen Umrissen Wünsche äussern, ohne näher die Richtung anzugeben, in der solche Resolutionen in Ausführung gelangen sollen. Der Herr Minister hat seine Schuldigkeit gethan; er wird aber sehen, dass die ziemlich einstimmig angenommene Resolution keine Bedeutung hat. Der Vertreter der grössten Partei des Abgeordnetenhauses hat die Grundlagen der Reform, wie sie in jener Resolution gefordert wurden, bereits aufgegeben, und bis auf ein oder zwei Punkte muss ich mich ihm anschliessen.

So ist im Grossen und Ganzen die Maikonferenz dahin verlaufen, dass die Mehrzahl der Herren sich gegen eine so umfassende Reform aussprach.

Darüber waren alle einig, dass das nächste Bedürfniss sei, die Kreisphysiker in ihren Bezügen besser zu stellen und vor Allem die Bezüge pensionsfähig zu machen. Das ist ein Punkt, mit dem ich vollkommen übereinstimme; denn ich fühle es jeden Tag in meinem Amte, zu welchen unglaublichen Unzuträglichkeiten es führt, dass man einen alten, verdienten Kreisphysikus, der kein Vermögen hat, nicht pensioniren und ihm einen Nothpfennig für sein Alter geben kann, dass man ihn überhaupt nicht aus dem Dienste entlassen kann ohne Disziplinaruntersuchung, und dass man nothgedrungen, weil der Mann mit seiner Familie sonst vis-à-vis de rien wäre, ihn im Amte belassen muss, auch wenn er nicht mehr fähig ist, den Anforderungen in Bezug auf die öffentliche Gesundheitspflege voll zu entsprechen — das sind ganz traurige Verhältnisse, die auf das allerdringendste einer Abhilfe bedürfen.

Der Kreisphysikus muss ein pensionsfähiges Gehalt bekommen. Jetzt glaube ich, habe ich ganz loyal gehandelt, wenn ich zunächst nach den Informationen vorgegangen bin, die ich mir ganz ohne Rücksicht auf die Parteien geholt habe, so gut ich sie bekommen konnte — selbstverständlich war das ja eine freie und ganz unverantwortliche Konferenz; keiner der Herren hat irgend eine Verantwortlichkeit übernommen, sondern ich kann Ihnen nur dankbar sein, dass Sie die Güte gehabt haben, mir Ihren persönlichen Rath zu ertheilen; aber dieser Rath ist für mich doch sehr bedeutsam gewesen und musste es sein.

Auf Grund dieses Rathes bin ich nun zu diesem sehr eingeschränkten und kleinen Entwurf gekommen, mit dem Gedanken: das Nothwendigste, über dessen Nothwendigkeit alle einig sind, steht drin; und es ist ja auch nicht ausgeschlossen, dass, wenn ich wirklich noch etwas zu ängstlich gewesen sein sollte, hier im Laufe der Berathung, der Kommission und auch im Plenum vielleicht, dies und jenes an dem Entwurf gebessert werden kann. M. H., das ist doch gewiss, dass man auf diesem Entwurf, wenn man ihn erst einmal zum Gesetz gemacht hat, weiter bauen kann, und dass man, wenn die Erfahrung es als notwendig zeigt, später jeder Zeit weitergehen, auf dieser Grundlage allmählich eine Reform der grsammten Medizinalverwaltung aufbauen kann, eine Frage, die zur Zeit übrigens noch ausserordentlich zweifelhaft ist, wenigstens für einzelne Instanzen.

M. H., so ist der Gesetzentwurf zu Stande gekommen. Ich möchte nun

nicht darauf eingehen, ob es sich mehr empfiehlt, den Kreisarzt anders zu stellen, als die Vorlage vorschlägt — das will ich aber gleich sagen, ich bin nicht dafür, dass man alle Kreisärzte ein für allemal zu voll besoldeten Staatsbeamten macht. Ich glaube, wir haben eine ganze Anzahl von Kreisen, in denen kein Bedürfniss dazu vorhanden ist, ganz abgesehen von den sonstigen Bedenken, die dagegen sprechen — Bedenken, die ja auch geltend gemacht worden sind, dass der hygienische Kreisarzt, der voll besoldet ist, nur allzu leicht in die Lage kommen würde, in alle möglichen und unmöglichen Verhältnisse des Kreises hineinzuschnüffeln. Ich will dies ganz dahingestellt sein lassen, das wird von der Persönlichkeit abhängen; ich glaube nicht, dass die Gefahr so gross ist, wie man sich das vorstellt, aber ich kann mich nicht überzeugen, dass für alle unsere Kreise ein Bedürfniss bestände, den Kreisarzt zum vollbesoldeten Staatsbeamten zu machen, abgesehen davon, dass das auch sehr grosse Konsequenzen anderen Beamtenkategorien gegenüber haben würde. Ich erinnere nur daran: wie sollen die Leute gestellt werden und wie sollen die Regierungs-Medizinalräthe gestellt werden, woher sollen wir nachher die Regierungs-Medizinalräthe bekommen? Kurz, dies alles wären Dinge, die man erwägen müsste, und wollte man diesen Punkt regeln, so würde man den ganzen Entwurf auf eine andere Basis stellen und dann würde, glaube ich, eine Amendirung nicht möglich sein.

Anders liegt die Sache — und das mag in der Kommission auf das Gründlichste erwogen werden — ob man nicht dem Kreisarzt die Praxis belässt, aber der Regierung ausdrücklich die Möglichkeit durch das Gesetz giebt, diese Praxis einzuschränken oder ganz zu untersagen; denn es wird Fälle geben, wo man mit der Praxis des Kreisarztes nicht auskommen kann. Aber, wie gesagt, darauf möchte ich heute nicht eingehen, ebensowenig wie auf die hier vorgeschlagenen Gesundheitskommissionen oder auf die Laboratorien, die, nebenbei gesagt, übrigens ganz einfach durch den Etat errichtet werden können, und die man gar nicht in das Gesetz in präziser und unserer Gesetzessprache entsprechender Weise, soweit ich bis jetzt übersehe, hineinschreiben kann, kurz, alle diese Dinge können wir in der Kommission auf das freundlichste und eingehendste besprechen. Ich bin aber mit dem Gange der heutigen Diskussion soweit sehr zufrieden; ich bin dankbar dafür, dass von allen Seiten wenigstens die Berathung der Vorlage in der Kommission als geeignet anerkannt worden ist, und darauf kommt es mir an. Die Sache ist ja absolut unpolitisch. Ich habe, glaube ich, in der ganzen Zeit, seitdem ich Minister bin, noch nicht eine einzige Vorlage in das Haus gebracht, die so wenig politischer Natur war wie diese. Unwichtig ist sie nicht, im Gegentheil; darin stimme ich mit dem Herrn Grafen Douglas vollkommen überein, dass man die Wirkungen, auch die volkswirthschaftlichen Wirkungen und die sittlichen Wirkungen einer guten Hygiene gar nicht hoch genug veranschlagen kann, und insofern ist die Vorlage im höchsten Grade wichtig. Aber politischer Natur ist sie gar nicht und wir werden uns sehr ruhig und sachlich in der Kommission darüber unterhalten können. Ich hoffe, m. H., bei dem guten Willen, der auf allen Seiten dieses Hauses besteht, etwas Ordentliches zu Stande zu bringen, dass es uns auch gelingen wird, eine Vorlage zu machen, die, wenn sie nicht Alles auf einmal bringt, wenigstens dazu dienen wird, dass auch in hygienischer Beziehung das Wohl unserer Bevölkerung gefördert wird. (Lebhafter Beifall.)

Abg. Dr. Endemann: Ich bin dem Herrn Minister sehr dankbar für den letzten Theil seiner Rede. Er erkennt ja vollkommen an, von welch hoher Bedeutung der Ausbau unserer hygienischen Massnahmen ist; er hat auch die Entwickelungsgeschichte dieses Gesetzentwurfs uns dargestellt; er hat uns gesagt, mit welcher Zuvorkommenheit, mit welcher Güte er die alten Kreisphysiker zu behandeln gedenkt. Allein, m. H., es ist doch etwas in dem Entwurf, indem ich mit ihm nicht übereinstimmen kann: dass eben die unterste Instanz das Grundlegende sein soll, ohne dass man sich eine Vorstellung des ganzen Ausbaus des Gebäudes machen kann. Die Vorarbeiten, welche in der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums und in den beiden anderen Ministerien ausgeführt sind, sind ja von bedeutendem Werthe; zeigen sie doch denjenigen, der die Begründung dieses Entwurfs zu lesen versteht, wieviel gearbeitet worden ist und wieviel in der Sache steckt! Dazu gehört freilich

einiges Verständniss, zwischen den Zeilen zu lesen, die glücklicherweise in der Sprache der Laien, d. h. Nichtmediziner, abgefasst sind. Aber, m. H., es ist eine eigenthümliche Sache: trotz dieser wundervollen Vorarbeiten, trotz dieses Bereitstellens der Bausteine zu diesem Bau kommt man zu einer anderen Schlussfolgerung, entgegen unseren Erwartungen. Woran lag nun der Widerstand? Liegt er etwa im Ministerium des Innern oder liegt er im Ministerium der Finanzen? Denn beiden Ministerien hat ja selbstverständlich der Entwurf vorgelegen. Den schon mehrfach ausgesprochenen Wunsch, dass die Medizinalabtheilung vom Kultusministerium losgelöst und dem Ministerium des Innern unterstellt wird, möchte auch ich befürworten; der Kreisphysikus steht auch jetzt schon unter dem Landrath, der Medizinalrath unter dem Regierungspräsidenten und das Medizinalkollegium unter dem Oberpräsidenten —, also lauter Behörden, die dem Ministerium des Innern unterstellt sind. Ich fürchte nicht, was man früher entgegnet hat, dass dann auch die Ausbildung der Aerzte auf den Universitäten vom Kultusministerium getrennt werden müsse, dadurch irgend etwas in der Vorbildung unserer Aerzte versäumt werden würde; ich möchte die Universitäten dem Kultusministerium wie bisher überlassen.

Was hat nun wohl das Finanzministerium zu dieser Vorlage gesagt? Von Zahlen steht absolut nichts im Entwurf. Sollen wir uns nun begnügen mit den schönen, milden Worten des Herrn Kultusministers? Ich weiss, dass die Ausbildung der Volksgesundheit und sanitären Einrichtungen an einer berufenen Stelle mal eine Zeit glänzend vertreten gewesen sind; und welche Erfolge sind da erzielt worden in einer Stadt, die nicht sehr weit von meiner Heimath entfernt liegt? Wir sind derselben auch gefolgt. Ich erinnere nur an erster Stelle an die Namen: Lindley, Baurath für Kanalisation und Wasserversorgung und meinen Kollegen Geheimrath Spiess. M. H., da sind Dinge geschaffen, die mustergültig waren; aber ich glaube, man weiss auch an der betreffenden Stelle, dass derartige Sachen Geld kosten. Montecuculi hat gesagt: zum Kriege gehört Geld, viel Geld und nochmals Geld. M. H., zum Kampfe gegen Epidemien oder Endemien oder, wenn ich mich in neuerer Sprache ausdrücken soll, zum Kampfe gegen die pathogenen Keime gehört Geld und wieder Geld und nochmals Geld. Mit dem Gelde, was dafür verwandt wird, wird für das Volk Unendliches geleistet; man wird es geradezu als eine produktive Anlage betrachten dürfen. Aber es ist zu verlangen, dass nur ein Kreisarzt angestellt werde, der in allen Zweigen der Hygiene vollkommen ausgebildet ist, und dem eben alle Hülfsmittel der Wissenschaft zur Seite stehen müssen. Da gebe ich dem Abg. Grafen Douglas recht, wenn er wieder auf Untersuchungsämter mit aller Macht gedrungen hat.

M. H., zu dem vorliegenden Entwurf hat sich nun der Aerztekammer-Ausschuss von Preussen nicht sehr wohlwollend, geradezu ablehnend ausgesprochen. Man sagt ja immer, die Vereine für öffentliche Gesundheitspflege würden weit in das Volk schon die Bedeutung dieser neuen errungenen Wissenschaft hineinbringen, und man wird ganz von selbst darauf kommen, sich diesen Forderungen der Wissenschaft zu unterwerfen. Das ist nicht so leicht, und welches Widerstreben da manchmal zu Wege kommt, das sieht man alle Tage. Wir in den Städten brauchen ja wirklich nicht so ängstlich zu sein, denn die Städte haben sich ja in dieser Beziehung als hervorragend erwiesen; allein gerade auf dem platten Lande bedarf die Gesundheitspflege einer ganz besonders dringenden Abhilfe, dort muss sie viel intensiver bearbeitet werden wie bisher. Beispiele liegen auch dafür vor. Es ist z. B. noch nicht in dieses hohe Haus gedrungen, dass die Tuberkelbazillen in Feuchtigkeit zu Grunde gehen. Sehen Sie nur gewisse Näpfe an! (Hört, hört!) Jawohl, hört, hört! rufen die Herren! Es besteht diese Vernachlässigung trotz der Aufklärungen, welche durch die den Tuberkelbacillus bekämpfenden Kongresse und Vereine dem Publikum gegeben werden. Jedoch das nur nebenbei. Ich wollte nun sagen: die Prophylaxe gegen Epidemien und Endemien kann nur durch einen vollbesoldeten und unabhängigen Kreisarzt gefördert werden. Ich bin nicht mit dem Herrn Vorredner der konservativen Partei, der sich wohlwollend dem Gesetzentwurf gegenüber ausgesprochen hat, einverstanden. Der Kreisarzt muss ganz unabhängig und losgelöst sein von der Praxis. M. H., schützen Sie ihn vor sich selbst; denn er kann in die bitterböseste Lage kommen wenn er gegenüber einer Familie, wo er schlechte sanitäre Zustände im Hause

oder sonstwo antrifft, nicht mit der vollen Energie seiner Amtsgewalt vorgehen kann, weil er Hausarzt ist. Der Fall ist sehr wohl denkbar, dass er, wenn er sich noch mit der Praxis beschäftigt, in eine schiefe Stellung zu seinen Kollegen kommen kann. Selbst wenn er der tüchtigste Hygieniker ist, so kann er doch die schlechten Zustände auf dem Lande nicht ohne Hilfe seiner Kollegen bekämpfen; kommt er durch seine Praxis mit diesen in irgend welchen Widerspruch, so wird er des wünschenswerthen Mitwirkens und der nöthigen Unterstützung der Aerzte weniger sicher sein.

Dann ist auch die Trennung des Gerichtsarztes von dem Kreisarzt gestreift worden. Es hat das sehr viel für sich. Die Statistik ergiebt, dass auf manche Kreisphysiker im Jahre nur 0,6 Obduktionen kommen. Ja, m. H., soll das nun ein tüchtiger Gerichtsarzt sein, der nur in langen Zeitläuften einmal eine Obduktion macht? Das ist eine sehr schwer wiegende Sache! Die psychiatrischen Fälle ebenso! Die frühere hannoversche Einrichtung, dass verschiedenen Oberlandesgerichtsbezirken ein Gerichtsarzt zuertheilt wurde, hat sich damals sehr bewährt, und ich glaube, dass man das nicht ganz aus dem Auge verlieren soll.

M. H., über die Gesundheitskommissionen braucht man gar kein Wort zu verlieren; es sollen tüchtig arbeitende Institute werden. Ob sie der Landrath jedesmal beruft oder der betreffende Kreisarzt, wenn er ein tüchtiger Hygieniker ist — darauf kommt es weniger an. Auch über die Stellung des Kreisarztes gegenüber dem Kreistage bezw. Kreisausschuss will ich mich jetzt nicht auslassen; das wird sich alles in der Praxis nachher viel besser machen. Noch sehr viele Punkte sind in den Berathungen der Kommission zu erörtern.

Wenn die Errichtung der Untersuchungsämter nicht statthaben sollte, dann wird die Stellung des Kreisarztes immer eine prekäre bleiben. Bei der jetzigen Entwicklung der bakteriologischen Wissenschaft und ihrer Methoden kann der Kreisarzt ein Untersuchungsamt gar nicht entbehren. Wenn ein tüchtiger Kreisarzt fortwährend seinen Kreis unter Aufsicht hat und beobachtet — es ist vorhin der Ausdruck „schnüffeln“ gebraucht — gut, so mag er schnüffeln und manches riechen; bei dem Riechen wird er vielleicht finden den Punkt, von dem aus eine Typhusepidemie ihren Ursprung genommen hat. Untersuchungen werden stets nöthig sein, mit denen das Untersuchungsamt sich befassen muss, mag es nun eingerichtet werden für einen Regierungsbezirk oder eine Provinz. Es ist bekannt, dass schon verschiedene Städte mit der Errichtung solcher Institute vorgegangen sind.

Im Grossen und Ganzen danke ich dem Herrn Minister für diese Vorlage und den heute dazu gegebenen Erklärungen. Wie sie sich in der Kommission gestalten wird, kann Niemand wissen. Aber da der Herr Minister Aussicht giebt, dass er bereit sei, in der Kommission weiter zu verhandeln, so ist ja möglich, dass in der Kommission irgend etwas zu Stande kommt.

M. H., ich gestehe Ihnen offen: „In den Ozean schifft mit tausend Masten der Jüngling; Still auf gerettetem Boot treibt in den Hafen der Greis.“ (Heiterkeit.) M. H., so wird es am Ende auch mit der Medizinalreform gehen.

Vizepräsident des Staatsministeriums, Finanzminister Dr. von Miquel: M. H.! Einer der Herren Vorredner hat gemeint, die Frage, ob die Physiker Privatpraxis treiben oder vollbesoldete Beamte werden sollen, sei lediglich eine Finanzfrage. Gewiss, m. H., sie ist auch eine Finanzfrage, und bei der wachsenden Zahl unserer Staatsbeamten wird man sich immer besinnen müssen, ob es ein dringendes Bedürfniss ist, eine ganz neue Klasse vollbesoldeter und ausschliesslich etatsmässiger Beamten neu zu schaffen. Aber, m. H., sie ist für mich doch nur sekundär eine Finanzfrage.

Ob es zweckmässig und dienlich für die Sache der Hygiene ist, dass die Physiker überall und in allen Bezirken keine Privatpraxis treiben, ist doch sehr bestritten, selbst unter den grössten Sachkennern auf diesem Gebiet, und es ist durchaus falsch, wenn man sagt, darüber bestehe unter allen sachkundigen Personen Einverständniss. Das ist nach meiner Kenntniss von der Sache durchaus irrig. Ich kenne hervorragende Männer der Wissenschaft und der Praxis auf diesem Gebiet, welche genau auf dem Standpunkt stehen, den ich Ihnen gleich persönlich bezeichnen werde.

M. H., nach meinen Erfahrungen in der Praxis erkenne ich persönlich an, dass es Bezirke giebt, namentlich in grossen Städten, aber auch in Industriebezirken, wo ein Physiker derartig be-

schäftigt sein muss, wenn er seine Aufgabe erfüllen soll, dass ihm die Möglichkeit einer einigermassen ausgiebigen Privatpraxis kaum bleibt. In Bezirken, wo ein solches Bedürfniss ausnahmsweise besteht — ich halte es zur Zeit noch für eine Ausnahme —, würde ich nichts dagegen haben, mit den Physikern so zu verfahren, wie mit den Schulinspektoren, deren Stellen wir durch den Etat nach Massgabe des Bedürfnisses nach und nach weiter besetzen; aber generell und obligatorisch in das Gesetz zu schreiben, dass die Physici nirgends Privatpraxis treiben dürfen, das würde ich nicht nur für das Publikum, sondern auch für den Arzt für verkehrt halten. (Sehr richtig! rechts.) Hat er als Physiker nicht genügend Beschäftigung — das liegt in der menschlichen Natur —, dann macht er sich Beschäftigung. (Sehr richtig!)

Und das Gebiet der Hygiene ist unbeschränkt. Man kann da in allen Lebensverhältnissen ohne Rücksicht auf die Kosten, ohne Rücksicht auf sichere Erfolge auf dem Gebiete der Hygiene — ich möchte sagen — experimentiren. Ich bin wohl seit 30 Jahren thätig gewesen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege; aber wie viel irrige und heute verworfene Auffassungen auf diesem Gebiet sind schon an meinem Auge vorbeigegangen! (Sehr wahr!) Die Vorlage erkennt an — oder vielleicht die Motive —, dass auf dem Lande Aerzte für mehrere Kreise angestellt werden können. Dann bekommen wir aber auf dem Lande derartige Entfernungen, dass die volle Besoldung und die ausschliessliche Beschäftigung dieser Beamten den nöthigen Erfolg doch nicht haben kann. Wenn in jedem Kreise Physici sich befinden, welche daneben Privatpraxis betreiben, die Verhältnisse der Bewohner genau kennen lernen, wissen, was man unter den gegebenen Verhältnissen der Bevölkerung vernünftigerweise zumuthen kann und was nicht, so werden sie in solchen Fällen viel nützlicher sein. Ausserdem wird die eigentliche Krankenversorgung, die Ausübung der Heilkunde in vielen Landestheilen dadurch geradezu gefährdet werden, dass Sie dem Physiker die Ausübung der Privatpraxis gänzlich ohne Rücksicht auf alle Verhältnisse verbieten. In manchen Gegenden würde man kaum Aerzte bekommen können, wenn nicht die Physikatsstellungen daneben wären. Das sind jedenfalls Bedenken, die zeigen, dass es sich hier durchaus nicht um eine ganz klare, zweifellose Frage handelt, dass man ganz einfach nur Geld zu geben braucht, um neue Beamtenstellen zu kreiren, und nun glaubt, damit wäre die Frage gelöst. So liegt die Sache nicht. Aber, m. H., wenn in Zukunft vom Kultusministerium nachgewiesen wird, dass in einzelnen Bezirken mit besonders dicht gedrängter Bevölkerung eine solche ausschliessliche Beschäftigung des Gesundheitsarztes — wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf — erforderlich ist, dann steht es der Staatsregierung immer zu zu sagen: hier brauche ich einen voll und ausschliesslich beschäftigten Mann; ich zwinge ihn, entweder auf die Praxis oder auf seine Stellung zu verzichten; und für solchen Fall muss man natürlich auch die Gehaltsverhältnisse angemessen regeln. (Sehr richtig!)

Ich glaube, wir werden uns auf dieser Basis am besten verständigen; wir wollen ja alle nach derselben Richtung hin, und die Kommission kann ja diese Frage erwägen.

Ich gehe aber noch weiter. In Folge meiner Vorliebe für die Verbindung der Gesundheitspflege mit der allgemeinen Verwaltung würde ich die Einrichtung, die wir früher in Hannover hatten — glauben Sie nicht, dass das blos hannoversche Befangenheit ist, wenn ich das sage —, empfehlen, nach welcher die grossen Städte selbst Stadtärzte anstellten, die nicht gerade ausschliesslich beschäftigt waren in der spezifischen Richtung der öffentlichen Gesundheitspflege, sondern sonst auch überall bei den Verwaltungen, z. B. an den Krankenhäusern, Irrenhäusern u. s. w. die Hauptleitung hatten. Solche Stadtärzte, die die Städte anstellten, hatten auch die Befugniss, öffentlich-rechtlich als Physici zu fungiren. In Hannover waren in allen grösseren Städten solche Stadtphysici. Ich habe nie darin einen Nachtheil erblickt, und ich bin der Ueberzeugung, dass diese Einrichtung in dem Wunsch vieler Städte liegt. Es handelt sich durchaus nicht blos um die Frage: wer zahlt das Gehalt? Es kommt auch darauf an, ob der Arzt nach kommunalen Gesichtspunkten angestellt ist, in vielen Fällen somit ein grösseres Vertrauen, einen grösseren Einfluss auf die Thätigkeit der Stadtverwaltung in Bezug auf das hygienische Gebiet geniesst. Das mag die Kommission auch erwägen, wenn sie eine Bestimmung treffen will,

dass die Möglichkeit wenigstens gegeben wird. Wieviel Gebrauch davon seitens der Regierungen gemacht wird, solche öffentlich-rechtliche Befugnisse an Stadtärzte zu ertheilen, das muss der Regierung überlassen bleiben. Es giebt ja jetzt in mehreren grösseren Städten solche Stadtärzte, die keine Praxis treiben, auch nicht treiben dürfen, die sich lediglich mit der öffentlichen Gesundheitspflege als Rathgeber, Leiter und Führer beschäftigen, und das hat sich nach meiner Meinung in den verschiedensten Städten ganz vorzüglich bewährt.

Es muss auch anerkannt werden, dass die Gehaltsbezüge und Pensionsverhältnisse der jetzigen Physiker, selbst wenn sie in der bisherigen Stellung verbleiben, einer Verbesserung und Regelung bedürfen. Eine solche Frage kann man aber nicht durch Gesetz ordnen, sie muss durch den Etat geregelt werden, denn wir normiren unsere Gehälter nicht durch Gesetze, sondern überall durch den Etat. Es wird sich fragen, ob man dafür eine allgemeine Regel finden kann, so lange die Physiker auch Privatpraxis treiben dürfen, und wo man etwa die Grenze finden soll, diese Privatpraxis zu beschränken? Das wird alles nur erwogen werden können nach den besonderen Verhältnissen des einzelnen Falles unter zur Dispositionsstellung von Minimal- und Maximalsätzen, deren Vertheilung dann in der Hand des Herrn Kultusministers in Uebereinstimmung mit der Finanzverwaltung liegen würde.

Man könnte an der Vorlage weiter vermissen, dass sie sich auf die unterste Instanz beschränkt, dass sie nicht die Frage, ob auch eine Reform in der Provinzial- oder Ministerialinstanz stattfinden müsse, beantwortet. Der Herr Kultusminister hat jedoch ganz richtig gesagt: Fangen wir doch erst einmal hier in dieser Instanz an; das präjudizirt einer weiteren Reform in der höheren Instanz in keiner Weise. Selbst wenn man das Gesetz in dieser Beziehung noch nicht für vollständig hält, so würde das doch in keiner Weise hindern, es später zu vervollständigen.

Ich bitte also die Vorlage in der Kommission nicht so zu behandeln, dass das Kind gänzlich erdrückt wird.

Abg. **Ehlers** hat nichts dagegen einzuwenden, dass der staatliche Gesundheitsbeamte der unteren Instanz künftig Kreisarzt und nicht mehr Kreisphysikus heisst. Auch hält er es für durchaus wünschenswerth, dass das Einkommen des Kreisarztes pensionsfähig gemacht wird und hofft, dass in die künftigen Etats ausreichende Mittel eingestellt werden, um diese Beamten so zu bezahlen, dass sie unabhängig genug sind, sich den Aufgaben ihres Amtes zu widmen. Redner muss sich aber den Bedenken, die gegen die Entziehung der Privatpraxis vorgebracht sind, in vollstem Masse anschliessen. Es ist ihm bisher noch niemals recht verständlich geworden, weshalb gerade in ärztlichen Kreisen verlangt wird, dass dem Kreisarzte die Privatpraxis untersagt und er lediglich als Staatsbeamter hingestellt werde. Den Grund, dass der Kreisarzt durch die Privatpraxis vom Publikum abhängig werde, könne er nicht gelten lassen, umgekehrt liege aber die Gefahr vor, dass ein solcher Techniker, wenn er lediglich auf seine Beamtenstellung angewiesen sei, wenn er nicht in der Privatpraxis eine ausreichende Beschäftigung für diejenige Zeit finde, wo auf hygienischem Gebiete einmal nichts zu thun sei, dass ein solcher Beamter allmählich verknöchere, den Zusammenhang mit seiner Wissenschaft verliere und zum Verwaltungsbeamten von einer Art werde, zu der sich Techniker, seien es nun Schiffer, Bautechniker, Lehrer, Aerzte u. s. w., leicht entwickeln, nämlich zu einem Verwaltungsbeamten, dem auf das Höchste zu misstrauen sei. (Sehr richtig!)

Nach der Begründung soll der Kreisarzt mit seinen Vorschlägen den örtlichen und finanziellen Verhältnissen der einzelnen Gemeinden Rechnung tragen, über die Grenzen des Nothwendigen nicht hinausgehen und sich vor allem hüten, Massnahmen zu empfehlen, die sich nicht bereits durch die Erfahrung bewährt haben. Wenn die Staatsregierung eine Anzahl solcher Männer finde, die dieser Voraussetzung im vollsten Masse entsprechen, nicht blos im Anfang ihrer Thätigkeit, sondern auch später, dann seien das Leute, die mindestens Oberpräsidenten oder etwas ähnliches werden müssten. (Heiterkeit.) Denn die Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Interessen sei ungemein schwierig.

Redner ist ein Anhänger der hygienischen Reformen, aber er kann ein

vorsichtiges Misstrauen doch nicht unterdrücken. Es bestehe eine Neigung, die Hygiene als etwas speziell Medizinisches aufzufassen, während sie in den Rahmen der Volkswirthschaft gehöre. Ihm seien Hygieniker vorgekommen, die gerade im Gespräche über die vorliegende Materie die Ansicht aussprachen, dass, wenn sie diejenige Machtvollkommenheit erst haben würden, die sie für den Kreisarzt verlangen, sie auf dem Lande und in den Städten Reformen von grösstem Umfange durchführen würden. Man könne mit solchen Massregeln entschieden so weit gehen, dass alle Wirthschaftlichkeit überhaupt aufhöre und dann ein Zustand eintrete, der jedenfalls viel ungesunder sei als die Gefahren, welche durch Bazillen oder ähnliche Dinge herbeigeführt werden. In den grossen Städten habe man in dieser Hinsicht sehr ausgiebige Erfahrungen gemacht, wie die Ansprüche der Hygiene übertrieben werden können, und das sei eine Gefahr, die nicht zu unterschätzen sei. Jedenfalls thue man gut, wenn man auf dem Gebiete der Gesundheitspflege mit einiger Vorsicht vorginge und sich nicht überstürzte.

Aus diesen Erwägungen kann sich Redner der Auffassung der Königlichen Staatsregierung nur anschliessen, dass es gefährlich sein würde, den Kreisarzt als einen Spezialbeamten von der allgemeinen Landesverwaltung loszulösen und ihn als selbstständigen Beamten hinzustellen. Er habe sich nur gewundert, dass man in dieser Erkenntniss bei den Städten eine Ausnahme und in der Vorlage den Kreisarzt zum Mitglied einer städtischen Deputation gemacht habe, die nach der Städteordnung lediglich aus Mitgliedern des Magistrats und der Stadtverordnetenversammlung, eventuell unter Zuziehung von gewählten Bürgermitgliedern zusammengesetzt sei. In eine solche städtische Deputation bringe man jetzt als Zwangsmitglied den neuen Kreisarzt hinein und gebe ihm das sehr unbequeme Recht, dass auf seine Veranlassung jeder Zeit eine Sitzung dieser städtischen Deputation anberaumt werden müsse. Dieses Recht könne unter Umständen zu ganz unangenehmen Konsequenzen führen und die städtische Verwaltung in einer Weise geniren, die durchaus nicht begründet wäre. Er könne daher nur den dringenden Wunsch aussprechen, dass aus dem §. 9 die Bestimmung des letzten Absatzes durch die Kommission ausgemerzt werden möge. Entweder sei der Eingriff des Kreisarztes in den Städten entbehrlich, oder er führe zu Konflikten zwischen der städtischen Verwaltung und dem Kreisarzt, die in keiner Weise der Sache zu Gute kommen können.

Dem Wunsche des Abg. Dr. Endemann, die Medizinalsachen vom Kultusministerium auf das Ministerium des Innern zu übertragen, könne er nicht beipflichten, sondern habe grosse Bedenken dagegen. Der Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen Ministerium werde leicht unterschätzt, weil man die ganze Hygiene zu sehr als Polizei und zu wenig als Wissenschaft betrachte. Wenn der Abg. Dr. Endemann sich darauf berufe, dass der Kreisarzt dem Landrath, der Medizinalrath dem Regierungspräsidenten, das Medizinalkollegium dem Oberpräsidenten beigeordnet seien, und dass alle diese drei Beamten in ihrer aufsteigenden Instanz schliesslich dem Minister des Innern unterständen, so sei dies doch eine irrthümliche Auffassung; denn der Landrath, Regierungspräsident und Oberpräsident haben mit allen Ministerien zu thun und die Interessen aller Ministerien zu vertreten. Mit demselben Recht könne dann auch verlangt werden, dass, weil der Oberpräsident Vorsitzender des Provinzialschulkollegiums ist, nun die ganzen Schulsachen von dem Ministerium des Kultus abgetrennt und dem Ministerium des Innern übertragen werden müssten.

Redner kann deshalb nur den Wunsch aussprechen, dass man einer solchen Umgestaltung des obersten Instanz doch einiges Misstrauen und einiges Bedenken entgegensetzen möge. (Bravo!)

Nach Schluss der Debatte wird die Vorlage an die um 7 Mitglieder verstärkte Kommission zur Berathung der ärztlichen Ehrengerichte überwiesen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Querulirende Geisteskranke. Von Dr. H. Kornfeld-Grottkau. Jahrbücher für Psychiatrie; 17. Bd., III. H.

Die beiden von K. mitgetheilten Fälle boten der Begutachtung keine wesentlichen Schwierigkeiten, und es ist in der That — wie Verfasser mit Recht betont — auffällig, wie lange sich Gerichte und Behörden von kranken Querulanten behälligen lassen. Beiden Fällen K.'s ist gemeinsam, dass die Geistesstörung, deren markantestes Symptom endlose Rechtskämpfe bilden, im beginnenden Senium auftrat, (59 resp. 61 Lebensjahr). Der Verfasser bezeichnet den zweiten Fall, der ein 61jähriges, schwerhöriges, stets etwas sonderliches Fräulein mit zahlreichen Becinträchtigungsideen betraf, nicht sehr glücklich „als partielle Verrücktheit mit dem hervorstechendsten Symptome krankhaften Querulirens".

Dr. Pollitz-Brieg.

Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Nach einem Referat, gegeben auf der Jahresversammlung Deutscher Irrenärzte am 11. September 1898 von Prof. Dr. Fürstner-Strassburg. Archiv für Psychiatrie; 31. Band, 3. Heft, 1899.

Während bei Epileptikern Gewaltthätigkeiten und Brandstiftungen überaus häufig zur gerichtlichen Aburtheilung kommen, herrschen bei den Hysterischen Eigenthumsvergehen und Betrügereien vor. Das kasuistisch-forensische Material ist jedoch bei diesen bedeutend geringer als bei der erst genannten Kategorie. Epileptiker kommen nicht selten in jugendlichem Alter mit dem Strafgesetz in Konflikt, bei den Hysterischen fallen strafbare Handlungen meist in ein höheres Alter, etwa zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Ein sehr beachtenswerthes Moment bei der Begutachtung ist die Menstruation, in deren Gefolge häufig Exazerbationen aller psychischen Anomalien eintreten. In den schweren postparoxysmalen Psychosen, die mit Sinnestäuschungen, hochgradiger Erregung u. s. w. verlaufen, ist die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben. Aber schon die Beurtheilung hysterischer Anfälle ist nicht leicht, da hier zwischen solchen mit vollkommener Bewusstlosigkeit — den epileptischen gleichenden — und Insulten, „die den Eindruck willkürlicher Produktionen" machen, die grundverschiedensten Bilder stehen; dazu kommt die leichte Auslösbarkeit eines Anfalles im Wege der Autosuggestion. Der Grad der Bewusstseinstrübung in den den Anfällen folgenden Psychosen kann ebenfalls den weitesten Schwankungen unterliegen, so dass leicht der Eindruck völliger Klarheit besonders bei Vernehmungen hervorgerufen wird. Als Kriterium für die Stärke der Bewusstseinstrübung ist nach F. der Grad der Amnesie zu betrachten. Das Auftreten von hysterischen Anfällen rechtfertigt an sich noch nicht die Anwendung des §. 51 des St.-G.-B., auch der Nachweis des sog. hysterischen Charakters, an dem ein starker ethischer Defekt nicht selten betheiligt ist, exkulpirt nach F. die Kranken nicht. Anderseits ist es Aufgabe des Sachverständigen, den Richter auf das Abnorme im Wesen einer hysterischen Angeklagten hinzuweisen.

In der dem Vortrag folgenden Diskussion (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 55. Bd., S. 788) wurde von verschiedenen Rednern auf das forensisch so wichtige Symptom des Konfabulirens und Lügens bei Hysterischen hingewiesen, das nach Ganser noch einer eingehenden Untersuchung bedürfe und möglicher Weise auf „partielle Erinnerungslücken" zurückzuführen sei. Nach Moeli ist das Bewusstsein der Hysterischen nicht derart gestört, dass die Erinnerungsfähigkeit aufgehoben ist, die vorhandene Erinnerung ist daher kein Beweis, dass das Bewusstsein normal war. Das Gesammtergebniss der Debatte fasste Schüle dahin zusammen, dass die Diagnose Hysterie nicht die forensische Unverantwortlichkeit der Kranken bedeute, dass andererseits bei ein und derselben hysterischen Person Handlungen, die unter und solche, die nicht unter §. 51 des St.-G.-B. fallen, vorkommen können.

Ders.

Die „periodische" Melancholie. Von Dr. Paul Schenk, Arzt in Berlin. Deutsche Medizinal-Zeitung; Nr. 18 und 19.

Den Inhalt der ausführlichen Arbeit geben am besten und übersichtlichsten

wieder die folgenden sieben Leitsätze, die Verfasser am Schlusse seiner Arbeit aufgestellt hat:

1. Es giebt keine „periodische" Melancholie.
2. Pathologisch-anatomisch ist das vasomotorische Nervensystem der Grosshirnrinde der Sitz der Melancholie.
3. Physiologisch ist der Grund der Melancholie ein Zustand abnormer Erregbarkeit der Vasomotoren der Grosshirnrinde. Dieser Zustand kann erworben oder angeboren sein.
4. Die Hypochondrie ist wahrscheinlich eine auf reflektorischem Wege von den Vasomotoren des Unterleibes aus entstandene Art der Melancholie.
5. Es giebt eine tägliche und eine halbjährliche periodische Schwankung der remittirenden Melancholie.
6. Die periodische tägliche Schwankung der Melancholie ist eine Folge der periodischen täglichen Schwankung der Körperfunktionen, im Besonderen des Blutdrucks.
7. Die periodische halbjährliche Schwankung der remittirenden Melancholie ist eine Folge der abnormen Empfindlichkeit des vasomotorischen Systems der Melancholiker gegen Temperaturschwankungen.

Dr. Hoffmann-Halle a. S.

Ueber Selbstmord und Selbstmordversuch bei Geisteskranken. Von Dr. Shuzo Kuré, assistirender Professor der Psychiatrie zu Tokyo. Jahrbücher für Psychiatrie; 17. Bd., III. H.

Aus der sehr eingehenden Abhandlung können hier nur einige allgemein interessirende Daten mitgetheilt werden. Es wird übereinstimmend zugegeben, dass wenigstens ein Drittel aller Selbstmorde notorisch Geisteskranke betrifft. K. fand bei seinem Material, dass bei ca. 11 % des Irrenbestandes ein Selbstmordversuch vorangegangen war, das weibliche Geschlecht ist dabei etwas stärker betheiligt als das männliche. Der Autor theilt 20 verschiedene Mittel zum Selbstmord mit, unter denen Ertrinken mit 32 % an der Spitze steht, während Erschiessen — bei seinem Beobachtungsmateriel — nur in 0,5 und Vergiften nur in 2,65 % der Fälle zur Anwendung kam. Als Besonderheit sei erwähnt, dass Selbstmordversuch durch Bauchaufschlitzen — Harakiri genannt — in 9,5 % der Fälle beobachtet wurde. — Naturgemäss fordert bei Männern die Melancholie mit 35 % die grösste Zahl von Selbstmorden, ihr am nächsten steht die Paranoia mit 16,45 % und das epileptische Irresein mit 14 %. Bei Frauen kommt der Melancholie 77 % aller Fälle zu. Unter den ursächlichen Momenten stehen depressive Ideen, Sinnestäuschungen, besonders sog. imperative Halluzinationen obenan, während bemerkenswerther Weise Zwangsvorstellungen kaum einmal zum Selbstmordversuch führten. In 9 Fällen von K. ging dem Selbstmordversuch ein Mord voraus: Frauen morden aus melancholischen Gründen erst ihre Kinder, Alkoholisten nicht selten aus Eifersucht ihre Frauen, ehe sie sich selbst das Leben nehmen. Zum Schluss weist Verfasser nach, dass die erbliche Belastung bei Selbstmördern eine sehr wichtige Rolle spiele.

Dr. Pollitz-Brieg.

Ueber einen Fall von Schwachsinn mit moralischer Depravation. Von Dr. E. Bischoff-Wien. Jahrbücher für Psychiatrie; 17. Bd., III. H.

B.'s Gutachten betrifft einen erblich belasteten, dem Trunke ergebenen 26jährigen Mann, der vielfach vorbestraft, wegen Bedrohung eine längere Strafe abbüsste, in deren Verlauf er erkrankte, nachdem bereits bei der Aburtheilung Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit entstanden waren. B. bezeichnet den Kranken als „an intellektuellem und moralischem Blödsinn" leidend; er konstatirt „Wahnideen, die in ihrer Eintönigkeit und unlogischen Verknüpfung", den Schwachsinn beweisen, und moralische Idiotie, die sich „in grenzenloser Brutalität" äussert. Uns scheint das Krankheitsbild in die Gruppe der Dementia praecox (Kraepelin) zu gehören und einen typischen Fall von Katatonie zu bilden. Bei Berücksichtigung dieser Auffassung würde der Autor für viele, ihm unverständlich gebliebene Züge, eine geeignete Erklärung gefunden haben.

Ders.

Ueber die spinalen Symptome der progressiven Paralyse. Von Dr. R. Gaupp-Breslau. Heft 9 der Psych. Abhandlungen; herausgegeben von Dr. Carl Wernicke. Breslau 1898. Preis 1 Mark. 26 Seiten.

In den letzten Jahren ist die rein demente Form der Paralyse immer häufiger geworden, deren Frühdiagnose um so schwieriger ist, als manche Intoxikationspsychosen, wie alkoholische Demenz, chronische Bleivergiftung, ganz gleiche Bilder darbieten können. So ist man dazu gekommen, die ersten Symptome der Paralyse auf körperlichem Gebiete zu suchen. In erster Linie hat man die reflektorische Pupillenstarre als ein untrügliches Zeichen der Paralyse betrachtet, so dass manche Gutachter beim Fehlen dieses Symptoms die Diagnose „Paralyse" nicht anerkannten. G. macht nun auf Grund einer grossen Zahl von klinischen und pathologischen Untersuchungen darauf aufmerksam, dass die reflektorische Pupillenstarre nur den mit Erkrankung der Hinterstränge einhergehenden Fällen eigen, demnach das Symptom einer komplizirenden Tabes sei. Dass so wenig weitere Symptome der letzteren nachweisbar seien, erklärt G. mit der Schwierigkeit der Untersuchung intellektuell geschwächter Kranker und der geringen Aufmerksamkeit, die der Kranke vorübergehenden körperlichen Störungen schenkt. Ein sehr wichtiges Frühsymptom der Hinterstrangerkrankung ist die abnorme Schlaffheit der Glieder: „die Hypotonie der Muskeln", deren Nachweis allerdings ebenfalls mit mancherlei Schwierigkeiten zu kämpfen hat, ferner das Fehlen der Patellarreflexe. Treten letztere aber in verstärktem Masse auf, oder stellen sie sich nach längerem Fehlen wieder ein, unter Verschwinden der Muskelhypotonie, so ist zu dem Hinterstrangprozess eine Seitenstrangdegeneration getreten. Bei der anatomischen Untersuchung fand G. bei allen Fällen mit Pupillenstarre Veränderungen in den Hintersträngen, auch wenn intra vitam jedes weitere tabische Symptom fehlte. Diesen verschiedenen „spinalen" Bildern entsprechen auch verschiedene klinische Formen, deren Unterscheidung von grosser Wichtigkeit ist. G. unterscheidet mit Fürstner: 1. Fälle mit ausgedehnter Hinterstrangerkrankung. Dieselben bieten sehr langsamen Verlauf, unter zunehmender Gedächtnissschwäche und Apathie ohne groteske Wahnbildung. Sprachstörung und paralytische Anfälle sind selten. Es ist das Bild der Taboparalyse. 2. Bei der dementen Form mit vorwiegender Seitenstrang- oder kombinirter Strangerkrankung finden sich: Tremor, Sprachstörung, fibrilläre Zuckungen, häufige paralytische Anfälle, rascherer Verlauf mit hochgradigstem geistigen Verfall; diese Form befällt besonders auch Frauen und Kinder (juvenile Form) und ist überhaupt die häufigste. 3. Die klassische Paralyse, manische Form. Bei ihr treten tabische Erscheinungen kurz vor oder nach dem Ausbruch der Psychose auf. Die körperlichen Symptome treten im Allgemeinen jedoch mehr zurück. Der Verlauf ist oft sehr schnell. Paralytische Anfälle sind selten, häufiger dagegen Ohnmachtsanfälle. Lang dauernde Remissionen sind bei dieser Form des Oefteren zu beobachten und können den Eindruck der Heilung machen. — Zum Schluss der höchst fesselnden und vortrefflichen Arbeit betont G., dass man den paralytischen und tabischen Prozess als „metasyphilitischen Nervenschwund" zu betrachten habe. Ders.

Ueber das Blut und dessen bakterizides Verhalten gegen Staphylococcus pyogenes aureus bei progessiver Paralyse. Von Dr. Idelsohn. Archiv für Psychiatrie; 31. Bd., III. H., 1899.

Die oben genannte Arbeit stammt aus den Instituten von Jolly und Rubner, von denen der erstere in einigen, der Arbeit beigefügten Bemerkungen seine, von I.'s Hypothesen differirenden, Ansichten besonders betont. — I. untersuchte das Blut von 38 Paralytikern auf seine bakterizide Kraft Staphylokokken gegenüber. Die Entnahme des Blutes — etwa 5—8 ccm — erfolgte mit einem besonderen Schröpfapparat. Neben dem Paralytikerserum wurde solches anderer Kranker zur Kontrole benutzt. Ohne auf die vom Verfasser eingehend erörterte, bekannte bakteriologische Technik einzugehen, sei nur als Ergebniss der höchst mühsamen Untersuchungen erwähnt, dass in 32 sicheren Fällen von Paralyse 15 Mal die bakterizide Kraft des Serums fehlte, 9 Mal herabgesetzt war. Eine Vermehrung der bakteriziden Kraft wurde gefunden, wenn die Kranken Chloralhydrat erhalten hatten. Bei Tabes dorsalis war die bakterizide Aktion nachweisbar. Im Anfangsstadium der Paralyse finden sich im Blut keine Bakterien. Schliess-

lich empfiehlt Verfasser zur Differentialdiagnose zwischen Paralyse und ähnlichen Krankheitsbildern „die bakterizide Reaktion des Blutserums", ein etwas gewagter und, wie uns scheint, voreiliger Vorschlag. Der Arbeit ist ein Literaturverzeichniss beigefügt, das die bakteriologische und psychiatrische Literatur berücksichtigt. Ders.

Klinische und anatomisch-pathologische Studien über Frühsyphilis des Gehirns. Von Dr. G. Mingazzini-Rom. Monatsschrift für Psychiatrie; V. Bd., II. und III. Heft, Februar und März 1899.

Entgegen der meist verbreiteten Anschauung, dass Syphilis des Gehirns erst im späteren sog. tertiären Stadium der Lues auftrete, weist M. auf die nicht seltenen Fälle von kurz nach der Infektion einsetzender Gehirnlues hin: Gefässerkrankungen mit Erweichungsherden und entsprechenden klinischen Bildern sind gelegentlich neben einem noch nicht vernarbten Primäraffekt beobachtet worden (Kahler). M. theilt mehrere derartige Fälle nebst zwei Obduktionsbefunden mit. Bei einem 50jährigen Marineoffizier traten etwa 1 Jahr nach der Infektion Störungen im Gebiet der Hirnnerven auf: Fazialparese, Ptosis, Pupillenstarre, Stirnkopfschmerz, beiderseits Neuritis optica. Apathisches Wesen, aber keine groben Erinnerungsdefekte. Im Anschluss an eine Apoplexie mit motorischer Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie trat der Tod ein. Es fand sich bei der Sektion eine Gummigeschwulst im linken Testikel, Endarteritis der grossen Hirngefässe mit theilweiser Thrombosirung, daneben Erweichungsherde. Im zweiten Falle ging die Infektion der Apoplexie und den ersten Hirnerscheinungen ca. $^3/_4$ Jahre voraus. Bei der Sektion fand sich ebenfalls eine obturirende Endarteritis. Sobald letztere ausgebildet ist, lässt sich von der sonst sehr wirksamen spezifischen Therapie nichts mehr erwarten. Im Uebrigen betont M., dass die Frühformen der Hirnlues sich durch eine besondere Malignität von den Spätformen unterscheiden. So hat die Trennung zwischen sekundärer und tertiärer Syphilis nur einen recht geringen Werth und kann leicht dazu führen, früh auftretende Gehirnaffektionen einer zu wenig intensiven Therapie zu unterwerfen. M. hat neben seinen eigenen Fällen eine grössere Zahl von Beobachtungen aus der Literatur zusammengestellt: alle zeigen Erweichungen nach spezifischer Gefässerkrankung. Meist handelt es sich um Kranke in höherem Alter, so dass M. die Erklärung für die bevorzugte und maligne Erkrankung der Hirngefässe in einer schon vorher bestehenden Debilität derselben sucht.

Dr. Pollitz-Brieg.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ein Fall von durch Unfall entstandenem Rückenschmerz und Funktionsschwäche der unteren Extremitäten, mit anatomischer Untersuchung. Von Oberarzt Dr. Nonne-Hamburg. Archiv für Psychiatrie; 31. Bd., 3. H., 1899.

Eine nicht unbedeutende Zahl von Wirbelsäulenverletzungen bereitet der Diagnose grosse Schwierigkeiten, so dass je nach dem Standpunkte des Gutachters bald Simulation, bald Wirbelfraktur oder Hystero-Neurasthenie angenommen wird. Ein Theil der Fälle verläuft nach Kümmell in charakteristischer Weise mit Schmerzen an der Stelle der Gewalteinwirkung, dann tritt ein Stadium leidlicher Arbeitsfähigkeit ein, dem sich unter Entwickelung eines Gibbus ein solches erneuter Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit anschliesst. Die anatomische Grundlage dieses Prozesses bildet eine rarefizirende Ostitis, die ein Weichbleiben bezw. Weichwerden des frakturirten Knochens bedingt. Diese Angaben von Kümmel sind, wie N. ausführt, von zahlreichen Chirurgen anerkannt worden. In Fällen von traumatischer Erschütterung des Rückenmarks, bei denen keine Knochenveränderung oder makroskopische Läsion des Marks und seiner Häute nachzuweisen war, fand sich mikroskopisch eine „traumatische Myelitis" mit sekundärer hämorrhagischer Infarzirung in der Gegend der Gewalteinwirkung. Der Nachweis des Konnexes zwischen Rückenmarkerschütterung und Myelitis wurde von Schmaus und Kirchgässer auch experimentell in überzeugender Weise geführt. Ferner kommen noch in Betracht Zwischenwirbelscheibenläsionen, Kompressionsfrakturen und tuberkulöse Erkrankungen des durch ein Trauma veränderten Wirbels. — N. giebt im Anschluss an seine

Ausführungen einen interessanten Beitrag zur Beurtheilung von Wirbelsäulenverletzungen. Der Patient war von einem Lowry in's Kreuz getroffen worden, konnte jedoch noch nach Hause gehen; am anderen Tage heftige Schmerzen im Kreuz und in den Beinen, Sehnenreflexe erhöht, 11. und 12. Wirbel druckschmerzhaft, etwas prominent. Diese Prominenz verschwand nach 4 Wochen. Dagegen dauerten Klagen über Schwäche in den Beinen und in der Wirbelsäule fort. Die Rente wurde auf 70 % geschätzt, „da bei dem gleichzeitigen Bestehen einer tuberkulösen Lungenaffektion" eine tuberkulöse Erkrankung der Wirbelsäule wahrscheinlich erschien. Bei der späteren Sektion fanden sich die Wirbel vollkommen intakt, das Gleiche galt für die Rückenmarkshäute und das Rückenmark selbst, das — in der verschiedensten Weise gefärbt — weder frische, noch alte parenchymatöse oder interstitielle Veränderungen zeigte. — N. betont, dass es sich im vorliegenden Falle in der That um eine echte „lokale Neurasthenie" gehandelt habe; die auffallende Gibbusbildung ist auf Muskelkontrakturen zurückzuführen, die bei derartigen „funktionellen" Leiden eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Dr. Pollitz-Brieg.

Erwerbsunfähigkeit nach Selbstmordversuch. (§. 11 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes). Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 25. November 1898.

Was zunächst den an den Schluss des angefochtenen Urtheils gestellten, in zweiter Linie geltend gemachten Entscheidungsgrund anlangt, dass nämlich der Kläger sich bei dem Selbstmordversuch in einem Zustande der Bewusstlosigkeit oder krankhaften Störung seiner Geistesthätigkeit befunden und deshalb nicht vorsätzlich gehandelt habe, so wird diese Feststellung mit Recht als aktenwidrig angegriffen. Die Verhandlungen gewähren nirgends einen Anhalt dafür, dass der Kläger bewusstlos oder geistesgestört gewesen wäre, als er zum Revolver griff. Dass er in grosser Erregung handelte, mag richtig sein, geht auch schon daraus hervor, dass er aus verhältnissmässig geringfügiger Ursache den Entschluss der Selbsttödtung fasste. Ein blosser, wenn auch heftiger Erregungszustand, der zu unüberlegtem Handeln Anlass giebt, ist aber von einem Zustande der Unzurechnungsfähigkeit wohl zu unterscheiden. Der Kläger selbst hat nicht behauptet, er habe nicht gewusst, was er that; ebensowenig ist das Schiedsgericht in der Lage, sich für seine Auffassung auf einen ärztlichen Sachverständigen zu berufen.

Kann es hiernach einem Bedenken nicht unterliegen, dass der Kläger, als er sich den Schuss in den Kopf beibrachte, mit Bewusstsein und im Besitze der Verfügungsfähigkeit, also vorsätzlich gehandelt hat, so hängt die Entscheidung der Sache nur noch davon ab, welchen Inhalt der bewusste Wille haben muss, damit man sagen kann, Jemand habe sich die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des §. 11 I.- u. A.-V.-G. vorsätzlich zugezogen, und ob bei dem Kläger in der That eine entsprechende Willensrichtung vorlag.

. . . . Unter den Umständen des vorliegenden Falles möchte die Feststellung, dass der Kläger ausschliesslich den Erfolg der Selbstvernichtung, nicht auch den der Selbstbeschädigung als möglich erwogen habe, sich rechtfertigen lassen, und daher die Vorsätzlichkeit verneint werden können, wenn es sich darum handelte, inwieweit der eingetretene Erfolg als solcher dem Kläger im Sinne des Strafrechts würde zugerechnet werden dürfen. Indessen zeigt eine eingehendere Prüfung, dass bei dem Gesetzgeber des I.- u. A.-V.-G. nicht wohl die Absicht obgewaltet haben kann, den Nachdruck lediglich darauf zu legen, ob der eingetretene Erfolg der Erwerbsunfähigkeit als solcher gewollt war. Abgesehen davon, dass das Gesetz nicht den Ausdruck „sich erwerbsunfähig machen" oder „seine Erwerbsunfähigkeit herbeiführen" anwendet, sondern von „sich zuziehen" spricht, eine Wendung, die gerade für das Verursachen eines nicht lediglich von der Willkür des Handelnden abhängigen, also nicht mit Sicherheit vorherzusehenden Erfolges sprachgebräuchlich ist, würde das Verlangen, der Vorsatz müsse sich gerade auf den Zustand der Erwerbsunfähigkeit gerichtet haben, zu unhaltbaren und praktisch undurchführbaren Unterscheidungen führen. Dies erhellt sofort, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der gesetzliche Begriff der Erwerbsunfähigkeit wesentlich durch eine eigenartige, ohne eine verwickelte Berechnung nicht ausführbaren Schätzung bedingt ist (§. 9, Abs. 3 I.- u. A.-V.-G). Offenbar kann die Anwendung des §. 11 a. a. O. nicht

en Beweis voraussetzen, dass der Versicherte gerade an eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit in bestimmtem Grade und bestimmter Art gedacht habe; denn damit wäre die ganze Vorschrift praktisch unanwendbar und bedeutungslos, soweit es nicht etwa unter besonderen Umständen gelänge, darzuthun, dass der Versicherte beabsichtigt hätte, eine Invalidenrente zu erschleichen, oder sich vollständig erwerbsunfähig zu machen.

Diese Erwägungen führen zu der Annahme, dass es genügen muss, wenn der Vorsatz der Selbstverletzung im Allgemeinen vorhanden war. Bei einer solchen Auffassung zieht die in Rede stehende Vorschrift lediglich eine nothwendige Folgerung aus dem das ganze Gesetz beherrschenden Grundgedanken. Wenn der Gesetzgeber die gegen Lohn arbeitende Bevölkerung in der Form der Versicherung zwangsweise zu einer grossen Gemeinschaft vereinigt, in der ein Jeder, so lange er erwerbsfähig bleibt, zur Beschaffung der für die Unterstützung der hilflosen Mitglieder der Gemeinschaft erforderlichen Mittel angehalten, dagegen aber auch gegen den Nachtheil des Verbrauches seiner eigenen Arbeitskraft für die Zukunft sichergestellt wird, so ist eine Vernichtung der eigenen Arbeitskraft nicht eine nur den Einzelnen angehende, für die Allgemeinheit gleichgiltige Handlung, sondern eine schwere Rechtswidrigkeit, ein Verstoss gegen die Grundlagen der durch das Gesetz geschaffenen Ordnung. Ob der sich selbst Verletzende im Uebrigen die Selbstvernichtung, die Selbstverstümmelung — etwa nur um dem Militärdienst zu entgehen — oder die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des I.- u. A.-V.-G. bezweckte, ist unwesentlich, in jedem Falle hat er vorsätzlich und rechtswidrig gehandelt. Man wird aber in der in Rede stehenden Vorschrift nichts anderes finden dürfen, als eine der besonderen Sachlage angepasste Anwendung des auf dem gesammten Rechtsgebiet geltenden Satzes, dass Niemand durch ein vorsätzliches rechtswidriges Thun, durch eine unerlaubte Handlung Ansprüche erwerben kann. Gerade mit Rücksicht auf die sittlichen Gesichtspunkte, die für die Schaffung der Versicherung gegen Invalidität und Alter nicht an letzter Stelle bestimmend waren, würde es für das gesunde Empfinden der dem Gesetz unterworfenen Volkskreise verletzend sein, wenn derjenige, der widrigen Lebensumständen durch Selbstentleibung zu entgehen versucht, dem Versicherten gleich behandelt würde, der bis zum Aufbrauchen seiner Kräfte treu in der Arbeit ausgehalten und sich damit einer Fürsorge der Allgemeinheit würdig erwiesen hat.

Verkürzung des Beines um 2 cm bedingt keine Erwerbsverminderung. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 3. November 1898.

Das Rekursgericht hat auf Grund des Gutachtens des Sanitätsrath Dr. F. vom 24. April 1897 mit den Vorinstanzen die Ueberzeugung gewonnen, dass Folgen des Unfalls vom 28. März 1894, welche die Erwerbsfähigkeit des Klägers nennenswerth beeinträchtigen könnten, nicht mehr bestehen. Die vorhandene Verkürzung des Beins um 2 cm ist erfahrungsmässig ohne Belang, da sie durch Beckensenkung ausgeglichen wird und die Schmerzen, die der Kläger bei Witterungswechsel haben will, können jetzt nach Verlauf von über 4 Jahren seit dem Unfall nicht mehr so erheblich sein, um die Arbeitsfähigkeit zu stören, da sonst eine Schwächung und nicht, wie der Arzt feststellt, eine weitere Kräftigung der Beinmuskulatur im letzten Jahr eingetreten sein müsste.

Inwieweit ist ein Unfallverletzter berechtigt, die Vornahme einer mediko-mechanischen Behandlung an sich zu verweigern. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 24. Oktober 1898.

Die beklagte Berufsgenossenschaft war nur unter der Voraussetzung: 1. dass nach der Art der Verletzung des Th. den Anforderungen der Behandlung und Verpflegung in seiner Familie nicht genügt werden konnte, 2. dass zur Erreichung des Heilzweckes die Behandlung in einem mediko-mechanischen Institute nothwendig war, berechtigt, dem verheiratheten Th. gegen seinen Willen an Stelle der Rente freie Kur und Verpflegung in einem mediko-mechanischen Institute zu gewähren. Diese Voraussetzungen sind bei Th. nicht als gegeben

und wenigstens nicht als genügend erwiesen zu erachten, insbesondere auf die Voraussetzung sub Ziffer 2.

Wenn aber auch diese Voraussetzungen vorliegen würden, so würde doch die Weigerung des Th. nach der ersten mediko-mechanischen Uebung sich weiter solcher Uebung zu unterziehen, nicht als unbegründet nach Lage der Sache zu erachten sein. Es ist selbstverständlich, dass die ersten mediko-mechanischen Uebungen, durch welche steif gewordene Gelenke und Muskeln beweglich gemacht werden sollen, mit Schmerzen verbunden sind, welche bei den späteren Uebungen verschwinden. Solche Schmerzen allein begründen keine Weigerung des Verletzten, sich der weiteren mediko-mechanischen Behandlung zu unterwerfen. Bei Th. dagegen waren nach Aussage der eidlich vernommenen Zeugen Sebastian K. (Maschinist) und Therese H. (Milchhändlerin) die Folgen seiner mediko-mechanischen Uebung vom 28. November 1897 derart, dass Th., der vorher mit einem Stocke ganz gut gehen konnte, nicht nur die grössten Schmerzen empfand, sondern nur mit Mühe heimgehen konnte, sich zu Bett legen musste und blass und elend aussah, so dass wenigstens auf einige Tage eine Verschlimmerung seines Zustandes sich zeigte. Bei dieser Sachlage war seine Weigerung nicht unbegründet, die mediko-mechanische Behandlung weiter an sich vollziehen zu lassen.

Die in Krankenhäusern befindlichen Unfallverletzten haben sich den geltenden Hausordnungen zu fügen, andernfalls erhalten sie für die nachtheiligen Folgen, die aus ihrer dadurch veranlassten Entlassung aus dem Krankenhause sich für ihren Gesundheitszustand ergeben, keine Entschädigung. Bescheid des Reichsversicherungsamtes.

Die Hausordnung für das Krankenhaus „Bergmannsheil" in Bochum schreibt vor, dass diejenigen Kranken, die sich ausser Bett aufhalten und zu gehen im Stande sind, ihr Essen aus der Ausgabestelle für die einzelnen Krankenstationen in Empfang nehmen und nach der Mahlzeit das Essgeschirr dort wieder abzugeben haben. Dieser Bestimmung der Hausordnung haben Sie wie die anderen Kranken nachzukommen, soweit die Kranken nicht etwa durch ihren Gesundheitszustand daran verhindert sind. Nach dem Bericht des Sektionsvorstandes waren Sie dazu fähig. Anderenfalls würde jedenfalls auch in der ärztlich geleiteten Anstalt eine solche Anforderung an Sie nicht gestellt oder wenigstens Ihrer Beschwerde beim Anstaltsarzt von diesem stattgegeben worden sein. Wenn Sie sich trotzdem weigern, die bezeichnete Bestimmung der Hausordnung zu befolgen, so thun Sie das auf die Gefahr hin, dass Sie für die nachtheiligen Folgen, welche aus Ihrer Weigerung und der durch diese veranlassten Entlassung aus dem Krankenhause sich für Ihren Gesundheitszustand ergeben, von der Berufsgenossenschaft keine Entschädigung erhalten. Es kann Ihnen hiernach nur gerathen werden, der Aufforderung des Sektionsvorstandes, sich in das Krankenhaus zurückzubegeben und der dort geltenden Hausordnung zu fügen, baldigst nachzukommen. (Kompass Nr. 7.)

Besprechungen.

Dr. Carl Stoss, o. ö. Professor der Rechte an der Universität Wien: Chirurgische Operation und ärztliche Behandlung. Eine strafrechtliche Studie. Berlin 1898. Preis: 2,60 Mark.

Der Kernpunkt, mit dem diese dankenswerthe Monographie sich beschäftigt, gipfelt in der Frage: Ist die ärztliche Behandlung eine Körperverletzung? Gerade jetzt wird man diese Kontraverse als eine in hohem Grade akute bezeichnen dürfen Angesichts des Umstandes, dass das Oberlandesgericht zu Dresden in einem Zivil-Erkenntnisse es ausgesprochen hat, dass der operative Eingriff, zu dem ein Arzt sich ohne Auftrag der Patientin entschlossen hatte, ihr zwar das Leben gerettet habe, dennoch aber eine absichtliche und widerrechtliche Körperverletzung darstelle. Diese Ansicht ist nicht neu, sie ist insbesondere im Jahre 1892 gelegentlich einer akademischen Antrittsrede über das Thema „Das ärztliche Recht zu körperlichen Eingriffen an Kranken und Ge-

sunden“ [1]) von Dr. L. Oppenheim verfochten worden, jetzt wird sie von Stoss mit gewichtigen Kampfesmitteln angegriffen und — wie es dem Referenten scheinen will — auch zu Falle gebracht. Der Verfasser geht bei seiner Untersuchung aus von dem Begriffe der ärztlichen Behandlung überhaupt. Unter Behandlung versteht er jede für die Gesundheit des Behandelten wohlthätige Einwirkung auf seinen Körper bezw. — so darf man wohl ergänzend hinzufügen, eine solche, die in der Absicht wohlthätig zu wirken vorgenommen wird. Ausgeschlossen sind also alle Manipulationen, die diese Absicht nicht zu fördern bestimmt sind, wie z. B. die Kastration einer gesunden Frau, die steril zu werden wünscht, Operationen, die ein Arzt des eigenen Gewinnes wegen vornimmt, indem er dem Patienten die thatsächlich nicht vorhandene Nothwendigkeit derselben vorspiegelt und dergl. Ob die Behandlung für den Patienten schmerzhaft ist oder nicht, ist für die Begriffsbestimmung belanglos. Der Chirurg, der einen Patienten operativ behandelt, schädigt den Körper und die Gesundheit des Patienten nicht und will sie nicht schädigen; sein ganzes Bemühen ist vielmehr darauf gerichtet, dem Behandelnden wohl zu thun und ihn nicht zu schädigen. Der Arzt, der eine operative Behandlung einleitet, übt keine körperverletzende, gesundheitsschädigende Thätigkeit aus; er behandelt den Patienten und misshandelt ihn nicht (Seite 6). Es kommt demnach als ausschlaggebend gar nicht einmal der jeder Schädigung abgewandte Wille des Arztes in Betracht, sondern die operative Behandlung ist ihrem Wesen nach keine Körperverletzung. Der Vorsatz, zu heilen, von dem der Arzt sich leiten lässt, schliesst das direkte Gegentheil, den Vorsatz, zu schädigen, der sich in der Körperverletzung bethätigt, nothwendig aus. Nicht anders liegt die Sache, wenn der Arzt einen Einschnitt in den Körper vornimmt, um den Sitz und Umfang, oder sogar erst das Wesen der zu heilenden Krankheit zu erkennen, also zu Zwecken der Diagnose. Denn wenn auch diese Massregel selbst die Heilung nicht herbeizuführen vermag, sie ist doch dazu bestimmt, dieselbe anzubahnen und zu ermöglichen. Nun weisen die Gegner der von Stoss vertretenen Ansicht hin auf die Nebenwirkungen, die solche Operationen, insbesondere Amputationen und dergl. dauernd auf den davon betroffenen Körper ausüben. Dem gegenüber zeigt der Verfasser, wie solche schädliche Nebenwirkungen auch als Folge der internen, der medikamentösen Behandlung nicht selten sind, er hält es sogar für zweifelhaft, ob bei dem heutigen Stande der Chirurgie nicht die Anwendung von Arzneimitteln die Befürchtung schädlicher Nebenwirkungen in höherem Grade rechtfertigt, als die operative Behandlung.[2]) Sehr beachtenswerth und lehrreich ist, was der Verfasser im Kapitel VI „Die Einwilligung des Patienten zur Behandlung“ sagt: Folgerichtig gelangt er zu dem Satze, dass auch die ohne Einwilligung von zuständiger Seite durch den Arzt vorgenommene Operation keine Körperverletzung sein kann; denn diese Genehmigung giebt ihm ja doch nicht die Befugniss, das zu thun, was zum Thatbestand der Körperverletzung gehört, nämlich den Körper des ihm anvertrauten Patienten zu schädigen, zu misshandeln. Daraus folgt aber noch keineswegs, dass der Arzt einen Kranken ohne dessen Zustimmung nach seinem verständigen Ermessen oder gar nach seinem Belieben behandeln und operiren dürfe. Es ist vollkommen richtig, dass der Arzt, der eine Behandlung ohne Zustimmung des Patienten oder des Gewalthabers desselben einleitet, nach den geltenden Gesetzen wegen dieser Verletzung der persönlichen Freiheit nicht so bestraft werden kann, wie es etwa unter Umständen im öffentlichen Interesse liegen mag. Daraus folgt aber noch nicht, dass er nun wegen Misshandlung oder Körperverletzung bestraft werden soll und darf, sondern nur, dass die Lücken der geltenden Gesetzgebung ausgefüllt werden müssen. Auf der

---

[1]) Bemerkt sei, dass das, was im Texte von operativen Eingriffen pp. in den menschlichen Körper gesagt wird, auch analoge Anwendung auf die Heilthätigkeit des Thierarztes findet, und dass es sich hier alsdann um die Frage handelt, ob eine strafbare Sachbeschädigung unter den gegebenen Umständen anzunehmen sei oder nicht.

[2]) Referent muss es sich mangels ausreichender Fachkenntnisse versagen, dem Verfasser über den Rahmen der rein juristischen Ausführungen hinaus zu folgen, beschränkt sich daher auf deren Würdigung und verweist im Uebrigen auf Seite 12—18 der angezeigten Schrift.

Verkennung dieses Satzes beruht auch die bekannte Reichtgerichtsentscheidung vom 31. Mai 1894[1]), gegen die Verfasser in ausführlicher Polemik (S. 19—38) sich wendet. Die Schranke für die Handlungsfreiheit des Arztes erblickt Stoss lediglich in der Rücksicht auf das Wohl des Patienten (S. 48 ff.). Die Entscheidung darüber, was dem Zustande des Patienten angemessen sei, ist daher die wichtigste und folgenschwerste Handlung des Arztes. Daraus folgert er die Strafbarkeit wegen Fahrlässigkeit in Ansehung desjenigen Arztes, der aus Leichtsinn oder aus Unaufmerksamkeit eine falsche Diagnose stellt (S. 55). Nach längeren Ausführungen über dieses Thema wendet Verfasser sich im Kapitel IX denjenigen Fällen ärztlicher Behandlung zu, durch die ein Dritter verletzt wird, wobei namentlich in Betracht kommt die Tödtung des Embryo, um die Mutter zu retten, während Kapitel X die Versuche an Thieren und an Menschen behandelt. Zum Schlusse (S. 106—107) empfiehlt Verfasser als Vorbild unserer Gesetzgebung den Criminal Code von Neuseeland vom Jahre 1893, dessen §. 93 in deutscher Uebersetzung lautet:

„Geschützt gegen strafrechtliche Verfolgung ist derjenige, welcher zum Nutzen eines Anderen an demselben mit der erforderlichen Sorgfalt und dem nöthigen Geschicke eine nach Lage der Sache und dem Zustande des Patienten vernünftige Operation ausführt."

Dr. Biberfeld-Berlin.

Dr. Ferdinand Hueppe, Professor der Hygiene in Prag: Handbuch der Hygiene. Berlin 1899. Verlag von Aug. Hirschwald. Gr. 8°, 664 Seiten.

Die Hygiene ist nicht bloss angewandte Physiologie oder Chemie, sie ist kein Anhängsel der Bakteriologie. Die Hygiene hat sich vielmehr ihre Aufgaben selbst aus ihren Bedürfnissen zu stellen und hiernach zu entscheiden, was sie für sich von Physiologie, Chemie, Bakteriologie und anderen Wissenschaften gebrauchen kann und nehmen muss. Nur so kommt man zu einer Hygiene nach hygienischen Gesichtspunkten, zu einer besseren Abgrenzung des sonst scheinbar unübersehbaren Materials und zu einer leidlichen Gruppirung desselben. Leitend ist für uns dabei das Suchen nach den Ursachen der Gesundheitsstörungen und nach den Mitteln zu deren Verhütung und Bekämpfung in einer streng naturwissenschaftlich-energetischen Auffassung der Aetiologie. Nur auf diese Weise lässt sich die Mystik der Ontologie, deren Reste noch die moderne Medizin entstellen, endgiltig beseitigen! Diese naturwissenschaftliche Auffassung der Gesundheitslehre giebt dem Buche ein stark subjektives Gepräge. In seiner naturwissenschaftlichen Anschauung stehen dem Verfasser nicht mehr die zeitlich örtlichen Bedingungen, nicht mehr die Bakterien einseitig im Vordergrunde. Alles dies wird nach Gebühr und Verdienst voll gewürdigt. Der Mensch selbst tritt mit seinen angeborenen oder erworbenen und beeinflussbaren Anlagen und mit seinen Kulturbedürfnissen wieder zielbewusst in den Vordergrund. Die Hygiene ist aber auch als Gesundheitspflege ein wichtiger Zweig des Staatsorganismus, und mit feinem Verständniss weist der Verfasser bei passenden Gelegenheiten darauf hin. Zwei einleitende Abschnitte behandeln die Geschichte der Hygiene, die Nothwendigkeit der Gesundheitspflege und ihre Abgrenzung gegen Nachbargebiete. Nach Erörterung der allgemeinen Ursachen der Gesundheitsstörungen und Seuchen (3. Abschnitt) werden im 4. Abschnitt die allgemeinen Lebensbedingungen in ihrer die Gesundheit störenden und Krankheiten vermittelnden Beschaffenheit, Boden und Oertlichkeit Wasser, Luft, Klima und Wetter abgehandelt. Der folgende (5.) Abschnitt beschäftigt sich mit Akklimatisation, der 6. Abschnitt mit „den allgemeinen Kampfmitteln von Individuen und Gruppen gleichartiger Individuen" und umfasst Nahrungsstoffe und Nahrungsmittel, Ernährungsgesetze und Massenernährung, Kleidung, Hautpflege und Abhärtung, Körperübungen, Wohnung, Leichenwesen. Im letzten (7.) Abschnitt werden besondere soziale hygienische Einrichtungen besprochen: Schule, Beruf und Gewerbe, Krankenhäuser, Kasernen, Gefängnisse

[1]) Beilage zu Nr. 20 der Zeitschrift, S. 141.

Verkehr, Kampf gegen Seuchen aber verhältnissmässig kurz abgethan. Das Ganze ist in überaus anregender Form geschrieben.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

Dr. Rump-Osnabrück.

---

a. **Simon**, Thierarzt und Inspektor des städtischen Schlachthauses in Görlitz: Grundriss der gesammten Fleischbeschau. Berlin 1899. Verlag von R. Schötz. Kl. 8°, 276 Seiten. Preis: 5 Mark.

b. **Dr. Fischoeder**, Kreisthierarzt in Mohrungen: Leitfaden der praktischen Fleischbeschau einschl. der Trichinenschau. Mit Abbildungen. Berlin 1899. Verlag von R. Schötz. Kl. 8°, 246 Seiten. Preis: 5 Mark.

Beide vorliegende Leitfaden der Fleischbeschau sind in demselben Verlage von Richard Schötz in Berlin erschienen, der erste in zweiter, der zweite in dritter Auflage und es ist anzunehmen und zu wünschen, dass bald weitere Auflagen erfolgen, besonders wenn das Reichsgesetz über die Fleischschau zur Verabschiedung gelangt. Der Stoff ist in beiden Büchern klar und verständlich verarbeitet, die einschlägigen Verordnungen und Bestimmungen sind mitgetheilt, der Gang der Beschau und die Buchführung darüber in praktischer Weise dargestellt. Ein Vorzug des Fischoeder'schen Buches besteht in den guten und instruktiven Abbildungen, auch ist der Abschnitt über die Trichinenschau, der doch den Medizinalbeamten am meisten interessirt, übersichtlicher und ausführlicher dargestellt. Gemeinsam ist beiden Büchern die flüssige Diktion und leicht verständliche Form; sie eignen sich daher nicht nur zur theoretischen Vorbereitung von Personen, die sich zu Fleischbeschauern ausbilden wollen, sondern auch zum Gebrauche für praktisch ausgebildete Fleischbeschauer, denen sie in etwaigen Zweifelfällen als zuverlässige Rathgeber dienen können. Ihre Anschaffung sei deshalb Jedem, der Beziehungen zur Fleisch- und Trichinenschau hat, bestens empfohlen.

Dr. Pape-Schönau a. K.

Tagesnachrichten.

Die Kommissien des Abgeordnetenhauses für die Berathung des Gesetzes über die **Dienststellung des Kreisarztes u. s. w.** hat am 29. April ihre erste Sitzung abgehalten. Von einer Generaldebatte wurde abgesehen und §. 1 unverändert angenommen. Ein zu §. 2 Abs. 1 Nr. 2 gestellter Antrag, die auf jeder „deutschen“ statt „preussischen“ Universität erworbene Doktorwürde als ausreichend für die Anstellung als Kreisarzt anzuerkennen, wurde zurückgezogen, nachdem vom Herrn Medizinalminister erklärt war, dass an manchen deutschen Universitäten die Erlangung der Doktorwürde leichter und billiger sei, als an den preussischen, und dass die anderen Bundesstaaten den Bemühungen der preussischen Unterrichtsverwaltung behufs Herbeiführung gleicher Bedingungen zur Erlangung der Doktorwürde nicht entgegengekommen seien. Ein anderer Antrag, von dem Erforderniss der Doktorwürde ganz abzusehen, wurde mit grosser Mehrheit abgelehnt, nachdem regierungsseitig mitgetheilt war, dass beabsichtigt sei, für die Erlangung der Doktorwürde erhöhte wissenschaftliche Leistungen zu verlangen und dass das Ansehen des Kreisarztes beim Publikum leide, wenn er nicht promovirt sei.

Der Schlusssatz im §. 2, dass der Minister die Befugniss zur Anstellung des Kreisarztes auf den Oberpräsidenten übertragen könne, wurde gestrichen.

Zu §. 3 „Die Besoldung des Kreisarztes ist pensionsfähig“ lagen vier Anträge vor:

1. „Die Besoldung des Kreisarztes ist dem Umfang einer amtlichen Thätigkeit angemessen und pensionsfähig.“
2. „Der Kreisarzt ist in der Regel vollbesoldeter unmittelbarer Staatsbeamter. Als solcher bezieht er Gehalt nebst Wohnungsgeldzuschuss. Ebenso hat

er Anspruch auf Pension, Wittwen- und Waisenversorgung. Der Kreisarzt erhält eine Dienstaufwands-Entschädigung, welche so zu bemessen ist, dass sie zugleich eine angemessene Fuhrkostenentschädigung für die Dienstreisen innerhalb seines Amtsbezirks bildet. Den mit voller Besoldung angestellten Kreisärzten ist die Ausübung ärztlicher Privatpraxis untersagt; gestattet ist ihnen nur die Theilnahme an gemeinschaftlicher Berathung mit anderen Aerzten (Konsultationspraxis)."

3. „Dem Minister steht im einzelnen Fall die Befugniss zu, die Privatpraxis zu beschränken."
4. „Wo besondere Umstände es erfordern, können vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden. Diesen ist die Ausübung der Privatpraxis untersagt."

Nach längerer Debatte wurde §. 3 nach folgendem Vermittelungsantrage angenommen:

„Wo besondere Verhältnisse es erfordern, können vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden. Dieselben beziehen ein festes Diensteinkommen unter Ausschluss von Gebühren. Soweit nach bestehenden Vorschriften für gewisse Verrichtungen Gebühren zu entrichten sind, fliessen dieselben zur Staatskasse. Die Ausübung der ärztlichen Praxis ist den vollbesoldeten Kreisärzten untersagt. Die Annahme von Nebenämtern kann ihnen von dem Minister der Medizinalangelegenheiten gestattet werden."

Als §. 3a wurde ausserdem angefügt:

„In Stadtkreisen können die im Dienste der Kommune stehenden Stadtärzte mit der Wahrnehmung der Aufgaben des Kreisarztes beauftragt werden. Für die im Auftrage des Staates auszuübenden Funktionen beziehen dieselben eine vom Staat zu leistende Remuneration."

§. 4. (Amtsbezirk des Kreisarztes) blieb unverändert. Doch wurde als §. 4a folgende Bestimmung angefügt:

„Dem Kreisarzt können ein oder mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte widerruflich als Assistenten beigegeben werden, welche ihm dienstlich unterstellt sind und eine angemessene Remuneration aus staatlichen Mitteln erhalten. Die Assistenten werden vom Minister bestellt."

Die weitere Berathung wurde auf Dienstag vertagt.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 17. und 18. August fand die erste Berathung des **Fleischschaugesetzes** statt. Wie vorauszusehen war, wurde, abgesehen von den linken Parteien, allseitig verlangt, dass das ausländische Fleisch denselben Bedingungen unterworfen werde wie das inländische, eine Forderung, der man vom sanitären Standpunkte nur beistimmen kann; dasselbe gilt betreffs der weiteren Forderung einer allgemeinen Schlachtvieh-Versicherung. Dagegen würde die von Seiten der Landwirthe geforderte Befreiung der Hausschlachtung von der Fleischbeschau das grundlegende Prinzip des Gesetzes durchbrechen und dieses dadurch in gesundheitlicher Hinsicht sehr an Werth verlieren. Der Entwurf wurde schliesslich an eine Kommission von 21 Mitgliedern verwiesen; ob er aber zur Verabschiedung gelangen wird, ist nach den bisherigen Verhandlungen sehr zweifelhaft.

Am 25. April gestattete sich der Reichstag den Luxus, dem von den Antisemiten eingebrachten Antrag auf **Verbot des Schächtens** eine ganze Sitzung zu widmen. Der Antrag wurde nach einer 4 Stunden währenden Debatte abgelehnt.

Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 24. April d. J.[1]) sind die **der Zulassung der Frauen zu den Prüfungen für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker** in den bisherigen reichsrechtlichen Vorschriften entgegenstehenden Hindernisse dadurch beseitigt, dass die Zeit, in welcher Frauen nur gastweise (als Hospitantinnen) die Vorlesungen besucht haben, als Universitätsstudium im Sinne jener Vorschriften Geltung haben soll, sofern aus Gründen der Universitätsverwaltung ihre förmliche Immatrikulation nicht hat erfolgen können. Vorausgesetzt ist dabei, dass der Nachweis der für die Zulassung zur

[1]) Dieselbe wird in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift veröffentlicht werden.

Prüfung vorgeschriebenen schulwissenschaftlichen Vorbildung erbracht, sowie dass ein sachlich ordnungsmässiger akademischer Studiengang beobachtet ist.

Die Kommission des preussischen Abgeordnetenhauses für den Gesetzentwurf betreffend die **ärztlichen Ehrengerichte** hat am 25. April ihre Berathung beendet und den Entwurf nach verschiedenen Aenderungen gegen eine Stimme angenommen. Die wichtigsten Aenderungen sind folgende:

Im §. 2 wurde statt „beamtete Aerzte" die Fassung beschlossen: diejenigen Aerzte, welche einem anderen staatlich geordneten Disziplinarverfahren unterliegen. Ausserdem wurde den Aerzten des Beurlaubtenstandes während ihrer Einziehung zur Dienstleistung das aktive und passive Wahlrecht belassen.

Dem §. 3 ist folgende Fassung gegeben: Der Arzt ist verpflichtet, seine Berufsthätigkeit gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in Ausübung des Berufs sowohl, wie ausserhalb desselben sich der Achtung würdig zu zeigen, die sein Beruf erfordert.

Ein Arzt, welcher die ihm obliegenden Pflichten verletzt, hat ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt.

Politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Handlungen eines Arztes als solche können niemals Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens werden.

§. 3a. Des Ehrengericht hat zugleich als Ehrenrath die Beilegung von Streitigkeiten zu vermitteln, die sich aus den ärztlichen Berufsverhältnissen zwischen Aerzten oder zwischen einem Arzt und einer anderen Person ergeben.

§. 3b. Bei Streitigkeiten zwischen einem Arzte und einer Person findet das Vermittelungsverfahren nur auf Antrag der letzteren statt. Der Vorsitzende des Ehrengerichts kann die Vermittelung einem der Mitglieder übertragen.

§. 3c. Auf Antrag eines Arztes muss eine ehrengerichtliche Entscheidung über sein Verhalten herbeigeführt werden.

Im §. 6 wurde bestimmt, dass das „richterliche Mitglied" nicht für die Dauer seines Patents, sondern „für die Dauer von sechs Jahren" Mitglied des Ehrengerichts ist.

Dem vom 24.—27. Mai d. J. in Berlin stattfindenden **Tuberkulose-Kongresse** bringt auch die preussische Medizinalverwaltung das grösste Interesse entgegen. Der Herr Minister hat dem zu Folge nach dem Erlass vom 7. April d. J. beschlossen, in jeder Provinz einen Regierungs- und Medizinalrath dienstlich mit der Theilnahme an den Verhandlungen dieses Kongresses zu beauftragen, damit dieser in der Lage ist, die Verhältnisse seiner Provinz in dieser Beziehung möglichst sachgemäss zu beurtheilen und zur Beseitigung der vorhandenen Uebelstände, welche die Verbreitung der Tuberkulose begünstigen, Vorschläge zu machen.

Auf dem **27. Deutschen Aerztetage**, der am 20. und 21. April d. J. in Dresden abgehalten ist, wurde betreffs der **Stellung der Aerzte zu den Krankenkassen** mit grosser Majorität (12065 gegen 1538 Stimmen) beschlossen, dass die freie Aerztewahl bei allen Krankenkassen gesetzlich einzuführen sei, die Honorirung der kassenärztlichen Leistungen nach den Mindestsätzen der Landestaxen zu erfolgen habe, die Verträge der Genehmigung der staatlichen Standesvertretung bedürfe und zur Kontrolirung der übernommenen Verpflichtungen, sowie zur Schlichtung von Streitfällen ein aus Kassenangehörigen und Aerzten zu gleichen Theilen zusammengesetztes Schiedsgericht zu bilden sei. Ausserdem wurde der Antrag angenommen, dass Personen, die ein jährliches Gesammteinkommen von über 2000 Mark haben, nicht in den Krankenkassen versichert sein dürfen und dass der Begriff „Arzt" und „ärztliche Hülfe" unzweideutig im Gesetz dahin festzulegen sei, dass zur ärztlichen Behandlung (§. 6 des Kr.-V.-G.) ausschliesslich in deutschen Bundesstaaten approbirte Aerzte berechtigt seien. Desgleichen fand ein von Hamburger Bezirksvereinen gestellter Antrag, wonach durch Erweiterung des Krankenkassengesetzes (§. 6a Abs. Nr. 2) auch den Geschlechtskranken Krankenhausbehandlung gewährt werden solle, sowie ein Antrag des Leipziger Vereins, betreffend die Herbeiziehung eines sachverständigen ärztlichen Beirathes bei Revision des Kranken-Versicherungsgesetzes, die Zustimmung des Aerztetages.

Die am zweiten Sitzungstage erfolgte Berathung über die Novelle zum Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz führte zu folgenden Beschlüssen:

1. Im Vorstande jeder Versicherungsanstalt muss ein Arzt Sitz und Stimme haben.

2. Ueber jede beabsichtigte Veränderung der Gesetze sind — soweit es sich um ärztliche Angelegenheiten handelt — die ärztlichen Standesvertretungen vorher zu hören.

3. Jede Art ärztlicher Thätigkeit im Interesse der Invaliditätsversicherung kann nur von approbirten Aerzten ausgeübt werden.

4. Die von den Rentenbewerbern einzureichenden ärztlichen Atteste, für welche ein Formular zu vereinbaren ist, können von jedem Arzte ausgestellt werden. Sie sind nicht den Rentenbewerbern auszuhändigen.

5. Die Kosten trägt die Anstalt.

Am Schluss wurde noch ein von Eulenburg, Lent und Wallichs eingebrachter Antrag:

„Der Aerztetag wolle beschliessen: Eine Erhebung von Nachrichten über die Gemeingefährlichkeit der Kurpfuscherei im Deutschen Reich (ausschliesslich Preussens und Sachsens, für welche diese Erhebungen bereits eingeleitet sind) durch Fragebogen zu veranstalten. Die Einleitung der Erhebung und die Verarbeitung des eingehenden Materials wird einer fünfgliedrigen, vom Aerztetage zu wählenden Kommission übertragen"

einstimmig angenommen.

Am 18. und 19. bezw. 20. Juni 1899 wird in Berlin ein internationaler Kongress zur Berathung der Impffrage stattfinden. Der einzige Gegenstand der Verhandlungen soll die Schutzpockenimpfung und der gesetzliche Zwang dazu bilden.

Internationaler medizinischer Kongress in Paris. Das Komitee der Sektion für gerichtliche Medizin des im August 1899 in Paris stattfindenden internationalen medizinischen Kongresses hat folgende 8 Punkte als offizielle Diskussionsgegenstände festgestellt: 1. Die Lungenprobe. 2. Die Wirkung der neuen rauchlosen Pulver auf Kleidung und Haut. 3. Die Fäulniss des Auges und ihre Bedeutung für die Bestimmung des Zeitpunktes des Todes. 4. Kriminelle Leichenverbrennung. 5. Die tödtlichen Unglücksfälle dur Elektrizität. 6. Die Verletzung der Herzklappen in Folge von Traumen der Brustwand. 7. Die Begutachtung der Gesundheitsschädigungen in Folge Gebrauches chemisch (durch Borax, Salicylsäure, Formol etc.) konservirter Nahrungsmittel. 8. Strafbare Handlungen bei Anwendung von Magnetismus und Hypnotismus durch nicht approbirte Personen.

Für jeden dieser Gegenstände sollen ein oder mehrere französische und ein oder mehrere ausländische Referenten bestellt werden; die französischen sind bereits ernannt. Für die Theilnahme der deutschen Fachgenossen an den Arbeiten der Sektion ist Herr Prof. Dr. Strassmann in Berlin N.W. (Siegmundstrasse 18a) vom Komitee ersucht, die geeigneten Schritte zu thun. Die Herren Kollegen werden daher gebeten, ihm mitzutheilen, ob sie geneigt sind, als Referent eines der genannten Themen thätig zu sein, oder ob sie einen Vortrag anderer Art in der Sektion zu halten beabsichtigen. Referate wie Vorträge können in deutscher Sprache erstattet und gehalten werden. Das Manuskript des Referates ist binnen Jahresfrist dem Komitee einzureichen.

Die Vornahme einer Sektion ohne ausdrückliche Zustimmung der Angehörigen hat in Folge einer Beschwerde das Königl. Sächsische Ministerium vor Kurzem durch folgenden Bescheid erklärt: „Auf Ihre Eingabe vom 27. Dezember 1898 wird Ihnen eröffnet, dass das Ministerium des Innern es nicht zu billigen vermag, wenn die Leiche Ihrer in der Frauenklinik zu Dresden verstorbenen Ehefrau, auch wenn die letztere auf Freistelle verpflegt worden war, ohne Ihre Zustimmung sezirt worden ist. Es ist demgemäss der Direktion der Frauenklinik das Erforderliche zu erkennen gegeben und dahin Fürsorge getroffen worden, dass, so lange nicht durch Regulativ etwas Anderes festgesetzt

wird, für die Zukunft Sektionen der hier fraglichen Art nicht ohne ausdrückliche Zustimmung der Angehörigen erfolgen." [1])

Im Anschluss der am 17., 18. und 19. April d. J. stattgehabten Sitzung der **Kommission für die Bearbeitung des Deutschen Arzneibuches** ist der pharmazeutische Ausschuss dieser Kommission zusammengetreten, um die endgültige Redaktion der neuen Ausgabe des Arzneibuches fertig zu stellen. Dieselbe wird voraussichtlich in einigen Monaten dem Bundesrath vorgelegt werden können, so dass ihre Einführung gegen Ende des Jahres zu erwarten steht.

Die Petition des Apothekers Kempf in Steinau a./O., eine **anderweite Regelung des Apothekenwesens** (Einführung der Personalkonzession für sämmtliche Apotheken des Reiches unter gleichzeitiger Ablösung der Hypothekenwerthe mit staatlicher Hülfe behufs späterer Einführung der Staatsapotheke) ist in der Reichstagssitzung vom 12. April nach dem Antrage der Petitionskommission dem Reichstage als Material überwiesen, nachdem Abg. Dr. Höffel sich gegen die Verstaatlichung, aber für die Einführung der Personalkonzession ausgesprochen hatte.

In einem Schreiben des Vorstandes des Deutschen Apotheker-Vereins vom 13. März d. J. wird die Frage, ob der Apothekerstand an einer beschleunigten **reichsgesetzlichen Regelung des Apothekenwesens** Interesse habe, bejaht und als Gründe dafür angeführt: Die in weiten Kreisen des Standes herrschende Unzufriedenheit mit dem jetzigen System der Unsicherheit der Besitzverhältnisse, die aus der Steigung des Reinertrages und des Werthes sich nicht erklärende Preissteigerung der Apotheken, die ungünstige Lage vieler Apothekenbesitzer, die gehemmte Entwicklung des ganzen Standes namentlich in Bezug auf die Vor- und Ausbildung, sowie die Schädigung seines Ansehens u. s. w. Der Vorstand glaubt deshalb, eine Mitwirkung des Standes und des Vereins an einer Reform, auch um den Preis einer Systemänderung, empfehlen zu sollen. Die nothwendige Voraussetzung hierbei müsse bilden, dass das neue System auch wieder ein frei verkäufliches und vererbliches Eigenthum gewähre — und zwar auf Grund der freien Niederlassung, denn eine reichsgesetzliche Regelung auf Grund frei veräusserlicher und vererblicher Konzessionen sei so gut wie ausgeschlossen — und dass die Ablösung der jetzigen Apothekenbetriebe resp. Werthe so erfolge, dass Niemand eine Schädigung erleide und die freie Verfügung während der Uebergangszeit den Besitzern erhalten bleibe. Die Kreisvereine werden ersucht, diese wichtige Frage, die auf der diesjährigen Hauptversammlung zur Verhandlung gelangen solle, einer gründlichen Vorbesprechung zu unterziehen, ebenso wie die Vor- und Ausbildungsfrage, bei der sich eine allmähliche Steigerung der Ansprüche empfehle, d. h. zunächst Primareife für Zulassung zum Studium und Verlängerung des Studiums auf 4 Semester. Endlich wird in Bezug auf die Selbstverfertigung der galenischen Präparate der Standpunkt vertreten, dass es zu den Pflichten des Apothekers gehöre, wenn auch nicht alle, so doch diejenigen Zubereitungen so darzustellen, deren genaue Gehaltsbestimmungen nach den bisherigen Forschungsergebnissen nicht möglich ist und die mit vorschriftsmässigen Geräthen der Apotheken und aus Bestandtheilen, die ohne besondere Schwierigkeiten erhältlich sind, dargestellt werden können, z. B. Tinkturen, Extrakte, Salben, Sirupe und Pflaster.

---

[1]) In Rostock wurde im Laufe vorigen Jahres Prof. Dr. Schatz vom Schöffengericht auf Grund des §. 167 Nr. 1 des Strafgesetzbuches mit 150 Mark Geldstrafe verurtheilt, weil er bei einer in seiner Klinik verstorbenen Frau gegen den ausdrücklichen Willen des Ehemannes die Herausnahme von Herz und Nieren veranlasst hatte, um davon kleine Theile für die makroskopische Untersuchung zu entnehmen. Beide Organe waren sofort wieder in die Leiche zurückgelegt. In der Berufungsinstanz ist Prof. Dr. Schatz zwar freigesprochen, denn sein Einwand, dass eine eigentliche Sektion nicht stattgefunden habe und die Entnahme der betreffenden Leichentheile zur Feststellung der Todesursache nothwendig gewesen sei, wurde anerkannt; immerhin zeigt aber auch dieser Fall, wie vorsichtig ein Arzt in solchen Fällen sein muss.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 10. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Preis jährlich 12 Mark. | 15. Mai.

Die Selbstversicherung der Hebammen gegen Invalidität und Alter, zugleich mit einem Ueberblick über das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz.

Von Dr. Keferstein, Kreispkysikus in Nimptsch (Schlesien).

Das Deutsche Reichsgesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889, kennt Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte.

Zu den Versicherungspflichtigen gehören vom vollendeten 16. Lebensjahre ab: 1. alle Lohnarbeiter in sämmtlichen Berufszweigen einschliesslich der Lehrlinge und Dienstboten, 2. Betriebsbeamte und Handlungsgehilfen und -Lehrlinge mit einem regelmässigen Jahresverdienst bis zu 2000 Mark. Ausserdem ist durch Beschluss des Bundesraths vom 16. Dezember 1891 diese Versicherungspflicht noch ausgedehnt auf die Hausgewerbetreibenden der Tabaksfabrikation und am 1. März 1894 auch auf die Hausgewerbetreibenden der Textilindustrie.

Versicherungsberechtigt sind alle übrigen Hausgewerbetreibende und die Betriebsunternehmer, die nicht regelmässig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen, sofern sie das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und noch im Stande sind durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit ein Drittel des ortsüblichen Tagelohns zu verdienen.

Die Versicherungspflicht wie die Versicherungsberechtigung erstreckt sich gleichmässig auf männliche und weibliche, verheirathete und unverheirathete Personen. Ausserdem ist der Bundesrath jederzeit befugt, für bestimmte Berufszweige der Versiche-

rungsberechtigten die Versicherungspflicht zu beschliessen, wie das schon bei der Tabakfabrikation und Textilindustrie geschehen ist.

Da Hebammen als selbstständige Gewerbetreibende zu den Betriebsunternehmern ohne Lohnarbeiter gehören, sind sie, vorausgesetzt, dass sie unter 40 Jahre alt und nicht dauernd über zwei Drittel erwerbsunfähig sind, zur Selbstversicherung berechtigt.

Auf den ersten Blick wird man ausser der Beschränkung des Eintritts in die Versicherung auf Leute unter 40 Jahren keinen grossen Unterschied zwischen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten finden; denn erwerbsfähig müssen sie alle sein. Die Vergünstigung liegt aber in der Höhe der Beiträge; bei den Versicherungspflichtigen bringen nämlich drei den Beitrag auf: den halben Betrag der Marke der Arbeitgeber, die andere Hälfte der Arbeiter, stiller Theilnehmer ist aber noch der Staat, welcher bei der späteren Auszahlung der Rente einen festen jährlichen Zuschuss von 50 Mark giebt. Die Hülfe des Staates macht sich bei dem gewöhnlichen Markeneinkleben nicht kenntlich; denn da der Staat das Geld für die Marken an sich nimmt, braucht er nichts an sich selbst zu zahlen. Will aber Jemand sich selbst versichern, so zahlt er nicht nur seinen Antheil und, da er sein eigener Arbeitgeber ist, auch diesen Antheil, sondern er muss auch noch für den Staatszuschuss Ersatz leisten in Form einer Zusatzmarke. Daher die Doppelmarke, welche aus einer blauen Zwanzigpfennig- und einer rothgelben Achtpfennigzusatzmarke besteht. Die Selbstversicherung ist bisher nur auf die zweite Lohnklasse beschränkt und der Nennwerth der Zusatzmarke bis auf Weiteres durch den Bundesrath auf 8 Pfennige bestimmt. Doch ist Aussicht vorhanden, dass in der Novelle zum Altersversicherungsgesetz die so unbeliebte Zusatzmarke fortfallen wird.

Welchen Vortheil gewährt nun die Selbstversicherung? Sie bietet den Vortheil, dass diese Versicherung bei der sichersten Anstalt geschieht, nämlich beim Staate selbst. Zweitens den Vortheil, dass hier kein Geschäft gemacht wird; der Staat verdient nichts dabei, er giebt vielmehr die Verwaltungskosten noch zu; denn das Reich bezahlt das Reichsversicherungsamt und besorgt die Auszahlung der Renten durch die Post unentgeltlich. Fällt später die Doppelmarke fort, so giebt es auch für die Selbstversicherung den baaren Staatszuschuss. Leider besteht für die Selbstversicherung die Altersgrenze von 40 Jahren, und kann daher jene bisher für die Hebammen nicht so nutzbar gemacht werden, wie es wohl wünschenswerth wäre.

Alljährlich wurde unter Angabe der näheren Bestimmungen in unserem Kreise vom Landrath in dem Kreisblatt darauf hingewiesen, dass für die Hebammen die Vergünstigung der Selbstversicherung vorhanden sei, aber keine hatte bisher davon Gebrauch gemacht, trotzdem die Quittungskarten-Ausgabestellen jede Hebamme noch besonders darauf aufmerksam machen musste.

Nun ereignete es sich, dass im Kreise Nimptsch eine jüngere Hebamme in Folge einer schweren Phlegmasia alba invalide wurde.

Hätte sie sich selbst versichert gehabt, so wäre es schon möglich gewesen, während ihrer monatelangen Krankheit für sie zu sorgen, da nach dem Gesetz eine Krankenfürsorge für erkrankte Versicherte möglich ist, sofern als Folge der Krankheit eine den Anspruch auf Invalidenrente begründende Erwerbsunfähigkeit zu befürchten ist. Ausserdem hätte sie nach Jahresfrist Invalidenrente bekommen müssen für die weitere Dauer ihrer Invalidität. Sie ist auf andere Weise durch den Kreis und vaterländischen Frauenverein unterstützt worden.

Um derartigen Fällen weiter vorzubeugen, schlug ich dem Landrath vor, den Hebammen die Selbstversicherung zu erleichtern, indem der Kreis die Marken für die Selbstversicherung der jüngeren Hebammen beschafft und dann diese 14,56 Mark auf die Jahresunterstützung in Anrechnung bringt. Es sind nämlich 600 Mark vom Kreise für Hebammenunterstützungen ausgeworfen, hiervon bekamen die alten Hebammen bisher den Löwentheil, obgleich sie nach den jährlichen Geburtsnachweisungen meist die beste Praxis und keine unversorgten Kinder hatten. Jetzt sollen alle aber gleichviel bekommen, so dass den jüngeren Hebammen trotz der beschafften Marken ihre jährliche Jahresunterstützung nicht wesentlich gekürzt zu werden braucht.

Nachdem der Landrath meinen Vorschlag gebilligt, schrieb ich an jede jüngere Hebamme, dass ihr, wie angegeben, die Selbstversicherung erleichtert werden, dass ihr zwar der Preis der Marke in Anrechnung gebracht, ihr aber trotzdem nicht die Jahresunterstützung entzogen werden würde. Zum Zeichen ihres Einverständnisses sollten sie sich eine Quittungskarte ausstellen lassen und mir dieselbe einsenden. Zur mündlichen Auskunft sei ich jeder Zeit bereit.

Auf dieses Schreiben schickte nur eine ihre Quittungskarte, die übrigen hatten nur die Absicht herausgelesen, ihnen ihre Jahresunterstützung zu kürzen. Lehrreich in dieser Beziehung ist das eine Schreiben, aus welchem hervorgeht, wie wenig bisher das Volk die Wohlthat des Gesetzes verstanden hat, und wie heilsam die Zwangsversicherung ist. Die betreffende Hebamme schrieb, dass sie und ihr Mann mit der Invaliditäts- und Altersversicherung nicht einverstanden wären. Ihr Mann sei Zimmermann und müsste deshalb für ihn wöchentlich eine Zwanzigpfennigmarke eingeklebt werden. Nun hätte er zwei Mal einen Unfall erlitten, jedoch nicht etwa durch seine Schuld oder in Trunkenheit. Er sei wochenlang arbeitsunfähig gewesen, hätte aber aus der Invaliditäts- und Altersversicherung nichts erhalten. Deshalb hätte er jetzt zu der ganzen Sache kein Zutrauen mehr und bezahlte nur noch seine Marken, weil er es thun müsse. Sie selbst habe auch eine Karte gehabt, die gerade voll gewesen sei, als sie in die Hebammenlehranstalt eintrat. Nun hätte ihr Jemand gerathen, sich ihre Beiträge zurückzahlen zu lassen. Doch sei ihr das auf ihre bescheidene Anfrage verweigert worden. Die Kreisbeihülfe alle Jahre sei doch auch nicht sicher, daher möchte sie

keine Selbstversicherung, man sorge doch auch so für Unglück und Alter.

Ich habe mich denn der Mühe unterzogen, jede einzelne über den Zweck und die Wohlthat des Gesetzes zu belehren und habe dann die Genugthuung gehabt, dass jede ihre Quittungskarte an mich einsandte.

Zunächst möchte ich hier die Gesetzesvorschriften über die Zurückzahlung der halben Beiträge einflechten. Im Allgemeinen werden die Beiträge nicht zurückgezahlt; denn das Gesetz will jeden bewegen, die Versicherung so lange durchzuführen, bis er durch eingetretene Invalidität oder Alter die Rente erlangen kann. Nur in zwei Fällen werden die halben Beiträge zurückgezahlt: a. wenn weibliche Versicherte eine Ehe eingehen und noch nicht in den Genuss einer Rente gelangt sind, vorausgesetzt, dass sie für wenigstens fünf Beitragsjahre, gleich 235 Wochen, Beiträge entrichtet haben; b. im Falle des Todes. Stirbt nämlich der Ehemann, nachdem er wenigstens fünf Jahre seine Beiträge entrichtet und die Wohlthat der Rente noch nicht genossen hat, so steht der Wittwe und, wenn diese nicht vorhanden, den hinterlassenen ehelichen Kindern unter 15 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der Beiträge zu. Stirbt dagegen die Ehefrau unter denselben Voraussetzungen, so steht dem Ehemann kein derartiger Anspruch zu, dagegen den Kindern unter 15 Jahren, wenn sie vaterlos sind. In beiden Fällen vorausgesetzt, dass den Hinterbliebenen aus Anlass des Todes des Versicherten nicht eine Rente auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes gewährt wird. Es wird nur der halbe Werth der Marken zurückerstattet, da nur dieser vom Inhaber der Karte entrichtet ist, während den andern Theil der Arbeitgeber zahlen musste. Noch ist darauf aufmerksam zu machen, dass ein Beitragsjahr nicht wie das gewöhnliche Jahr 52, sondern nur 47 Beitragswochen hat, es werden also fünf Wochen auf mögliche Arbeitslosigkeit gerechnet. Ausserdem ist folgende Erleichterung bei der Entrichtung der Selbstversicherungs-Beiträge zulässig: Sind für eine versicherungspflichtige Person wenigstens fünf Beitragsjahre lang Marken eingeklebt worden, und wird sie nun selbstständiger Betriebsunternehmer, der regelmässig nicht mehr als einen Arbeiter beschäftigt, so kann sie das Versicherungsverhältniss freiwillig fortsetzen, ist aber von der Beibringung der Zusatzmarke befreit. Bei Hebammen ist es allerdings leicht möglich, dass sie in irgend einer dienenden Stellung der Versicherungspflicht unterlagen, bevor sie Hebammenschülerinnen wurden. Es ist daher von den Kreisphysikern bei der Prüfung der zukünftigen Hebammenschülerinnen auf diese bis jetzt so werthvolle Bestimmung zu achten; auf jeden Fall sollten sie sich eine etwa vorhandene Quittungskarte vorlegen lassen, da jede Karte auf die Wartezeit auch bei der Selbstversicherung in Anrechnung kommt. Denn für alle Vergünstigungen ist eben eine Wartezeit von 235 Beitragswochen vorgesehen, gleichgültig, ob diese Beitragswochen in fünf oder mehr verschiedene Kalenderjahre fallen.

Wann kommt man nun zum Genuss der Rente? Mit dem vollendeten 70. Lebensjahre und zwar würde dann eine Hebamme, welche in der II. Lohnklasse ihre Beiträge zu entrichten hat, jährlich 134,60 Mark bekommen. Sie hat also dazu 30 Jahre lang ihre Selbstversicherungsmarken einzukleben, doch braucht sie für die Zeit, wo sie nachweisbar durch Krankheit vorübergehend erwerbsunfähig gewesen, keine Beiträge zu zahlen. Länger als ein Jahr hintereinander kommt jedoch die Krankheitszeit nicht in Anrechnung; dann würde aber auch schon die Rentenberechtigung eintreten. Denn Invalidenrente bekommt jeder nach einer Mitgliedschaft von fünf Jahren auch dann schon, wenn er nachweisbar während eines Jahres ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit. Ausserdem bekommt Invalidenrente jeder Versicherte, sobald er wenigstens 5 Jahre seine Beiträge entrichtet hat, nach dem Nachweis seiner dauernden, nicht vorsätzlich herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit dergestalt, dass er ein Drittel seines früheren Lohnes nicht mehr verdienen kann.

Um die Geldsumme dieses Lohndrittels auszurechnen theilt das Gesetz dieselbe in zwei Sechstel und sagt: dauernd erwerbsunfähig und damit zum Anspruch auf Invalidenrente berechtigt ist der, welcher durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit nicht einen Betrag zu verdienen im Stande ist, welcher gleichkommt der Summe eines Sechstels des Durchschnitts der Lohnsätze, nach welchen für ihn während der letzten 5 Beitragsjahre Beiträge entrichtet worden sind und (= plus) eines Sechstels des dreihundertfachen Betrages des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter des letzten Beschäftigungsortes, in welchem er nicht nur vorübergehend beschäftigt war.

Der Ausdruck ist hier nicht gut gewählt; denn obgleich das Wort „Summe“ dasteht, vermuthet man bei dem „und“ doch nicht gleich, dass hier ein Zusammenzählen verlangt wird, für und wären vielleicht besser die Worte „vermehrt um“ zu setzen.

Der ortsübliche Tagelohn ist von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt und man findet die Höhe desselben angegeben in den Krankenkassenstatuten der betreffenden Gemeindekrankenversicherungen, während die Lohnklassen für das ganze Reich im Gesetz bestimmt sind; nämlich für die I. Klasse 300 Mark, für die zweite 500 Mark, für die dritte 720 Mark, für die vierte 960 Mark.

Die Invalidenrente wird festgesetzt, indem das Reich wie für jede Rente 50 Mark Zuschuss zahlt und die Versicherungsgesellschaft 60 Mark, zu diesen 110 Mark werden dann noch für jede Woche nach der Lohnklasse 2, 6, 9 oder 13 Pfennige zugeschlagen. Die Invalidenrente wird also um so höher ausfallen, je höher die Lohnklasse war und je länger die Beiträge entrichtet wurden; sie soll den Ersatz bieten für verlorene Erwerbsfähigkeit.

Hat Jemand mit 70 Jahren Altersrente erhalten, so soll er, wenn er kann, weiter arbeiten und seine Beiträge weiter entrichten bis er invalide wird. Denn die Altersrente, welche man

ohne den Nachweis der Erwerbsunfähigkeit erhält, soll einen Zuschuss zum Arbeitsverdienst alter Leute bilden und ergänzt so die durch das Alter geminderte Erwerbsfähigkeit. Wird dann ein Altersrentner invalide, so hat er auch Anspruch auf den überschiessenden Theil der Invalidenrente. Dagegen kann Jemand, der Invalidenrente erhält nicht die Altersrente erlangen. Ein Weitereinkleben von Marken ist dem Invalidenrentner nicht erlaubt, ausserdem auch zwecklos. Alle Renten werden monatlich im Voraus auf volle fünf Pfennige nach oben abgerundet durch die Postkasse gezahlt und sind der Verpfändung und Beschlagnahme entzogen.

Da man Invalidenrente nach fünf Beitragsjahren erhält und mit dem vollendeten 16. Lebensjahr versicherungspflichtig ist, so kann man frühestens mit dem 21. Lebensjahre das Recht auf Invalidenrente erwerben. Mir hat ein Fall zur Beurtheilung vorgelegen, wo ein Dienstmädchen mit 19 Jahren eine tuberkulöse Hüftgelenkentzündung bekam, zwei Jahre lang erwerbsunfähig war und mit 21 Jahren Invalidenrente beanspruchte. Die Invalidenrente kann übrigens wieder entzogen werden, wenn keine dauernde Erwerbsunfähigkeit mehr vorliegt.

Derartige Wohlthaten birgt das Altersversicherungsgesetz in sich. Ich würde daher auch jetzt schon widerrathen, kleine private Altersversicherungskassen für die Hebammen der einzelnen Kreise zu gründen, wie Kreisphysikus Dr. Hecking in Saarburg in der Zeitschrift für Medizinalbeamte vorschlägt.

Da eine Novelle zum Altersversicherungsgesetz jetzt den neuen Reichstag beschäftigt, würden folgende Abänderungen nach meiner Meinung wünschenswerth sein:

1. Wegfall der Zusatzmarke bei einem Jahresverdienst unter 2000 Mark.

2. Verschiebung der Altersgrenze zur Selbstversicherung auf das 50. Lebensjahr oder irgend welche Bestimmungen, die ermöglichen, dass auch ältere Leute der Wohlthat der Selbstversicherung theilhaftig werden können.

3. Abkürzung der Wartezeit auf 200 Wochen, nämlich 4 Jahre zu je 50 Beitragswochen.

4. Festsetzung der Rente durch eine untere Verwaltungsbehörde möglichst unter Mitwirkung des Kreisphysikus.

5. Aenderung der Vertheilung der Rentenlasten zu Gunsten der östlichen Provinzen.

6. Erweiterung der Versicherungspflicht auf Lehrer, Lehrerinnen und niedere Beamte, die nicht pensionsberechtigt sind, unter Gründung einer neuen höheren Lohnklasse. Die Grenze für den Eintritt in den Genuss der Altersrente auf ein geringeres Lebensalter als 70 Jahre herabzusetzen, würde ich nicht für wünschenswerth halten. Wie ich nämlich aus vielfachen Beobachtungen und Erfahrungen weiss, wollen Altersrentner, auch wenn sie noch rüstig sind, nicht mehr arbeiten. Es würden so unnöthiger Weise noch mehr Kräfte sich von der Arbeit zurückziehen, während Arbeiter, deren Beruf erfahrungsgemäss ein langes Leben nicht

gewährleistet, nach dem Gesetz schon mit 21 Jahren Invalidenrente erlangen können, also deswegen eine Herabsetzung der Altersgrenze nicht nöthig ist.

So ist das Alters- und Invaliditätsgesetz gegeben und wird weiter ausgebaut, um den Alten und Arbeitsunfähigen zu helfen. Dieses Gesetz ist im Vergleich zum Kranken- und Unfallversicherungsgesetz noch im engeren Sinne sozialpolitisch zu nennen, da hier der Staat selbst die Kosten mit aufbringt, um die wirthschaftlich Schwachen gegen Noth und Elend zu schützen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Protokoll der am 7. d. M. abgehaltenen Sitzung des Vorstandes des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

I. Den ersten Gegenstand der Tagesordnung bildete ebenso wie in der im April d. J. abgehaltenen Vorstandssitzung der **„Gesetzentwurf, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen“.**

Der Vorsitzende berichtete zunächst über das Ergebniss der bisherigen Berathungen des Abgeordnetenhauses und der vorberathenden Kommission über den Gesetzentwurf und theilte die von der Kommission gefassten Beschlüsse mit, die nach seiner Ansicht zwar eine wesentliche Verbesserung der Regierungsvorlage bilden, aber gleichwohl nicht ausreichen, um eine den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechende Umgestaltung der Kreisinstanz unseres Medizinalwesens herbeizuführen, die als geeignete Grundlage für eine gedeihliche Entwickelung des letzteren dienen könne. Dass die jetzige Dienststellung des Kreisphysikus völlig unzulänglich und in erster Linie reformbedürftig sei, werde allseitig anerkannt, desgleichen seien auch die Abgeordneten, welche weitergehende Reformen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens für nothwendig erachteten, mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Einschränkung der Reform auf die Kreisinstanz einverstanden, vorausgesetzt, dass in dieser Beziehung etwas Ordentliches zu Stande komme. Dazu sei es aber vor Allem nothwendig, dass die künftige Dienststellung des Kreisarztes zu einer hauptamtlichen ausgestaltet werde, damit dieser nicht nebenbei, wie bisher, sondern in erster Linie seine Zeit und Arbeitskraft seiner amtlichen Thätigkeit widmen könne. Möge man auch über die Frage, ob dem künftigen Kreisarzte die Privatpraxis zu belassen sei, verschiedener Ansicht sein, darüber herrsche aber gewiss bei allen Denjenigen, für welche die Reform nicht bloss eine mit Pensionsberechtigung verbundene Gehaltserhöhung der Kreisphysiker sei, kein Zweifel, dass die Ausübung ärztlicher Thätigkeit doch nur in zweiter Linie kommen darf und sich in grösseren Kreisen von selbst verbietet, wenn der Kreisarzt den ihm im §. 5 des Gesetzentwurfs gestellten Aufgaben gerecht werden will. Aus den Verhandlungen des Abgeordnetenhauses sei deutlich ersichtlich, dass die Belassung der

Privatpraxis gewissermassen als Gegengewicht gegen den „Uebereifer" der künftigen Gesundheitsbeamten dienen soll, obwohl gerade in der Gleichmässigkeit der Beobachtung und Bearbeitung der einschlägigen Materie, die nur bei einem im Hauptamte angestellten Beamten zu erwarten steht, ein weit sicheres Mittel gegen etwaige übertriebene und übereifrige Bestrebungen liegt, als im sporadischen Erscheinen und Eingreifen, wie es bei einer nebenamtlichen Thätigkeit die Regel bildet. Anderen Beamten gegenüber, wie z. B. den Gewerbeaufsichtsbeamten, habe man derartige Bedenken niemals erhoben, trotzdem diesen weit grössere Machtbefugnisse gesetzlich eingeräumt sind und in ihrer amtlichen Stellung noch viel mehr Gelegenheit zum „Hineinschnüffeln" geboten wird, als dem Kreisarzt. Man scheine an mancher Stelle der Ansicht zu sein, als ob die Medizinalbeamten die Zeit nicht erwarten könnten, um die Welt mit ihren kostspieligen Plänen zu beglücken und ihre Hände in alle möglichen Sachen zu mischen. Warum soll sich aber gerade der Physikus lediglich aus Sport eine Beschäftigung suchen, die nicht nur ihm selbst, sondern allen Betheiligten Aerger, Verdruss und unnöthige Arbeit verursacht? So thatkräftig auch manche Medizinalbeamten sein mögen, so thöricht sind sie sicherlich nicht, ganz abgesehen davon, dass es erfahrungsgemäss weit mehr in der menschlichen Natur liegt, sich um unangenehme Arbeiten, wozu zweifellos das Hineinschnüffeln, Revidiren, Kontroliren, Zurbestrafungbringen anderer Menschen u. s. w. gehöre, herumzudrücken. Deshalb brauche man auch gar nicht besorgt zu sein, dass gleichsam ein Wettrennen der Medizinalbeamten auf diesem Gebiete mit der Aenderung ihrer Stellung in eine hauptamtliche beginnen werde. Ausserdem dürfe man nicht vergessen, dass der Kreisarzt, auch wenn ihm eine noch grössere Bewegungsfreiheit, als in dem Entwurfe vorgesehen sei, gegeben werde, er doch nur sachverständiger Berather der ausführenden Behörden sei und nur in vereinzelten Ausnahmefällen ein beschränktes Anordnungsrecht besitze. Die Medizinalbeamten sollen eben in allen medizinal- und gesundheitspolizeilichen Fragen nicht das ausführende, sondern das anregende Element bilden und ihre Aufgabe hauptsächlich darin suchen, dass sie, gestützt auf ihre technischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen, sowie auf ihre Vertrautheit mit den örtlichen Verhältnissen und den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen den zuständigen Behörden mit ihrem sachverständigen Rathe zur Seite stehen, ihnen gegenüber die zur Beseitigung sanitärer Missstände und zur Förderung des öffentlichen Gesundheitszustandes erforderlichen Massnahmen überzeugend begründen und sie bei deren Durchführung in jeder Weise unterstützen. Deshalb sei auch die von mancher Seite gehegte Besorgniss, dass durch eine erweiterte Thätigkeit der Medizinalbeamten die Polizei- und Verwaltungsbehörden in ihren Amtsbefugnissen eingeschränkt oder ihnen überflüssige Arbeiten erwachsen würden, durchaus ungerechtfertigt; im Gegentheil, bei einträchtigem Vorgehen beider

Beamtenkategorien werde jenen Behörden die ihnen obliegende Sorge für die öffentliche Gesundheitspflege durch eine grössere Mitwirkung der Medizinalbeamten wesentlich erleichtert werden.

Die übrigen Vorstandsmitglieder stimmten diesen Ausführungen[1]) vollständig bei und betonten gleichfalls die Nothwendigkeit eines Ausbaues der Dienststellung des Kreisarztes zu einer hauptamtlichen. Da der ursprüngliche Plan, alle Kreisärzte zu vollbeschäftigten und vollbesoldeten Staatsbeamten zu machen und ihre Amtsbezirke durch Zusammenlegen von kleineren Kreisen entsprechend zu vergrössern, fallen gelassen sei, so sei es erforderlich, durch Aufnahme einer Bestimmung in den Gesetzentwurf, wonach die Kreisärzte nur insoweit ärztliche Privatpraxis treiben dürfen, als ihre Amtsgeschäfte nicht darunter leiden, bestimmt zum Ausdruck zu bringen, dass auch die nicht vollbeschäftigten Kreisärzte ihre Arbeitskraft in erster Linie ihrer amtlichen Thätigkeit zuzuwenden haben. Von allen weitergehenden Forderungen in Bezug auf die sonst noch nothwendigen Reformen in den höheren Instanzen u. s. w. sei dagegen Abstand zu nehmen, weil dadurch nur die im öffentlichen Interesse und im Interesse der betheiligten Medizinalbeamten dringend wünschenswerthe Annahme des vorliegenden, entsprechend abgeänderten Gesetzentwurfes gefährdet werden könnte; ausserdem bedürfe es zur Durchführung dieser Forderungen nicht eines Gesetzes, sondern nur einer entsprechenden Verordnung oder Position im Etat.

Nachdem der Vorsitzende noch erwähnt hatte, dass in den ihm aus den Kreisen der Vereinsmitglieder zugegangenen zahlreichen Zuschriften fast ausschliesslich der gleiche Standpunkt hinsichtlich des Gesetzentwurfes getheilt werde[2]), wurde zur Einzelberathung desselben unter Berücksichtigung der Verhandlungen des Abgeordnetenhauses und der vorberathenden Kommission geschritten.

Zu I. Dienststellung des Kreisarztes.

§. 1

gab zu Bemerkungen keine Veranlassung.

Bei §. 2

wurde es als eine den Wünschen der Medizinalbeamten durchaus entsprechende Verbesserung begrüsst, dass nach dem Kommissions-

[1]) Dieselben decken sich im Allgemeinen mit denjenigen in Nr. 9 der Zeitschrift (s. S. 271); ihre Wiedergabe im Protokoll ist auf Beschluss des Vorstandes geschehen.

[2]) Siehe den Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen S. 330; desgleichen hat der Verein der Medizinalbeamten Schleswig-Holsteins in seiner Sitzung vom 30. April Folgendes beschlossen:

1) §. 2 Abs. 2 der Schlusssatz: „Derselbe kann die Befugniss auf den Oberpräsidenten übertragen“ ist zu streichen.

2) Zu §. 3 ist der Zusatz zu machen: „Der Kreisarzt darf ärztliche Praxis nur insoweit ausüben, als seine Dienstgeschäfte nicht darunter leiden.“

3) Im §. 15 möge ausgesprochen werden, dass der nicht übernommene Physikus in ausreichender Weise entschädigt werde.

4) Es möge im Gesetz ausgesprochen werden, dass der Kreisarzt ein auskömmliches Gehalt nebst Wohnungsgeld und Dienstaufwandsentschädigung beziehe.

beschlusse der Schlusssatz im §. 2: „Derselbe (der Minister) kann diese Befugniss auf den Oberpräsidenten übertragen", gestrichen ist und somit auch künftighin die Anstellung des Kreisarztes durch den Minister der Medizinalangelegenheiten erfolgt.

Betreffs der im §. 2 Abs. 1 unter Nr. 2 verlangten Doktorwürde als Vorbedingung für die Anstellung des Kreisarztes war man allgemein der Ansicht, dass diese Bestimmung ebenso wie diejenige unter Nr. 4 (Ablauf eines angemessenen Zeitraumes nach der Approbation als Arzt) besser in die abzuändernde und höhere Anforderungen zu stellende Prüfungsordnung gehöre, als in das Gesetz. In dieser Prüfungsordnung müsste auch mit Rücksicht auf die verantwortliche amtliche Stellung des Kreisarztes eine längere praktische Vorbereitungszeit vorgeschrieben werden, wie solche vor Kurzem für die Gewerbeaufsichtsbeamten eingeführt sei.

Im Uebrigen stimmte man dahin überein, dass mit Rücksicht auf die Erklärungen des Herrn Ministers in der Kommission das Erforderniss der auf einer preussischen Universität erworbenen Doktorwürde gerechtfertigt sei, nur sei zur Beruhigung derjenigen Aerzte, die nach den bisherigen Bestimmungen der Prüfungsordnung zum Physikatsexamen zugelassen und pro physicatu approbirt sind, eine Erklärung der Staatsregierung darüber dringend erwünscht, dass diese Aerzte auch künftighin anstellungsfähig bleiben, gleichgiltig, ob sie auf einer preussischen oder ausserprenssischen deutschen Universität ihre Doktorwürde erlangt haben.

Zu §. 3.

Mit Rücksicht auf die allgemeine Ausführungen des Vorsitzenden hielt man im §. 3 folgenden Zusatz für dringend erwünscht:

> „Derselbe (der Kreisarzt) darf nur insoweit ärztliche Privatpraxis ausüben, als seine Dienstgeschäfte nicht darunter leiden."

Im Uebrigen wurde der von der Kommission zu diesem Paragraphen angenommene Vermittelungsantrag:

> „Wo besondere Verhältnisse es erfordern, können vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden.
>
> Dieselben beziehen ein festes Diensteinkommen unter Ausschluss von Gebühren. Soweit nach bestehenden Vorschriften für gewisse Verrichtungen Gebühren zu entrichten sind, fliessen dieselben zur Staatskasse.
>
> Die Ausübung der ärztlichen Praxis ist den vollbesoldeten Kreisärzten untersagt. Die Annahme von Nebenämtern kann ihnen von dem Minister der Medizinalangelegenheiten gestattet werden.
>
> In Stadtkreisen können die im Dienste der Kommune stehenden Stadtärzte mit der Wahrnehmung der Aufgaben des Kreisarztes beauftragt werden. Für die im Auftrage des Staates auszuübenden Funktionen beziehen dieselben eine vom Staat zu leistende Remuneration."

als eine erhebliche Verbesserung der Regierungsvorlage und werthvolle Uebergangsbestimmung anerkannt, durch die wenigstens die Anstellung von vollbeschäftigten und vollbesoldeten Kreisärzten ermöglicht werde, wenn diese auch vorläufig noch die Ausnahme bilden würden. Der eventuellen Uebertragung der Funktionen des

Kreisarztes auf die in Stadtkreisen von Seiten der Kommune angestellten Stadtärzte steht der Vorstand ebenfalls sympathisch gegenüber, da es entschieden im öffentlichen gesundheitlichen Interesse liegt, dass der städtische Gesundheitsbeamte in der Regel auch in allen gesundheits- und medizinalpolizeilichen Geschäften als technischer Beirath fungirt.

Zu §. 4.

Durch den von der Kommission zu diesem Paragraphen angenommenen Zusatz:

„Dem Kreisarzte können ein oder mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte widerruflich als Assistenten beigegeben werden, welche ihm dienstlich unterstellt sind und eine angemessene Remuneration aus staatlichen Mitteln erhalten.

Die Assistenten werden von dem Minister der Medizinalangelegenheiten bestellt."

ist einem Wunsche der Medizinalbeamten, der sich mit den Forderungen des öffentlichen Interesses völlig deckt, entsprochen; denn durch die Schaffung von Assistenten wird es nicht nur ermöglicht, in grossen Kreisen die dem Kreisarzte obliegenden Aufgaben einheitlich zu erledigen, sondern auch den künftigen Kreisärzten Gelegenheit gegeben, sich unter sachverständiger Leitung in ihr späteres verantwortliches Amt einzuarbeiten. Der Hauptwerth dieser Einrichtung ist aber nach Ansicht des Vorstandes darin zu erblicken, dass der Zivil-Medizinalverwaltung dadurch jeder Zeit eine grössere Zahl gut vorgebildeter Aerzte zur Verfügung steht, die sie beim Ausbruch ausgebreiteter Epidemien beliebig verwenden kann, so dass sich eine Inanspruchnahme der Militär-Medizinalverwaltung in solchen Fällen erübrigt.

Zu §. 5.

Der Vorsitzende theilte mit, dass der in der Kommission zu Abs. 1 Nr. 1 gestellte Antrag, wonach der Kreisarzt an allen denjenigen Sitzungen des Kreisausschusses und Kreistages theilzunehmen habe, auf deren Tagesordnung Vorlagen stehen, die das öffentliche Gesundheitswesen des Kreises berühren, ebenso mit Stimmengleichheit abgelehnt sei, als der Antrag zu Nr. 2 dieses Absatzes, durch den dem Kreisarzt das Recht eingeräumt werden sollte, auch ohne besonderen Auftrag seinen Kreis zu bereisen. Diese Ablehnung wurde allseitig bedauert und betreffs des ersten Punktes, der Betheiligung des Kreisarztes an den Sitzungen des Kreisausschusses und Kreistages, hervorgehoben, dass, wenn man den staatlichen Gesundheitsbeamten soweit als möglich mit den Organen der Selbstverwaltung in Verbindung bringen und ihn verpflichten wolle, dem Ersuchen derselben Folge zu geben, dann diesen auch umgekehrt die Pflicht auferlegen müsse, den Kreisarzt in allen das Gesundheitswesen des Kreises betreffenden Fragen zu hören, und dessen Zuziehung nicht bloss von ihrem Belieben abhängig machen dürfe. Zweifellos habe die Kreiskommunalverwaltung von der sachverständigen Mitwirkung der Kreisärzte in solchen Fällen den grössten

Vortheil, dieser dagegen nur Mehrarbeit und Zeitverlust. Halte man jedoch die im Interesse des Kreises selbst liegende Zuziehung des Kreisarztes bei allen gesundheitlichen Angelegenheiten für zu weitgehend und mit der kommunalen Verwaltung nicht vereinbar, dann sei es für beide Theile weit richtiger, statt der jetzigen Fassung zu sagen:

„Der Kreisarzt hat insbesondere die Aufgabe:
1. . . . . und nach Massgabe seiner Dienstanweisung der Kreiskommunalverwaltung mit seinem sachverständigen Beirathe zur Seite zu stehen."

Diese Fassung sei überhaupt weit zweckmässiger, denn die Theilnahme des Kreisarztes an den Verhandlungen des Kreisausschusses und Kreistages genüge allein nicht; wichtiger sei vielmehr seine Mitwirkung bei der Vorbereitung und späteren Ausführung derartiger Angelegenheiten. Auch bei den Kreisbauinspektoren sei das Verhältniss zu den Organen der Selbstverwaltung in ähnlicher Weise geregelt und habe sich dieses Verfahren durchaus bewährt.

Hinsichtlich des zweiten Punktes herrschte Einmüthigkeit darüber, dass die in der Begründung für den Kreisarzt als nothwendig anerkannte Ermächtigung, unabhängig von der Requisition der Behörden sich über die sanitären Verhältnisse seines Bezirkes zu informiren, d. h. seinen Amtsbezirk auch ohne besonderen Auftrag zu bereisen, unbedingt durch das Gesetz festgelegt werden müsse. Ohne diese Befugniss sei die Bestimmung im §. 7 (vorläufiges Anordnungsrecht beim Ausbruch ansteckender Krankheiten) ohne jede Bedeutung und jedenfalls der Kreisarzt ausser Stande, den im §. 5 ihm gestellten Aufgaben gerecht zu werden. Müsse er auch künftighin bei jeder nach seiner Ansicht nothwendigen Dienstreise auf die Requisition des Landraths warten, dann werde er ebenso wie bisher meist zu spät kommen, um durch sein rechtzeitiges Eingreifen die Verbreitung ansteckender Krankheiten zu verhüten. Sei er dagegen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, sich aus seinem eigenen Antriebe über die gesundheitlichen Verhältnisse seines Bezirks nach allen Richtungen hin zu unterrichten, dann werde er auch in Wirklichkeit ein Pfleger und Wächter der öffentlichen Gesundheit sein und der vornehmsten Aufgabe seines Amtes, Volkskrankheiten zu verhüten und in ihren Anfängen zu ersticken, in vollem Umfange genügen.

Mit Recht wurde hervorgehoben, dass z. B. allen technischen Lokalbeamten (Gewerbeaufsichtsbeamten, Kreisbauinspektoren u. s. w.) eine gleiche Befugniss eingeräumt sei, desgleichen den Kreisthierärzten beim Ausbruch von Viehseuchen. Wenn bisher bei der Bekämpfung ansteckender Krankheiten oft nur wenig erreicht sei, so beruhe dies lediglich darauf, dass der Medizinalbeamte erst zu einer Zeit zugezogen werde, wo die Seuche schon eine grosse Ausbreitung genommen habe. Einem etwaigen Missbrauche der dem Kreisarzte eingeräumten Befugniss, seinen Amtsbezirk auch ohne Auftrag zu bereisen, könne durch entsprechende Anordnung

in der Dienstanweisung leicht vorgebeugt werden; das Bedenken aber, dass der Kreisarzt diese Befugniss im Interesse seiner ärztlichen Privatpraxis ausnutzen könne, sei einem Königlichen Beamten gegenüber völlig ungerechtfertigt. Demgemäss sei es erforderlich, dem §. 5 Abs. 1 Nr. 2 folgende Fassung zu geben:

„Die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises aus eigener Anschauung zu beobachten, auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken, sowie seinen Amtsbezirk auch ohne besonderen Auftrag, insbesondere zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung gemeingefährlicher Krankheiten, zu bereisen."

Zu den §§. 6—8.

Da auch bei nicht ansteckenden Krankheiten, z. B. bei Trichinose, ein sofortiges Eingreifen des Kreisarztes sowie eine vorläufige Anordnung nothwendig sein kann, empfiehlt es sich, im §. 7 zu sagen:

„gemeingefährlicher Krankheiten" statt „einer ansteckenden Krankheit".

Zu II. Gesundheitskommissionen; §§. 9—12.

Die von manchen grösseren Städten gegen den §. 9 Abs. 6 (Befugniss des Kreisarztes zur Zusammenberufung der Gesundheitskommissionen u. s. w.) geäusserten Bedenken werden durch die von der Kommission zu diesem Paragraphen angenommene Zusatzbestimmung:

„Der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, auf den Antrag städtischer Behörden es bei der bisherigen Einrichtung der Sanitätskommissionen zu belassen"

gehoben. Weit wichtiger und nothwendiger ist dagegen nach Ansicht des Vorstandes eine Abänderung der Bestimmung im §. 12, dass die Bildung von Gesundheitskommissionen in Landgemeinden mit 5000 oder weniger Einwohnern nur mit dem Einverständniss des Kreisausschusses angeordnet werden kann. Diese Bestimmung bedeute nicht nur eine Einschränkung der bisherigen Rechte des Landrathes, sondern auch eine Verschlechterung gegenüber der Bestimmung im §. 2 des Regulativs vom 8. August 1835, wonach dem Regierungspräsidenten „die Errichtung von Sanitätskommissionen überlassen bleibt". Das platte Land nach dieser Richtung hin anders zu behandeln, als die kleineren Städte mit weniger als 5000 Einwohnern, dafür liege gar kein Grund vor; im Gegentheil, die Erfahrung lehre, dass die Bildung von Gesundheitskommissionen in den Landgemeinden oder für mehrere kleinere Landgemeinden zusammen behufs Besserung der hier herrschenden gesundheitlichen Missstände oft viel nothwendiger als in den Städten sei. Der Vorsitzende theilt z. B. aus seinem Regierungsbezirk mit, dass hier in fast allen Landgemeinden Gesundheitskommissionen vorhanden seien und sich bewährt hätten; eine erfolgreiche Thätigkeit derselben sei besonders dann zu erwarten, wenn der Kreisarzt an ihren Sitzungen und an den damit zu verbindenden örtlichen Besichtigungen periodisch theilnehme; denn hier sei ihm die beste Gelegenheit gegeben, auf die

Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken. Einstimmig war man daher der Ansicht, dass im §. 12 die Worte

„im Einverständniss mit dem Kreisausschuss“

zu streichen seien, damit dem Regierungspräsidenten sein bisheriges Recht, als Aufsichtsbehörde auch in Landgemeinden die Bildung von Gesundheitskommissionen anzuordnen, gewahrt bleibt.

Zu III. Uebergangsbestimmungen; §§. 13—17.

Nachdem der Vorsitzende die von der Kommission mit Rücksicht auf die Beschlüsse zu den §§. 2 und 9 angenommenen redaktionellen Aenderungen im Abs. 2 des §. 13 (Fortfall der Worte „an die Stelle des Oberpräsidenten der Regierungspräsident“) und im §. 16 (Zusatz: unbeschadet der Vorschrift im §. 9 Abs. 4) erwähnt hatte, wurde von ihm ausgeführt, dass die Bestimmung im §. 15, wonach den zur Disposition zu stellenden Medizinalbeamten nur ihre bisherige Besoldung von 900 bezw. 600 Mark als Wartegeld und nach 5 Jahren $^3/_4$ dieser Besoldung als Pension gewährt werden solle, in den Kreisen der betheiligten Beamten die grösste Beunruhigung hervorgerufen habe, wie sich aus zahlreichen, bei ihm eingegangenen Zuschriften ergebe. Das Diensteinkommen der Medizinalbeamten setze sich nicht nur aus jener Besoldung, sondern aus Gebühren u. s. w. zusammen, die für amtliche Verrichtungen zu entrichten und daher auch, ebenso wie früher bei den Katasterbeamten, Rentmeistern u. s. w. zu den unmittelbaren Diensteinnahmen zu rechnen seien. Bei diesen Beamten sei früher jedoch nicht nur ihr festes Gehalt, sondern auch ihre unmittelbaren Einnahmen aus amtlichen Verrichtungen bis zu einer bestimmten Höhe für das Wartegeld bezw. für die Pension massgebend gewesen; deshalb sei es nur recht und billig, auch den Medizinalbeamten gegenüber in gleicher Weise zu verfahren. Von anderen Mitgliedern des Vorstandes wurde noch hervorgehoben, dass es sicherlich nahe an hundert ältere Kreisphysiker und auch einzelne Kreiswundärzte gebe, die seit Jahren ihre Privatpraxis vollständig aufgegeben hätten und ihren Lebensunterhalt lediglich aus ihrem Diensteinkommen deckten. Würden diese Beamten nur mit 900 bezw. 600 Mark Wartegeld zur Disposition gestellt und später mit 675 bezw. 450 Mark pensionirt, so ständen sie thatsächlich vis à vis de rien und würden beim Mangel eigenen Vermögens auf fremde Unterstützung angewiesen sein, denn eine Wiederaufnahme der Privatpraxis sei für sie ausgeschlossen. Wenn auch gesetzlich eine solche harte Bestimmung möglich sei, so sei es doch die vornehmste Aufgabe der Gesetzgebung, gerecht zu sein und unbillige Härten namentlich alten verdienten Beamten gegenüber zu vermeiden. Dies geschehe am zweckmässigsten dadurch, dass dem §. 15 in Abs. 1 folgende Fassung gegeben werde:

„Dieselben beziehen während dieses Zeitraums ihre bisherige Besoldung unverkürzt weiter und erhalten ausserdem bis zu einer bestimmten Höhe eine entsprechende Entschädigung für ihre sonstigen unmittelbaren Diensteinnahmen.“

Der Absatz 2 desselben Paragraphen würde dann am Schluss zu fassen sein:

„eine Pension in Höhe von drei Viertheilen ihrer Besoldung und der nach Abs. 1 festgesetzten Entschädigung."

Sehr bedauert wurde, dass seitens der Königlichen Staatsregierung weder bei der Berathung im Abgeordnetenhause, noch in den Berathungen der Kommission irgend welche bestimmte Angaben weder über die Höhe der künftigen Besoldung der Kreisärzte, noch über die Gewährung von Wohnungsgeldzuschuss und Dienstaufwand gemacht seien. Es sei allerdings richtig, dass diese Fragen nicht durch das Gesetz, sondern durch den Etat geregelt würden, anderseits aber auch namentlich im Interesse der betheiligten Beamten eine Aufklärung nach dieser Richtung hin äusserst erwünscht. Der Vorsitzende glaubt, dass eine endgültige Entscheidung darüber noch nicht getroffen sei und zunächst die Annahme des Gesetzentwurfs abgewartet werden solle.

Einstimmig hielt man es für nothwendig, dass auch den nicht vollbesoldeten und vollbeschäftigten Kreisärzten Wohnungsgeldzuschuss sowie ein dem Umfang ihrer Dienstgeschäfte entsprechender Dienstaufwand zu gewähren und ihr Gehalt nach dem Vorschlage des Abg. v. Waldow so zu bemessen sei, dass es ihnen selbst bei mässiger Privatpraxis ein standesgemässes Auskommen gewährleistet, sie also von den Einnahmen der Privatpraxis thunlichst unabhängig stellt. Als Anhaltepunkt könne dafür das Gehalt der Bezirksärzte in Sachsen dienen. Werde, namentlich für die ersten Jahre, die bisherige Liquidation der Reisen nach Tagegeldern und Reisekosten statt der Gewährung einer Pauschalsumme für Reisen vorgezogen, so sei den Kreisärzten eine ausreichende Summe für Bureauaufwand zuzubilligen, da schon jetzt manche Kreisphysiker einen grossen Theil ihres Gehalts für Schreibhülfe, Registratur u. s. w. aufwenden. Nothwendig sei ferner eine Bestimmung dahin, dass, wenn ein nicht vollbesoldeter Kreisarzt in eine vollbesoldete Stelle versetzt wird, er nicht mit der niedrigsten, sondern mit der seinem Dienstalter entsprechenden Gehaltsstufe beginnt. Ebenso müsste, um die im öffentlichen Interesse rechtzeitige Pensionirung der Kreisärzte ohne Härten gegen diese Beamten durchführen zu können, eine Bestimmung getroffen werden, dass bei der Pensionirung eines nicht vollbesoldeten Kreisarztes das Gehalt der vollbesoldeten, oder, falls solche noch nicht angestellt sind, dasjenige der Beamten gleicher Kategorie fingirt zu Grunde gelegt wird.

Zum Schluss wurde vom Vorsitzenden noch betont, dass bei der jetzigen Reform endlich auch die Rangverhältnisse der Kreisärzte in ähnlicher Weise zu regeln seien, wie dies bei den Gewerbeaufsichtsbeamten und Kreisbauinspektoren durch Kabinetsordre vom 27. Januar 1898 geschehen sei, also dahin, dass die

Hälfte der Kreisärzte nach mindestens zwölfjährigem Dienstalter Sr. Majestät zur Verleihung des Charakters als „Medizinalrath“ mit dem persönlichen Range als Räthe IV. Klasse vorgeschlagen werden kann.

Betreffs der Frage, ob mit Rücksicht auf den vorliegenden Gesetzentwurf eine Haupt- oder Delegirtenversammlung einberufen werden sollte, berichtete der Vorsitzende, dass in keiner der zahlreichen, bei ihm in jüngster Zeit eingegangenen Zuschriften ein solcher Wunsch ausgesprochen sei, sondern im Gegentheil, mehrfach die Abhaltung einer derartigen Versammlung als inopportun bezeichnet sei. Dieser Ansicht schloss sich der Vorstand nach längerer Debatte an. Ein Antrag, das Protokoll der heutigen Berathung über den Gesetzentwurf etwas ausführlicher zu fassen, in der nächsten Nummer der Zeitschrift für Medizinalbeamte zu veröffentlichen und Sonderabdrücke davon herstellen zu lassen, wurde einstimmig angenommen.[1]) Nachdem man sich dann noch über die sonst in der Angelegenheit zu ergreifenden weiteren Schritte geeinigt hatte, erstattete

II. der Vorsitzende einen kurzen **Geschäfts- und Kassenbericht.** Danach beträgt die Zahl der Mitglieder zur Zeit 957; die Einnahmen haben im Jahre 1898: 10440,08 Mark, die Ausgaben 10418,18 Mark betragen (nicht 10388,08 bezw. 10366,18 Mark, wie in dem vorläufigen Bericht, s. Nr. 6 der Zeitschrift, S. 196, irrthümlich angegeben ist), so dass ein Ueberschuss von 21,90 Mark verblieben ist. Mehrausgaben für Druckkosten wurden ebenso bewilligt, wie ein Theil der Kosten eines Zivilprozesses, den ein Vereinsmitglied gegen eine Stadtgemeinde geführt, und bei dem es sich um eine Prinzipienfrage gehandelt hatte.

III. Betreffs der diesjährigen **Hauptversammlung** wird beschlossen, dieselbe am Freitag und Sonnabend, den 29. und 30. September in Berlin und zwar wiederum im Festsaale des Savoy-Hôtel in gleicher Weise wie im Vorjahre abzuhalten. Als Berathungsgegenstände wurden bestimmt:

1. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit nach dem bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. Referent: H. Prof. Dr. Cramer in Göttingen.
2. Die gerichtsärztliche Sachverständigen-Thätigkeit nach dem bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. Referent: H. Privatdozent Dr. Puppe in Berlin.
3. Die Regelung des Hebammenwesens.
   a) Vor- und Ausbildung der Hebammen. Nachprüfungen und Wiederholungskurse. Referent H. Kreisphysikus Dr. Langerhans, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Celle.
   b) Die soziale Stellung der Hebammen. Referent: H. Kreisphysikus Dr. Lemmer in Alfeld.
4. Wie kann der staatliche Gesundheitsbeamte seine Stellung zur Förderung der modernen Wohlthätigkeitsbestrebungen verwerthen? Referent: Herr Sanitätsrath Dr. Hensgen in Siegen.

---

[1]) Den Mitgliedern der Kommission des Abgeordnetenhauses sind schon vorher Sonderabdrücke zugestellt. Ueber das Ergebniss der am 13. d. Mts. stattgehabten zweiten Lesung in der Kommission siehe S. 337. Danach sind, abgesehen von §. 5, Abs. 1, die vorstehend zu den §§. 2—7 geäusserten Wünsche berücksichtigt. Die zweite Lesung zu den §§. 10—17 steht noch aus und wird am Dienstag, d. 16. d. Mts. abgehalten.

Ein eingegangener Antrag, nicht immer in Berlin, sondern abwechselnd auch in anderen geeigneten Orten zu tagen, soll der Hauptversammlung zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Die endgültige Tagesordnung wird spätestens in der am 15. Juni d. J. erscheinenden Nummer der Zeitschrift für Medizinalbeamte veröffentlicht werden.

Nach einigen kleineren geschäftlichen Mittheilungen wird die Vorstandssitzung geschlossen.

Bericht über die VI. ordentliche Generalversammlung des Vereins der Medizinal-Beamten des Regierungsbezirks Breslau am Sonntag den 4. Dezember 1898 zu Breslau im Hörsaal der neuen Anatomie.

Vor der Sitzung wurde die neue Anatomie unter freundlicher Führung des Herrn Geh. Medizinalraths Prof. Dr. Hasse besichtigt.

I. **Die Selbstversicherung der Hebammen gegen Invalidität und Alter mit einem Ueberblick über das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz.** Ref. H. Kreisphysikus Dr. Keferstein.

Der Vortrag ist in der heutigen Nummer der Zeitschrift in extenso veröffentlicht. In der Diskussion erklärte der Vorsitzende H. Reg.- und Med.-Rath Dr. Alexander das Vorgehen des Herrn Kollegen Keferstein bei dem Nothstande der Hebammen für dankenswerth.

II. **Bekämpfung der Körnerkrankheit (Granulose) mit spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse im Kreise Gross-Wartenberg.**

Der Referent H. Kreisphysikus Dr. Furch-Gross-Wartenberg rekapitulirt zunächst nach kurzer Hindeutung auf den bevorstehenden Beginn der Bekämpfung der Granulose auf der ganzen Linie der östlichen Provinzen des „besseren Verständnisses wegen" die herrschenden Ansichten über Herkunft, Geschichte, Wesen, Verbreitung und Ansteckungsfähigkeit der Krankheit.

Granulose = Augenkörnerkrankheit ist ein Sammelname für Follikular-Katarrh und Trachom. In dem Kampfe der sich scharf bekämpfenden Unitarier und Dualisten haben die letzteren so gut wie sicher den Sieg davongetragen; die Zahl der Unitarier schrumpft von Jahr zu Jahr immer mehr zusammen. Auch F. schliesst sich den Dualisten an; denn wenn Tuberkulose, Syphilis, verpilzte Augenwässer, wenn andere mechanische äussere Reize (Schulstaub, stockige Luft etc.) Follikel hervorbringen können, so widerstrebt es alles, was sich als follikelartige Gebilde repräsentirt, für leichte Granulose, d. h. für ein unentwickeltes Trachom zu halten. Aus praktischen Gründen, vom statistischen, speziell aber vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, ist es wichtig, Follikular-Katarrh vom Trachom scharf auseinanderzuhalten; denn der erstere heilt von selbst ohne jeden Nachtheil für den Träger desselben und erfordert demnach gar keine sanitätspolizeilichen Massnahmen, während das letztere mit seinen verhängnissvollen Folgen die ernstesten Massregeln erheischt. Soweit bekannt, steht man jetzt in ministeriellen Kreisen ebenfalls auf dem dualistischen Standpunkte.

Referent erörtert dann die Ansteckungsfähigkeit des Trachoms durch das Augensekret, besonders durch gemeinsamen Gebrauch von Waschutensilien, Handtuch, auch wohl von Bettzeug, Taschentüchern etc. und durch Anfassen von Gegenständen, welche vor Kurzem mit Trachomsekret beschmutzt sind. Infektion durch Luft, organischen Staub, Insekten wird meist bestritten; Disposition meist angenommen. Die Ansteckungsfähigkeit ist jedoch geringer, als vielfach geglaubt wird. Wenn dennoch das Trachom zur Familienseuche, zur Volksseuche in den östlichen Provinzen geworden ist, so sind folgende Faktoren ganz besonders Schuld daran:

1. Grosse Armuth.
2. Niedrige Kulturstufe.

Beide Ursachen bedingen zusammen die denkbar unhygienischsten Zustände des Ostens. Viele Arbeiter und viele kleine Wirthe im Kreise Wartenberg bewohnen nur eine einzige Stube, welche äusserst niedrig und eng ist und welche die nackte Erde oder aufgestampften Lehm als Fussboden hat. Die

kleinen Fenster sind oftmals vernagelt und verkittet, damit im Winter ja keine frische Luft in das mangelhaft geheizte Lokal eindringen kann.

Dass in diesem engen „Zimmer“ nicht eben viel Betten Platz haben und daher die Familienmitglieder zu zwei, drei oder vier Personen in einem einzigen Bette ohne Unterschied des Geschlechts schlafen müssen, ist erklärlich. Unter diesem Quadratbette fault der ganze Kartoffelvorrath, während bisweilen Hühner, Gänse und Ferkelchen als Mitbewohner das „Zimmer“ komplet machen. — Wenn ein Waschbecken, ein Handtuch für die ganze Familie vorhanden ist, so ist das schon viel. Gewöhnlich hängt zwar ein Handtuch ganz rein da, aber es bildet nur einen Zimmerschmuck und stellt geradezu ein Renomirhandtuch dar. — Wehe aber dem, der sich an einem solchen Handtuch vergreift. Als Handtuch wird hier die Schürze der Mutter verwandt. Diese Mutterschürze dient als Universalwischlappen im Zimmer und zugleich als Handtuch für die trachomkranke Mutter und ihre Kinder Tag für Tag! Unter solchen Umständen ist es daher nicht zu verwundern, wenn das Trachom zur Familienseuche wird.

3. Der sehr stark verbreitete Alkoholismus.

4. Die im Osten gering entwickelte Industrie, in Folge dessen muss der Arbeiter aus Mangel an Arbeitsgelegenheit, nicht aber aus Arbeitsscheu, wie ihm vorgeworfen wird, im Winter vielfach feiern. Denn wenn ein Arbeiter im Kreise Wartenberg für 50 bis 60 Pfennige täglichen Lohn von Morgens 3 Uhr bis Abends 10 Uhr mit kaum einer Stunde Mittagspause arbeitet, so kann ihm sicherlich nicht Arbeitsscheu vorgeworfen werden.

5. Direkte Züchtung und Verschleppung des Trachoms durch die sog. Sachsengängerei von einer Provinz in die andere.

6. Einschleppung durch russisch-polnische Arbeiter und Galizier. — Die östlichen Provinzen stehen demnach gewissermassen unter einem heftigen Kreuzfeuer von Osten und Westen her, wodurch die schwere Durchseuchung ganz natürlich ist.

Referent schildert die geographische Verbreitung des Trachoms in den einzelnen Provinzen, speziell in Ost- und Westpreussen, Posen, Schlesien, Rheinprovinz und den Trachominseln: Kreis Heiligenstadt, Worbis, Hessen-Kassel.

Auch der Kreis Wartenberg nimmt bei der Trachomendemie einen hervorragenden Platz ein: Nach Untersuchung sämmtlicher Schulen des Kreises sind unter 10223 Schülern 3620 an Granulose erkrankt (1568 Follikularkatarrh, 1263 verdächtig, 789 Trachom) gefunden worden; demnach sind 7,71 % der Schulkinder an Trachom erkrankt. — Es ist anzunehmen, dass der Kreis keine Trachominsel bildet und dass die Krankheit hierher von den östlichen bezw. nördlichen Nachbarkreisen (Adelnau, Schildberg, Kempen) transportirt worden ist; denn die nordöstlichen Schulen des Kreises sind am stärksten durchseucht, während die westlichen und südlichen nur wenig befallen oder ganz frei von Trachom sind.

Das Trachom herrscht zweifellos in Europa, speziell in den russischen Ostseeprovinzen, wahrscheinlich auch in den preussischen Ostprovinzen, nicht Jahrzehnte, sondern Jahrhunderte endemisch; es kann daher von einer frischen Epidemie dieser Krankheit nirgends die Rede sein. Je mehr man nach Trachom fahndet, desto mehr findet man es in seiner chronischen Form. — Das Trachom bei uns ist dieselbe Krankheit wie das zur Zeit in Aegypten herrschende, aber nicht identisch mit der sog. ägyptischen Augenentzündung, welche ehemals das napoleonische Expeditionskorps und die anderen europäischen Heere durchseuchte und sicher Mischinfektionen darstellte.

Steht es fest, dass das Trachom die geistige Ausbildung der Schüler hindert, die Wehrkraft der Nation schädigt und die Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung beeinträchtigt, so ist es vor Allem wichtig, genauer als bisher festzustellen, in welchem numerischen Grade dies der Fall ist, damit die absolute Nothwendigkeit seiner Bekämpfung noch schärfer markirt wird.

Nachdem Referent noch betont hat, dass die Schätzung, wonach bei 30 % der Trachomfälle Komplikationen eintreten sollen und bei 0,9 % totale Erblindung, für den Kreis Wartenberg als zu hoch gegriffen bezeichnet werden müsse, fordert er als direkte Bekämpfungsmittel:

1. Bekämpfung auf der ganzen Linie des Ostens und überall, wo Trachomherde sich zeigen, nach einem bestimmten, einheitlichen Plane, was bisher nicht der Fall sei.

2. Eine zuverlässige Statistik nach Frequenz und Charakter der Krank-

heit, wobei nicht nur die Untersuchung, sondern auch die Berichterstattung nach einheitlichem System zu geschehen hätte, da der Untersuchende zu total anderen Resultaten gelangt, je nachdem er der einen oder der anderen Schule angehört, ob er Unitarier oder Dualist ist, ob er nach den Jacobson'schen oder von Hippel'schen oder nach anderen Direktiven untersucht. Das Militär untersucht z. B. nach den von Hippel'schen (unitarischen), fast alle Augenkliniken nach den dualistischen Direktiven, während den amtlichen Berichten der Schuluntersuchung bisher gar keine bestimmte Direktiven zu Grunde gelegen haben. In Folge dieser Inkongruenz bei der Feststellung der Statistik entsteht eine grenzenlose Verwirrung und sicher falsche Resultate, welche proportional grösser werden, je zahlreichere Untersuchungen stattfinden. Falsche Resultate bedingen aber falsche Massnahmen; falsche Massnahmen schädigen nicht nur die Kranken körperlich und geistig, sondern auch die befallenen Gemeinden und vor Allem die Staatskasse, abgesehen davon, dass man sich selbst dabei blamiren kann, wie alljährlich Beispiele in den verschiedensten Theilen der Monarchie hiervon Zeugniss ablegen.

Bei den im Wartenberger Kreise vorgenommenen Schuluntersuchungen haben sich die Hirschberg'schen (dualistischen) Direktiven vorzüglich bewährt, da sie neben der Frequenz auch den Charakter der Krankheit bestimmen: Follikular-Katarrh (F), Trachom verdächtig (v), Trachom leicht (l), mittelschwer (m), schwer (s). Vortheilhaft ist es, dass sämmtliche Schulen und geschlossenen Anstalten in durchseuchten Gegenden untersucht werden. Nur da und dort eine Schule zu untersuchen, wo zufällig ein Kranker aufgefunden ist, hält Referent nicht für zweckmässig, weil nach seinen Erfahrungen dabei viel übersehen wird. Im Kreise Wartenberg fanden z. B. die Schuluntersuchungen zu zwei verschiedenen Zeiten statt. Das erste Mal wurde nur da untersucht, wo Granulose gemeldet war; hierbei wurden 147 Kranke gefunden. Bei der zweiten allgemeinen Untersuchung, welche den grossen Rest der Schulen betraf, wurden dagegen 642 trachomkranke Schulkinder gefunden; es waren demnach 642 trachomkranke Schulkinder bei der ersten Untersuchung übersehen worden.

3. Theilnahme möglichst vieler Aerzte in durchseuchten Gegenden an sogenannten Trachomkursen.

4. Von einer „energischen" Bekämpfung des Trachoms ist entschieden abzurathen, da

a. weder das Wesen des Trachoms, noch die Ursache seiner Entstehung, noch die Wege seiner Verbreitung genügend erforscht sind,
b. das Trachom in seiner chronischen Form Jahrzehnte event. Jahrhunderte in den östlichen Provinzen endemisch ist,
c. die Trachom-Schwankungen bezüglich Frequenz und Charakter in den einzelnen Provinzen und Zeiträumen bisher nur ungenügend festgestellt sind und
d. noch nicht sicher konstatirt ist, in welchem numerischen Grade die Krankheit schädigend einwirkt,
e. die kranken Schüler mit seltenen Ausnahmen wenig oder keine Beschwerden haben,
f. keine Behandlungsmethode absolut zuverlässig ist und
g. spontane Abheilung sicher in mehr Fällen stattfindet, als bisher angenommen (sichere Beobachtungen in zwei Schulen des Wartenberger Kreises).

5. Die offene Behandlung muss sich auf alle Trachomkranken, Kinder und Erwachsene, erstrecken; besonders müssen die Familien dabei Hauptangriffspunkt sein.

Im Wartenberger Kreise ist leider die Behandlung vornehmlich eine Behandlung der Schulkinder. Nutzlos ist diese allerdings nicht, da ein frühzeitig und sachgemäss behandeltes Trachom milder verläuft, als ein gar nicht behandeltes, und somit das Trachom des Schulkindes bis zu seinem Austritte aus der Schule und aus seiner Familie ein mildes bleibt.

6. Die Behandlung des Trachoms muss eine unentgeltliche und möglichst bequeme sein; den bedürftigen Erwachsenen ist noch eine Entschädigung für die versäumte Arbeit zu gewähren.

Im Wartenberger Kreise betheiligen sich an der Behandlung sechs Aerzte des Kreises, von welchen jedem ein Bezirk zugewiesen ist. In jedem Bezirk sind mehrere Ambulatorien (und zwar in Schullokalen) eingerichtet, welche der behandelnde Arzt vorläufig wöchentlich einmal in Rundtouren aufsucht und dort

die verschiedenen Kranken behandelt event. kontrolirt nach folgenden Grundsätzen:

a. Follikularkatarrh wird nicht behandelt.

b. Trachomverdächtige Fälle werden durch Selbsteinträufelungen behandelt, wobei die Kranken sich alle 4 Wochen dem Arzte vorzustellen haben. Bei Masseneinträufelungen durch Laien muss diesen grosse Vorsicht und peinliche Sorgfalt eingeschärft werden, damit jede Infektion ausgeschlossen wird. Einreiben von Salben durch Laien ist unzulässig.

c. die leichteren Trachomkranken werden durch Einträufelungen von Augenwässern durch Lehrer behandelt, wobei die Patienten alle 8 Tage dem Arzt sich vorzustellen haben. Sie besuchen den Schulunterricht ruhig weiter, erhalten jedoch besondere Plätze in der Schule.

d. die mittelschweren Trachomkranken werden thunlichst vom Schulunterricht ausgeschlossen und in einer Anstalt mechanisch chirurgisch behandelt (meist „gerollt", selten „ausgeschnitten"), bis dass das Trachom aus dem äusserst ansteckenden Stadium herausgetreten ist. Dies ist meist der Fall nach 4 bis 6 Wochen, worauf die Kranken wiederum die Schule besuchen können, hier aber besondere Plätze bekommen. Von jetzt ab werden Anfangs wöchentliche, später vierzehntägige Touchirungen durch den Arzt, in der Zwischenzeit tägliche Einträufelungen durch den Lehrer vorgenommen. Touchirungen, Salbeneinreibungen, Sublimatabreibungen durch Laien sind nicht gestattet.

e. Schwere Trachomkranke, bei denen Komplikationen bestehen, werden meist in Anstalten bis zur Besserung event. Heilung untergebracht. Einfaches Narbentrachom wird wie leichtes Trachom behandelt.

f. die behandelnden Aerzte führen über jeden Kranken Journal in Form von sogen. Absentenlisten und erstatten ca. vierteljährlich über den Fortgang der Behandlung dem Landrathsamte kurzen Bericht ab.

g. Schulschliessungen wegen Trachom sind ganz zwecklos, sonst müssten die Schulen Jahrzehnte geschlossen bleiben. Schulschliessungen wegen akuter Augenepidemien (akuter epidemischer Schwellungskatarrhe), welche meist auf dem Koch-Weck'schen Bacillus, zum Theil auch auf dem Pneumoniediplococcus beruhen und mit Bildung von Follikeln einhergehen, sind ebenfalls ganz ungerechtfertigt, da diese Epidemien, wenn nicht eine falsche Diagnose, eine falsche Behandlung eingeleitet, harmlos verlaufen, und nach einigen Wochen verschwinden, ohne auch nur ein Auge irgend wie nennenswerth geschädigt zu haben. Aber auch dann, wenn solche akute Epidemien trachomdurchseuchte Schulen befallen, ist eine Schulschliessung nicht erforderlich, wofern nur die (besonders mit Trachom behafteten) Erkrankten vom Schulunterricht rechtzeitig entfernt werden.

7. Sogenannte Trachom-Häuser sind entbehrlich.

8. Zwangsbehandlung wird auf die Dauer nothwendig sein, wie alle Aerzte des Kreises berichten. Ein Lehrer, welcher den erkrankten Schulkindern auf einem Ambulatorium die Eingiessungen besorgte, wurde von den Eltern der Kinder auf offener Strasse mit Schimpf bedeckt und sogar mit Stockschlägen bedroht.

9. Periodische Kontroluntersuchungen der Schulen sind unerlässlich.

10. Eine Anstellung von Trachom-Aerzten ist entbehrlich, wenn der beamtete Arzt in seinem Kreise die gesammte Leitung der Bekämpfung übernimmt. Dann muss der beamtete Arzt aber auch mit einer ganz anderen Initiative ausgestattet werden und muss auch grössere Selbstständigkeit entfalten können, besonders in einer Sache, welche ihm allein, nicht aber dem Landrathsamte zuständig ist.

11. Gedruckte und mündliche Belehrungen, von Zeit zu Zeit wiederholt, sind, wie im Wartenberger Kreise erwiesen ist, nutzbringend.

12. Zweckmässig ist ein Hand in Hand gehen der Militär- und Zivilbevölkerung bei der Bekämpfung; die Physiker sollen daher mit zu dem Aushebungsgeschäfte herangezogen werden.

13. Ausländische Arbeiter sind sofort an der Grenze nach Ueberschreitung derselben, sog. Sachsengänger vor Antritt ihrer Reise auf Trachom zu untersuchen (gegen Aushändigung eines Attestes) und etwaige Kranke zurückzuweisen.

14. Guts- und Fabrikbesitzer, welche Sachsengänger, russisch-polnische und galizische Arbeiter engagiren, dürfen nur bei Erfüllung gewisser hygienischer Bedingungen solche Arbeiter behalten.

Als indirekte Bekämpfungsmassregeln empfiehlt Referent Hebung der Industrie; Gründung von Fabriken mit ununterbrochenem Betriebe, verschärfte polizeiliche Baubestimmungen, besonders gegen sogen. Massenwohnungen; Errichtung von Eisenbahnen und Chausseen.

Zum Schluss wird noch auf die Gefahr der stets drohenden Wiederverseuchung (nach gelungener Unterdrückung der Seuche) von Seiten Russlands und Oesterreichs hingewiesen, so lange nicht genannte Staaten an der Bekämpfung theilnehmen.

In der Diskussion theilt der Vorsitzende mit, dass nach den amtlichen Zusammenstellungen aus sämmtlichen Kreisen des Regierungsbezirkes Breslau allein der Kreis Gross-Wartenberg eine Endemie von Trachom habe. Die Schuluntersuchungen müssen die Wege zu den Untersuchungen der Familien zeigen. Ministeriell ist die Hirschberg'sche Direktive in Aussicht genommen. Die Berechtigung einer Zwangsbehandlung in der Zivil-Bevölkerung sei zweifelhaft.

Polizei-Stadtphysikus Prof. Dr. Jacobi glaubt, dass die Schuluntersuchungen allein leicht ein falsches Bild geben, da die Unterscheidung von Follikularkatarrh und Trachom sehr oft schwierig und willkürlich ist, und in den Schulen an allen Orten, auch wo sonst wie in Breslau wahres Trachom fast gar nicht vorkommt, Follikularkatarrh selbst in stärkeren Graden als wahrhafte Schulkrankheit sehr häufig ist. Die ärztliche Behandlung des Follikularkatarrhs könne ferner leicht Widerwillen erregen, da nach topischen Reizungen in vielen Fällen erst Beschwerden entstehen, die vorher nicht vorhanden waren.

III. **Die Milchsterilisir-Anstalt „Helios" zu Paris und die Polyclinique Henri de Rothschild.** (Ein Beitrag zur Ernährungsfrage der Säuglinge.) H. Kreiswundarzt Dr. Gellner:

Die Milchsterilisir-Anstalt „Helios" in Paris ist in ihren Einrichtungen und im Betriebe mustergiltig. Die Milch stammt aus der Laiterie de la Valée de l'Huisne, woselbst sich die musterhaft angelegten Stallungen und tadellos gehaltenen Milchkühe befinden. Die Ställe gestatten einen grossen Luftkubus (20 cbm) für eine Kuh mit 1,45 × 3,20 Bodenfläche; die Wände sind zementirt, die Decken gewölbt. Die Ventilation erfolgt durch Luftschächte (cheminés d'aëration) von $^1/_4$ qm Durchmesser (je einer auf 6 Kühe).

Im Milchaufbewahrungsraum sind Mobiliar und Gefässe von undurchlässigem Material hergestellt, und als künstliche Beleuchtung nur elektrisches Licht erlaubt (Petroleum oder Gas ist verpönt).

Jede Kuh wird vor der Einstellung durch den Thierarzt auf das Genaueste untersucht und mit Tuberkulin geimpft. Mindestens ein Mal im Monat werden sämmtliche Thiere, sowie auch die Futtervorräthe thierärztlich untersucht. Die Thiere sind peinlich sauber gehalten, Streustroh wird täglich erneuert. Vor dem Melken wäscht die Person sich mit Seife und Borwasser die Hände, desgleichen das Euter der zu melkenden Kuh. Personen mit nicht unverdächtigem Gesundheitszustand, sowie solche mit Fingergeschwüren, Hautschrunden u. s. w. werden ausgeschlossen.

Die gemolkene Milch wird durch ein Drahtsieb gegossen und auf einem Spiral-Refrigator gekühlt, worauf sie in wohlverzinnte eiserne Kannen gefüllt wird. Alle Gefässe sind durch heisse Dämpfe sterilisirt. Hierauf erfolgt Filtration durch eine 1 cm dicke Schicht hydrophiler Watte nach der Methode von Seibert in Newyork. — Der Transport hierauf von der Laiterie nach der Sterilisiranstalt ist ein sehr kurz dauernden. Die Sterilisirung erfolgt in Apparaten, welche nach dem Prinzip des „Autoklav" eingerichtet sind. Der Flaschenverschluss geschieht durch Korke, nie durch den sogar empfohlenen Patent-Cautchouc-Verschluss, welcher die Schuld trägt für die irrige Meinung, „sterilisirte Milch" schmecke den Kindern schlecht und werde daher nicht gern genommen.

Die so gewonnene, sterilisirte Milch giebt bei der Säuglingsernährung die überraschendsten Erfolge. Genaue und fortgesetzte Beobachtung ermöglicht der Umstand, dass in der Polyclinique Henri de Rothschild den Müttern diese Säuglingsmilch gratis verabreicht wird. Das interessanteste Faktum bleibt hierbei, dass bei künstlicher Säuglingsernährung die Milch unverdünnt vom ersten Lebenstage an gereicht und vertragen wird. (Bei der Sterilisirung erfolgt

auch keine Verdünnung der Milch — sie gelangt zur Sterilisirung mit einem Buttergehalt von 44 g auf 1 Liter Milch.) Selbst in der Zeit vom 1. Mai bis Mitte November — also die ganze Zeit der Sommerhitze über — wurde von den an Darmkatarrh kranken Kindern die unverdünnte Milch nicht nur gut vertragen, sondern selbst Kinder in ganz atrophischem Zustande sah man sich schnell erholen (von 53 solcher Kinder starb keines). Es sind nur noch „einige" unter den Pariser Aerzten, welche bei künstlicher Säuglingsernährung die Verdünnung der Milch für nothwendig erachten, wie dies bei uns allgemein für erforderlich gelehrt und gethan wird.

Nach dem grossen Beobachtungsmaterial, wie es in den Kliniken von Rothschild und Prof. Budin zur Verfügung steht, erscheint die bisherige Verdünnung der Milch bei der Säuglingsernährung nicht erforderlich, wenn die Milch in der Weise behandelt wird und so zum Gebrauch für den Säugling gelangt, wie es durch die Anstalt „Helios" geschieht.

IV. Herr Kreisphysikus Dr. Dybowsky theilt mit, dass das Landrathsamt ihn eröffnet habe, dass im brieflichen Verkehr am Orte der **Aversionirungsstempel** unzulässig sei. Die Diskussion ergiebt, dass eine solche Beanstandung sonst in keinem Kreise stattgefunden habe.

V. Es wird beschlossen, die pro physicatu geprüften Aerzte zu den Versammlungen einzuladen und bei der nächsen (Sommer-) Versammlung ein Diner mit den Damen der Theilnehmer zu veranstalten.

Dr. Jacobi-Breslau.

Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen am 22. April d. J.

Es waren 18 Mitglieder des Vereins erschienen; mehrere hatten ihr Ausbleiben entschuldigt und ihr lebhaftes Interesse an den Vereinsbestrebungen zu erkennen gegeben. Nachdem Berichterstatter die Versammelten begrüsst und hervorgehoben hatte, dass durch die lange Dauer des Interimistikums in der Bezirks-Medizinalverwaltung die Regsamkeit des Vereins etwas gelitten habe, und dass der letztere jetzt wieder in der Lage sei, einen Vorsitzenden endgiltig zu wählen, wurde durch Zuruf Herr Reg.- und Med.-Rath Dr. Schmidt zum Vorsitzenden, Berichterstatter zu dessen Vertreter gewählt.

Nach Uebernahme des Vorsitzes richtete H. Reg.- und Med.-Rath Dr. Schmidt einige Worte an die Versammlung, in welchen er die Hoffnung aussprach, dass das Vereinsleben den kollegialen Zusammenhalt unter den Vereinsmitgliedern fördern und den wissenschaftlichen Eifer neu beleben möge. Alsdann begab sich die Versammlung nach dem Zentralbahnhof, wo unter Führung des Vorsitzenden eine Besichtigung der vor einigen Tagen eröffneten Anlage zur Aufnahme, Untersuchung und Desinfektion der russischen Auswanderer und ihrer Effekten vorgenommen wurde. Diese vom Norddeutschen Lloyd und der Hamburg-Amerikanischen Schifffahrtsgesellschaft gemeinschaftlich eingerichteten Anlage, welche dem Auswanderer-Bahnhof zu Rohlehen nachgebildet ist, wurde von der Versammlung eingehend besichtigt, wobei der vor wenigen Tagen erst eingetroffene Anstaltsarzt in liebenswürdigster Weise die Einrichtungen erläuterte und möglichst in ihrem Betriebe vorführte. Die Versammlung war einstimmig in ihrem Lobe über die Zweckmässigkeit der hygienisch so wichtigen Anlage.

Nachdem die Versammlung in das Vereinslokal zurückgekehrt war, trug Sanitätsrath Dr. Kleinert-Rawitsch **„einige Mittheilungen über die in Rawitsch eingerichtete Grundwasserleitung"** vor. Gerade der Umstand, dass es sich hier um ein Gemeinwesen von nur 13000 Einwohner handelte, welches, durch besonders schwierige Verhältnisse dazu gezwungen, eine zentrale Versorgung mit gesundem Wasser durchführte, war ausserordentlich belehrend für die Kollegen. Dieselben Verhältnisse können und werden sich in anderen, vielleicht noch kleineren Kommunen wiederholen und die Mithilfe der Physiker erforderlich machen. Die vom Referenten gegebene Darstellung der Schwierigkeiten, welche in Rawitsch zu überwinden waren, erregten deshalb das lebhafteste Interesse der Versammlung, welches in einer eingehenden Diskussion zum Ausdruck kam.

Bei der nun folgenden **Besprechung über den Gesetzentwurf betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheits-**

Kommissionen, legte Berichterstatter durch Mittheilung eines Briefes des Herrn Geh. Medizinalraths Dr. Rapmund und unter Hinweis auf die von demselben Herrn in dieser Zeitschrift veröffentlichten Besprechungen der sog. Medizinalreform dar, dass die Vertretung der Interessen der Kreisphysiker in guten Händen sei, und dass es angezeigt erscheine, von weiteren Schritten nach dieser Richtung z. Z. abzusehen. Gesagt muss jedoch werden, dass die Frage der unfreiwilligen Pensionirung das Herz mancher Kollegen mit schwerer Sorge erfüllt, und dass der Wunsch, dass hier jede mit dem öffentlichen Wohle verträgliche Rücksicht genommen werde, von vielen Kollegen auch in der späteren zwanglosen Unterhaltung lebhaft ausgesprochen worden ist.

Ein gemeinschaftliches Mahl, an welchem sich alle Theilnehmer der Versammlung betheiligten, schloss den anregenden Tag ab. Die nächste Sitzung des Vereins soll im Herbst stattfinden. Dr. Lissner-Kosten.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Zur Impftechnik. Von Bezirksarzt Dr. Hesse in Eisenberg. Deutsche med. Wochenschrift; 1898, Nr. 14.

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen mit dem Weichardt'schen Nickel-Instrumentarium, das in der Zeitschrift für Medizinalbeamte wiederholt erwähnt worden ist (1898, Nr. 8 und 15) und auch in dem zweiten Berichte der Kommission zur Prüfung der Impfstofffrage (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 1. Heft, 1899) in dem Schlusssatze Beachtung findet: „Als Instrument für die Kinderimpfungen wurde von Freyer und Vanselow den Platin-Iridium-, von Schulz den Weichardt'schen Messern (25 Stück = 4 Mark) der Vorzug gegeben."

Hesse bediente sich bei der vorjährigen Impfkampage 75 zweischneidiger Weichardt'scher Impfspatel aus reinem Nickel und einer Lymphmensur zur Dosirung der Lymphe (cf. Heft 8 dieser Zeitschrift, 1898).[1])

Das Instrumentarium wurde zu Hause vor dem Impftermin in dem zugleich zum Transport dienenden Nickelkästchen mit kochendem und auf heisser Herdplatte vollkommen verdampfendem Wasser sorgfältig sterilisirt, im Impftermin zurechtgelegt, zum Schutze gegen Staub mit einem sterilisirten Tuche bedeckt, dann ein Spatel nach dem andern ergriffen, beide Spitzen in die mit Lymphe vollkommen gefüllte Lympfmensur eingetaucht, wie ein Federhalter gefasst und mit ihm ebenso sicher als leicht an der Impfstelle Anfangs noch Kreuzschnitte später nur einfache Schrägschnittchen gemacht, welche seltener bluteten, als Schnitte mit Messern aus härterem Metall. Dadurch war die Aufnahme der Lymphe in die Schnittchen sehr vollkommen und der Impferfolg ausgezeichnet. Bei den 600 Erstimpflingen zeigte sich an der Stelle fast eines jeden Schnittchens eine schöne vollkommen reaktionslose Pustel, so dass sich überall von 3 Schnitten mindestens 3 Pusteln entwickelten, Phlegmonen aber, oder andere unangenehme Nebenerscheinungen bei den im Ganzen ca. 1100 Erst- und Wiederimpfungen nicht beobachtet wurden.

Am Eingang seines Berichtes weist Hesse den von Dr. Poeppelmann gegen die Weichardt'schen Instrumente erhobenen Vorwurf, dass sie zu theuer und zu voluminös seien, als ungerechtfertigt zurück und macht mit Recht darauf aufmerksam, dass bei den in Nr. 10 der D. Med. Wochenschrift von Dr. Poeppelmann empfohlenen Impfstahlfedern „Le Jenner" nach Maréchal die Spalten des zu denselben benöthigten Federhalters den Bakterien direkt als Schlupfwinkel dienen. Er empfiehlt im Gegensatz dazu die den Forderungen der Asepsis ideal entsprechenden, weil vollkommen glatten, leicht zu reinigenden, sicher zu sterilisirenden und dabei billigen, weil fast unverwüstlichen Weichardt'schen Nickelimpfspatel allen Aerzten, welche beabsichtigen, nach aseptischen Grundsätzen zu impfen. —e.

---

[1]) Bezogen von O. Seyffardt in Altenburg.

Ueber die Verbreitung der Lungenschwindsucht. (Aus der Heilanstalt Hohenhonnef a. Rh.) Von Dr. E. Meissen, dirigirender Arzt. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1899, Nr. 20 und 21.

Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, ob die Schwindsucht durch Einathmen eines trockenen, verstäubten, tuberkelbazillenhaltigen Sputums, oder kleinster tuberkelbazillenhaltiger Tröpfchen verbreitet wird.

Aber praktische Folgerungen können aus diesen Versuchen nicht gezogen werden, weil derartige künstliche Versuchsanordnungen nicht den wirklichen Verhältnissen entsprechen. Es sind nur wenig Fälle bekannt, wo die Uebertragung der Tuberkulose wahrscheinlich eine direkte war, und diese betrafen beinahe ausschliesslich Eheleute; aber fast stets war der angesteckte Ehegenosse erblich belastet. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von verheiratheten oder heirathenden Lungenkranken erfolgte keine Ansteckung des anderen Theils. Ferner werden Eingeborene in Lungenkurorten, Aerzte und Angestellte in Lungen-Sanatorien von der Tuberkulose nicht mehr heimgesucht als andere Leute. So erklärt es sich, dass Forscher zu der Behauptung kommen, die Tuberkulose werde mehr oder weniger ausschliesslich durch direkte erbliche Uebertragung des Krankheitserregers verbreitet. Dem gegenüber bekennt sich Verfasser zu der Auffassung, dass im Allgemeinen nicht der Krankheitserreger, sondern die Krankheitsanlage erblich übertragen, oder auch erworben werden könne. Diese Krankheitsanlage, die „Disposition", sei eine variable Grösse, die das Wechselverhältniss zwischen der Konstitutionskraft des Menschen und der Einwirkung einer bestimmten Spaltpilzart angebe.

Bei der gleichen Einwirkung derselben Krankheitserreger werden gewisse Menschen krank, andere bleiben gesund. Die Mikrobien sind also nicht die Ursache der Krankheiten, sondern sie lösen den Krankheitsvorgang nur aus, wie z. B. der zündende Funke bei einer Explosion nicht die Ursache ist, sondern die eigenthümliche molekulare Anordnung im Pulver oder im Dynamit, deren Spannkräfte der Funken auslöst.

Aber immerhin bleibt die Tuberkulose eine Infektionskrankheit. Wie und wo erfolgt die Infektion? Wahrscheinlich sind die ursprüngliche Infektion und der Ausbruch der Krankheit zeitlich weit, sehr weit von einander getrennt. Es ist ferner nicht gesagt, dass nur durch Inhalation der Tuberkelbacillus in den Körper eindringt, es stehen ihm noch andere Wege offen: durch Verletzungen der äusseren Haut oder der Schleimhäute und vor allen Dingen per os mit der Nahrung.

Natürlich ist es die Aufgabe der Hygiene, der Weiterverbreitung des Tuberkelbacillus entgegen zu wirken. Aber die meisten Vorschläge sind nicht ernsthaft durchzuführen. Wenn man zu viel verlangt und zu viel verspricht, erreicht man oft das Gegentheil. Die Bazillenangst ist manchmal schlimmer als die Tuberkulose.

Bei der Verbreitung spielt auch die Thiertuberkulose eine grosse Rolle. (Milch perlsüchtiger Rinder.)

Die Bestrebungen und Ziele der allgemeinen Volkshygiene sind die besten Waffen gegen die Verbreitung der Tuberkulose, die ja doch stets eine Krankheit der gesundheitlich Minderwerthigen ist und bleibt. Je mehr die Forderungen der Volkshygiene durchdringen, desto grösser wird die durchschnittliche Gesundheitsbreite werden.

Wir wollen dem Tuberkelpilz und allen Krankheitserregern gegenüber nicht leichtsinnig werden, wohl aber uns stets bewusst sein, dass in vernünftiger Lebenshaltung der beste Schutz gegen alle unsichtbaren Feinde liegt.

Dr. Hoffmann-Halle a. S.

Die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung. Von Dr. Max Schottelius, Professor der Hygiene. Aus dem hygienischen Institut der Universität Freiburg i. B. Archiv für Hygiene; XXXIV. Bd., S. 210—243.

Ausgehend von der Sterilität des Hühnereies — wenigstens so weit dessen Inneres in Betracht kommt — liess Verfasser nach sorgfältiger Sterilisirung der Schalen Eier im künstlichen Brutapparat ausbrüten und dann einige Hühnchen durch sinnreiche Vorrichtungen vollkommen steril ernähren. Ueber die ausserordentlich sorgfältigen Versuche muss das Nähere im Original nachgelesen werden.

Die Beobachtungen an den steril ernährten Hühnchen wurden durch Ver-

suche mit Kontrolhühnchen erzeugt. Es ergab sich, dass die Kontrolhühnchen, das heisst die in gewöhnlicher Weise ernährten Hühnchen, bis zum 17. Lebenstage um durchschnittlich 250 % ihres Gewichtes zugenommen hatten, in einem Fall war das Gewicht des Thieres sogar um 302,8 % gestiegen. Dagegen zeigten die steril ernährten Versuchsthiere zuerst eine geringe Zunahme bis zum 12. Tage und dann rapide Abnahme bis zu dem Tage, an dem der Versuch abgebrochen wurde. An diesem, dem 17. Lebenstage, waren die Hühnchen so schwach, dass sie — obgleich sie fortwährend Nahrung und Wasser zu sich nahmen — kaum mehr stehen konnten und gewiss am nächsten Tage verendet wären.

Die Versuche beweisen demnach, dass eine Ernährung ohne Bakterien in einer für das Leben genügenden Weise bei Hühnchen nicht stattfindet. Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass man bei der Ernährung mit dem Vorhandensein und mit der Thätigkeit der Darmbakterien als mit einer Nothwendigkeit prinzipiell rechnen muss. Jedenfalls hat er die Aufmerksamkeit der Forscher auf eine Frage gelenkt, deren Tragweite für die Ernährungstheorie und Therapie vorläufig nicht übersehen werden kann.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Ueber die Herstellung von Rahm und Butter frei von gesundheitsschädlichen Organismen. Von Prof. Dr. K. B. Lehmann. Aus dem hygienischen Institut in Würzburg. Archiv für Hygiene; XXXIV. Bd., S. 261 bis 271.

Verf. zeigt, dass die in der Praxis schon von vielen Molkereien geübte Methode der Rahmpasteurisirung mangelhaft ist, einmal wegen nur kurzer Anwendung zu niedriger Temperaturen (60—65 °), dann wegen ungenügender Mischvorrichtung in den Pasteurisirungsapparaten. Bei den hohen Temperaturen (80 bis 85 °), die Verfasser bei guter Mischvorrichtung auf den Rahm 10 Minuten lang einwirken liess, gewann er einen Rahm und eine Butter, die gleichzeitig den strengsten hygienischen wie kulinarischen Ansprüchen genügte. Der auf diese Weise hergestellte Rahm und die aus ihm gewonnene Butter konnte „frei von gesundheitsschädlichen Keimen“ in den Handel gebracht werden. Die Fabrikation erfordert grosse Sorgfalt und eine häufige Kontrole, um ein Präparat von gleichmässiger Keimarmuth zu erzielen. Alle, die jenen erhitzten Rahm kosteten, fanden ihn vorzüglich, mit etwas „Kochgeschmack“, der aber den Wohlgeschmack geradezu erhöht, ähnlich dem von gerösteten Mandeln oder Nüssen. Bei kühler Witterung hält sich dieser Rahm 48 Stunden lang sehr gut und lässt sich zu den trefflichsten Rahmspeisen gut verarbeiten. Aus diesem Rahm lässt sich sofort im Butterfass in der normalen Zeit von 35 Minuten eine wahre „Süssrahmbutter“ herstellen, die durch ihren Mandelgeschmack vortrefflich mundet.

Da die Ausbeute bei sofortiger Ausbutterung nach Abkühlung des erhitzten Rahms nicht ganz befriedigend war, weil die Buttermilch noch etwa 2—3 % Fett enthielt, wurde der Rahm erst, nachdem er über Nacht kühl stehen geblieben war, verbuttert, worauf die Buttermilch nie mehr als 0,4 bis 0,5 % Fett enthielt.

Die Butter aus erhitztem und dann gesauertem Rahm zeigte neben dem schwach säuerlichen noch einen Rest des Nusskerngeschmacks. Als Nebenprodukt wurde eine angenehme säuerliche, von vielen Personen, speziell auch Kranken, gern genossene Buttermilch gewonnen, die ebenso als „frei von gesundheitsschädlichen Keimen“ angesehen werden konnte. Beide Produkte haben sich in Würzburg rasch den Markt erobert. Ders..

Die Grundsätze bei der Prüfung neuer Heilmittel. Von Prof. Dr. His jun. Münchener med. Wochenschrift; 1898, Nr. 48 u. 49.

Nachdem Verfasser in der Einleitung eines höchst gediegenen und interessanten Vortrages mit Recht die so häufige missbräuchliche Attestirung verschiedener neuer Arneimittel durch zahlreiche unberufene bezw. nicht mit der nöthigen Qualifikation zur diesbezüglichen Prüfung und Beurtheilung versehene praktische Aerzte mit oder ohne öffentlichen Charakter betont, erörtert er die geschichtliche Entwicklung der Heilkunde als Erfahrungs- und Spekulations-Medizin und die Methoden der auf dem Boden derselben theils durch theoretische Erwägungen, theils durch Empirie gewonnenen Heilmittel und stellt am Schlusse

seiner geistvollen Erörterungen die Kernpunkte derselben in folgenden Thesen zur Diskussion:

1. Das planmässige und industrielle Aufsuchen und Herstellen neuer Heilmittel ist vom Arzt wie vom leidenden Publikum an sich als werthvolle Bestrebung zu begrüssen.

2. Die Bemühungen der Industriellen um möglichst rasche Verbreitung und Prüfung, sowie baldige Publikation der Prüfungsergebnisse führt zu Missständen, die dem Interesse der Kranken, wie dem Ansehen des ärztlichen Standes zuwider wirken.

3. Der Prüfung eines Heilmittels hat unbedingt vorauszugehen:

a) eine ausführliche und vollständige Untersuchung und Wirkung am Thiere; dieselbe ist von pharmakologisch gebildeten Fachmännern vorzunehmen. Ohne solche Untersächung sollte kein Mittel zur Verwendung von Menschen kommen;

b) eine sachgemässe Ueberlegung, ob auf Grund der heutigen klinischen und experimentellen Kenntnissr eine Heilwirkung des Mittels voraussichtlich zu erwarten sein wird.

4. Starkwirkende Mittel sollten unbedingt nur an ständigem Krankenmateriale mit beständiger ärztlicher Aufsicht (also in Krankenhäusern und Kliniken) versucht werden. Weniger giftige Mittel sind zum Versuche auch in der poliklinischen und Stadtpraxis zulässig.

5. Zum Urtheil über die Wirkungen neuer Mittel sind nur solche Aerzte befähigt, die durch literarische und persönliche Erfahrung über den Gang der Krankheiten im unbehandelten oder anders behandelten Verlaufe hinreichendes Wissen aufweisen. Anfänger in der Praxis, denen diese Erfahrung nicht zu Gebote steht, sollten therapeutische Versuche thunlichst unterlassen. Die Publikation therapeutischer Erfahrung dürfte nur unter genauer Angabe der als Besserung zu deutenden objektiven Symptome geschehen. Urtheile wie „gebessert", „geheilt" sind werthlos,

Statistische Zusammenstellungen, die nicht jeden Einzelfall kritisch sichten, sind unnütz, ja schädlich.

6. Wünschenswerth wären gesetzliche Massnahmen, die den Handverkauf neuer Mittel so lange untersagen, bis er von den Medizinalbehörden ausdrücklich freigegeben wird. Dr. Waibel-Günzburg.

Das Isolirzimmer-Fenster. Von Architekt Ferd. Jenner. Mit zwei Abbildungen. Monatsschrift für Psychiatrie; Bd. V, H. 3, März 1899.

J. weist in der Einleitung darauf hin, wie sehr sich die Anschauungen über die baulichen Einrichtungen von Irren-Anstalten in den letzten zwei Jahrzehnten geändert haben. Während man den Anstaltsräumen die Gitter ohne Weiteres abnehmen konnte, machte die Konstruktion unauffälliger und doch leistungsfähiger Fenster für Isolirstuben ohne Gitterung nicht wenig Schwierigkeiten. — Für die Anstalt Uchtspringe war zuerst ein Doppelfenster konstruirt, dessen innerer Theil aus Eisen mit starkem Rohglas hergestellt war; das äussere Fenster war aus Holz gefertigt. Die oberen Flügel waren durch eine gemeinsame Welle geichzeitig zu öffnen. Eine Gitterung war nicht angebracht. Da sich dieses Fenster nicht bewährte, so stellte J. das ganze Fenster aus Holz mit starken Eisenbeschlägen her. Die Grösse der Fenster wurde so gewählt, dass sich die Fensteröffnung zum Fussboden wie 1 : 7 verhielt, die Beleuchtung reichte — bei hellem Wandanstrich — aus, und der Eindruck des Wohnlichen blieb gewahrt. Die Besonderheiten der ganzen Konstruktion werden von J. durch mehrere Zeichnungen veranschaulicht. Es sei noch erwähnt, dass ein derartiges Doppelfenster 120 Mark kostet; das durchsichtige, 28 mm dicke Hartglas erforderte einen Betrag von 74 Mark. Die Kosten dieser Konstruktion sind also recht mässig. Dr. Pollitz-Brieg.

Die Feuerbestattung. Von Dr. Karl Franke-München. Bericht, erstattet im Aerztlichen Bezirksverein München am 28. Dezember 1898. Münchener medizinische Wochenschrift; 1899, Nr. 4.

In seinem, im Auftrage des Aerztlichen Bezirksvereins zu München erstatteten Bericht über die Feuerbestattung, behandelt Franke zunächst die hygienische Frage der Kirchhöfe und hält die bisherigen Untersuchungs-

ergebnisse, welche die Unschädlichkeit des Wassers der Friedhofsbrunnen darthun sollen, für nicht mehr einwandsfrei, da man nicht das den tieferen Schichten entnommene Wasser der Kirchhofsbrunnen hätte untersuchen dürfen, sondern das Grundwasser selbst. Ausserdem stammen die Untersuchungen sämmtlich aus einer Zeit, die vor Entdeckung und Feststellung der Leichentoxine und Toxalbumine liegt. Während die ersten Nachforschungen zu dem Ergebniss führten, dass die pathogenen Spaltpilze in der Erde sich nicht weiter entwickelten, sondern in nicht allzulanger Zeit zu Grunde gingen, lauten die Ergebnisse der neuen Forschungen ganz anders. Schottelius hat noch nach $2^1/_2$ Jahren in ausgegrabenen Leichentheile Tuberkelstäbchen vollgiftig gefunden; Loermann fand noch nach $2^1/_2$ Jahren Leichentheile eines Mannes, der an Starrkrampf gestorben war, mit vollgiftigen Tetanusstäbchen. Petri konnte in begrabenen Thierleichen vollgiftige Milzbrandstäbchen noch nach 3 Jahren 10 Monaten nachweisen. Pasteur wies die Uebertragbarkeit des Milzbrandes noch aus Leichenmassen nach, die 12 Jahre in der Erde lagen. Choleravibrionen hielten sich in Gartenerde bei + 1° 16 Tage lebensfähig nach Uffelmann. Karlinski hat nachgewiesen, dass die Lebensdauer des Typhusstäbchens im Boden drei Monate beträgt.

Es sterben also die Pilze durchaus nicht rasch in der Erde ab, sondern durch die begrabenen Leichen wird der Boden mit Spaltpilzen und chemischen Körpern, die für den Menschen gefährlich sind, auf die Dauer verunreinigt. Er wird es aber durchaus nicht nur in der nächsten Nähe des Grabes, sondern weit hin bis an die Oberfläche des Bodens und in weitem Umkreis. Werden zudem auf einem Kirchhof Wechselgräber benutzt, d. h. etwa alle 7 Jahre die Gräber wieder aufgegraben und neu belegt, wie in München, so tritt eine noch innigere Mischung der Erde ein. Eine Hauptforderung der heutigen Gesundheitslehre ist, dass der Boden auf dem wir wohnen, sauber sein muss; der mit organischen Stoffen verunreinigte Boden bedingt ungesundes Wasser und ungesunde Luft und sind somit die Friedhöfe für die Gesundheit der Menschen leicht gefährlich.

Was die ökonomische Frage anlangt, so weist der Vortragende auf die rapide Zunahme der Bevölkerung der Grossstädte und die Ausdehnung der Städte hin, mit der eine Vertheuerung des Baugrundes bezw. der Anlagekosten für neue Kirchhöfe Hand in Hand geht. Dem gegenüber kommen die Kosten für einen Verbrennungsofen, etwa 20000 Mark, gar nicht in Betracht. Wenn ein solcher Ofen ständig brennt, wie in Paris, dann kostet die Verbrennung einer Leiche 2,40 Mark; in Hamburg, wo der Ofen nicht immer brennt, kommt die Einäscherung auf 8 Mark. Die Urnenhalle und die Urnen machen schliesslich auch keinen hohen Betrag für die Gemeinde und Hinterbliebenen. Die grossen Entfernungen der Friedhöfe von den Wohnungen in den Grossstädten, der Aufwand an Zeit und Geld bei dem jetzigen Beerdigungsmodus bedeuten eine weitere ökonomische Schädigung, wozu noch die gesundheitlichen Schädigungen der Leidtragenden kommen, welche auf den Friedhöfen in mancher Jahreszeit entstehen. Die Oefen dagegen und die Urnenhallen können in der Stadt untergebracht werden, auf den alten Friedhöfen und in den Hallen der Krematorien braucht sich Niemand eine tödtliche Erkältung zu holen.

Auch von juristischer Seite können Einwendungen gegen die Leichenverbrennung nicht erhoben werden, wenn eine geordnete gesetzliche Leichenschau gleichzeitig eingeführt wird.

In religiöser Hinsicht ist zu erwähnen, dass in der Bibel nirgends ein Verbot der Feuerbestattung steht und dass die Gebräuche der Kirche genau so ausgeführt werden in den Hallen der Verbrennungsöfen, wie in denen der Friedhöfe und wie am offenen Grabe. Die verschiedenen Religionsvertreter sind auch durchaus nicht in dieser Frage einig, während die Einen die Feuerbestattung verurtheilen, sprechen die Anderen dafür, ja, lassen sich selbst verbrennen.

Eine grosse Bedeutung der Frage der Feuerbestattung kommt der ästhetischen Seite zu. Die Bilder des Entsetzens der allmählichen Fäulniss und Auflösung der Leichen, die Würmer- und Madenkolonien in dem stinkenden giftigen Brei der Gräber und Grüfte und das Schicksal der Knochen, diese Bilder spielen in der Phantasie des Volkes eine grosse Rolle, während die Flamme, das Symbol der Reinheit, der Erhebung und Läuterung einen raschen

erhebenden Abschluss an das Ende des Lebens setzt, der jedenfalls wohlthuender berührt, als die Einsargung in ein Grab.

Die Technik der jetzigen Verbrennungsöfen ist die, dass die Leiche nicht durch die Flamme unmittelbar verzehrt wird, sondern durch eine bald bis auf 800 ja 1000° erhitzte Luft. Zuerst wird die Leiche durch eine weit weniger heisse Luft ausgetrocknet, und dann erst wird sie den hohen Wärmegraden ausgesetzt. Diese werden dadurch erzielt, dass sauerstoffreiche heisse Luft zu den Verbrennungsgasen zugeleitet wird.

Der Vortragende sieht in der Feuerbestattung eine Forderung der Gesundheitspflege, ganz besonders auch für Zeiten verheerender Seuchen und Kriege. Er erkennt sie ökonomisch für angezeigt, juristisch für einwandsfrei an. Die Religionsgemeinschaften haben keinen Grund, sich ihr zu widersetzen, vom ästhetischen Standpunkt ist sie die allein richtige und in technischer Beziehung bietet sie keine Schwierigkeiten.

Im Anschluss an diesen Vortrag sprach sich der Aerztliche Bezirksverein München einstimmig für die alsbaldige Erbauung von Leichenöfen in München und für die fakultative Benutzung derselben aus.

Dr. Dütschke-Aurich.

Besprechungen.

Dr. Emil Kraepelin-Heidelberg: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte. VI. vollsändig umgearbeitete Auflage. 2 Bände. Leipzig 1899. Verlag von A. Barth. Preis: 26 M.

Das Kr.'sche Werk hat eine Verbreitung aufzuweisen, wie kaum ein zweites. Auch die soeben erschienene neue Auflage, die der letzten innerhalb kaum dreier Jahre gefolgt ist, wird Dank der geradezu klassischen Darstellung des Verfassers und der Uebersichtlichkeit seiner Disposition, bald einen grossen Leserkreis finden. Der Gerichtsarzt wird das Kr.'sche Buch kaum entbehren können.

Im ersten — allgemeinen — Theil erörtert der Verfasser die allgemeinen Ursachen der Geistesstörungen, die Erscheinungen derselben, ihren Verlauf und die Behandlung. Die wichtigsten Spezial-Arbeiten sind stets in Fussnoten genannt. Dem 362 Seiten grossen Bande ist ein besonderes Register beigegeben.

Der zweite — spezielle — Theil enthält eine eingehende Darstellung der einzelnen Krankheitsformen, die Kr. in zwei Hauptgruppen theilt, 1. in solche, die durch äussere Ursachen, wie Infektionskrankheiten, Alkohol, Seblstintoxikation des Körpers, Lues u. s. w. hervorgerufen werden; 2. in solche, die auf Grund krankhafter Beanlagung entstehen. Als Bindeglied zwischen beiden können die Störungen des Greisenalters angesehen werden. Dass mit dieser Eintheilung, die in 13 einzelne Kapitel zerfällt, nichts Vollkommenes oder Definitives gegeben wird, giebt Verfasser selbst ohne Weiteres (S. 9) zu. Manches, was zusammenzugehören scheint, muss auseinander gerissen werden, z. B. wird S. 45 die chronische Neurasthenie unter den Erschöpfungspsychosen, die konstitutionelle Verstimmung S. 530 unter den psychopathischen Zuständen behandelt, obgleich es sich, wie der Verfasser selbst bemerkt (S. 536), nicht um scharf abgegrenzte Krankheitsbilder handelt. Der Kretinismus ist mit dem „myxödematösen Irresein" unter dem Namen „thyreogenes Irresein" zusammengefasst und von der Idiotie getrennt u. s. w. Im Uebrigen sind die einzelnen Kapitel in ebenso erschöpfender, wie fesselnder Weise dargestellt. Besondere Beachtung verdient dasjenige über die Dementia praecox, die von Kr. und seinen Schülern seit Jahren eingehend studirt worden ist. Es handelt sich um eine Reihe „vorläufig" zusammengefasster Krankheitsbilder, deren Gemeinsames der Ausgang in geistige Schwäche bildet (S. 137). Kr. unterscheidet eine hebephrene, katatone und paranoide Form. Die Bilder sind so überaus mannichfaltig, dass eine ausreichende Würdigung im Rahmen eines kurzen Referates unmöglich ist. Für den Gerichtsarzt ist die Kenntniss dieser Formen um so werthvoller, als es sich im Allgemeinen um Individuen im jugendlichen Alter handelt, deren erste Krankheitserscheinungen sich nicht selten in strafbaren — oft höchst wunderlichen —

Handlungen dokumentiren (S. 154). — Dem zweiten Bande ist ebenfalls ein sorgfältiges Register und eine Reihe Tafel mit Krankheitstypen, pathologischen Bildern und Kurven beigefügt. Dr. Pollitz-Brieg.

Dr. Carl Richter in Langenlois, Vertrauensarzt mehrerer Versicherungsanstalten: Handbuch des Versicherungsarztes. Leipzig 1899. Verlag des „Reichs-Medizinal-Anzeigers“ B. Konegen. Kl. 8°; 233 Seiten. Preis: 5 Mark, in Leinen gebunden: 6 Mark.

Zweck des Buches ist, jüngeren Kollegen, namentlich den Aerzten auf dem Lande, denen versicherungsärztliche Untersuchungen nicht allzu häufig vorkommen, an die Hand zu gehen und sie ohne eingehendes Studium in den Stand zu setzen, ihr Urtheil darüber abgeben zu können, ob der in Frage kommende Versicherungskandidat die seinem Alter entsprechende Lebensdauer wird erreichen können.

Dem erfahreneren Arzt bringt die Arbeit, welche im Jahre 1895 von der Direktion der Assicurazioni Generali Triest mit einem Preise ausgezeichnet wurde, nichts Neues, dem jüngeren Arzt indess wird sie bei den Versicherungsuntersuchungen ein willkommener Leitfaden sein. Die zahlreichen Druckfehler und die mangelnde Interpunktion beeinträchtigen das Lesen des Buches.

Dr. Dütschke-Aurich.

Tagesnachrichten.

Ueber das Ergebniss der am 13. d. Mts. in der Kommission des Abgeordnetenhauses stattgehabten zweiten Lesung des **Gesetzentwurfes über die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w.**[1]) erhalten wir folgenden Bericht:

§. 2. Ziffer 2 hat nach Erklärung des Regierungs-Kommissars keine rückwirkende Kraft auf die pro physicatu Geprüften und Alle die, welche bereits rite promovirt sind.

§. 3. Ein Zusatz, dass der Kreisarzt nur soweit ärztliche Praxis treiben darf, als seine Dienstgeschäfte es erlauben, wurde von demselben Kommissar als überflüssig erklärt, da dies selbstverständlich sei.

§. 4. Der in der ersten Kommissions-Lesung angenommene zweite Satz im Abs. 4 (Annahme von Nebenämtern) wurde von der Regierung als selbstverständlich erklärt, da dies Recht auch jetzt schon der Zentral-Instanz zustehe. Es erfolgte in Folge dessen Streichung dieses Absatzes.

Abs. 5 wurde folgendermassen gefasst:

„In Stadtkreisen können im Dienste der Kommune stehende Stadtärzte gegen eine zu gewährende Remuneration mit der Wahrnehmung der Aufgaben des Kreisarztes beauftragt werden.“

und demgemäss Abs. 6 gestrichen.

§. 5. Ziffer 1 wurde nach heftigen Remonstrationen der Landräthe und bestimmter Abweisung des Kommissars des Ministers des Innern, der mit Scheitern des Gesetzes drohte, wenn der Kreiskommunalverwaltung in irgend einer Form die Pflicht auferlegt würde, den Kreisarzt bei allen gesundheitlichen Angelegenheiten des Kreises zu den Sitzungen des Kreisausschusses und Kreistages zuzuziehen, in der Regierungsfassung angenommen.

Zu Ziffer 2 wurde nach langer Debatte schliesslich folgender Vermittelungs-Antrag mit 8 : 6 Stimmen angenommen; „er (der Kreisarzt) hat die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises aus eigener Anschauung zu beobachten, auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken und zur Erfüllung dieser Obliegenheiten auch ohne besonderen Auftrag nach Massgabe der vom Medizinalminister zu erlassenden Geschäftsanweisung seinen Amtsbezirk zu bereisen.“

---

[1]) Das Ergebniss der ersten Lesung ist im Protokoll der Vorstandssitzung s. S. 315 u. folg., mitgetheilt.

§. 7. Statt einer „ansteckenden Krankheit“ soll es heissen „gemeingefährlicher Krankheiten.“

§. 9. Zu Abs. 2 wurde der Zusatz beschlossen:

„In grösseren Städten können die städtischen Behörden Gesundheits-Kommissionen für einzelne Bezirke bilden.“

Hierauf wurde die weitere Berathung bis Dienstag Vormittag 11 Uhr vertagt.

Ein preussisches Seuchengesetz. Offiziös wird geschrieben: „Die preussische Verordnung von 1835 hat sich längst als nicht mehr ausreichend zur Bekämpfung von Epidemien und sonstigen Infektionskrankheiten erwiesen. Schon bei dem letzten Ausbruch der Cholera haben die Organe der Gesundheitspolizei zum wirksamen Schutze gegen die Seuchengefahr ohne gesetzliche Grundlage vorgehen müssen und sind sogar öfter in Gefahr gewesen, wegen Freiheitsbeschränkung u. s. w. mit dem Strafrichter in Berührung zu kommen. Neuerdings lassen namentlich Lepra und Granulose die Mängel preussischen Gesundheitsgesetzgebung besonders schwer empfinden. Aber auch bei anderen ansteckenden Krankheiten versagt das bestehende Gesetz vollständig. Auf Grund desselben lässt sich z. B. die Anzeigepflicht für Diphtherie nicht einführen. Die Abwehr von Krankheitsgefahren gehört zu denjenigen Materien, welche nach Art. 4 der Reichsverfassung der Gesetzgebung und Aufsicht des Reiches unterliegen. Anläufe zu einem Reichsseuchengesetz sind in der That auch in den Jahren 1893 und 1894 unternommen worden, sie sind aber gänzlich erfolglos geblieben. Die Ursachen des damaligen gesetzgeberischen Misserfolges bestehen ungeschwächt auch jetzt noch. Es erscheint daher vorerst keine Hoffnung vorhanden, den zweimal gescheiterten Versuch mit Aussicht auf besseren Erfolg zu wiederholen.

Muss hiernach mit einem vorläufigen Verzicht auf die reichsgesetzliche Lösung der Aufgabe gerechnet werden, so darf doch auf der anderen Seite deshalb nicht das dringende gesetzgeberische Bedürfniss in Preussen ganz unbefriedigt bleiben. Man wird vielmehr im Interesse der Volksgesundheit ernstlich erwägen müssen, ob nicht wenigstens der Regierung die nothwendigsten Vollmachten in Form eines Nothgesetzes zu geben sein möchten, damit bis zum Erlasse eines Reichsseuchengesetzes die in dem preussischen Gesetze bestehenden Lücken wenigstens einigermassen auzgefüllt werden. Erwägungen dieser Art schweben zur Zeit nicht nur in parlamentarischen Kreisen, sondern auch bei den betheiligten Regierungsstellen, und es erscheint selbst nicht unmöglich, dass sie sich noch im Laufe der jetzigen Tagung des Landtages zu einem Gesetzentwurf verdichten.“

Der Vorschlag, ohne Rücksicht auf das Reich durch Landesgesetzgebung die zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten erforderlichen Massnahmen unter Aufhebung des veralteten Regulativs vom 8. August 1835 zu regeln, ist von dem Preussischen Medizinalbeamtenverein bereits vor zwei Jahren in einer Eingabe an den Herrn Minister eingehend begründet. In seiner Antwort vom 1. März 1897 hatte damals der Herr Minister die Unzulänglichkeit des Regulativs gegenüber der Nothwendigkeit einer wirksamen Seuchenbekämpfung anerkannt; gleichzeitig aber die Erwartung ausgesprochen, dass in absehbarer Zeit diese wichtige Frage von Reichswegen geregelt werde. Diese Hoffnung scheint man jetzt aufgegeben zu haben, so dass, wenn auch nicht in dieser, so doch wenigstens in der nächsten Session ein Landesgesetz zu erwarten stehen dürfte.

Die Stellung der Regierung **zur gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl** bei den Krankenkassen ist von einem Regierungsvertreter anlässlich der Erörterung einer Eingabe des Deutschen Aerztevereinbundes an den Reichstag präsizirt worden. In der Kommissionssitzung, in der diese Eingabe zur Verhandlung kam, legte der Abgeordnete Dr. Kruse dar, was die Aerzte veranlasse, die gesetzliche Einführung der freien Arztwahl zu verlangen. Er führte unter Anderem aus: Wie die Mitglieder der Kassen, so werde auch der ärztliche Stand durch den jetzigen Zustand des Krankenkassenwesens in materieller und ethischer Hinsicht geschädigt. Vielen Aerzten werde die Möglichkeit des Erwerbes unverdient benommen, andere, die das Vertrauen der Kassen-

mitglieder jahrelang besessen hätten, würden durch einen Machtspruch des Kassenvorstandes um ihre Stellung gebracht, während andererseits die willkürlich begünstigten Aerzte in das schwerste Abhängigkeitsverhältniss gebracht würden. Wenn behauptet sei, dass die freie Arztwahl kostspieliger für die Kasse sei als der jetzige Zustand, so sei durch einfällige Erfahrungen schon das gerade Gegentheil bewiesen. Darauf hin erklärte der Regierungskommissar: „Die in der Eingabe geschilderten Vorgänge auf dem Gebiete der Krankenversicherung sind von den verbündeten Regierungen mit Aufmerksamkeit verfolgt worden. Die an diese Vorgänge in ärztlichen Kreisen sich knüpfenden Wünsche auf gesetzliche Einführung der freien Arztwahl werden zu erwägen sein, sobald an eine Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes herangetreten wird. Wann dies der Fall sein wird, entzieht sich meiner Kenntniss."

Die Kommission des Reichstages zur Berathung des **Fleischbeschaugesetzes** hat am 13. d. Mts. die erste Lesung beendet und dabei folgende Resolution angenommen: „Der Reichstag erklärt es für angezeigt, dass in Ergänzung des Gesetzes über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau durch Landesgesetze öffentliche Schlachtviehversicherungen unter Heranziehung staatlicher Mittel eingerichtet und Massnahmen zur angemessenen Verwerthung der verworfenen Theile des Schlachtthieres getroffen werden."

Die von der Kommission vorgenommen Abänderungen des Gesetzentwurfs betreffen namentlich die Forderung einer verschärften Kontrole der vom Auslande eingeführten Fleischwaaren. So ist z. B. trotz des entschiedenen Widerspruchs der Regierung dem §. 14 folgende Fassung gegeben:

„Der Bundesrath wird ermächtigt, bis zum 31. Dezember 1902 die Einfuhr frischen Fleisches unter folgenden Bedingungen zu gestatten:

a. Die geschlachteten Thiere dürfen nur in ungetheiltem Zustande und in natürlichem Zusammenhange mit Kopf, Herz, Leber, Lunge, Milz, Nieren bezw. auch Euter und Gebärmutter eingeführt werden.

b. Das Fleisch unterliegt bei der Einfuhr einer amtlichen Untersuchung. Die Einfuhr darf nur über bestimmte Zollämter erfolgen. Der Bundesrath bezeichnet diese Aemter, sowie diejenigen Zoll- und Steuerstellen, bei welchen die Untersuchung stattfinden muss.

c. Die amtliche Untersuchung findet nur durch approbirte Thierärzte unter Mitwirkung der Zollbehörden statt. Die Untersuchung hat sich bei Schweinefleisch auch auf Trichinen zu erstrecken. Ausgenommen von der Untersuchung ist das nachweislich im Inlande bereits vorschriftsmässig untersuchte und das zur unmittelbaren Durchfuhr bestimmte Fleisch.

Die anderweite Einfuhr von Fleisch und Fleischfabrikaten, ausser reinem Schmalz und Speck, ist verboten; die Einfuhr von Fleisch und Speck erfolgt entsprechend den Bestimmungen unter Abs. b."

Im Gegensatz zu der Forderung unter c, die für ausländisches Fleisch die Untersuchung des Schweinefleisches auf Trichinen verlangt, ist die öffentliche Trichinenschau für alle im Inlande geschlachteten Schweine, die im Gesetzentwurfe verlangt war, nicht angenommen, sondern §. 8 wie folgt abgeändert:

„Durch landesrechtliche Vorschrift kann angeordnet werden, dass Schweinefleisch in Fleischbänken, Verkaufslokalitäten, auf Märkten oder an anderen öffentlichen Orten nicht feilgehalten oder verkauft werden darf, bevor es einer mikroskopischen Untersuchung auf Trichinen unterzogen worden ist. Eine solche Untersuchung kann unterbleiben, wenn nachgewiesen ist, dass das Schweinefleisch oder die daraus bereiteten Waaren aus Orten kommen, wo die Trichinenschau obligatorisch für das zum Verkauf und zum Versandt kommende Schweinefleisch eingeführt ist."

Die **Standes- und Ehrengerichtsordnung für den sächsischen ärztlichen Bezirksverein** ist unter dem 14. März d. J. vom Ministerium des Innern neu erlassen; dieselbe unterscheidet sich jedoch von der unter dem 12. August 1896 erlassenen (s. Beilage zu Nr. 20 der Zeitschrift, Jahrg. 1896) nur dadurch, dass §. 13 der Ehrengerichtsordnung folgenden Zusatz erhalten hat:

„Eine Vertretung oder Unterstützung der Parteien durch Rechtsanwälte, wie überhaupt durch Nichtärzte, ist im ehrengerichtlichen Verfahren nicht gestattet."

Für den vom 23.—27. d. Mts. in Berlin stattfindenden **Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit** ist nunmehr folgendes **Programm** festgesetzt worden: Dienstag, den 23. Mai, Abendes 8 Uhr: Begrüssungsabend in den Räumen des Neuen Königlichen Opern-Theaters am Königsplatz, mit Damen. — Mittwoch, den 24. Mai, Vormittags 11 Uhr: Eröffnung des Kongresses im Plenarsitzungssaal des Reichstages; im Anschluss daran: Vorträge der Abtheilung I (Ausbreitung der Tuberkulose). Abends 7 bis 9 Uhr: Empfang der Mitglieder des Kongresses im Rathhause durch die städtischen Behörden. Von 9½ Uhr ab: Gesellige Vereinigung der Kongressmitglieder und ihrer Damen im Landes-Ausstellungspark am Lehrter Bahnhof. — Donnerstag, den 25. Mai, Vormittags 9 Uhr: Vorträge der Abtheilung II (Aetiologie). Nachmittags 2 Uhr: Vorträge der Abtheilung III (Prophylaxe). Abends 8 Uhr: Theater. — Freitag, den 26. Mai, Vormittags 9 Uhr: Vorträge der Abtheilung IV (Therapie). Nachmittags Besichtigungen nach Wahl: 1) der städtischen Heimstätten für Tuberkulöse in Malchow und Blankenfele; 2) der Volksheilstätte des Rothen Kreuzes am Grabowsee bei Oranienburg; 3) der Heilstätte des Berlin-Brandenburger Heilstättensvereins bei Belzig. Abends: Promenaden-Konzert mit Damen im Landes-Ausstellungspark am Lehrter Bahnhof. — Sonnabend, den 27. Mai, Vormittags 9 Uhr: Vorträge der Abtheilung V (Heilstättenwesen). Abends 7 Uhr: Gemeinsames Mahl der Mitglieder des Kongresses im Zoologischen Garten.

Die Bezeichnung „Arzneimittel" auf Schildern oder Schaufenstern von Drogen- u. s. w. Handlungen ist zulässig, wenn aus der sonstigen Bezeichnung derselben die Möglichkeit der Vorstellung, es könne sich um eine Apotheke handeln, ausgeschlossen wird. Urtheil des Oberverwaltungsgerichts (II. Senats) vom 18. März d. J.

Die Polizeiverwaltung zu Solingen hatte einem Drogisten unter Androhung einer Geldstrafe von 30 Mark aufgegeben, die Aufschrift „Arzneimittel" von seinem Schaufenster zu entfernen, da dadurch das Publikum in den Glauben versetzt werde, als ob es sich um eine Apotheke handle. Der Drogist erhob dagegen beim Bezirksausschuss Klage und legte, als diese abgewiesen wurde, Berufung beim Oberverwaltungsgericht ein, dass die Verfügung seinem Antraeg gemäss aufhob. In seiner Entscheidung vom 18. März stellt sich das Oberverwaltungsgericht zwar prinzipiell auf den Standpunkt, dass die Polizei eine Bezeichnung der Drogen- u. s. w. Handlungen verlangen könne, durch welche diese sich nach aussen deutlich von den Apotheken unterscheiden, damit das Publikum nicht in den Glauben versetzt werde, dass in den Drogengeschäften Apothekerwaaren unter denselben Garantien wie in den Apotheken zu kaufen seien, und dass unter Umständen die Aufschrift „Arzneimittel" auf den Schaufenstern einer derartigen Handlung die Vorstellung erwecken könne, dass es sich um eine Apotheke handle. Eine solche Möglichkeit sei aber im vorliegenden Falle mit Rücksicht auf die sonstige Bezeichnung des Geschäftsbetriebes (Adler-Drogerie. „Arzneimittel, Drogen, Chemikalien, Farben und Kolonialwaaren") ausgeschlossen.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Mitglieder werden auf die **vorläufige Tagesordnung** (s. Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. Mai d. J., S. 324) **der diesjährigen Hauptversammlung** aufmerksam gemacht und nochmals ersucht, etwaige sonstige, die Hauptversammlung betreffende Wünsche umgehend bei dem Vorsitzenden anzumelden.

Gleichzeitig werden diejenigen Vereinsmitglieder, die mit dem Beitrage pro 1899 noch im Rückstande sind, gebeten, dessen Einsendung noch im Laufe dieses Monats zu bewirken.

Minden, den 15. Mai 1899.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 11. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Juni.

Aus dem öffentlichen Gesundheitswesen Ungarns. Der öffentliche Sanitätsdienst und das Medizinalpersonal.

Nach eigener Anschauung an der Hand einer Uebersetzung des Gesetzes vom Jahre 1876 (XIV. Gesetzartikel) über Regelung des Sanitätswesens dargestellt von Dr. v. Gizycki, Arzt in Lyck, pro phys. appr.

Vorbemerkung. Die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens lehnt sich naturgemäss an die bestehende allgemeine politische Staatsverwaltung an, so dass zweckmässiger Weise eine kurze Skizze der allgemeinen Verwaltungs-Organisation vorausgeschickt werden muss. — Das Königreich Ungarn ist politisch getheilt in 63 Komitate und 26 mit dem „Jurisdiktionsrecht" bekleidete Städte. Diesen 63 Komitaten und 26 Städten entsprechen 89 Verwaltungsbezirke (Munizipien), welche, im Allgemeinen vollkommen autonom, gleichzeitig die Organe der Ministerien des Königreichs sind. Letzteres wird streng parlamentarisch regiert; es erhält seine Gesetze von den beiden Häusern der Legislative, der Magnatentafel und dem Abgeordnetenhaus, unter Königlicher Sanktion.

Die Unterabtheilungen der Komitate sind die Bezirke, die Endglieder die Gemeinden. Die Grösse der Komitate ist sehr verschieden, das kleinste besitzt einen Flächenraum von 1150 qkm, das grösste einen solchen von 12600 qkm; die Bevölkerungszahl der Komitate schwankt zwischen 50000 und 717000 Bewohnern; entsprechend der verschiedenen Grösse bestehen die Komitate aus 2—17 Bezirken. Die kleinsten städtischen Munizipien haben

eine Einwohnerzahl von 14000—15000, das grösste, die Haupt- und Residenzstadt Budapest, eine solche von 600000 Seelen.

Unter den den Munizipien gewährleisteten Rechten ist das wichtigste das der Selbstverwaltung. Auf Grund dieses Rechts können die Municipien in eigenen inneren Angelegenheiten selbstständig verfügen, Beschlüsse fassen, Statuten und Verordnungen schaffen und zur Ausführung bringen, ihre Beamten — mit einzelnen durch das Gesetz festgelegten Ausnahmen — wählen, die Kosten der Selbstverwaltung festsetzen und für Deckung Sorge tragen. Die Munizipien verkehren unmittelbar mit der Regierung, in Angelegenheiten von allgemeinem Interesse untereinander. — Zum Recht der Selbstverwaltung kommt sodann ein zweites wichtiges Recht der Munizipien, nach welchem dieselben auch die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen auf ihrem Territorium durch eigene Beamte vollziehen lassen, das sog. „Recht der Vermittelung der staatlichen Administration". So kommt es, dass die Macht der Regierung in einer grossen Zahl von Verwaltungsgebieten nur allein auf das Aufsichtsrecht beschränkt bleibt und die Organe der Regierung nur in verhältnissmässig wenigen, durch das Gesetz vorgesehenen Fällen ein selbstständiges Verfügungsrecht behalten.

Das Organ und der Repräsentant der Regierung ist der Obergespan, der jenes Aufsichtsrecht bei jedem Munizipium ausführt. Er steht an der Spitze des Munizipiums und wird auf Vorschlag des Ministers des Innern durch den König ernannt. Er bildet ein wichtiges Verbindungsglied zur Einflussnahme der Regierung in die Verwaltung der Munizipien. Der erste Beamte des Munizipiums ist in den Komitaten der Vicegespan, in den städtischen Munizipien der Bürgermeister. Beide werden von der „Generalversammlung" auf die Dauer von 6 Jahren gewählt. An der Spitze der Bezirke in den Komitaten steht der Oberstuhlrichter. Einen ihm gleichen Wirkungskreis hat in den Städten mit Jurisdiktionsrecht der Polizeihauptmann, in kleinen Städten, welche einen Bezirk des Komitats bilden, sog. Städten mit geordnetem Magistrat, der Bürgermeister. Diese letztgenannten Beamten bilden die erste verfügende Instanz im überwiegenden Theil der sanitären Angelegenheiten, wie in fast allen anderen Zweigen der Verwaltung, während der Vicegespan in den Komitaten bezw. der Bürgermeister in den freien Städten in zweiter Instanz entscheidet.

Von munizipalen Körperschaften sind die wichtigsten: die Generalversammlung und der Verwaltungsausschuss. Erstere vertritt die Gesammtheit des Munizipiums, letzterer verfügt in Verwaltungsangelegenheiten, übt Disziplinarrechte aus und entscheidet in Berufungsangelegenheiten. In sanitären Angelegenheiten bildet er die dritte und letzte Instanz. Seine Entscheidungen können nur im Aufsichtswege durch den Obergespan dem ministeriellen Einfluss zugänglich gemacht werden.

Die Grundlage für Ordnung des öffentlichen Ge-

sundheitswesens bildet das „Sanitätsgesetz“ (sog. XIV. Gesetzartikel vom Jahre 1876 über die Regelung des Sanitätswesens). Das Gesetz scheidet sich in zwei Theile: der erste Theil enthält gesetzliche Bestimmungen hygienischer, sowie sanitätspolizeilicher Natur, der zweite ordnet den amtlichen Sanitätsdienst in den Gemeinden, in den Munizipien und im Zentrum. Das Gesetz wird ergänzt, abgesehen von einer grossen Zahl von Einzelbestimmungen, die bei den verschiedensten Gesetzesartikeln zerstreut sind, durch drei kleinere Gesetze über die Impfung, über das Trachom und über die Deckung der Kosten der Krankenpflege. Indem ich mir die Besprechung des I. Theils des Gesetzes vorbehalte, bringe ich nachstehend nur die Bestimmungen des II. Theils:

Der öffentliche Sanitätsdienst.

Die Sanitätsbehörden sind Abtheilungen der allgemeinen Verwaltungsbehörden; der öffentliche Sanitätsdienst wird vollzogen von den Verwaltungsbeamten und Verwaltungskörperschaften, denen ärztliche Sachverständige als Beirath beigegeben sind, oder bei denen ärztliche Sachverständige mit Beamtenqualität selbstständig Aemter verwalten.

I. Abschnitt (§§. 139—152).
Sanitätsdienst in den Gemeinden.

Die Gemeinde hat die Verfügungen des Sanitätsgesetzes, sowie die im Sinne desselben erlassenen Verordnungen der Regierung und des Munizipiums zu vollziehen. Ausserdem hat sie:

a. für die ärztliche Behandlung und Verpflegung der vermögenslosen, zur Aufnahme in eine Irrenanstalt nicht geeigneten Geisteskranken, der unbemittelten Blödsinnigen, Taubstummen, Blinden, Krüppel, Findlinge und der in Pflege gegebenen Säuglinge zu sorgen;

b. für die erforderliche Hilfeleistung bei Erkrankungen und Entbindungen unbemittelter Personen, sowie für die Ausbildung von Hebammen, nöthigenfalls auf Kosten der Gemeiden zu sorgen;

c. für die Anlage und Beaufsichtigung der Kirchhöfe und erforderlichenfalls für Errichtung von Leichenhallen Sorge zu tragen;

d. das Wahlrecht bezüglich des Sanitätspersonals der Gemeinde auszuüben.

Das Gesetz unterstellt der sanitätspolizeilchen Gemeindeaufsicht

a. die öffentliche Reinlichkeit, die Fleischbeschau, die in Verkehr gebrachten Nahrungsmittel und Getränke, die Erhaltung der Reinlichkeit und Unschädlichkeit der Trinkwässer, die Todtenschau [1]) und überhaupt das lokale Gesundheitswesen;

Dabei ist die Gemeinde befugt, Beschlagnehmungen und Konfiskationen auszuführen, und verpflichtet, in allen Fällen, in denen das Leben, die körperliche Sicherheit oder die Gesundheit einer Person gefährdet erscheint, insbesondere im Falle plötzlicher Lebensgefahr, sofort einzuschreiten. Die Gemeindebeamten, die

[1]) Die Todtenschau ist in Ungarn obligatorisch (§§. 109 und 110 des Sanitätsgesetzes).

b. die in dieser Beziehung zu ihrer Kenntniss gelangenden Mängel und Uebertretungen, welche der Gmeindevorstand bei der zuständigen Behörde I. Instanz (Oberstuhlrichter) zur Anzeige zu bringen hat.

diese Obliegenheiten zu vollziehen haben, sind in den Gross- und Kleingemeinden der „Richter“ und der „Notar“, in Städten mit geregeltem Magistrat der Stadthauptmann, in Budapest die hauptstädtische Polizeibehörde.

Jede Stadt und jede Gemeinde, welche 6000 Einwohner besitzt, ist verpflichtet, einen Arzt anzustellen. Das Munizipium hat Verfügung zu treffen, dass mehrere kleinere Gemeinden mit einer Gesammtzahl von 6000—10000 Einwohnern behufs Anstellung eines Arztes zu einem Sanitätskreise vereinigt werden. Zur Errichtung eines Bezirksspitals können mehrere, zur Anstellung eines Arztes verpflichtete Gemeinden oder mehrere Sanitätskreise vereinigt werden. Der Gemeindearzt wird auf Grund vorangegangener Ausschreibung der Stelle von der Gemeinde gewählt; sein Amt ist ein ständiges. In Disziplinar-Angelegenheiten gelten für ihn dieselben Gesetze, wie für die übrigen Gemeindebeamten. Das Gehalt der Gemeindeärzte, sowie der Aerzte der Sanitätskreise wird nach Anhörung der Gemeinde-Vorstände nach Massgabe der Vermögensverhältnisse der einzelnen Gemeinden durch das Munizipium festgesetzt.[1])

Der Gemeinde- bezw. Kreisarzt hat in seinem Gebiet die lokalen sanitätspolizeilichen und gerichtsärztlichen Funktionen zu verrichten und zwar:

1. die Armen der Gemeinde bezw. der vereinigten Gemeinden unentgeltlich, die Besitzenden nach einer hinsichtlich des Honorars vorher getroffenen Vereinbarung zu behandeln;
2. vom sanitäts- und polizeiärztlichen Standpunkte aus über die Findlinge, die in Pflege gegebenen Säuglinge, über die in Gemeindepflege befindlichen Geisteskranken, Blödsinnigen, Taubstummen und Krüppel zu wachen;
3. die Impfung gegen ein für das ganze Land festgesetztes Honorar auszuführen;
4. falls ein eigener Todtenschauer nicht vorhanden sein sollte, die Todtenschau vorzunehmen, bei Armen unentgeltlich, bei Besitzenden gegen festgesetztes Honorar;
5. die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse und deren Veränderungen in seinem Dienstbezirk zu beobachten, und zwecks Beseitigung festgestellter Missstände geeignete Anträge zu stellen;
6. die polizeiärztlichen Untersuchungen unentgeltlich, die gerichtsärztlichen aber auf gerichtliche Ladung hin gegen Honorar zu besorgen;
7. bei plötzlichen Lebensgefährdungen einzugreifen;
8. alle Sonderfunktionen zu vollführen, die ihm durch ein Gesetz oder eine Verordnung auferlegt werden;
9. vierteljährlich einen Sanitätsbericht zu erstatten.

In reinen Fachangelegenheiten verkehrt der Gemeinde- bezw. Kreisarzt unmittelbar mit dem Bezirksarzt.

Aehnliche Bestimmungen, wie für die Anstellung von Gemeindeärzten, giebt das Gesetz zur Anstellung von Gemeindehebammen.

---

[1]) Dem Umstande, dass das Gesetz die Höhe der Gehälter nicht regelt und für entsprechende Deckung sorgt, ist es zu verdanken, dass einzelne Gemeinden wegen ihrer Vermögenslosigkeit die Stelle der Aerzte so niedrig dotiren, dass dieselben vielfach unbesetzt bleiben, zumal auch sonst dem Arzt ein genügender Lebensunterhalt nicht verschafft werden kann. Eine Abhilfe im Gesetzeswege wird lebhaft angestrebt.

In Gemeinden, welche einen eigenen Arzt besitzen, ist eine Sanitäts-Kommission zu bilden; in anderen Gemeinden vollzieht der Gemeinde-Vorstand die Funktionen der Kommission. Mitglieder dieser Kommission sind der Arzt, der Thierarzt, der Apotheker; ferner die Seelsorger, Notare und Lehrer und noch mindestens drei Gemeindemitglieder, welche von der Gemeinde gewählt werden. Den Vorsitzenden wählt die Kommission aus ihrer Mitte. Diese Sanitätskommission erstattet Gutachten und stellt Anträge an den Gemeindevorstand bezw. an die Behörde I. Instanz. Ihr Wirkungskreis umfasst das lokale öffentliche Gesundheitswesen und die Sanitätspolizei.

In Zeiten einer Epidemie konstituirt sich die Sanitäts-Kommission als Lokal-Epidemie-Kommission; sie hat zwecks Durchführung der nothwendigen Schutzmassregeln einzugreifen.

II. Abschnitt (§§. 153—164).
Sanitätsdienst bei den Munizipien.

Der Sanitätsdienst bei den Munizipien spielt sich in zwei Wirkungskreisen ab: 1. in dem Wirkungskreis des Oberstuhlrichters und der mit diesem einen gleichen Wirkungskreis besitzenden Organe als Munizipalbehörde I. Instanz; 2. in dem Wirkungskreis des Vicegespans (Bürgermeisters) als Behörde II. Instanz in Sanitätsangelegenheiten.

Die sanitätsamtliche Aufgabe des Oberstuhlrichters hat folgenden Umfang:

1. er beobachtet alle auf das Sanitätswesen einen Einfluss ausübenden Umstände und trifft die gesetzlichen Anordnungen im eigenen Wirkungskreise; sollte die Ausdehnung seiner Verfügungen über seinen Wirkungskreis hinaus erforderlich werden, so erstattet er Bericht bezw. stellt Anträge an die höhere Behörde;

2. er bewacht innerhalb seines Bezirks den Vollzug der polizeilichen Verfügungen in Betreff der Strassen, Wege, Plätze, öffentliche Versammlungsorte und des Prostitutionswesens; er wacht ferner darüber, dass die sanitätspolizeilichen Vorschriften hinsichtlich der Lehranstalten, Fabriken, industriellen Unternehmungen, Wohnungen, Entwässerungsanlagen, Kanäle, Senkgruben, der stehenden und fliessenden Gewässer, des Trinkwassers, der Lebens- und Nahrungsmittel, der alkoholischen und sonstigen Getränke, der Fleischbeschau, der Kochgeschirre, der öffentlichen Badeanstalten, sowie der Schlachthäuser und der Thierkadaver befolgt werden, zugleich trifft er die nöthigen Verfügungen wegen Beseitigung der wahrgenommenen Mängel;

3. er wacht darüber, dass in seinem Bezirk für die erforderliche Hilfeleistung bei Erkrankungen und Entbindungen, sowie in Fällen plötzlicher Lebensgefahr vorgesorgt sei und die darüber nöthige Belehrung ertheilt werde;

4. er führt die Aufsicht über die in seinem Bezirk befindlichen Findlinge, Taubstummen, Geisteskranken, Blödsinnigen, über die in Pflege gegebenen Säuglinge, sowie über die einzuleitende Heilung vermögensloser Kranker und schreitet in dieser Beziehung erforderlichenfalls den lokalen Verhältnissen entsprechend ein;

5. er betheiligt sich bei der Revision der in seinem Amtsbezirk befindlichen Apotheken;

6. er ordnet die Vornahme der aus öffentlichen Rücksichten erforderlichen polizeilichen Sektionen an;

7. er ertheilt die Genehmigung zu Leichentransporten innerhalb eines Munizipiums;

8. er ertheilt die Konzession zur Errichtung von Mineralwasserfabriken;

9. er verfügt in seinem Bezirk in allen Angelegenheiten, hinsichtlich

welcher das Verfügungsrecht im I. Theil des Sanitätsgesetzes vom Jahre 1876 der Behörde überhaupt übertragen worden ist, falls nicht dieser II. Theil ausdrücklich ein anderes Organ bestimmt; desgleichen schreitet er in allen Angelegenheiten ein, welche ihm sonst durch ein Gesetz oder Statut zu gewiesen sind;

10. er ist verpflichtet, in den Gemeinden persönlich zu erscheinen, sich von den Ortsverhältnissen und Bedürfnissen persönlich Kenntniss zu verschaffen, die erforderlichen Verfügungen zu erlassen und die Ausführung zu kontroliren.

Gegen die Verfügungen des Oberstuhlrichters ist die Berufung an den ersten Beamten des Munizipiums zulässig.

Der medizinisch-technische Beamte des Oberstuhlrichters ist der Bezirksarzt, dessen Fachmeinung in der Regel vorher eingeholt werden muss. Der Bezirksarzt wird nach Anhörung der Sanitäts-Kommission des Munizipiums durch den Obergespan ernannt; in Disziplinarangelegenheiten sind auf ihn dieselben Gesetze anzuwenden, wie bezüglich anderer Munizipalbeamten. — Der Bezirksarzt ist verpflichtet, in seinem Bezirk zu wohnen. Die Funktionen der Bezirksärzte in den Komitaten besorgen in Pest die Bezirksphysici, welche keine ärztliche Praxis ausüben dürfen, in den mit Jurisdiktionsrecht bekleideten Städten die „städtischen Aerzte“;[1]) in Städten mit geregeltem Magistrat sind die Gemeindeärzte gleichzeitig Bezirksärzte.

Der Wirkungskreis des Bezirksarztes ist folgender:

1. er überwacht alle Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens und erstattet Bericht an die Behörde I. Instanz zwecks Beseitigung der wahrgenommenen Mängel;

2. er wacht über die sanitären Verhältnisse der Wohnorte, Gebäude, der Gewerbsunternehmungen und der Fabriken und den Verkauf ihrer Erzeugnisse;

3. er überwacht die öffentlichen und privaten Krankenanstalten und Wohlthätigkeits-Institute;

4. den Verkehr mit Lebensmitteln, namentlich auch die Qualität der Nahrungsmittel und Getränke;

5. die Durchführung der Vorschriften über Findlinge und in Pflege gegebene Säuglinge;

6. die Badeanstalten und Heilquellen;

7. die ärztliche Behandlung vermögensloser Kranker;

8. er vollzieht die Impfung;

9. er erstattet die sofortige Anzeige an die erste Instanz über die epidemischen und ansteckenden Krankheiten und begiebt sich in Folge Auftrags, eventuell in dringenden Fällen auch ohne einen solchen, an Ort und Stelle und trifft die nöthigen Verfügungen im Sinne der bestehenden Bestimmungen;

10. er untersucht die Volksschulen vom sanitären Standpunkt;

11. er vollzieht die polizeiärztlichen Untersuchungen*) und gerichtsärztlichen Obduktionen, letztere gegen besonderes Honorar;

12. er überwacht die Leichenschau und unterweist die Todtenschauer;

13. er betheiligt sich bei der Apothekenrevision und, falls er zugezogen wird, beim Rekrutirungsgeschäft;

14. er überwacht den Verkehr mit Giften und Arzneistoffen;

15. er führt Listen über das Sanitätspersonal;

16. er schreitet in allen Angelegenheiten ein, welche ihm durch ein Gesetz oder Statut übertragen werden; auch kann er im Falle der Behinderung des Oberphysikus des Munizipiums als dessen Vertreter entsendet werden;

---

[1]) Jeder städtische Bezirksarzt ist gleichzeitig Gemeindearzt seines Bezirks.

*) Im Jahre 1895 wurden 2918 polizeiliche Obduktionen vorgenommen: 381 an gefundenen Leichen, 753 an Selbstmördern, 29 zur Feststellung ansteckender Krankheiten, 982 bei plötzlichen oder verdächtigen Todesfällen, 763 Mal aus anderen Ursachen.

17. er erstattet durch die I. Instanz vierteljährlich einen Sanitätsbericht an den ersten Munizipalbeamten. In reinen Fachangelegenheiten verkehrt er mit dem Oberphysikus unmittelbar.

Die sanitätsamtliche Aufgabe des ersten Munizipalbeamten (Vicegespan bezw. Bürgermeister) hat folgenden Umfang:

1. er bildet die II. Instanz in allen Sanitätsangelegenheiten;
2. er wacht darüber, dass alle Sanitätsvorschriften im ganzen Munizipalgebiet durch die unteren Organe sachgemäss angewendet und pünktlich vollzogen werden. Zu diesem Zweck ist er befugt, periodisch und von Fall zu Fall die Erstattung von Berichten anzuordnen, auch persönlich eventuell an Ort und Stelle zu erscheinen;
3. er trifft Verfügungen, um die Ueberfüllung von Wohnräumen zu verhindern;
4. er konstatirt das Vorhandensein und das Erlöschen einer Epidemie und trifft Verfügungen zur Vorbeugung und zur Verhütung der Weiterverbreitung;
5. er ordnet die gesundheitlichen Untersuchungen der Lehranstalten und Gefängnisse und die Apothekenrevisionen an und trifft die Verfügung zur Schliessung von Schulen bei ansteckenden Krankheiten;
6. er besichtigt die Krankenanstalten und Wohlthätigkeitseinrichtungen;
7. er genehmigt Leichentransporte in ein anderes Municipalgebiet;
8. er ertheilt Genehmigung zur Führung von Handapotheken;
9. er ernennt das ärztliche Personal für die Gemeindespitäler;
10. er bestimmt den Wohnort, die verhältnissmässige Auftheilung der Bezahlung und den Wahlmodus der Kreisärzte, auch setzt er die Impfbezirke fest;
11. er genehmigt die Erhebung von Kurtaxen in Bädern und verfügt über die Benutzung der Heilbäder durch Arme.

Gegen seine Entscheidungen als I. wie als II. Instanz ist der Rekurs an den Verwaltungs-Ausschuss zulässig, der in Sanitätsangelegenheiten lediglich Berufungsinstanz ist.

Gegen die Entscheidungen des Verwaltungs-Ausschusses als II. Instanz können die Parteien an den Minister nur dann rekurriren, wenn dieselben von den Entscheidungen der I. Instanz abweichen.

Gegen die Entscheidungen des Verwaltungs-Ausschusses als III. Instanz ist ein Rekurs der Parteien nicht mehr zulässig, doch ist der Obergespan berechtigt, falls es das Interesse des Staates erfordert, im Aufsichtswege an den Minister des Innern zu rekurriren.

Die General-Versammlung des Munizipiums sorgt für Beseitigung sanitärer Mängel, welche aussergewöhnliche Massnahmen und Aufwendungen erfordern, namentlich bei Anlage von Kanalisationen, Abfuhreinrichtungen, Trockenlegung gesundheitsschädlicher Sümpfe und dergleichen. Sie veröffentlicht die ärztlichen Diplome, setzt die Sanitätskreise kleinerer Gemeinden, sowie die Honorare der Gemeindeärzte fest, und sorgt für hinreichende Besetzung der Hebammenstellen. Gegen die Beschlüsse der Generalversammlung ist Berufung an den Minister des Innern zulässig, mit Ausnahme der die ärztlichen Kreise und ärztlichen Honorare betreffenden Entscheidungen.

Die beiden Fachorgane des Munizipiums in Angelegenheiten des Gesundheitswesens sind der Oberphysikus und die Sanitätskommission.

Der Oberphysikus wird nach Anhörung der Sanitätskommission des Munizipiums durch den Obergespan ernannt. In

Disziplinarangelegenheiten untersteht er denselben Gesetzen, wie die übrigen Munizipalbeamten; im Verwaltungs-Ausschuss des Munizipiums fungirt er als Referent für Sanitätsangelegenheiten. Er hat für das Munizipalgebiet denselben Wirkungskreis, wie die Bezirksärzte hinsichtlich der Bezirke, ausserdem:

1. beaufsichtigt er die Impfung durch die Bezirks- und Gemeindeärzte und die Herstellung der Lymphe;
2. beantragt er die bei lokalen Epidemien und ansteckenden Krankheiten erforderlichen Massnahmen;
3. bei dem Auftreten von ansteckenden Krankheiten hat er sich nach Möglichkeit persönlich an Ort und Stelle zu begeben, seine Anträge zu stellen, im Falle dringender Gefahr aber die nöthigen Verfügungen unter eigener Verantwortung im Sinne der bestehenden Gesetze zu treffen und hiervon den Vicegespan (Bürgermeister) zu verständigen;
4. überwacht er das gesammte Sanitätspersonal des Munizipiums;
5. prüft und registrirt er die Diplome der sich niederlassenden Aerzte und Hebammen und zeigt dieselben dem Munizipium zwecks Publizirung an;
6. stellt er Anträge wegen Ausrottung der Kurpfuscherei, sowie der gesundheitsgefährlichen und abergläubischen Gebräuche und trifft in dringenden Fällen selbst Verfügung;
7. überwacht er vom ärztlichen Standpunkt aus die ärztliche Behandlung vermögensloser Kranker auf öffentliche Kosten;
8. untersucht er im Munizipalgebiete die sanitären Verhältnisse der Lehranstalten, Gefängnisse, Spitäler, aller öffentlichen und Privat-Institute, und revidirt die Apotheken;
9. betheiligt er sich im Falle der Einberufung am Rekrutirungsgeschäft;
10. vollzieht er die polizeiärztlichen Revisionen und fungirt als Gerichtsarzt gegen Gebühren auf besondere Requisition;
11. erstattet er monatlich einen Sanitätsbericht an den Verwaltungs-Ausschuss, halbjährlich an den Vicegespan und jährlich an den Minister des Innern;
12. vollzieht er alles, was nach einem Gesetz oder einer Verordnung in seinem Wirkungskreis gehört.

In jedem Munizipium wird eine Sanitäts-Kommission gebildet, welche aus folgenden Mitgliedern besteht: aus dem Oberphysikus, allen behördlichen Aerzten und Thierärzten, dem Oberarzt des Landwehr (Honvéd)-Bataillons, einem Ingenieur, einem Baumeister, einem Apotheker und einer der Summe der Genannten gleichen Zahl von Mitgliedern des Verwaltungs-Ausschusses. Der Vorsitzende wird aus letzteren Mitgliedern durch die Sanitäts-Kommission selbst gewählt. Den Ingenieur, Baumeister und Apotheker bestimmt der Verwaltungs-Ausschuss. Die Mitglieder des Verwaltungs-Ausschusses werden durch die Generalversammlung in die Sanitätskommission und zwar auf drei Jahre gewählt, können jedoch, falls sie Mitglieder des Verwaltungs-Ausschusses bleiben, wieder gewählt werden. Die Sanitäts-Kommission des Munizipiums ist eine berathende Körperschaft, die nur Gutachten erstatten und Anträge stellen kann; sie verkehrt in der Regel nur mit ihrer betreffenden Behörde. Bei gefährlichen Epidemien konstituirt sich die Sanitäts-Kommission zu einer Epidemie-Kommission; in diesem Falle übernimmt der Vicegespan (Bürgermeister) den Vorsitz. Die Epidemie-Kommission ist ermächtigt, die nothwendigen Schutzmassregeln, auch wenn eine Epidemie nur droht, anzuordnen und eventuell durchzuführen. Sie verkehrt mit dem Minister des Innern und anderen Behörden unmittelbar. Gegen ihre Beschlüsse ist Berufung an das Ministerium

zulässig, doch ohne aufschiebende Wirkung hinsichtlich des Vollzuges.

III. Abschnitt (§§. 165—176).
Die Zentralbehörde.

Die Medizinal-Abtheilung, welche das gesammte Gesundheitswesen Ungarns leitet, ressortirt vom Ministerium des Innern. Der Minister erstattet jährlich dem Reichstage einen Bericht über die Gesundheitsverhältnisse des Landes. — Die in der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums angestellten Aerzte geniessen gleiche Rechte und untertiegen demselben Verfahren, wie die übrigen Staatsbeamten. — Der Minister des Innern führt die Aufsicht, entscheidet über Rekurse endgiltig in letzter Instanz, erlässt Verordnungen und ertheilt Genehmigung in allen Angelegenheiten, welche durch das Gesetz als in seinen Wirkungskreis gehörig bezeichnet werden. — Der Minister des Innern kann in jeder Sanitäts-Angelegenheit überallhin Regierungs-Kommissare entsenden, um seinen innerhalb der Gesetze erlassenen Verordnungen Geltung zu verschaffen.

Chef der Medizinal-Abtheilung ist ein Arzt im Range eines Ministerialraths; derselben sind zugetheilt zur Zeit 5 Juristen, 8 Sanitäts-Inspektoren (Aerzte), 5 andere Aerzte in verschiedenen Rangklassen und 2 Hilfsarbeiter. Von den Sanitäts-Inspektoren haben 7 je einen ihnen zugewiesenen Theil des Landes regelmässig zu überwachen, einem ist das Ressort des Trachomwesens für das ganze Land zugetheilt. — Die Medizinal-Abtheilung verfügt über ein eigenes hygienisch-bakteriologisches Institut.

Dem Minister ist beigegeben eine berathende, nur Gutachten erstattende Körperschaft, der Landes-Sanitätsrath. Der Minister kann aber in Sanitäts-Angelegenheiten auch die Ansicht anderer Fachmänner und wissenschaftlicher Korporationen einholen.

Der Landes-Sanitätsrath, dessen Mitglieder als solche keine Beamte und nicht zur Erledigung von Verwaltungsangelegenheiten berufen sind, hat die Aufgabe:

1. Gutachten in den von den Regierungen ihm zugewiesenen Angelegenheiten zu erstatten;
2. Vorschriften in Betreff der Förderung des Gesundheitswesens, Verhinderung ansteckender, vererblicher und epidemischer Krankheiten, sowie überhaupt hinsichtlich der Verbesserung und Regelung der ärztlichen, Veterinär-, Pharmazie-, Bade- und gerichtsärztlichen Angelegenheiten zu beantragen;
3. Ober-Gutachten in den ihm zugewiesenen gerichtsärztlichen Fällen;
4. Gutachten über die bei der ärztlichen Behandlung vorgekommenen Fehler;
5. Gutachten über das durch die Regierung bei staatlichen Heilanstalten anzustellende ärztliche Personal zu erstatten;
6. den Entwurf des Apothekerbuches und der Arzneitaxe zu verfassen.

Der Landes-Sanitätsrath setzt sich zusammen aus einem Präsidenten, einem Vicepräsidenten, einem Schriftführer, zwölf ordentlichen Mitgliedern und aus ausserordentlichen Mitgliedern in unbeschränkter Zahl. Die Sanitätsreferenten der einzelnen Ministerien nehmen an den Berathungen als ordentliche Mitglieder Theil. Der Präsident des Landes-Sanitätsraths wird auf

Vorschlag der Mitglieder durch den König, der Vicepräsident und die Mitglieder durch den Minister des Innern ernannt. Das Amt des Präsidenten und Schriftführers währt 6 Jahre; sie können dann wieder ernannt werden. Von den 12 ordentlichen Mitgliedern scheidet ein Drittel nach Ablauf von je drei Jahren im Wege der Auslosung aus; die Austretenden können neuerdings ernannt werden.

Der Landes-Sanitätsrath untersteht dem Minister des Innern und verkehrt mit diesem, und den übrigen sich an ihn wendenden Ministern unmittelbar.

Seit dem Jahre 1890 gelangt die Begutachtung gerichtsärztlicher Angelegenheiten nicht mehr vor den Landes-Sanitätsrath, da dem Justizminister seitdem ein besonderer justizärztlicher Senat für diese Angelegenheiten beigegeben ist.

Bei Abgabe eines gemeinschaftlichen Gutachtens über den „körperlichen" Zustand einer Person oder über eine „Sache" kann jeder der beiden Sachverständigen die volle Gebühr nach §. 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 liquidiren.

Von Kreisphysikus Dr. **Dütschke**-Aurich.

In der Strafsache gegen den prakt. Arzt X., wegen fahrlässiger Tödtung, erstattete ich zu Folge Requisition des Königl. Amtsgerichtes Aurich am 28. November 1897 in Gemeinschaft mit dem prakt. Arzte Herrn Dr. D. ein mit wissenschaftlichen Gründen und auf zahlreiche Literatur-Angaben gestütztes, umfangreiches schriftliches Gutachten, wofür ich gemäss §. 3 Ziff. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 24 Mark und Herr Dr. D. 12 Mark liquidirte, welcher Betrag auch anstandslos vom Amtsgericht zur Zahlung angewiesen wurde.

Am 18. März d. J. ging Herrn Dr. D. und mir durch Vermittelung des Königlichen Amtsgerichts folgendes Monitum der Ober-Rechnungskammer zu:

„Es handelt sich hier um ein von dem Kreisphysikus Dr. Dütschke in Aurich und dem Dr. D. daselbst gemeinschaftlich erstattetes und mit wissenschaftlichen Gründen unterstütztes Gutachten, auf welches die Gebührenvorschrift §. 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 Anwendung findet. An Vergütung für das Gutachten sind dem Kreisphysikus 24 Mark, dem zweiten Arzte 12 Mark zugebilligt, zusammen 36 Mark.

In der angenommenen Gebührenvorschrift aber ist der zulässige Höchstbetrag für ein Gutachten gedachter Art auf 24 Mark festgesetzt. Eine Vergütung über diesen Satz hinaus ist auch dann nicht zulässig, wenn das Gutachten von mehreren Sachverständigen gemeinschaftlich ausgearbeitet ist.

Nur in dem einen Ausnahmefalle, wenn zwei Medizinalbeamte zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den Geisteszustand eines Menschen aufgefordert sind, erhält jeder derselben die Gebühr (cf. §. 4 Abs. 2 des Gesetzes).

Für den Fall, dass die Auslagen nicht zur Erstattung gekommen sind, ist deshalb die anderweite Festsetzung der beiden Liquidationen — event. im Beschwerdewege — und die Wiedereinziehung des zu viel Gezahlten herbeizuführen."

Da mir die in dem Monitum der Ober-Rechnungskammer ausgesprochene Ansicht rechtlich völlig unhaltbar erschien, er-

widerte ich dem Königlichen Amtsgericht unter dem 22. März 1899 mit Zustimmung des Herrn Dr. D., dass wir den von der Ober-Rechnungskammer gemachten Ausführungen nicht beitreten könnten aus den nachfolgenden Gründen:

„Aus dem Wortlaut des §. 3 Nr. 6, welcher hier in Frage kommt, geht nicht hervor, dass der Gesammt-Höchstbetrag von 24 Mark die Bezahlung für sämmtliche, in der betreffenden Sache zur gutachtlichen Aeusserung aufgeforderte Sachverständige enthält, sondern es heisst, „für jedes Gutachten" 6—24 Mark, was nichts anders bedeutet, als dass jeder Gutachter, je nach Schwierigkeit der Leistung und der Zeitdauer berechtigt ist, zwischen 6—24 Mark zu liquidiren.

Der Umstand, dass in dem §. 4 Abs. 2 besonders hervorgehoben wird, dass wenn zwei Medizinalbeamte zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den Gemüthszustand eines Menschen aufgefordert werden, jeder derselben die Gebühr erhält, ist doch nur im Gegensatz zu dem Abs. 1 desselben Paragraphen besonders betont, welcher eine Ausnahme bildet, indem der zweite Medizinalbeamte nur die Hälfte der Gebühren erhält für einen Obduktionsbericht (§. 3 Ziff. 5) der eben geringer honorirt wird. Es würde auch ungerechtfertigt erscheinen, wenn das gemeinschaftliche Gutachten zweier Medizinalbeamte über den „körperlichen" Zustand einer Person oder über eine „Sache" geringer honorirt würde, als ein gemeinschaftliches Gutachten über den „Gemüthszustand" eines Menschen, und ergäben sich aus den von der Ober-Rechnungskammer gemachten Ausführungen ganz unhaltbare Konsequenzen, indem z. B. von 4 zugezogenen Gutachtern jeder nur höchstens 6 Mark erhalten könnte, was der Gesetzgeber entschieden nicht beabsichtigt habe."

Auf diese Ausführungen erging unter dem 12. April d. J. von dem Amtsgericht Aurich der Bescheid, dass der ausgezahlte Betrag von 24 Mark bezw. 12 Mark von der Ober-Rechnungskammer bemängelt und nunmehr auf 16 Mark für mich, und auf 8 Mark für den Dr. D. festgesetzt worden sei, und müsse der uns somit zu viel gezahlte Betrag von 8 bezw. 4 Mark binnen einer Woche der Gerichtskasse zurückgezahlt werden.

Unter erneutem Hinweis auf die unter dem 22. März 1899 von uns gemachten Einwendungen erhoben wir am 19. April d. J. gegen die getroffene Gebührenherabsetzung Beschwerde.

Bereits am 24. April d. J. erging von der Strafkammer III des Königlichen Landgerichts zu Aurich folgender Beschluss:

„Auf die Beschwerde der Aerzte Kreisphysikus Dr. Dütschke und Dr. D. vom 19. cr., wird die Verfügung des Königlichen Amtsgerichts Aurich vom 12. d. Mts., welche unter Abänderung der Verfügung vom 1. Dezember 1897 die Honorirung für das motivirte Gutachten festsetzt auf

a) für p. Dütschke 16 Mark,
b) für p. D. 8 Mark,

aufgehoben und die Vergütung wieder analog der Verfügung vom 1. Dezember 1898 festgesetzt auf

a) für p. Dütschke 24 Mark,
b) für p. D. 12 Mark.

Gründe:

„Der angefochtenen Verfügung liegt die Ansicht der Königlichen Ober-Rechnungskammer zu Grunde, dass eine Vergütung über den im §. 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 bestimmten Höchstbetrag von 24 Mark hinaus auch dann nicht zulässig sei, wenn ein Gutachten von mehreren Sachverständigen gemeinschaftlich ausgearbeitet ist, dass in solchem Falle vielmehr die mehreren Sachverständigen sich die Vergütung zu theilen haben.

Diese Ansicht ist rechtsirrthümlich.

Aus dem Wortlaut des §. 3 genannten Gesetzes ist nichts dafür zu entnehmen, dass wenn mehreren Medizinalbeamten ein Geschäft aufgetragen wird, nicht jeder auf die volle Gebühr Anspruch haben solle; auch entspricht es durchaus der natürlichen Auffassung, dass in solchen Fällen jeder für die aufgewendete Mühe und Zeitversäumniss unabhängig von den andern entschädigt

wird. Zu einer gegentheiligen Auffassung könnte nur bezüglich der Nr. 6 des §. 3 die Bestimmung des §. 4 verleiten, wonach an zwei Medizinalbeamte, die zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den Gesundheitszustand eines Menschen aufgefordert sind, jeder die volle Gebühr des §. 3 Nr. 6 erhält, indem man hieraus mittels Argumentum e contrario den Schluss ziehen könnte, dass für Gutachten über **andere** Gegenstände, als den Gemüthszustand eines Menschen, **mehrere** Medizinalbeamte nur zusammen die Gebühr des §. 3 Nr. 6 erhielten.

Ein solcher — stets sehr bedenklicher Schluss — würde aber nur dann zulässig sein, wenn ohne ihn die Bestimmung des §. 4 Abs. 2 völlig unverständlich wäre, dies ist aber keineswegs der Fall. Der §. 4 Abs. 2 wird nämlich dahin auszulegen sein, dass zwei Medizinalbeamte, die über den Gemüthszustand eines Menschen ein Gutachten abgeben, jeder die volle Gebühr des §. 3 Nr. 6 bekomme, ohne Rücksicht darauf, ob dies Gutachten den in allen anderen Fällen für die Anwendung des §. 3 Nr. 6 vorausgesetzten Anforderungen entspricht, nämlich dass das Gutachten mit wissenschaftlichen Gründen versehen und nicht im Termin zu Protokoll gegeben ist."

Bei der Verschiedenheit der Auslegung der oben angezogenen Paragraphen des Gesetzes vom 9. März 1872, dürfte die Entscheidung des Königlichen Landgerichts zu Aurich auch weitere Kreise interessiren; sie bestätigt übrigens die Annahme, die Rapmund in seinem Kommentar zum Gesetz vom 9. März 1872 (Berlin 1889, Fischer's medizinische Buchhandlung [G. Kornfeld]) auf S. 40 zu §. 4 unter Nr. 3 zum Ausdruck bringt: „In dem zweiten Absatz des §. 4 wird nur von einem gemeinschaftlichen Gutachten über den „Gemüthszustand" eines Menschen gesprochen. Es fehlt somit eine Bestimmung darüber, wie es in solchen Fällen zu halten ist, wenn zwei Medizinalbeamte zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den „körperlichen" Zustand einer Person oder über eine „Sache" aufgefordert werden, jedoch scheint die Annahme, dass dann die beiden Begutachter die volle Gebühr nach §. 3 Nr. 6 liquidiren können, durch den Sinn des Gesetzes gerechtfertigt zu sein."

Aus Versammlungen und Vereinen.

Jahresversammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Trier.

Die Versammlung fand am 26. November 1898, Mittags 12 Uhr, im Hôtel Porta nigra zu Trier, unter Leitung des Herrn Reg.- und Med.-Raths Dr. Schmidt statt.

Erschienen waren von den 13 Physikern und 11 Kreiswundärzten des Bezirks 10 Physiker und 8 Kreiswundärzte, nämlich die Herren Kreisphysiker San.-Rath Dr. Tillessen-Saarlouis, Dr. Schmidt-Neunkirchen, San.-Rath Dr. Schubmehl-St. Wendel, Geh. San.-Rath Dr. Nels-Bitburg, Dr. Vieson-Merzig, Geh. San.-Rath Dr. Hecking-Saarburg, San.-Rath Dr. Doeblin-Bernkastel, Dr. Ueberholz-Wittlich, Dr. Schubert-Saarbrücken, San.-Rath Dr. Roller-Trier und die Herren Kreiswundärzte Dr. Krause-Bitburg, Dr. Volkmuth-Saarburg, San.-Rath Dr. Mainzer-Illingen, Dr. Altendorf-Waxweiler, Dr. Kramer-St. Johann, Dr. Brockes-Zeltinger, San.-Rath Dr. Walbaum-Gerolstein, Dr. Hoffmann-Trier und als Gäste Herr Med.-Rath Dr. Schwarz-Trier und Herr Dr. Brandenburg-Trier, pro physicatu geprüft.

Nach Begrüssung der Erschienenen durch den Herrn Vorsitzenden wurde in die Tagesordnung eingetreten:

1. Verlesung des Protokolls der letzten Versammlung.

2. Der Herr Vorsitzende bespricht kurz die in den letzten Jahren erlassenen Verfügungen über Apotheken, Drogenhandlungen, Geheimmittelunwesen, Impfgeschäft, Privatirrenanstalten, Prostitution, ansteckende Krankheiten, Hebammen, Geschäftsverkehr, Liquidationen u. s. w.

3. Der Herr Vorsitzende berichtet hierauf über die **Typhuserkrankungen** der Jahre 1892, bezw. 1893—1897 im **Regierungsbezirk Trier.**

Im Regierungsbezirk Trier kamen an Typhustodesfällen vor:

1892	in Städten	72	und auf dem Lande	233	Fälle,	Summa	305	Fälle,					
1893	„ „	72	„ „	221	„	„	263	„	}	1893/97			
1894	„ „	32	„ „	147	„	„	179	„		1021			
1895	„ „	43	„ „	133	„	„	176	„		Todes-			
1896	„ „	39	„ „	173	„	„	212	„		fälle.			
1897	„ „	34	„ „	157	„	„	191	„	}				

Die Bevölkerungsziffer betrug am 1. Dezember 1895 768751,
„ „ „ „ 1. „ 1896 779742,
„ „ „ „ 1. „ 1897 791063.

Die Typhusterblichkeit des Bezirkes war durchweg grösser als im ganzen Staate. Sie betrug sogar im Jahre 1896 im Bezirke das Doppelte des Durchschnittes des Staates (2,77 gegen 1,35 auf 10000 Lebende).

Nach der vergleichenden Zusammenstellung vorstehender Fälle nach den Angaben des Statistischen Bureaus mit den Berichten der Physiker sind in den Jahren 1893—1897 fast 600 Typhussterbefälle mehr vorgekommen als den Physikern gemeldet wurden (1021 gegen 444).

Hieran schloss sich eine Debatte, in welcher die Herren Vieson und Hecking hervorhoben, dass wohl manche Fälle als Typhus bei den Standesämtern von den Angehörigen gemeldet würden, welche gar nicht Typhus sind und dass demnach auch das statistische Bureau nicht immer genau unterrichtet sei.

Die Mittel zur Bekämpfung der Krankheit wurden eingehend besprochen und Vorschläge von den Herren Schubert und Mainzer gemacht. Der Herr Vorsitzende hält es für erforderlich, dass die amtlichen Feststellungen eher und öfter und die Bekämpfungsmassregeln energischer vorgenommen werden. In welcher Weise eine sorgfältigere Anzeige der Sterbefälle an die Kreisphysiker zu erzielen sei, etwa durch Vermittelung der Standesämter, wird zu erwägen sein.

4. Herr Schubert-Saarbrücken spricht über die **Sterblichkeit in den Industriebezirken.**

Wiederholt ist die Behauptung aufgestellt worden, dass die Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in den dichtbevölkerten Industriekreisen an der Saar ungünstigere Verhältnisse darböten, als die übrigen Kreise des Regierungs-Bezirks Trier. Der Vortragende hat an der Hand der offiziellen Gesundheitsberichte und anderer Veröffentlichungen geprüft, wie weit diese Angabe zutrifft.

Während der ganze Bezirk zu Anfang des Jahrzehnts annähernd $^3/_4$ Million Einwohner besass, betrug die Bevölkerungsziffer für den Kreis Saarbrücken rund 150000, für die Kreise Saarlouis und Ottweiler etwa je 70000, die Gesammtziffer für die drei Kreise also annähernd $^1/_3$ Million; auf 1 qkm entfallen im Bezirk 98 Einwohner, in den Industriekreisen 165—361. Von besonderer Bedeutung, weil die allgemeine Sterblichkeitsziffer erhöhend, ist die hohe Geburtsziffer in den Industriekreisen; sie beträgt etwa 45 gegenüber 37—38 im Regierungsbezirk.

Trägt man die Sterblichkeitsziffern in der üblichen Weise in eine graphische Kurve ein, so findet man, dass in den 6 Jahren 1889—1894 die durchschnittliche Sterblichkeit nur selten überschritten ist; bei einer Zusammenfassung der Zahlen für die 6 Jahre ergiebt sich, dass von beinahe 2 Millionen Einwohner der Industriegegend etwa 39 % eine mittlere Sterblichkeit hatten, weniger wie 1 % eine Uebersterblichkeit und 56,5 % eine Untersterblichkeit; die Untersterblichkeit ist also 12 Mal grösser, als die Uebersterblichkeit. Die Sterblichkeit in den Industriekreisen würde natürlicher noch günstiger erscheinen, wenn man sie nicht mit dem ganzen Bezirk, sondern mit den übrigen Kreisen vergleichen wollte. Der Vortragende hat auch für gewisse Altersklassen die Sterblichkeit berechnet und ist dabei ebenfalls zu einem Ergebniss gekommen, das die Richtigkeit der oben aufgestellten Behaup-

tung nicht bestätigt. Die Kindersterblichkeit betrug 1892—1894 im Bezirk 15,2 % (Land) bezw. 15,6 % (Städte), in der Industriegegend 13,9 % bezw. 13,1 %. Die Sterblichkeit der Bevölkerung ohne Kinder für diesen Zeitraum betrug im Kreise Saarbrücken durchschnittlich 1,5 ‰ weniger als im ganzen Bezirk. Die für die Beurtheilung der Sterblichkeitsverhältnisse wichtigste Altersgruppe ist die vom 20. bis 50. Lebensjahre; setzt man die Sterblichkeit in den Industriebezirken für diese Altersklasse = 100, so starben in den nicht industriellen Kreisen 117 (männl.) bezw. 108 (weibl.) Personen. Nur in der Altersgruppe von 50—70 Jahren findet sich für die männliche Bevölkerung eine höhere Sterblichkeit, für die weibliche dagegen eine niedrigere.

Hiernach ist man berechtigt, anzunehmen, dass die dicht bevölkerten Industriekreise an der Saar gegenüber den übrigen Kreisen keineswegs eine erhöhte Sterblichkeit aufweisen; beiläufig sei noch erwähnt, dass dies auch für andere Gegenden des Vaterlandes zutrifft, in denen, wie hier, ein starker Bergbau und Hüttenbetrieb herrscht. So starben nach Prof. Kruse 1891—1895 von 10 000 Männern im Alter von 30—60 Jahren im Saarrevier 461, im Ruhrrevier, Oberschlesien und Waldenburg dagegen 600—646 Personen.

Um die Gesundheitsverhältnisse der verschiedenen Kreise beurtheilen zu können, fehlt es an geeignetem Material; einen gewissen Einblick hierin giebt vielleicht die Häufigkeit der Tuberkulose. Vergleicht man die Sterbeziffern an dieser Krankheit mit einander, so zeigt sich, dass die industriellen Gegenden, namentlich der Kreis Saarbrücken, hinter dem Bezirk zurückblieben; während von 1892—1894 hier durchschnittlich 2,93 ‰ an Tuberkulose starben, beträgt die Ziffer für die drei genannten Kreise 2,53 ‰, für den Kreis Saarbrücken sogar nur 2,11 ‰; wahrscheinlich ist die Tuberkulosensterblichkeit aber noch viel niedriger, weil sicherlich hierunter viele Fälle gezählt werden, die an der hier häufigen Lungenerweiterung und nicht an Tuberkulose gestorben sind.

Ein nachtheiliger Einfluss der dichten Bevölkerung, sowie der Berg- und Hüttenindustrie auf die allgemeinen Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse ist demnach für die Saargegend bisher nicht erwiesen.

Der Verallgemeinerung der Beobachtungen des Herrn Vortragenden aus dem Bezirke Saarbrücken auf andere Bezirke wird aus der Versammlung verschiedenfach mit dem Hinweise auf andere Veröffentlichungen widersprochen.

5. Der Herr Vorsitzende berichtet über den ersten **psychiatrischen Kursus** für Medizinalbeamte zu **Bonn** und schliesst hieran eine kurze, aber sehr übersichtliche Besprechung der einzelnen Formen der Geisteskrankheiten.

Hierauf wurde die Versammlung nach 3 Uhr Nachmittags geschlossen.

Ein sehr anregend verlaufendes gemeinsames Mittagsmahl in den schönen Räumen des neuen Hôtels (Porta nigra) hielt die Herren Kollegen noch lange zusammen.

Dr. Roller-Trier.

Bericht über die Versammlung der Kreisphysiker der Provinz Schleswig-Holstein am 30. April 1899 in Neumünster.

Anwesend: Reg.- und Med.-Rath Dr. Bertheau (Vorsitzender) und die Kreisphysiker DDrr. San.-Rath Asmussen-Rendsburg, Bahrs-Tönning, Bockendahl-Kiel, Bruhn-Segeberg, Buddenberg-Ratzeburg, Dethlefsen-Friedrichstadt, v. Fischer-Benzon-Flensburg, San.-Rath Halling-Glücksstadt, Hansen-Gramm, San.-Rath Hasselmann-Hadersleben, Hunnius-Wandsbeck, Knuth-Apenrade, Reimann-Neumünster, Rohwedder-Oldesloe, Schmidt-Petersen-Bredstedt, Schow-Neustadt, Schütt-Lütjenburg, Suadicani-Schleswig, Geh. San.-Rath Wallichs-Altona, San.-Rath Wenck-Pinneberg.

1. Geh. San.-Rath Dr. Wallichs giebt eine kurze Geschichte der **Medizinalreform** und wirft im Anschluss daran die Frage auf, ob wir noch zu dem neuen Entwurf Stellung nehmen wollen. Eine Abstimmung entscheidet dafür und es werden jetzt die Abänderungsvorschläge des Vorstandes vom Medizinal-Beamten-Verein verlesen, welche in der Hauptsache die Zustimmung der Theilnehmer finden.[1])

---

[1]) Die betreffenden Beschlüsse sind bereits in der vorigen Nummer der Zeitschrift, S. 317, Anm. 2 mitgetheilt.

2. Dr. Bockendahl will von der länger geplanten Gründung einer **Alters- und Invalidenkasse für die Hebammen der Provinz** zunächst absehen, da es nach der bevorstehenden Ergänzung der staatlichen Alters- und Invalidenversicherung den Hebammen ermöglicht werde, sich selbst zu versichern. Die Versammlung erklärt sich mit dem Vorschlag einverstanden und die drei Kollegen, welche bisher die Frage behandelt haben, finden sich bereit, bezüglich der Verwendung des angesammelten Fonds mit den Altonaer Hebammen, die bereits eine Vorlage ausgearbeitet haben, in Verbindung zu treten.

3. Dr. Reimann hat einen Entwurf zu einer **neuen Hebammentaxe** für den Regierungsbezirk Schleswig ausgearbeitet, weil die bisherige vom 11. April 1872 lückenhaft und zu niedrig sei. Die Giltigkeit derselben solle auf strittige Fälle beschränkt sein, während im Uebrigen die Honorirung der Hebammen der freien Vereinbarung überlassen bleiben müsse. Bei Verlesung des Entwurfs werden einzelne Positionen desselben näher begründet. Eine Aufbesserung der Hebammengebühren wird allgemein als nothwendig anerkannt und es wird eine Kommission von 4 Mitgliedern damit betraut, den Entwurf den differenten Verhältnissen im Bezirk anzupassen.

4. Dr. Reimann erörtert, es falle deshalb so schwer, die Hebammen zur Theilnahme an den **Fortbildungskursen** zu bewegen, weil ihnen für den Ausfall in der Einnahme keine Entschädigung geleistet werde. Es sei aus dem Grunde entweder dahin zu wirken, dass die Hebammen ausser den nothwendigen Verpflegungskosten auch Tagegelder in angemessener Höhe etwa aus Kreismitteln beziehen oder, wenn sich damit nicht durchdringen lasse, dass die Fortbildungskurse in die Hände der Kreisphysiker gelegt werden. Für letzteren Fall seien alle Hebammen jedes Jahr ein Mal zur Nachprüfung heranzuziehen und, damit dieselbe eine intensive werden könne, müsse das Prüfungs-Inventar eine entsprechende Erweiterung erfahren. Es wird dagegen der Einwand erhoben, dass eine gründliche Nachbildung in der Desinfektion, auf die in den Kursen das Hauptgewicht fallen müsse, nur in einer Gebäranstalt durchzuführen sei.

5. Dr. Hunnius berichtet ausführlich über einen letal verlaufenen Fall von **Schädelverletzung** aus seiner Praxis und erörtert die Frage, ob der vorgefundene Schädelbruch durch einen Schaufelschlag hervorgerufen oder erst im Moment des Kopfaufschlagens auf eine Eisenbahnschiene entstanden sei.

Dr. Rohwedder-Oldesloe.

Bericht über den vom 24. bis 27. Mai d. J. in Berlin abgehaltenen Kongress zur Bekämpfung der Lungentuberkulose als Volkskrankheit.

Erster Verhandlungstag, Mittwoch, den 24. Mai d. J.

Nachdem am Abend zuvor die Begrüssung der ausserordentlich zahlreich eingetroffenen Kongressmitglieder (ihre Zahl überstieg 2000, darunter über 200 offizielle Vertreter) und ihrer Damen in dem imposanten Kuppelsaal und den weiten Wandelgängen des Reichstagsgebäudes stattgefunden hatte, erfolgte am Mittwoch, den 24. Mai, Vormittags 11 Uhr, im Plenar-Sitzungssaale des Reichstages in Gegenwart der hohen Protektorin, Ihrer Majestät der Kaiserin, die

Eröffnung des Kongresses.

Die Mitglieder waren im Festgewande erschienen; auf den Tribünen hatten zahlreiche Damen Platz genommen, so dass die Versammlung ein überaus glänzendes Bild darbot. Ehrfurchtsvoll begrüsste die Versammlung durch Erheben von den Sitzen das Erscheinen Ihrer Majestät und hörte auch stehend die Eröffnungsrede des Vorsitzenden des Zentralkomitees zur Errichtung von Lungenheilstätten, H. Staatssekretärs Graf v. Posadowski, an, in der dieser ausführte, dass es den durch angestrengteste Arbeit gewonnenen Fortschritten der Technik und Wissenschaft in immer weiterem Umfange gelungen sei, mannigfache gesundheitliche Gefahren abzuwenden und manche alten Feinde der Menschheit zu besiegen, die in früheren Jahrhunderten schwere Opfer an Menschenleben und wirthschaftlicher Kraft erfordert hätten. Andererseits seien aber mit diesem Fortschritt der menschlichen Kultur gleichzeitig auch neue Gefahren entstanden. Das enge Zusammenleben der Menschen, verursacht durch die Ge-

staltung des Erwerbslebens, und das durch gewisse Industrien bedingte technische Verfahren haben insbesondere neue Krankheitserscheinungen hervorgerufen, die zum Theil den Charakter von Berufskrankheiten tragen. Auch die Tuberkulose sei in ihrer gegenwärtigen Ausdehnung eine Begleiterscheinung des modernen Kulturlebens und stelle eine wachsende Gefahr für das Volkswohl dar, welche bei den Regierungen, bei den Vertretern des ärztlichen Standes, bei Sozialpolitikern und allen Menschenfreunden ernste Besorgnisse hervorgerufen und den Gedanken gezeitigt habe, dieses drohende Uebel systematisch zu bekämpfen und die Opferfreudigkeit der Gesammtheit für diesen Kampf in Anspruch zu nehmen. Je mehr der Wohlstand der Völker sich hebe, desto lebendiger pflege sich in den besitzenden Klassen das Gefühl der Menschenpflicht zu regen, für die Nothleidenden und Schwachen zu sorgen. Von dieser erhabenen Auffassung geleitet, haben Ihre Majestät die Kaiserin das Protektorat über den gegenwärtigen Kongress zu übernehmen die Gnade gehabt und wenn in der heutigen Versammlung Abgesandte fast aller Kulturvölker vertreten seien, so sei hierin ein sichtbarer Beweis dafür zu erkennen, dass in dem Bestreben, das Wohl der Kranken, Schwachen und Unglücklichen zu fördern, alle gesitteten Völker sich solidarisch betrachten.

Mit dem Wunsche, dass der Kongress Mittel und Wege finden möge, durch welche die verbreitetste Krankheit, die an dem Mark und der Arbeitskraft der Völker zehre, beschränkt und geheilt werden könne, und dass den sachverständigen Berathungen auch überall opferfreudige Thaten folgen und so diese Versammlung den Ausgangspunkt einer auf gleiche Ziele gerichteten internationalen Arbeit bilden mögen, schloss der Redner seine Ansprache und ersuchte Se. Durchlaucht den Herzog von Ratibor und in dessen Vertretung den Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Leyden die Leitung der Verhandlungen zu übernehmen.

Hierauf eröffnete der Herzog von Ratibor die eigentlichen Verhandlungen, indem er betonte, dass der Kongress nicht nur den wissenschaftlich vorgebildeten Fachmännern Gelegenheit zur Vertiefung in die für die Volksgesundheit so wichtige Tuberkulose-Bekämpfung geben, sondern auch praktischen Zwecken dienen und in weite Kreise des Volkes hinein die Ueberzeugung tragen solle, dass auf dem geplanten Wege eine Erreichung des gesteckten Zieles sich erreichen lasse. Er dankte Ihrer Majestät der Kaiserin nochmals für die Uebernahme der Protektorats und erstattete sodann allen Regierungen, Kommunalbehörden, Korporationen, sowie allen fremden Staaten seinen tiefgefühlten Dank ab für die thatkräftige Unterstützung des Organisationskomitees und für das durch Absendung zahlreicher Vertreter bekundete grosse Interesse. Desgleichen sprach er seine grosse Freude darüber aus, dass die Anwesenden in so grosser Zahl dem Rufe zum Streite gegen die mörderische Krankheit gefolgt seien.

Im Namen der Stadt Berlin begrüsste danach der Bürgermeister Kirschner den Kongress und gedachte hierbei der segensreichen Bemühungen der beiden Ehrenbürger Berlins — Robert Koch und Rudolf Virchow — gerade auf dem Felde der Bekämpfung der Tuberkulose. Die Stadt Berlin habe von Anfang an der Tuberkulose-Bekämpfung das höchste Interesse entgegengebracht und diesem durch die Gründung von drei Tuberkulose-Heilstätten bereits lebendigen Ausdruck gegeben. Den ernsten Bestrebungen des Kongresses wünsche sie volles Gelingen.

Als Rektor der Friedrich-Wilhelms-Universität hiess Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Waldeyer den Kongress willkommen, indem er betonte, dass erst die streng wissenschaftliche Forschung den Boden geebnet habe, auf dem die Arbeiten des Kongresses gedeihen können und dass von dem gemeinsamen Vorgehen der Wissenschaft und der Praxis das Beste zu hoffen sei.

Es folgten nunmehr die Begrüssungsreden der auswärtigen Delegirten: Mr. Boyd (Vereinigte Staaten von Nordamerika), Prof. Dr. Brouardel (Frankreich) mit lebhaftem Beifall begrüsst, Prof. Grainger Steward (England), Prof. Maragliano (Italien), Ritter Dr. Kusy von Dúbrav (Oesterreich), Prof. Dr. Korányi (Ungarn), Dr. Bertenson (Russland)

In einem Schlusswort gab der zweite Vorsitzende, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Leyden, ein kurzes Bild von den Bestrebungen und Zielen des Kongresses, sowie von den bisherigen Erfolgen des Kampfes gegen die Tuberkulose, wobei er der Bemühungen Brehmer's gedachte. Der Kampf der Tuberkulose

sei nicht ein Alleingebiet der Wissenschaft, sondern ein nationales Problem, in dessen Dienst sich erfreulicherweise alle Bevölkerungsschichten gestellt haben und an dessen Lösung jeder an seinem Theile mitzuarbeiten berufen sei. Hoffentlich würden die Arbeiten des Kongresses zum Segen und Heile der Menschheit sowie zum Ruhme Deutschlands gereichen!

Nach einigen geschäftlichen Mittheilungen des Generalsekretärs Dr. Pannwitz schloss der Vorsitzende die offizielle Sitzung mit einem Hoch auf Se. Majestät den Kaiser und Ihre Majestät der Kaiserin, in welches die Versammlung begeistert einstimmte.

Nach einer 1½ stündigen Pause wurden die Verhandlungen mit den Vorträgen der

I. Abtheilung: Ausbreitung der Tuberkulose

wieder aufgenommen. Zunächst sprach der Direktor des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Köhler über die **Ausbreitung und Bedeutung der Tuberkulose als Volkskrankheit** und begründete ausführlich an der Hand von verschiedenen, im Kaiserlichen Gesundheitsamte ausgearbeiteten statistischen Zusammenstellungen über die Verbreitung der Lungenschwindsucht und der entzündlichen Erkrankungen der Athmungsorgane die von ihm aufgestellten Leitsätze, welche folgenden Wortlaut hatten:

I. Die statistischen Erhebungen über die Ausbreitung der Tuberkulose leiden meist noch an grosser Ungenauigkeit. Dies gilt besonders von der Statistik der Erkrankungen; dieselben gelangen in der Regel erst zur weiteren Kenntniss, wenn die Krankheit einen höheren Grad erreicht hat, welcher Anstaltsbehandlung oder erhebliche Minderung der Arbeitsfähigkeit bedingt. Die Statistik der Todesfälle lässt erkennen, dass vielfach der unmittelbare Anlass des tödtlichen Ausgangs eingesetzt wird, selbst wenn er nur als eine Begleit- oder Folgekrankheit im Verlaufe der Tuberkulose anzusehen ist.

Am wenigsten genau ist die Tuberkulose-Statistik des kindlichen Lebensalters.

II. Immerhin reicht das vorhandene Material aus, um mit Sicherheit zu erklären, dass zur Zeit die Tuberkulose diejenige übertragbare Krankheit ist, welche Jahr für Jahr die grössten Verluste an Menschenleben und Gesundheit verursacht.

In erster Linie kommt die Tuberkulose der Athmungsorgane, namentlich der Lungen, in Betracht.

III. 1. Die Tuberkulose kommt in allen Welttheilen, in der heissen wie in der gemässigten Zone vor. Die Angehörigen der farbigen Rassen erliegen ihr nicht minder wie diejenigen der weissen Rasse.

In Europa scheinen die Verhältnisse hinsichtlich der Verbeitung der Lungentuberkulose in Grossbritannien, Belgien und Italien am günstigsten, in Ungarn, Oesterreich und Russland am ungünstigsten zu stehen. Rechnet man dagegen alle Todesfälle an entzündlichen Erkrankungen der Athmungsorgane hinzu, so beginnt die Reihe der Staaten mit Norwegen, der Schweiz und Dänemark und schliesst mit Belgien, Italien, Russland.

Das Deutsche Reich hat eine mittlere Sterblichkeit an Lungentuberkulose von jährlich 2,25, an den genannten Krankheiten der Athmungsorgane zusammen von 4,9 auf 1000 Einwohner bei einer Gesammtsterblichkeit von 21,8 (1894/97).

2. Die grössere oder geringere Höhenlage über dem Meeresspiegel scheint, soweit ganze Länder in Vergleich gestellt werden, eine ausschlaggebende Bedeutung für die Verbreitung der Tuberkulose nicht zu besitzen. Aber auch beim Vergleiche kleinerer Bezirke im Deutschen Reiche ist eine irgend in Betracht kommende niedrigere Sterblichkeit an Tuberkulose in den gebirgigen Gegenden nicht zu erkennen.

3. Ueber den Einfluss meteorologischer Verhältnisse (Niederschläge, Temperatur, Stärke und Art der Winde, elektromagnetische Spannungen und Ströme) liegen statistisch verwerthbare Nachrichten aus grösseren Gebieten nicht vor. In den ersten 5 Monaten des Jahren ist in den Ländern der nördlichen gemässigten Zone die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht am grössten.

4. Die Sterblichkeit an Tuberkulose (Lungenschwindsucht) ist im Allge-

meinen unter dem männlichen Geschlechte grösser als unter dem weiblichen.

5. Sie nimmt in Deutschland im Allgemeinen an Bedeutung zu, je höher der Mensch im Lebensalter vorrückt. Auf die Zahl der Lebenden berechnet, liegt hier der Höhepunkt in der Altersklasse von 60 bis 70 Jahren. Vergleicht man dagegen die einzelnen Altersklassen in sich derart, dass man nur die Bedeutung der Lungenschwindsucht im Verhältnisse zur Gesammtzahl der in den betreffenden Altersklassen Gestorbenen berücksichtigt, so wird verhältnissmässig die grösste Zahl der Todesfälle im Alter von 20–30 Jahren durch die Lungenschwindsucht verursacht.

   Im Alter von 15–60 Jahren starben im Deutschen Reiche nach dem Durchschnitte der 4 Jahre 1894/97 jährlich 87 600 Menschen an Lungentuberkulose, d. h. 2,95 auf je 1000 Lebende dieser Altersklasse bei einer Gesammtsterblichkeit von 9,1.
6. Vom wirthschaftlich sanitären Standpunkte aus hat das Auftreten der Lungentuberkulose im erwerbsfähigen Alter die grösste Wichtigkeit, weil hier jeder Verlust durch Krankheit oder Todesfall eine Minderung des werbenden Volkskapitals bedeutet.
7. Eine nähere Prüfung des statistischen Materials zeigt, dass wichtiger als die von der Natur gebotenen diejenigen Verhältnisse sind, welche sich der Mensch selbst schafft.

IV. Die Gefahr der Tuberkulose ist eine allgemeine; aber der Kampf gegen diese Gefahr ist keineswegs aussichtslos, wie daraus hervorgeht, dass in solchen Kulturstaaten, welche den Kampf aufgenommen haben, die Tuberkulosesterblichkeit allmählich zurückgeht. Es ist daher Pflicht, mit aller Kraft in den Kampf einzutreten und kommen in dieser Hinsicht sowohl solche Massregeln in Betracht, welche sich gegen den Krankheitserreger richten, als auch solche, welche auf Hebung der Widerstandsfähigkeit des menschlichen Körpers abzielen. Letztere decken sich zum grossen Theile mit den Bestrebungen zu Gunsten der Gesundheitspflege überhaupt.

Hierauf folgte der Vortrag des Geh. Med.-Raths Dr. Krieger (Strassburg) über die **Beziehungen zwischen den äusseren Lebensverhältnissen und der Ausbreitung der Tuberkulose**, die das Interesse der Aerzte von jeher erregt und eine gewaltige Spezial-Literatur gezeitigt haben. Redner führte aus, dass die äusseren Lebensverhältnisse die Ausbreitung der Tuberkulose entweder in der Weise beeinflussen können, dass sie Gelegenheit zur Infektion geben oder dadurch, dass sie den Körper örtlich oder allgemein dem Krankheitserreger gegenüber in besonderem Masse empfänglich machen. Diese Einflüsse seien ausserordentlich mannigfacher Art und häufig mit einander verbunden. Bei der Feststellung der Bedeutung eines einzelnen Einflusses sei dessen Isolirung von anderen konkurrirenden Einflüssen ebenso nothwendig als schwierig. Die zu diesem Zwecke am häufigsten benutzte vergleichende Statistik habe jedoch bei dem grossen Umfange der Aufgabe und bei der Schwierigkeit der Ausführung, dann aber auch nicht selten in Folge unrichtiger Fragestellung oder mangelhafter Methodik noch nicht das geleistet, was sie zu leisten im Stande sei. Insbesondere geben die Statistiken über die Häufigkeit der Tuberkulose in Stadt und Land, bei Wohlhabenden und Armen u. s. w. keinen bestimmten Aufschluss über den Einfluss einzelner Schädlichkeiten; werthvoller seien in dieser Beziehung schon einzelne Statistiken über die Erkrankungen und Sterbefälle an Tuberkulose in bestimmten Berufsarten. In der Schwierigkeit der Isolirung der einzelnen Schädlichkeiten sei die Ursache zu suchen, dass die Bedeutung wichtiger hygienischer Faktoren, z. B. der Art der Ernährung, der Beschaffenheit der Wohnung u. s. w. auf die Ausbreitung der Tuberkulose statistisch noch nicht genügend festgestellt sei. Auf Grund bakteriologischer Untersuchungen und ärztlicher Beobachtungen sei aber anzunehmen, dass der Verkehr mit Tuberkulösen, welche bazillären Auswurf haben, in geschlossenen Räumen von hervorragendster Bedeutung für die Ausbreitung der Tuberkulose sei. Die Behandlung des Auswurfes, die Beschaffenheit der Räume, die Art der Reinigung derselben, spielen dabei die Hauptrolle. Wenn die Morbidität an Tuberkulose bei den Wohlhabenden weniger als bei den Armen sei, so erkläre sich dies dadurch, dass jene instruktiv das thuen, was man in Heilstätten zu erreichen suche. Auch bei der Untersuchung der klimatischen Einflüsse stosse

man auf die Schwierigkeit, dass die mit dem Klima konkurrirenden anderweitigen Einflüsse nicht bekannt oder nur schwer auszuschalten seien. Die Jahreszeiten übten zwar auf das Absterben der Lungenschwindsüchtigen einen ebenso mächtigen, als wohl konstatirten Einfluss aus; auf die Entstehung und Ausbreitung der Tuberkulose sei aber ein solcher Einfluss nicht nachgewiesen. Zweifellos müsse aber der Berufsthätigkeit ein grosser Einfluss auf die Ausbreitung der Tuberkulose beigemessen werden. In dieser Beziehung kommen besonders in Betracht:

a. Berufsthätigkeiten, welche eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Infektion bedingen, z. B. die Krankenpflege; jedoch habe hier die Sterblichkeit an Tuberkulose im letzten Jahrzehnt etwas abgenommen, seitdem man in diesem Berufe gelernt habe, manche Schädlichkeiten zu vermeiden;
b. Berufsthätigkeiten, welche Katarrh, Verstopfung der feineren Bronchien oder Verletzungen und hierdurch eine örtliche Empfänglichkeit für den Krankheitserreger hervorrufen (Ueberladungen der Lunge mit Staub, Verletzungen mit scharfkantigem oder ätzendem Staub);
c. Berufsthätigkeiten, welche während der Arbeit eine derartige Haltung des Körpers bedingen, dass die Athmung fast nur durch die unteren Parthien der Lungen erfolgt, so dass durch die geminderte Luft- und Blutzirkulation in den oberen Parthien ebenfalls eine örtliche Empfänglichkeit hervorgerufen wird, z. B. bei Tischlern, Schlossern u. s. w.;
d. Berufsthätigkeiten, bei welchen wie bei der sitzenden Lebensweise, in Folge zu geringer Muskelthätigkeit und Bewegung eine Schwäche des Gesammtorganismus, insbesondere des Herzens und damit ein allgemeiner Nachlass der Widerstandsfähigkeit des Körpers eintritt, z. B. bei Schmieden, Näherinnen u. s. w.

Bei einzelnen Berufsthätigkeiten treten mehrere der unter a bis d bezeichneten Schädlichkeiten mit einander in Verbindung.

Direktor Gebhardt-Lübeck berichtete über **die Ausbreitung der Tuberkulose unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung.**

Aus der Zahl der dem Versicherungszwange unterworfenen Arbeiter, welche rund 12 850 000 betrage, gehe hervor, welche Bedeutung die Versicherungspflicht für die grosse Menge des Volkes überhaupt habe und dies umsomehr, wenn man berücksichtige, dass zu diesen Personen ihre Angehörigen mitgerechnet werden müssen, die zwar nicht mit versichert, aber von ihnen in sozialer Beziehung abhängig seien. Die Gesammtzahl sei daher mit 25 Millionen nicht zu niedrig geschätzt. Es sei noch nicht möglich gewesen, statistisch festzustellen, wieviel Personen von diesen beiden Gruppen an Tuberkulose erkranken bezw. sterben; man gewinne aber ein ungefähres Bild hierüber aus der Statistik, welche das Reichs-Versicherungsamt für die Jahre 1892—1895 zusammengestellt habe. Demnach waren von 151 000 Invaliditätsfällen 16 800, d h. 11 Prozent, durch Tuberkulose bedingt. Es sei ferner festgestellt, dass bei allen männlichen Industrie-Arbeitern bis zum 30. Lebensjahr mehr als die Hälfte aller Invaliden an Tuberkulose leiden. Jedenfalls überschreite die Verbreitung der Lungenschwindsucht unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung weit die durchschnittliche Verbreitung der Krankheit in der Gesammtbevölkerung. Versuche, die Erkrankungs- und Todesfallstatistik in Beziehung zu den Einkommenverhältnissen zu betrachten, seien bisher nur in Hamburg unternommen worden. Aus den dort gewonnenen Zahlen ergebe sich, dass von allen Personen mit einem Einkommen über 2000 Mark rund 15 auf 10 000 der Todesfälle auf Tuberkulose entfallen, dass dagegen bei den Personen mit einem Einkommen unter 2000 Mark mindestens 40 durch Tuberkulose bedingt seien. Da die letztgenannten Personen, soweit sie Arbeiter sind, dem Versicherungszwange unterliegen, nehmen die Versicherungsanstalten an der Bekämpfung der Tuberkulose grosses Interesse. Es sei daher eine Forderung ebensowohl der sozialpolitischen Fürsorge, welche sich die Gesetzgebung des Deutschen Reiches zur Aufgabe gestellt habe, als auch der allgemeinen Gesundheitspflege, dass Einrichtungen zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht, wenn erforderlich, auch mit Aufwendung öffentlicher Mittel für diejenigen Bevölkerungskreise getroffen werden, innerhalb deren die von der Krankheit Befallenen selbst die Mittel nicht besitzen, um die zur Ueberwindung des Leidens erforderlichen Massnahmen zu treffen. Die Lungenschwindsucht bilde in so weitem Umfange die Ursache der Erwerbsunfähigkeit, die den Anspruch auf Invalidenrente bei den der Invaliditäts- und

Altersversicherung unterstehenden Personen begründet, dass daraus für die Versicherungsanstalten die Aufgabe erwachse, an der Bekämpfung der Lungenschwindsucht innerhalb dieser Personenkreise in vorderster Reihe nach dem Masse ihrer Kräfte mitzuarbeiten. Desgleichen würden die zur Durchführung der Krankenversicherung geschaffenen Veranstaltungen durch die schwere Belastung, welche ihnen aus der Verbreitung der Lungenschwindsucht unter den bei ihnen versicherten Personen erwächst, darauf hingewiesen, an der Bekämpfung der Krankheit theilzunehmen.

General-Oberarzt Dr. Schjerning (Berlin) sprach hierauf über **die Tuberkulose in der Armee.** Im Kampfe gegen die Seuchen habe die Armee schöne Erfolge zu verzeichnen; zum Ruhme der deutschen Wissenschaft und Heilkunde stehe es in der Weltgeschichte eingegraben, dass im Jahre 1870/71 zum ersten Mal in einem gewaltigen Kriege die Zahl der Verluste an Krankheiten in demselben Heere erheblich geringer gewesen sei, als die der Opfer, welche die Waffen der Feinde gefordert haben. Auch im Frieden hätten die sogenannten Armeekrankheiten, wie Malaria, Typhus, Ruhr und kontagiöse Augenentzündung seit Jahren für das Heer ihre Schrecken verloren. Diese glänzenden Erfolge seien aber nur durch die wissenschaftlichen Errungenschaften der Neuzeit, durch die besonders von der Hygiene gelehrte Assanirung der Garnisonen und Kasernen zu erzielen. Als Koch seine grosse Entdeckung des Tuberkelbacillus bekannt gegeben, seien die aus ihr hervorgegangenen wissenschaftlichen Forschungen und praktischen Folgerungen sofort für die Interessen des Heeres nutzbar gemacht. Die ergriffenen Massnahmen erstrecken sich, neben allgemeiner Sorge für gute Ernährung und Körperpflege der Mannschaften, ihre zweckentsprechende Bekleidung, Unterkunft u. s. w., insbesondere auf eine geeignete Handhabung der Rekrutirung, auf bestimmte hygienische Anordnungen und auf therapeutische Gesichtspunkte bei der Behandlung der Erkrankten. Alle Militärpflichtigen, die den Verdacht der Tuberkulose entwickeln, werden auf das Sorgfältigste ausgemustert und zurückgestellt bezw. nach ihrer Einstellung wiederholt eingehend untersucht, um jede beginnende Erkrankung sogleich zur Feststellung und Behandlung bringen zu können. Die Behandlung der Kranken erfolge mit allen Mitteln der Wissenschaft; in den Fällen, wo eine baldige Entlassung nicht angezeigt oder möglich sei, werden den erkrankten Soldaten die Wohlthaten der Luftkurorte, der Lungenheilstätten, sowie der Armee-Genesungsheime gewährt. In Folge dieser Massnahmen sei in der Deutschen Armee seit 1882 zuerst ein Gleichbleiben, und dann, abgesehen von einem geringen, durch die Influenza bedingten Steigen der Erkrankungsziffer 1890/92, trotz der Armeevermehrungen ein Sinken der Morbidität bei der Tuberkulose eingetreten. Das letzte Jahr habe die bisher niedrigste Erkrankungsziffer (1,8 ‰) zu verzeichnen, ein besonders gutes Zeichen hinsichtlich des Rekrutenersatzes bei der erhöhten Armeeziffer. Die Häufigkeit des Vorkommens von Tuberkulose in einer Armee könne geradezu als ein Massstab für die Art und den Werth der Rekrutirung angesehen werden. Die wenigsten Tuberkuloseerkrankungen in unserem Heere weisen diejenigen Armeekorps auf, deren Provinzialbevölkerung am meisten von Tuberkulose verschont ist (I., II. und V. Armeekorps). Die grössten Ziffern finden sich im X., III., XVI., VI., XI. und XIV. Armeekorps, im Allgemeinen entsprechend der Tuberkuloseverbreitung in der Zivilbevölkerung. Im Uebrigen sind bei dem Vorkommen von Tuberkulose in den verschiedenen Garnisonen die grossstädtischen Verhältnisse von Einfluss.

Die Sterbezahlen sind von 0,63 ‰ K. im Jahre 1882/83 bis auf 0,24 ‰ K. im Jahre 1897/98 gesunken. Es kann dies aber nach Ansicht des Redners nur als ein Zeichen dafür angesehen werden, dass es immer mehr gelungen ist, frühzeitig die Tuberkulose zu erkennen und die Erkrankten rechtzeitiger als vorher, zum Besten der Kranken und der Armee aus dem Heere zu entlassen.

Ueber jeden tuberkulösen Soldaten wird eine besondere Zählkarte ausgefüllt; zur Zeit lagen 6924 solcher Zählkarten vor. Nach dem Ergebniss ihrer Bearbeitung haben die eigentlichen Fronttruppen (Infanterie, Kavallerie, Artillerie, Pioniere) eine hohe allgemeine Erkrankungsziffer, aber eine geringe Zahl von Tuberkulosefällen. Alle Mannschaften, deren Dienst sich mehr in geschlossenen Räumen abspielt — Oekonomiehandwerker, Mannschaften bei den Bezirkskommandos, Militärbäcker, Militärmusiker —, zeigen dagegen das umgekehrte Verhältniss. Die einzelnen Dienstgrade sind gleichmässig an der Tuberkulose betheiligt. Die meisten Erkrankungen erfolgen im ersten Dienstjahre. Die-

jenigen Mannschaften, welche bereits das 22. Lebensjahr überschritten haben, ehe sie zur Einstellung gelangen, haben am meisten Neigung zur Tuberkulose. Es folgen die im Alter von unter 20 Jahren Eingestellten. Das 20. Lebensjahr ist auch hinsichtlich der Vermeidung der Tuberkulose das günstigste zum Eintritt in's Heer. 29 % der tuberkulös erkrankten Mannschaften hatten tuberkulöse Angehörige. Die Hälfte aller Erkrankten hatte vor der Einstellung Leiden überstanden, die mit der später zu Tage getretenen Tuberkulose in Zusammenhang zu bringen waren, und es ist wahrscheinlich, dass bei ihnen bereits beim Eintritt in das Heer eine latente Tuberkulose vorlag. Diese Thatsache zeigt, wie wichtig für die Militärärzte die genaue Feststellung der Vorgeschichte eines der Tuberkulose verdächtigen oder sonst schwachen Mannes — besonders bei der Einstellung in das Heer — ist.

Der Vortragende ist der Ueberzeugung, dass, wenn das Wesen der Tuberkulose so erforscht wird, dass sie zu den vermeidbaren Krankheiten wird gerechnet werden können, die Armee dann die grosse staatliche Institution sein wird, in der die Tuberkulose zuerst verschwunden ist, sodass sich dann das Wort immer mehr erfüllt, dem der Generals-Stabsarzt v. Coler in seiner Ansprache in Moskau so beredten Ausdruck gegeben hat, dass die Söhne des Volkes, die der Armee anvertraut werden, frei von Krankheiten und mit kräftigem, gestähltem Körper nach beendigter Dienstzeit aus dem Heere und erzogen im militärischen Geiste und gesund an Leib und Seele in die Heimath zurückkehren können, um dort, so ausgerüstet, selbst den häuslichen Herd zu gründen. (Lebhafter allgemeiner Beifall.)

Den letzten Vortrag über die **Tuberkulose unter den Hausthieren und ihr Verhältniss zur Ausbreitung der Krankheit unter den Menschen** hatte Ober-Med.-Rath Prof. Dr. Bollinger-München übernommen und seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammengefasst:

1. „Die Tuberkulose der Rinder und Schweine ist ihrer Ursache nach identisch mit der Tuberkulose des Menschen. Dieselbe ist, namentlich mit Rücksicht auf die enorme Verbreitung und erschreckende Zunahme der Rindertuberkulose, nicht blos ein Krebsschaden für Viehzucht und Landwirthschaft, sondern auch eine nicht zu unterschätzende Gefahr für die menschliche Gesundheit.

2. Die menschliche Tuberkulose spielt als Quelle der Hausthiertuberkulose offenbar eine untergeordnete Rolle.

3. Die Infektiosität des Fleisches tuberkulöser Thiere nimmt zu mit dem Stadium und dem Grade der Erkrankung. Die von Seiten derartigen Fleisches für den Menschen drohende Infektionsgefahr ist zweifellos vorhanden, wahrscheinlich aber nicht sehr gross. Ein erfolgreicher Schutz der menschlichen Gesundheit gegen diese Gefahr kann durch gründliche Zubereitung des Fleisches, durch Vermeiden des Genusses von rohem oder halbrohem Fleisch erreicht werden.

4. Am gefährlichsten für den Menschen ist der Genuss der Milch und nicht sterilisirter Milchprodukte, die von tuberkulösen Kühen stammen. Die Milch besitzt nicht bloss bei generalisirter und Eutertuberkulose infektiöse Eigenschaften, sondern häufig auch bei lokaler Tuberkulose.

5. Besonders gefährlich ist der Genuss der Milch tuberkulöser Kühe für Kinder und empfängliche Erwachsene, wenn dieselbe ungekocht in grösseren Mengen und längere Zeit hindurch genossen wird.

6. Für die Beurtheilung der Grösse der Gefahr, welche dem Menschen aus dem Genusse der Milch tuberkulöser Kühe droht, bildet die Häufigkeit der Schweinetuberkulose den besten Massstab, da letztere hauptsächlich durch Fütterung mit derartig infektiöser Milch entsteht.

7. Die grosse Ausbreitung der Kindertuberkulose und namentlich der zunächst in den Lymphdrüsen sich lokalisirenden Formen ist theilweise auf Nahrungsinfektion durch Genuss infektiöser Milch zurückzuführen.

8. Der erste Schritt zur wirksamen Bekämpfung der dem Menschen von Seiten der Hausthiertuberkulose drohenden Gefahren ist die reichsgesetzliche Einführung der obligatorischen Fleischbeschau, deren Zustandekommen vom Standpunkt der Tuberkuloseprophylaxe lebhaft zu begrüssen ist."

In der sich nun anschliessenden **Diskussion** bemerkte Privatdozent Dr. **Kuthy** (Budapest), dass in Ungarn jährlich 60 000 Menschen an Schwind-

sucht sterben. Die Sterblichkeit sei in den Städten stärker als auf dem Lande am geringsten in den Gebirgsgegenden, die niedrige Sterblichkeit aber in erster Linie auf die geringere Dichtigkeit der Bevölkerung und erst in zweiter Linie auf die hier günstigeren klimatischen Faktoren zurückzuführen. Je dichter daher die Bevölkerung sei, um so mehr Volksheilstätten seien nothwendig.

Dr. Schmid (Bern), Direktor des Schweizerischen Gesundheitsamts, berichtete, dass die Sterblichkeit an Lungentuberkulose in der Schweiz während der letzten 20 Jahre beständig in geringem Masse abgenommen, die Zahl der Todesfälle in Folge von Tuberkulose anderer Organe dagegen zugenommen habe, was jedoch im Wesentlichen auf die Fortschritte in der Diagnostik der tuberkulösen Krankheiten zurückzuführen sei. Die Krankheit fordere in den industriellen Bezirken mehr Opfer, als in den ackerbautreibenden; mit zunehmender Höhenlage nehme die Schwindsuchtssterblichkeit ab.

Privatdozent Dr. Brauer-Heidelberg hat statistisch festgestellt, dass die Arbeiter in Tabackfabriken in einem relativ hohen Prozentsatz an Tuberkulose leiden. Die Tabakfabrikation bietet zur Uebertragung der Tuberkelbazillen viel Gelegenheit; eine Hauptgefährdung liegt in dem infizirten Staub, den die Arbeiter einathmen, eine andere in der Inhalation verspritzter Sputumtröpfchen; auch die geringere Widerstandsfähigkeit und in Folge dessen die Erblichkeit ist von massgebendem Einfluss. Indessen ist bei einer grossen Zahl von tuberkulösen Tabakarbeitern die Infektionsquelle höchst wahrscheinlich ausserhalb des Fabriklebens zu suchen, besonders sind in dieser Hinsicht die vielfach ungesunden Wohn- und Schlafräume zu beschuldigen.

Dr. George Meyer-Berlin verfügt über eine Erfahrung von rund 4000 Krankheitsfällen bei den Berliner Buchdruckern und Schriftsetzern. 1215 davon litten an Erkrankungen der Athmungsorgane. Sein Material beruht ferner auf den früheren Krankenlisten der bezüglichen Kassen und ist auf rund 9000 Fällen aufgebaut. Danach betrug in den letzten 6 Jahren die Anzahl der Todesfälle an sämmtlichen Erkrankungen der Athmungsorgane bei den männlichen Kassenmitgliedern 40 %, bei den weiblichen 54 % aller Todesfälle; die Sterbeziffer war im 21.—40. Lebensjahre am höchsten. Eine Abnahme der Schwindsuchtssterblichkeit war nicht zu konstatiren.

San.-Rath Dr. Stratmann-Solingen sprach über die Verhältnisse im Schleifergewerbe, das 4,1 Prozent der dortigen Bevölkerung ausmacht. Von 8930 im städtischen Krankenhaus behandelten Kranken litten 754 an Tuberkulose, von letzteren starben 29 Prozent. Die Ursachen sind nach seinen Erfahrungen die Einathmung des Staubes der Schleifsteine, der Schleifmittel und des zu schleifenden Materials, ferner Mangel an Luftwechsel in den Lungen in Folge der ungünstigen Körperhaltung beim Schleifen; ausserdem wirken Branntweingenuss und erbliche Belastung begünstigend. Zur Abhülfe ist erstens: Besserung der allgemeinen Lebensbedingungen, zweitens: Besserung der hygienischen Verhältnisse in den Schleifräumen, drittens: Verhinderung des Branntweingenusses, viertens: körperliche Auswahl unter dem Arbeiternachwuchs der Arbeiter, fünftens: Anrathung der späteren Verheirathung und sechstens: Belehrung der Schleifer nothwendig.

Kreisphysikus Dr. Moritz-Solingen hat 1250 Schleifer untersucht, davon waren 16 Proz. gesund, 48,2 Proz. kehlkopfkrank, 12 Proz. lungenkrank. Die Zahl der Tuberkulösen machte etwa ein Drittel der Kranken aus.

Geh. Med.-Rath Dr. B. Fränkel-Berlin vermisst in der Statistik von Schmidt-Bern den Vergleich mit der Bevölkerungsdichtigkeit; denn diese nehme zweifellos mit der Höhenlage ab.

Geh. Reg.-Rath Rahts-Berlin sprach über die Betheiligung der verschiedenen Stadttheile der Grossstädte an der Tuberkulose und stellte wohlhabende und arme Stadttheile mit einander in Vergleich, wies dabei aber besonders darauf hin, dass eine strenge Scheidung derselben kaum möglich sei. Sein Material bezieht sich auf Hamburg, Frankfurt a. M. und Berlin. In Hamburg z. B. kam in dem Bezirk, in welchem das Durchschnittseinkommen auf den Kopf der Bevölkerung 3000 Mark und mehr betrug, die niedrigste Zahl der Tuberkulose-Todesfälle vor. Auf Stadttheile mit Einnahmen von 300 Mark entfiel die höchste Zahl.

Dr. Friedlaender-Danzig schilderte die Verhältnisse in Westpreussen auf Grund des Materials der ärztlichen Bezirksvereine.

Landrath Federath-Brilon hat in seinem Bezirk etwa 2500 Berg-

arbeiter. Diese erreichen durchschnittlich nur das 40. Lebensjahr. Von der genannten Zahl waren im vorigen Jahr 600 lungenkrank, und von diesen wurden ärztlich 33 für Ganzinvalide erklärt. Ein ausschliesslich von Bergarbeitern bewohntes Dorf seines Kreises von 400 Einwohnern hat 68 Wittwen. Abhülfe ist nach seiner Ansicht nur durch Zusammenwirken der Frauen- und Männervereine vom Rothen Kreuz, der Grubenbesitzer, der Knappschaftskasse und der Zentralstelle zu erwarten.

Direktor Schmid-Bern erwiderte Herrn Fränkel, dass seine Statistik ganz objektiv gemacht sei und vollkommen mit mehreren früheren Statistiken übereinstimme. Die Bevölkerungsziffer sei bei der Statistik berücksichtigt. Auch er hält die Höhenlage nur für einen Moment, während eine Menge anderer Faktoren mitsprechen. Wie es in den anderen Ländern ist, vermag Redner nicht zu beurtheilen, für die Schweiz sei jedenfalls seine Auffassung zutreffend.

Am Abend fand von 7—9 Uhr ein Empfang der Mitglieder des Kongresses im Rathhause durch die städtischen Behörden statt, der einen glänzenden Verlauf nahm und den Theilnehmern sicherlich eine angenehme Erinnerung an die Gastfreundschaft der Hauptstadt des Deutschen Reiches bleiben wird. Rpd.

(Fortsetzung folgt.)

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Die Trinkerversorgung unter dem Bürgerlichen Gesetzbuche. Von Colla. Gekrönte Preisschrift. Hildesheim 1899.

Das Bürgerliche Gesetzbuch bestimmt in §. 6, Absatz 3: „Entmündigt kann werden:

Wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet."

Die Möglichkeit, Trunksüchtige zu entmündigen, ist gegenüber den bisherigen Verhältnissen ein erheblicher Fortschritt. Zur Zeit kann ein Trinker nur entmündigt werden, wenn er als Verschwender oder für geisteskrank erklärt worden ist. Der Werth der neuen Bestimmung liegt nun aber nicht allein in der Ausschliessung der Trunksüchtigen von gewissen gesetzlichen Rechten; die Entmündigung bietet vielmehr die Handhabe zu einem wichtigeren und erfreulicherem Vorgehen, nämlich zum Versuche, den Trinker auch gegen seinen Willen zu heilen. Es ermöglichen nämlich fernere Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches dem Vormunde, auch gegen den Willen des Trunksüchtigen und anderer einsichtsloser Personen die zweckmässige Behandlung der Trunksucht seines Mündels zu veranlassen. Dieser Punkt ist von äusserster Wichtigkeit. Wenn wir der Trunksucht wie einer anderen, körperlichen Krankheit gegenüberständen, für die die Kranken selbst Heilung zu suchen pflegen, dann bedürfte es keiner gesetzlichen Massnahmen, dann gebe es auch keine Alkoholfrage. Diejenigen Trunksüchtigen sind jedoch sehr selten, die sich für krank halten oder doch ihre Krankheit richtig erkennen. Leider findet man auch bei den Angehörigen nur selten das rechte Verständniss für die Trunksucht und besonders in besseren Kreisen erfährt man häufig, dass nach einigen natürlich ganz nutzlosen Versuchen, den Trunksüchtigen in einer Kaltwasser- oder Nervenheilanstalt zu bessern, gleich die Flinte in's Korn geworfen und der Trinker nach Amerika abgeschoben wird.

Ueber das Ziel, das bei der Behandlung von Trunksüchtigen anzustreben ist, kann heute bei Kennern nur noch eine Meinung herrschen. Wenn wir die Trunksucht auffassen als eine durch Alkohol bewirkte, allmählich immer schwerer werdende Vergiftung des Körpers, so kann man es nur aus den weltbeherrschenden Trinkstätten heraus erklären, dass ihre einzige folgerichtige Behandlung, die völlige Entziehung des Giftes, erst eine Errungenschaft der neuesten Zeit ist. Bedauerlicherweise wird bei uns dieser Grundsatz selbst in ärztlichen Kreisen noch gar nicht genügend gewürdigt. Den an Blei oder Phosphorver-

giftung leidenden wird man selbstverständlich sofort unter Verhältnisse bringen, wo er dem Gifte nicht ausgesetzt ist. Den Alkoholiker ebenso zu behandeln fiel bis vor 50 Jahren kaum Jemandem ein, weil der Alkohol zu unseren täglichen Genussmitteln gehört, weil wir alle trinken und uns einen Menschen, der keinen Alkohol geniesst, kaum vorstellen konnten. Dazu kamen allerlei Irrlehren, so die ebenfalls aus den Köpfen vieler Aerzte heute noch nicht herauszubringende Anschauung, dass Trinker, wenn sie keinen Alkohol bekämen, zusammenbrächen, in Delirium verfielen u. s. w. Vollends unverständlich ist es heute noch den meisten Menschen, dass ein Trunksüchtiger nur in dem Sinne geheilt werden kann, dass er vollständig enthaltsam (abstinent) bleibt. Diese Erziehung zur Enthaltsamkeit ist nun aber in allen in Frage kommenden Fällen eine verhältnissmässig leichte, während eine Bekehrung zu mässigen Alkoholgenuss fast in allen Fällen einfach unmöglich ist. Es liegt in der physiologischen Alkoholwirkung selbst begründet, dass der Trinker nicht mässig sein kann. Zwei Ursachen sind es, die den Alkoholismus bewirken: einmal der Alkohol, dann die besondere Veranlagung des Einzelnen, die individuelle Disposition, jener unklare, aber für viele Erscheinungen der Pathologie nothwendige Begriff. Diese Veranlagung kann in angeborener psychisch-physischer Minderwerthigkeit bestehen oder durch Krankheiten, besonders durch Neurosen und Psychosen erworben werden (belastete Trinker); sie kann aber auch bei vollwerthigen Gehirnen durch den übermässigen Alkoholgenuss und die mit ihm verbundenen entkräftenden und erschlaffenden Einflüsse geweckt werden. Immer aber ist der Trinker dem Alkohol verfallen, wenn er sich nicht völlig seiner enthält. In dieser Beziehung gleicht die Trunksucht der Morphiumsucht. Wird Jemand sich besinnen einem Morphinisten sein Gift völlig zu entziehen?

Die Erfolge sind in den Trinkeranstalten nicht schlecht. Ein Drittel Heilungen, ein Drittel Besserungen. Der genesene Tinker wird nach Colla nie rückfällig aus Verlangen nach Alkohol; gewissenlose Verführung, der Hohn der guten Freunde, die einsichtslose Voreingenommenheit von Eltern, Gatten, Geschwistern, denen der Mucker, der gar nichts trinkt, nun fast so unbequem ist als vorher der Säufer, oft aber auch herzlich gut gemeinte, aber verständnisslose Fürsorge zwingen dem Aermsten das erste Glas in die Hand. Damit ist aber das Verlangen wieder geweckt, und meist beginnt nun das frühere Elend auf's Neue.

Der Trinker soll in der Anstalt auch an Thätigkeit gewöhnt werden; eine Forderung der Vorkämpfer dieser Bewegung ist ferner, dass Aerzte und alle Angestellten der Trinkerheilanstalten überzeugte Abstinenten sind.

Die Abschnitte über Einrichtung der Anstalt und bauliche Anlage enthalten eine Fülle von wohl durchdachten Vorschlägen: an der Spitze der Anstalt soll, das nur sei hervorgehoben, ein Arzt stehen und zwar ein psychiatrisch gebildeter. Was die Aufbringung der Baukosten der Trinkerheilanstalten anbelangt, so glaubt Colla, dass schliesslich den Landarmenverbänden die Nothwendigkeit dieser Anstalten einleuchten wird; der Privat-Initiative allein kann es nie gelingen, für die ärmeren Bevölkerungsschichten in dieser Richtung zu sorgen. Die Mittel für die Unterbringung mittelloser Trinker haben nach dem Gesetz für 13 Wochen die Krankenkassen bereitzustellen, (N. B. wenn die Trunksucht als Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes angesehen wird). Sehr wichtig ist die Situation des Richters bei Anwendung von §. 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches, da §. 681 der Zivilprozessordnung bestimmt: „Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlussfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde." Dieser Paragraph kann, wie Colla mit Recht hervorhebt, nur dann für die Trunksüchtigen von Segen sein, wenn damit die pflichtmässige Verbringung in eine Trinkerheilanstalt ausgesprochen wird; er müsste also lauten: „Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlussfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn der Trinker sich verpflichtet, bis zur Heilung von seiner Trunksucht in eine Trinkerheilanstalt zu gehen. Verlässt er diese eigenmächtig ohne geheilt zu sein, so nimmt das Entmündigungsverfahren seinen Fortgang."

Der Aufenthalt in der Anstalt soll in der Regel ein Jahr betragen. Das Aufnahme- und Entlassungsverfahren kann formal entsprechend dem Verfahren bei Verbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten erfolgen; ein gerichtliches

Verfahren (in Oesterreich vorgeschlagen) ist zu vermeiden. Die Revision der Anstalten hat ähnlich wie die der Privatirrenanstalten zu erfolgen.

Formulare, Schemata und Literaturverzeichniss schliessen die inhaltreiche Arbeit, deren Lektüre empfohlen sei. Dr. Lewald-Obornigk.

Beitrag zur Kasuistik des Querulantenwahnsinns. Von Dr. A. Tecklenburg in Leipzig. Münchener med. Wochenschrift; Nr. 7, 8 und 9.

Bei den in Literatur und Presse immer wieder auftauchenden und in sensationeller Weise aufgebauschten Berichten über irrthümliche Internirung, Geistesgesunder in Irrenanstalten, bei den in Folge dessen immer wieder gegen die Irrenärzte erhobenen Beschuldigungen und der Agitation für Aenderung unserer Irrengesetzgebung, hofft Verfasser durch Mittheilung eines jener Fälle, aus denen die Hauptglanz- und Zugnummern der Agitation gegen die Irrenärzte kommen, einiges Interesse zu erwecken, besonders, da gerade auch die praktischen Aerzte bei der derartigen Kranken eigenen Manier, von einem Arzte zum andern zu laufen, ziemlich oft Gelegenheit haben, solche Fälle zu sehen und zu beobachten.

Verfasser wurde eines Tages in der Sprechstunde von einem 50jährigen Mann gebeten, ihn zu untersuchen und ihm ein Zeugniss auszustellen, dass er geistig gesund sei. Er wies ihn ab. Ein viertel Jahr später wurde derselbe Mann der vom Verfasser geleiteten Irrenanstalt von Gerichtswegen zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand überwiesen, da dem Gerichte selbst Bedenken wegen der Zurechnungsfähigkeit des Häftlings, der sich wegen Beleidigung des österreichischen Justizministeriums in Untersuchung befand, gekommen waren. Auf Grund des von der Anstaltsleitung erstatteten Gutachtens, in dem H. für geisteskrank erklärt wurde, erfolgte die Einstellung der Untersuchung und die Einleitung des Entmündigungsverfahrens. Tecklenburg wurde in diesem als Sachverständiger geladen und gab zunächst kurz mündlich sein Gutachten dahin ab, das H. an chronischer einfacher Seelenstörung (Paranoia chronica), die sich hauptsächlich in Beeinträchtigungswahn äussere, leide. Der Zustand sei unheilbar und lasse eine wirthschaftliche Fürsorge geboten erscheinen.

T. wurde dann später zur Abgabe eines schriftlichen Gutachtens aufgefordert, das er ausführlich mittheilt. Der hervorstechendste Zug in dem Bilde, das die Geschichte des H. darbietet, sei der Beeinträchtigungswahn, unter dem der Kranke leidet. Er hat den Glauben, dass er in seinem Rechte beeinträchtigt werde, dass man ihm sein Recht vorenthalte, dass man das Recht beuge. Alle Verurtheilungen, alle Belehrungen, Einwände u. s. w. können sein Glauben nicht erschüttern; er geht immer wieder auf das eine Ziel los, dass er Recht behalten müsse; für ihn giebt es eben nur ein Recht und das ist sein Recht. Die Hartnäckigkeit, die sich durch nichts beeinflussen und korrigiren lässt, die Rücksichtslosigkeit, mit der sie andere Vorstellungen aus dem Denkinhalt herausdrängt, charakterisirt diese den H. völlig beherrschende Vorstellung der rechtlichen Beeinträchtigung als Wahnvorstellung. Diese Idee der rechtlichen Beeinträchtigung steht bei H. fest, er ist durchaus davon überzeugt; gleichzeitig drängt sich ihm aber die Frage auf nach dem warum? Bei diesem Suchen nach Gründen fängt nun das kranke Gehirn an zu kombiniren, Beziehungen herzustellen, Verknüpfungen, Komplotte in den harmlosesten Dingen zu finden. Die Symptome dieser kranken Kombinationssucht finden sich in zahlreichen Aeusserungen und Verdächtigungen. So will er dem merkwürdigen und überaus gewaltsamen Vorgehen seiner Richter gegenüber einen Sonnenstandpunkt einnehmen (zugleich charakteristisch für seinen Grössenwahnsinn); ferner spricht er den Verdacht aus, dass die Richter nicht unbefangen urtheilen könnten, weil sie Beziehungen zu einander unterhielten und sich wegen des unter ihnen herrschenden „Corpsgeistes“ nicht gegenseitig desavouiren würden. Personen, die ihm fast ganz gleichgiltig waren, die er vielleicht sogar schätzte, sieht er sofort als seine Gegner an, und werden des Einverständnisses mit seinen Widerfachern geziehen, sobald ihr Urtheil und Handeln nicht so ausfällt, wie er es von ihnen erwartet hatte. Auch Verfasser, dem gegenüber er sich liebenswürdig und zuvorkommen zeigt, ist für ihn später nach dem er für geisteskrank erklärt ist, ebenso ein Schurke, wie seine Richter. Man sieht hieraus, wie wenig stichhaltig, die so oft von Laien geäusserte Ansicht ist, dass derartige

Kranke nur partiell geisteskrank waren; denn nicht nur einzelne Theile des Denkinhaltes sind krankhaft verändert, sondern die Wahnvorstellungen greifen gelegentlich auch in immer weitere Kreise. Deshalb ist auch die in Laienkreisen oft gewünschte partielle Entmündigung derartiger Kranken stets abzulehnen, da man nie weiss, wann der Wahn des Kranken die Tendenz zeigen wird, sein scheinbar beschränktes Gebiet zu verlassen und den gesammten Vorstellungsinhalt zu verändern. Das geistige Zentralorgan des Menschen ist eben als ein einheitliches Ganzes aufzufassen, dessen einzelne Theile in ständiger Wechselwirkung zu einander stehen, so dass nicht ein einzelnes Gebiet krankhaft verändert sein kann, ohne nicht auch eine veränderte Funktion der übrigen Theile und des Gesammtorganes zu veranlassen.

Verfasser kommt dann zum Nachweise der geistigen Schwäche, des Intelligenzdefektes und betont hierbei, dass im Publikum noch vielfach ganz falsche Anschauungen über Wesen und Form der geistigen Erkrankungen herrschen und man vielfach meint, dass ein Geisteskranker überhaupt nicht mehr im Stande ist, einen richtigen Gedanken zu fassen und denselben in klarer Form zum Ausdruck zu bringen, sondern alles Denken bei ihm kunterbunt durcheinander gehe. Wie wenig diese Ansicht mit den Thatsachen übereinstimmt, lehrt die tägliche Erfahrung; denn wenn die Wahnvorstellungen nicht mit starker affektiver Betonung einhergehen und keinen agressiven Charakter tragen, dann können die Kranken sich jahrelang in der Gesellschaft bewegen, ohne dass sie dem grossen Publikum auffallen. Dem Arzte fällt dagegen sofort die Eintönigkeit, das Phrasenhafte dieser Kranken auf. Es ist immer wieder derselbe Weg, der von ihnen eingeschlagen wird, wie dies auch in dem vorliegenden Fall beobachtet wurde. Mit einer fast systematischen Regelmässigkeit werden Leute beleidigt, Berufungen und Beschwerden eingereicht, Strafanträge gestellt, Richter abgelehnt; mit derselben Regelmässigkeit kehren dieselben Gründe und Phrasen wieder.

Einige von den Bekannten derartiger Kranken machen dann den Einwurf, so sei er immer gewesen, das seien eben seine Charaktereigenschaften. Dass er schon lange so gewesen sei, ist allerdings zutreffend, aber er war ebenso lange krank und seine Eigenthümlichkeiten waren keine Charaktereigenschaften, sondern Krankheitserscheinungen. Charakteristisch für das geschwächte Urtheilsvermögen, zugleich aber auch für die Unverrückbarkeit des Wahnsystems ist ferner die Unbelehrbarkeit des Kranken. Wenn auch seine Ansicht zum so und so vielten Male widerlegt ist, er ignorirt die Gegengründe einfach und appellirt weiter.

Im Gegensatze zu der man möchte sagen Naivität, mit der ein Kranker wie H. Andere beleidigt, steht weiter sein eigenes hochgespanntes Ehrgefühl, das noch durch ein krankhaft gesteigertes Selbstgefühl verstärkt wird. Jede nicht mit der seinigen übereinstimmende Meinungsäusserung, der geringste Mangel an Hochachtung ihm gegenüber, jedes nicht sorgfältig abgewogene Wort wird von ihm als persönliche Beleidigung gedeutet. Die Verletzung des Selbstgefühles und die damit verbundene affektive Erregung, die auch beim geistig Gesunden eintritt, wenn seine Meinung für falsch erklärt wird, wird in mehr oder weniger kurzer Zeit durch die kritische Thätigkeit des Verstandes zurückgedrängt, welche das für oder wider jeder der beiden Meinungen objektiv abzuwägen beginnt und darauf zu einem mehr oder weniger sachlichen Schlusse kommt. Aus dem Ueberwiegen der Affekte bei einem Mangel der Urtheilskraft ist es zu erklären, dass der Kranke Alles persönlich nimmt und sich so häufig beleidigt fühlt.

Der vom Verfasser untersuchte Kranke kennt nur sein persönliches Recht, in gänzlich subjektiv egoistischer Weise wird dasselbe von ihm gehandhabt ohne Berücksichtigung irgend welcher ethischer Gesichtspunkte. Auch in seinen schriftlichen Erzeugnissen fällt die stets wieder kehrende Aeusserung des krankhaft gesteigerten Selbstgefühles des Grössenwahnes auf. Daneben besteht eine krankhaft gesteigerte Reizbarkeit, die weniger auffällt, wenn man mit dem Kranken über ihm ferner liegende, gleichgiltige Dinge spricht, die aber deutlich zum Vorschein kommt, wenn die Dinge berührt werden, um die sich sein ganzes Denken dreht, nämlich seine Rechtshändel. Diese Reizbarkeit wirkt auf sein Handeln ein und ist wohl oft der Grund dafür, dass die ruhige Ueberlegung bei seinen Handlungen verdunkelt wird. Aus seinem ganzen Verfahren gewinnt man den Eindruck, dass es ihm weniger um

einen endlichen Sieg, als vielmehr um den Kampf, um das Prozessiren selbst zu thun ist.

Bezeichnend ist für derartige Kranke auch ihr Verhalten den Aerzten und deren Gutachten gegenüber. Sie laufen von einem Arzte zu dem andern, spielen einen gegen den andern aus. Die Gründe und Einwendungen der gegen sie entscheidenden Gutachten werden ignorirt; es werden so lange Gutachten eingefordert und selbst eingeholt, bis eines oder das andere nach Wunsch ausfällt. Ist das Gutachten ungünstig, so ist der Verfasser entweder ein Ignorant, oder ein Schurke.

Charakteristisch ist auch das Unstäte der Lebensführung; der Kranke ist bald hier, bald da, nirgends fasst er einen festen Fuss, nirgends kommt er zu einer geregelten, sicheren Thätigkeit, nirgends scheint er mit seiner Umgebung auszukommen, überall giebt es Krakehl, spinnen sich Prozesse gegen ihn an etc.

Zum Schlusse fasst Verfasser das Ergebniss seiner Beweisführung im vorliegenden Falle in folgenden Worten Kraepelin's, die den prägnantesten und treffendsten Ausdruck dafür bilden, zusammen:

„Den Grundzug im Krankheitsbilde liefert hier die Vorstellung der rechtlichen Benachtheiligung und der leidenschaftliche Drang, gegen das vermeintlich erlittene Unrecht bis auf das Aeusserste anzukämpfen. Was den Querulanten kennzeichnet, ist der Mangel an Verständniss für das wirkliche Recht, die einseitige Betonung der persönlichen Interessen gegenüber dem höheren Gesichtspunkte des allgemeinen Rechtsschutzes.

Ihre tiefere Grundlage hat die Entwickelung einer derartigen schiefen Auffassung immer in einer Unzulänglichkeit des Urtheils. Sie zeigt sich namentlich in der vollkommenen Unbelehrsamkeit dieser Kranken; selbst die handgreiflichsten Beweisstücke machen nicht den geringsten Eindruck auf sie, ja sie werden gar keiner eigentlichen Prüfung gewürdigt.

Die Auffassung und das Gedächtniss erscheint zunächst ungestört — bei eingehender Prüfung findet man jedoch sehr häufig, dass der Kranke den Sinn seiner Ausführungen durchaus nicht verstanden hat und die klarsten Sätze in ganz verschrobener Weise ausdeutet, sogar in ihr Gegentheil verkehrt.

Die Besonnenheit des Kranken ist dauernd ungetrübt, die Ordnung seiner Gedanken erhalten. Niemals aber wird man eine sehr grosse Eintönigkeit seines Vorstellungsinhaltes vermissen.

Eine regelmässige Begleiterscheinung des Querulantenwahnes ist das stark gehobene Selbstgefühl. Die Kranken halten sich für hervorragend tüchtig und rechtlich, blicken daher unter allen Umständen auf ihre Gegner herab.

Ausnahmslos finden wir ferner eine bedeutende Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit. Diese Leidenschaftlichkeit in Verbindung mit der Unbelehrbarkeit ist es auch, welche dem Handeln des Kranken den eigenartigen Stempel aufdrückt. Er ist nicht im Stande, sich nach Erschöpfung der gewöhnlichen Rechtsmittel bei der endgiltigen unabänderlichen Entscheidung zu beruhigen. Ohne jedes Verständniss für die völlige Nutzlosigkeit, ja die sicheren schweren Folgen weiterer Schritte, sucht er um jeden Preis und mit allen Mitteln den Sieg im Kampfe um sein vermeintliches Recht zu erzwingen.

Im weiteren Verlauf der Krankheit stellt sich regelmässig eine deutliche Zunahme der geistigen Schwäche ein." Dr. Waibel-Günzburg.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des kleinen Fingers, theilweisem Verlust des Ringfingers und behinderter Gebrauchsfähigkeit des zweiten und dritten Fingers der rechten Hand. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 9. Jan. 1899. Nr. 8532/98.

Wenn auch der Regel nach so geringfügige Aenderungen in der Rentenfestsetzung, wie sie hier das Schiedsgericht vorgenommen hat, ungerechtfertigt sind, so liegt doch in dem zu entscheidenden Falle ein Grund zur Abänderung des schiedsgerichtlichen Urtheils und zur Wiederherstellung des Bescheides der Beklagten um deswillen nicht vor, weil auch nach der Ansicht des Rekursgerichts die vom Schiedsgericht zugebilligte Rente von 30 Proz. der Rente für

völlige Erwerbsunfähigkeit bei der Schwere der Unfallfolgen nicht zu hoch bemessen ist. Dem Kläger fehlt an der für den Arbeiter besonders wichtigen rechten Hand der fünfte Finger gänzlich, der vierte etwa zur Hälfte, während der Zeige- und der Mittelfinger selbst nach dem von der Beklagten in Bezug genommenen Gutachten der Krankenanstalt „Bergmannstrost" vom 28. September 1898 auch jetzt noch nicht vollständig kräftig und gebrauchsfähig sind, und die Muskelatrophie des rechten Armes auch jetzt noch besteht. Auch wenn daher das Schiedsgericht durch Uebertreibung seitens des Klägers getäuscht worden sein sollte, so steht doch objektiv fest, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand hochgradig geschmälert ist. Dem steht auch nicht entgegen, dass es dem Kläger gelungen ist, durch leichte Arbeit einen nur um 15 Proz. verminderten Arbeitslohn zu erzielen. Kompass Nr. 10.

Erwerbsverminderung liegt bei Verlust der beiden obersten Glieder des rechten Goldfingers nicht vor. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 9. Januar 1899. Nr. 6356/98.

Der Verlust der beiden obersten Glieder des rechten Goldfingers allein giebt dem Kläger keinen Anspruch auf eine Rente. Das auch aus Berufsgenossen des Klägers zusammengesetzte Schiedsgericht bezeugt ausdrücklich, dass der Kläger als Bergmann keiner besonderen Fingerfertigkeit bedürfe und deshalb durch den Verlust in seiner Erwerbsfähigkeit nicht nennenswerth beeinträchtigt ist, wofür übrigens auch die Lohnsteigerung von 5,11 auf 5,10 Mark spricht. Ibidem.

Der Verlust der zweiten und dritten Zehe hat keine Erwerbsverminderung zur Folge. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 5. Dezember 1898. Nr. 7007/98.

Der Umstand, dass dem Kläger die zweite und die dritte Zehe eines Fusses fehlen, beeinträchtigt nach den übereinstimmenden Gutachten des Dr. R. und des Dr. Re. d. d. Witten vom 29. März 1898 und des Königlichen Kreisphysikus Dr. L. vom 12. Juni 1898 die Arbeitsfähigkeit des Klägers nicht. Diesen Gutachten beizutreten, erschien unbedenklich, um so mehr, als nach der eingehenden Darlegung des letztgenannten Arztes irgend welche anderen Unfallsfolgen als der Verlust der beiden Zehen nicht bestehen, diese Zehen aber für die Geh- und Tragfähigkeit des im Uebrigen unbeschädigten Fusses unwesentlich sind. Da zur Zeit der früheren Rentenfeststellung auf 20 Prozent noch Anschwellung des linken Fusses und Schwächung in der Muskulatur bestanden hatte und diese Uebel nunmehr weggefallen sind, rechtfertigt sich die Einstellung der Rente. Ibidem, Nr. 8.

Verlust der Vorderglieder der 2. und 3., sowie des Nagelgliedes der 4. Zehe bedingt keine Erwerbsverminderung. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 9. Dezember 1898.

Der Kläger behauptet in der Rekursschrift selbst nicht, dass er irgendwie durch die Verstümmelung seiner Zehen in der Erwerbsfähigkeit beschränkt werde, geht vielmehr von der allgemeinen Erwägung aus, dass jede Verstümmelung die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen müsse, weil nicht anzunehmen sei, dass dem Menschen von der Vorsehung überflüssige Gliedmassen verliehen seien. Diese Erwägung ist in dieser Allgemeinheit aber unzutreffend.

Bei den gewöhnlichen Arbeitsleistungen in versicherten Berufen kommt es nicht auf besondere Fertigkeiten aller Gliedmassen an, und ein Bergmann wird in Ausübung seines Berufes durch geringe Defekte der Zehen, wie sie bei dem Kläger vorliegen, nicht beschränkt, wenn keine Reizbarkeit der Stumpfwunden mehr besteht. Die vernommenen Sachverständigen haben aber festgestellt, dass die Stumpfnarben an den Zehen des Klägers fest, widerstandsfähig und nicht druckempfindlich sind, dass auch eine Schwäche in dem verletzten linken Beine nicht mehr besteht. Unter diesen Umständen hat das Fehlen der vorderen Glieder an drei Zehen keine Bedeutung für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Klägers. Es musste vielmehr angenommen werden, dass die erwerbsbeschränkenden Folgen des Unfalls, welche noch zur Zeit der Festsetzung einer Rente von 25 Proz. der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit durch den Bescheid vom 8. Januar 1897 bestanden und sich in Schmerzen beim Gehen,

insbesondere beim Bergaufgehen und beim Knien zeigten, nunmehr gänzlich beseitigt sind. Ibidem.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod (durch Herzschlag) und Unfall (Quetschung des Daumens) fehlt. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 9. Dezember 1898. Nr. 6905/98.

Mag nun der Verstorbene die Blase an seinem Daumen durch Verbrennen oder durch Quetschung erhalten haben, so hat doch das Rekursgericht nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass der Tod desselben in Folge dieser Verletzung des Daumens eingetreten ist.

Gegen eine solche Annahme spricht der durch den Assistenzarzt Dr. R. festgestellte Sektionsbefund, nach welchem die Verletzung des rechten Daumens nicht allein eine unbedeutende war, sondern auch Mangels einer Entzündungserscheinung des rechten Daumens und der Lymphgefässe des rechten Armes es an jedem Zeichen für einen septischen Infektionsprozess fehlte; auch die Nieren und die Milz, soweit sie bei der zur Zeit der Sektion vorgeschrittenen Fäulniss noch der Beurtheilung zugänglich waren, wiesen nicht solche Veränderungen auf, wie sie bei allgemeiner septischer Infektion einzutreten pflegen.

Vielmehr muss nach den Gutachten des Assistenzarztes Dr. R. vom 2. November 1897 und des Prof. Dr. O. vom 5. Februar 1898 angenommen werden, dass der Tod des Wilhelm G. in Folge der bei demselben vorhanden gewesenen Degeneration des Herzmuskels durch eine plötzliche Lähmung des Herzens eingetreten ist. Wenn auch die psychische Erregung, in welcher der Verstorbene sich in Folge der Verletzung seines Daumens und der darauf sich einstellenden Fieberbewegung befunden hat, seinen Gesammtzustand ungünstig beeinflusst haben sollte, so kann doch nicht anerkannt werden, dass dieser Umstand eine wesentliche Todesursache gewesen sei. Es fehlt in dieser Beziehung nach den ärztlichen Gutachten an den eine solche Annahme rechtfertigenden Unterlagen. Ibidem.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Unfall (Verletzung und in Folge dessen Amputation des linken Oberschenkels) liegt nicht vor. Selbstmord. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 26. Januar 1899. Nr. 5674/98.

Der Anspruch der Hinterbliebenen ist durch den Nachweis bedingt, dass S. den Selbstmord in geistiger Gestörtheit, und zwar im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen hat und dass diese geistige Erkrankung durch den Unfall vom 23. April 1895 verursacht worden war. Dieser Nachweis fehlt und ist auch nicht zu erbringen. Es ist weder aus der Art der Verletzung noch aus der gewählten Todesart der Schluss zu ziehen, dass eine geistige Umnachtung vorgelegen hat. Zu einer solchen Annahme fehlt überhaupt jeglicher Anhalt. Es kann deshalb auch der Entschädigungsanspruch, selbst wenn der Unfall und dessen Folgen einen Einfluss auf die That ausgeübt hätten, trotzdem nicht als begründet erachtet werden. Denn selbst wenn diese Folgen den Beweggrund für den Selbstmord gebildet haben, so fehlt es an bestimmten Anhaltspunkten für die Annahme, dass die Ausführung der That im Zustand der Unzurechnungsfähigkeit, also nicht mit eigener freier Willensbestimmung erfolgt ist. Dann liegt aber die Annahme viel näher, dass der Selbstmord auf den Mangel bestimmter geistiger und moralischer Eigenschaften, wie Standhaftigkeit und Selbstüberwindung, zurückzuführen sei, einen Mangel, aus dem die Kläger Ansprüche gegen die Beklagte nicht herleiten können. Ibidem, Nr. 10.

Leistenbruch; Betriebsunfall angenommen. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. November 1898.

Der Kläger bezeichnet als Ursache des demnächst bei ihm festgestellten Bruchleidens eine bestimmte einzelne Betriebshandlung, das Schieben des dritten Bergewagens nach Beginn der Frühschicht am 11. Januar 1898, und sein Mitarbeiter K. hat bei der Unfalluntersuchung damit im Wesentlichen übereinstimmend bekundet, dass Ch. bald nach Beginn der Schicht am 11. Januar unmittelbar nach dem Schieben eines beladenen Wagens über heftige Schmerzen im Unterleibe geklagt und dann auch bald der zunehmenden Schmerzen wegen die Arbeit ganz habe einstellen müssen. Noch an demselben Tage hat der praktische Arzt Dr. H., wie er bescheinigt, bei dem Kläger einen eingeklemmten Bruch festgestellt und nach längerem Bemühen zurückgebracht. Bei der weiteren

Untersuchung hat der Arzt gefunden, dass der Leistenring des Klägers an der Seite, an der der Bruch vorgetreten ist, auffallend eng war und dass einige Zeit nach dem Zurückbringen des Bruchs keine Neigung zum Wiederaustritt von Darmschlingen bestand. Bei dieser Sachlage hat das Rekursgericht angenommen, dass es sich hier nicht um die allmähliche Weiterentwickelung einer alten Bruchanlage und deren nur zufällige Entwickelung zu einem Bruch bei der Arbeit, sondern um eine plötzliche, durch eine besondere Anstrengung der Bauchpresse herbeigeführte Herausdrängung von Eingeweidetheilen gehandelt hat. Auch war, da der Kläger unmittelbar nach einer bestimmten einzelnen Arbeitsleistung über heftige Schmerzen an der Bruchstelle geklagt hat, die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass bei dieser Arbeitsleistung jene schädliche besondere Anstrengung der Bauchpresse eingetreten ist. Der Bruch und seine Einklemmung sind also durch ein als Betriebsunfall anzusprechendes Ereigniss verursacht. Dass der Kläger durch den einmaligen Bruchaustritt bis auf Weiteres und jedenfalls so lange, als das Tragen eines Bruchbandes erforderlich ist, in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, war dem Rekursgericht schon deshalb nicht zweifelhaft, weil den Kläger das Bewusstsein von der gefährdeten Stelle an seinem Körper zur Vorsicht bei der Uebernahme und Ausführung schwerer Arbeiten nöthigt und das Tragen des Bandes mit Unbequemlichkeiten, unter Anderen der Nothwendigkeit besonderer Hautpflege und dergleichen verknüpft ist. Die Beklagte hat demnach den Kläger zu entschädigen. Da erschwerende Umstände nicht vorliegen, ist der für gewöhnliche Bruchfälle übliche Satz von 10 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit festgesetzt worden. Ibidem, Nr. 6.

Stützapparat ist als zu den Heilungskosten gehörig anzusehen. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Dezember 1898. Nr. 7423.

Das Reichsversicherungsamt hat allerdings in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, dass künstliche Glieder, Stelzfüsse u. s. w., nur in Ausnahmsfällen zu den von den Berufsgenossenschaften zu tragenden Heilungskosten gehören. Ein solcher Ausnahmefall liegt aber hier vor, denn erst am 25. Februar 1898 bescheinigt der behandelnde Arzt, Dr. Sch., dass die Heilung abgeschlossen und die Operationswunde gut vernarbt sei, während der künstliche Fuss auf ausdrückliche Anordnung des Dr. Sch, welcher ein solches Hülfsmittel für durchaus nothwendig erklärte, bereits im September 1897 beschafft worden ist, zu einer Zeit, wo noch eine offene Wunde am Fuss bestand und der Kläger noch vollkommen erwerbsunfähig war. Wenn unter diesen Umständen das Schiedsgericht den Stützapparat als nach Lage des Falles erforderlich zur Erreichung des Heilzweckes angesehen hat, so hat das R.-V.-A. keine Veranlassung gefunden, ihm darin entgegenzutreten. Ibidem, Nr. 8.

Besprechungen.

Dr. E. Schultze, Privatdozent in Bonn: Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Novelle zur Zivilprozessordnung. III. Bd., H. I der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Verlag von C. Marhold, Halle 1899. Preis: 1,80 M.

Nicht nur der Jurist, sondern auch der Mediziner wird bei dem in allernächster Zeit bevorstehenden Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches manches umlernen müssen. Bücher, welche dies Umlernen erleichtern und einem über die veränderten Gesetze schnell Aufschluss geben, werden daher jetzt sehr willkommen sein, zumal wenn sie so klar und anschaulich geschrieben sind wie das vorliegende und dabei zugleich in kürzester Form alles Wissenswerthe enthalten. Im ersten Theil seines Buches bespricht Verfasser die Geschäftsfähigkeit der Geisteskranken, Trunksüchtigen u. s. w. und zwar zunächst im Allgemeinen und dann noch im Speziellen deren Testier- und Ehefähigkeit. Völlig neu und von weittragender Bedeutung ist der im Bürgerlichen Gesetzbuch gemachte Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Dass zwischen

beiden medizinisch keine scharfe Grenze besteht, ist dem Gerichtsarzt ohne Weiteres klar; im Allgemeinen wird wohl meist nicht die Form, sondern die Schwere der Psychose den Ausschlag geben. Entmündigt kann nach §. 6 werden, wer in Folge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Während nun derjenige, welcher wegen Geisteskrankheit entmündigt ist (grosse Entmündigung) nach §. 104, 3 geschäftsunfähig ist, ist der wegen Geistesschwäche Entmündigte (kleine Entmündigung) nach §. 114 in seiner Geschäftsfähigkeit nur beschränkt und steht einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr erreicht hat; er darf dann z. B. Geschenke annehmen, sein Vormund handelt ferner nicht ganz an seiner Stelle, sondern wirkt bei vielen Rechtsgeschäften nur mit. Nach des Verfassers Ansicht wird in Zukunft die Zahl der wegen Geistesschwäche Entmündigten die der wegen Geisteskrankheit Entmündigten bei Weitem übertreffen. Zum Vortheil verändert wird ferner auch die Versorgung der Trunksüchtigen, indem das Bürgerliche Gesetzbuch es ermöglicht, dass der Trunksüchtige bereits entmündigt wird, wenn er die Sicherheit anderer gefährdet; er braucht also nichts Strafbares begangen haben, es genügt schon, wenn man von ihm Derartiges erwarten kann. Es wird hiermit, wie Verfasser treffend bemerkt, der Brunnen schon zugedeckt, ehe das Kind hineingefallen ist. Bedauerlich ist, dass die Entmündigung nicht auch, wie es Mendel wünschte, auf die Morphinisten, Kokainisten u. s. w. ausgedehnt werden kann. Die Zuziehung medizinischer Sachverständiger zur Beurtheilung der Trunksucht und deren Prognose ist nicht vorgesehen, obgleich es in einzelnen Fällen wünschenswerth wäre. Auch in der Testier- und Ehefähigkeit der Kranken treten einige Aenderungen ein. Es sei hier nur hervorgehoben, dass in Zukunft eine Ehe wegen Geisteskrankheit nur geschieden werden kann, wenn die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben und jede Aussicht auf Wiederherstellung derselben ausgeschlossen ist. Es wird somit auch hier strenge Prüfung des Einzelfalles geboten sein und das Gutachten mehr die Schwere als die Form der Geisteskrankheit berücksichtigen müssen.

Der zweite Theil des Buches behandelt die Deliktsfähigkeit. Im engen Anschluss an den bekannten §. 51 dos Strafgesetzbuchs bestimmt §. 827: „Wer im Zustand der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensthätigkeit ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich.“ Es werden hierbei die wichtigen Fragen, inwieweit die mit oder ohne ihr Verschulden Betrunkenen, Hypnotisirten u. s. w. ersatzpflichtig sind, näher besprochen. Zum Schluss erwähnt Verfasser noch die Deliktsfähigkeit für die Handlungen Dritter, z. B. die Ersatzpflicht des Vaters für sein minderjähriges Kind, des Direktors für die in seiner Anstalt untergebrachten Geisteskranken u. s. w. (§. 832 des Bürgerlichen Gesetzbuchs). Hervorzuheben ist, dass dem zur Aufsicht Verpflichteten das Recht sich zu entlasten zusteht und eine Ersatzpflicht nicht eintritt, „wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt, oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsicht entstanden wäre.“ Die vielfach ausgesprochene Befürchtung, dass durch diesen Paragraphen (832) die freie Behandlung der Geisteskranken Einbusse erleiden würde, hält Verfasser (ebenso auch der Referent) nicht für gerechtfertigt, „da man von den Richtern doch so viel Einfluss und Zutrauen erwarten muss, dass sie sich den allergewöhnlichsten Kenntnissen einer zeitgemässen Irrenpflege nicht entziehen“. Dr. Hoppe-Uchtspringe.

Tagesnachrichten.

In der am 16. Mai stattgehabten Schlusssitzung der Kommission des Abgeordnetenhauses für die Berathung des Gesetzentwurfes, betreffend die **Dienststellung des Kreisarztes u. s. w.** ist noch Folgendes beschlossen:

Zu §. 12 wurde ein Antrag statt: „im Einverständnisse“ mit dem Kreisausschusse u. s. w. zu sagen: „nach Anhörung“ angenommen. Damit ist dem Regierungspräsidenten sein bisheriges Recht, als Aufsichtsbehörde auch in Landgemeinden die Bildung von Gesundheitskommissionen anzuordnen, gewahrt.

Ferner ist entsprechend den Wünschen der Medizinalbeamten zu §. 15 im Abs. 1 beschlossen, dass die zur Disposition gestellten Medizinalbeamten

„ausserdem bis zu einer gewissen Höhe eine ihren sonsti-

gen Dienstbezügen entsprechende Entschädigung erhalten sollen".

Der Vertreter des Herrn Finanzministers erklärte allerdings, dass die Annahme dieses Zusatzes geeignet sei, das Zustandekommen des Gesetzes zu gefährden, da sich aber fast alle Parteien für die Nothwendigkeit der Gewährung einer solchen Entschädigung ausgesprochen haben, dürfte auch der Herr Finanzminister seine Bedenken um so mehr fallen lassen, als die dadurch entstehenden Mehrausgaben nur vorübergehende und keineswegs erhebliche sind.

Schliesslich wurde das ganze Gesetz in der veränderten Fassung mit 9 gegen 8 Stimmen angenommen. Dagegen stimmten hauptsächlich die Vertreter der liberalen Parteien, denen der Gesetzentwurf nicht weit genug geht. Die Aussichten für seine Annahme im Plenum sind danach günstig; hoffentlich wird er hier nicht in pejus abgeändert, sondern in der jetzigen Fassung angenommen, die, wenn auch nicht alle, so doch die hauptsächlichsten Wünsche der Medizinalbeamten berücksichtigt und durch die der Gesetzentwurf derartig umgestaltet ist, dass er als geeignete Grundlage für eine gedeihliche Entwickelung unseres Medizinalwesens betrachtet werden kann.

Am Schluss der Kommissionssitzung wurden auserdem folgende Anträge des Abg. Graf Douglas fast einstimmig angenommen:

A. Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen, zu erklären:

I. Obwohl zur Förderung der Kenntnisse der Hygiene in der Bevölkerung schon Anerkennenswerthes geleistet ist, erscheint doch eine grössere Verbreitung und Vertiefung dieser Kenntnisse dringend geboten, und ist zu diesem Zwecke insbesondere auf die Gründung selbstständiger Lehrstühle für die Hygiene an den technischen Hochschulen und auf geeignete Unterweisung der höheren Verwaltungsbeamten und Geistlichen in der Hygiene Bedacht zu nehmen.

II. Untersuchungsanstalten zu Zwecken des Gesundheits- und Veterinärwesens sind in jeder Provinz nach Bedürfniss einzurichten sowie eine Zentral-Landes-Untersuchungsanstalt und die hierzu erforderlichen Mittel in den nächstjährigen Staatshaushalts-Etat einzustellen.

B. Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen, an die Staatsregierung das dringende Ersuchen zu richten, beim Reiche die alsbaldige Wiedervorlage eines Gesetzes, betr. die Bekämpfung der ansteckenden gemeingefährlichen Krankheiten herbeizuführen, zugleich aber den Entwurf eines Nothgesetzes unter Abänderung und Ergänzung des Regulativs vom 8. August 1835 dem Landtage noch in dieser Session, falls dies auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen sollte, im Laufe der nächsten Session vorzulegen.

Mit diesen Beschlüssen kann man sich nur vollständig einverstanden erklären; ihre Annahme in Plenum scheint nach Lage der Sache gesichert zu sein.

Ebenfalls fast einstimmig wurde noch der von den Abg. Brütt und Engelbrecht gestellte Antrag angenommen:

Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen, die Königl. Staatsregierung aufzufordern: nach Feststellung der Bezüge der Kreisphysiker mit staatlicher Besoldung, Gebühren und Nebenämtern zu erwägen, ob und wie weit eine Erhöhung der staatlichen Besoldung nothwendig ist, und im Bedarfsfalle dem Landtage der Monarchie eine entsprechende Vorlage baldmöglichtst zugehen zu lassen.

Rezeptabschriften auf den Arzneibehältnissen oder Signaturen. Die neueste Bestimmung, wonach den Apothekern aufgegeben wird, den Wortlaut der ärztlichen Verordnung auf dem zur Aufnahme der Arznei dienenden Behältnisse oder auf dessen Signatur zu vermerken (s. Beilage zur heutigen Nummer, S. 93), bedingt für die Apotheker eine erhebliche Mehrarbeit und findet in Folge dessen in Apothekerkreisen keinen Beifall. Wenn die Apotheker aber bei dieser Gelegenheit wiederum den Aerzten die Schuld für diese ihnen unliebsame Anordnung beimessen, so irren sie sich; dieselbe wird vielmehr auch in ärztlichen Kreisen auf den lebhaftesten Widerspruch stossen, hat doch der Aerztekammerausschuss erst in seiner am 22. November v. J. abgehaltenen Sitzung einen darauf abzielenden Antrag der schlesischen Aerztekammer mit grosser Mehrheit abgelehnt, „da es durchaus nicht wünschenswerth sei, die Kranken von dem Inhalte der ärztlichen Verordnungen in Kenntniss zu setzen".

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld, Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 12. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Juni.

Kasuistische Beiträge zum epileptischen Irresein.

Von Dr. **Manke**, prakt. Arzt und Anstaltsvorsteher der Provinzial-Irrenanstalt zu Rügenwalde, pro physicatu approbirt.

II. Fall.

Anamnese: A. hat, soweit bekannt, geistig gesunde Eltern; ein Vetter seiner Mutter erschoss sich im Wahnsinn; eine Tante väterlicherseits war taubstumm, blind und geisteskrank. Als Kind erlitt er nach Sturz mit dem Wagen eine „Schädelverletzung und Gehirnerkrankung", und blieb schwächlich und kränklich. In der Schule war er nie recht bei der Sache; sein Vater und sein Onkel, einer seiner Lehrer, erzählen, dass er als 11jähriger Knabe oft traumverloren in einer Ecke gesessen, in's Leere gestarrt, und viel und zusammenhanglos gesprochen habe. Seit der Extraktion von 8 Zähnen in der Chloroform-Narkose im 13. Jahre will er viel an Kopfschmerzen und Schwindel gelitten haben. In demselben Jahre entwich er von Berlin, wo er damals auf der Schule war, heimlich und ohne Geld zu Fuss nach Hamburg, um zur See zu gehen. „Wie ich dazu kam", sagt er in seinem Lebenslaufe, den er während des Aufenthaltes in hiesiger Anstalt schrieb, „ist mir selbst unbewusst; es überkommt mich ein Drang und ein Gefühl, dass ich es thun muss, welchem ich nicht widerstehen kann; ich habe dabei furchtbare Schmerzen im Hinterkopfe". Auch litt er an starkem Nasenbluten. Nachdem er viele dumme Streiche verübt, stahl er einige Jahre später auf einem Gut, wo er Wirthschaftseleve war, einen silbernen Löffel und ein Messer; die Kinder seiner Herrschaft spielten damit. A. nahm die beiden Gegenstände im Beisein der Kinder, legte sie in seinen unverschlossenen Kleiderschrank und kümmerte sich nicht weiter um sie, bis sie das Dienstmädchen fand. Aus Scham verliess er den Dienst, vagabondirte einige Zeit, und entschuldigte sich zu Hause damit: „er könne nicht dafür". Auf einem anderen Gut, wo er wieder Stellung gefunden hatte, wurde er einmal „in Krämpfen, fast leblos" auf dem Kornspeicher gefunden. Einer der ihn zu dieser Zeit behandelnden Aerzte sagte später bei seiner gerichtlichen Vernehmung aus, ihm sei das unstäte, traumhafte Wesen des A. aufgefallen und er sei der Ansicht, dass A. zu „moralischem Irresein" hinneige. A. blieb nun zu Hause, trieb sich viel umher, bestahl seine Eltern, unterschlug und borgte Gelder, fuhr erster

Klasse nach Berlin, tauchte dann plötzlich in einer grossen Stadt Westpreussens als Buchhalter auf, machte auch hier Unterschlagungen, floh nach Posen, und wurde dann immer wieder nach Hause zurückgeholt; auch hier benahm er sich höchst auffällig; gewöhnlich trug er ein Gesangbuch bei sich, sang mit den Mägden geistige Lieder, predigte auf einem Tische in der Garten-Laube, spielte als 19jähriger mit Vorliebe mit den Puppen seiner kleinen Cousine, und exerzirte mit den Knechten, die er beaufsichtigen sollte.

Er wurde als einziger Sohn, für seine Vergehen nie ernstlich bestraft; als aber seine „dummen Streiche" überhand nahmen, brachte der Vater ihn im Oktober 1899 zum Militär, damit er „hier Sitte und Ordnung lerne". Seine Führung war hier scheinbar sehr gut. Im April 1897 kam er auf Urlaub nach Hause, äusserte sich günstig über den Dienst und sprach die Absicht aus, zu kapituliren. Am dritten Tage wurde er mürrisch, einsilbig, und zog sich während des Restes seines Urlaubes in ein unbewohntes Zimmer zurück. Dann fuhr er nicht in seine Garnison zurück, sondern erschwindelte sich in der Nachbarstadt einen Zivil-Anzug, stahl einem benachbarten Brennereiverwalter fast unter dessen Augen ein Portemonnaie und eine Uhr, fuhr nach Berlin und erhielt hier mit Hülfe einer Arbeitskarte, die er dem Kutscher seines Vaters entwendet hatte, als Kutscher Stellung. In seiner Garnison langte ein vom Tage des Urlaubsablaufes datirter, von ihm verfasster Brief an, in dem der Oberinspektor A., sein Vater, mittheilte, dass sein Sohn krank geworden sei. In seinem Lebenslaufe schilderte er diese Zeit folgendermassen: „Wie ich nun dazu kam, nicht in meine Garnison zurückzukehren, weiss ich nicht; mir ist nur bewusst, dass ich ein furchtbares Brausen in meinem Kopfe empfand, und mich ein Trieb, als wenn es so sein musste, dazu veranlasste. Wo und wie ich nun weiterreiste, kann ich auch nicht angeben. Dass ich bei E.'s (dem Brennereiverwalter) war, ist mir wohl bewusst, doch wie ich mich dort benommen habe, weiss ich nicht. Wie ich eigentlich nach Berlin kam, ist mir auch fast unklar; zur eigentlichen Besinnung kam ich erst, als ich dort in Stellung ging." Er lebte in Berlin unbehelligt drei Monate, schrieb reuevolle Briefe nach Hause, und erbat sich die Antworten postlagernd. Er erwarb sich das volle Vertrauen seiner Herrschaft. Nachdem er auch hier Unterschlagungen und Diebstähle begangen hatte, floh er von Berlin nach Dresden, besuchte dort Theater und Konzerte, übte in seinem Tagebuch Kritik an der Darstellung, fuhr dann nach Görlitz, Frankfurt a. O. und schliesslich nach Hause, wo ihn seine Eltern in seine Garnison zurückbrachten. Seiner Berliner Herrschaft ist geistig Abnormes nicht aufgefallen; seine Mitarbeiter dagegen sagen gerichtlich aus, er habe sich häufig wie ein Irrsinniger geberdet. „Wie ich auf Dresden gekommen sein soll," sagt er in seinem Lebenslauf, „ist mir unbewusst; . . . wir fuhren nach meiner Garnison; was sich dort mit mir begeben hat, weiss ich nicht; erst nach 2 Tagen wusste ich, dass ich im Garnisonlazareth war." Nach seiner Desertion stellte sich heraus, dass er während seiner Dienstzeit die mannigfachsten Betrügereien verübt hatte.

Zur weiteren Beobachtung seines Geisteszustandes kam er in die hiesige Anstalt.

Objektiver Befund und Beobachtungsergebniss in der Anstalt:

A. ist ein grosser, schwächlicher Mensch mit stark ausgeprägter Anaemie. Seine Hände sind bläulich und kalt, im Gesicht und auf der Stirn hat er viele Narben. Die Stirnbeinhöcker sind stark ausgeprägt; der Hinterhauptshöcker überragt die Umgebung um $1^1/_2$ cm. Der vordere quere Durchmesser des Kopfes ist auffallend klein, der Vorderkopf spitzt sich nach der Stirn zu. Der Gesichtsschädel ist asymmetrisch, insofern als die linke Augenhöhle und Schläfenparthie auffallend kleiner als rechts sind. Die Ohrläppchen sind fast gar nicht entwickelt, die Zunge zeigt starke fibrilläre Zuckungen, doch keine Verletzungen oder Narben. Die linke Stirnseite bleibt beim Runzeln zurück, die linke Nasenwangenfalte fehlt beim Grimmassiren. An den übrigen Körpertheilen, auch an den Geschlechtstheilen ist nichts Besonderes zu bemerken. Urin ohne Zylinder, Eiweiss und Zucker.

Während seines Anstaltsaufenthaltes zeigte sich A. als ein Mensch von guten Manieren, gefälligem, höflichem und bescheidenem Wesen; der Grundzug seiner Stimmung war ein trauriger, melancholischer; er hatte Neigung zum Alleinsein. Seine Seelenstimmung ersieht man am besten aus seinen Briefen. So schreibt er an einen Freund: „Nun bin ich ganz verlassen und weiss zu

Niemand, wohin ich mein banges Herz lege, alles ist für mich verloren.“ In einem Briefe an seine Eltern heisst es: „. . . denn wenn ich weiter denke, wird mir so weh, und meine Gedanken verlieren den richtigen Weg. Ach, könnte ich bald an Eurem Herzen ruhen nach all' dem Unglück und Dunkelheit, womit ich umfangen bin.“ In einem anderen Briefe: „Mein lieber Vater! Wieder eine Nacht vorüber, und noch nicht am Ende, wie lange werde ich noch schlafen, bis ich ganz fest einschlafe, gebe der liebe Gott, dass es bald ein Ende nehmen möchte. Denn was nützt mir solch ein verlorenes, unglückliches Leben, worin mein Geist, Sinn und Verstand sich befindet, was soll aus mir werden, ich will ja liebe Eltern, Euch nur noch einmal sehen, und dann kann es vollenden. Was nützt alle Eure Liebe, wenn meine Periode (er meint damit die Zeit seiner Dummheiten und verbrecherischen Handlungen) eintritt. Ob ich noch einmal ganz wieder bei Verstand komme, das weiss Gott allein, ich bin ja für Euch ewig verloren; es kommen Augenblicke, wo ich alles zerreissen möchte, und dann wieder Minuten, wo ich alles tragen möchte.“ Auffallend war es, dass er unmittelbar nach Vollendung eines solchen trostlosen Briefes sich in anderen Schreiben in überschwenglichster Weise über sein vorzügliches Wohlbefinden aussprach und eine Glückseligkeit entwickelte, für die kein Grund aufzufinden war. Sein Wesen beherrschen die unvermittelsten Gegensätze; eben noch reumüthig von Dankbarkeit für die geliebten Eltern überfliessend, im nächsten Augenblick egoistisch, kalt, herzlos, ohne Verständniss für die Sorge seiner Eltern, dieselben anklagend, weil seine thörichten Wünsche, die ein Hohn auf seine jetzige Lage sind, nicht erfüllt werden; eben noch kindisch, läppisch, plötzlich grand seigneur, der nur zu bestimmen braucht und über seiner Eltern und anderer Leute Geldbeutel uneingeschränkt verfügt.

Doch traten die letzten Eigenschaften mehr impulsiv auf, gewissermassen als Ausflüsse seines leicht reizbaren Wesens, waren von kurzer Dauer und hatten meist Kopfschmerzen im Gefolge.

Energielos, unstät, fing er alles an, ohne es zu vollenden; er begann Briefe, Zeichnungen, Auszüge aus Büchern, versuchte sich in Versen; kleidete sich am Tage mehrmals um, putzte sich in weibischer Weise, renommirte, spielte sich den Wärtern und anderen Kranken gegenüber als Einjähriger und Avantageur auf.

Beim Lesen mancher seiner Briefe kam mir der Gedanke, als ob er päderastische Anwandlungen habe. So fragt er in einem Briefe an seinen Mitkutscher in Berlin, den er erst kurze Zeit kannte: „Mein einzig lieber Arthur! Liebst Du mich wahr und wirst Du mich nie vergessen noch verlassen? Schenkst Du mir Dein ganzes, volles Vertrauen? Wird Dein Herz stets das meine sein, und willst Du Dich mir ganz hingeben? Beantworte mir diese Frage ganz wahrheitsgetreu, denn ich will Dich nicht zwingen mit mir einen Bund einzugehen, der Dir vielleicht dann leid thun würde; ich liebe Dich unaussprechlich und soll mein ganzes Leben nur noch Dir angehören. Beantworte mir diese Fragen genau, und ich will in Gottes Namen einen Bund mit Dir schliessen, der uns Beide verpflichtet, uns ewig treu zu sein bis in den Tod. Bedenke u. s. w.“

Der Ablauf seiner Vorstellungen war normal, Wahnideen, Sinnestäuschungen wurden nicht beobachtet. Sein Gedächtniss war gut, nur wollte er sich einiger Ereignisse nicht erinnern, oder wenigstens nur summarische Erinnerung an Vorgänge haben, die ihn kompromittirten. Aber auch solche Vorgänge, die an sich harmlos waren und ihn nicht schädigen konnten, waren scheinbar seinem Gedächtniss entschwunden. Seine gewöhnliche Entschuldigung war: „Ich weiss nicht, ich musste so handeln, es zwang mich, es ist so über mich gekommen; ein gesunder Mensch kann doch so etwas nicht machen, ich muss doch krank sein.“ In dieser Ueberzeugung bat er auch seine Eltern bei seiner Rückkehr aus Berlin, ihn nicht eher in seine Garnison zu bringen, als bis sie ihn gesund gemacht hätten. So lässt sich auch seine Sorglosigkeit erklären, die er hier trotz aller seiner Verstimmung zur Schau trug. Er dachte nicht daran, dass er für die während seiner Militärzeit verübten Vergehen, deren Strafwürdigkeit er einsieht, zur Rechenschaft gezogen werden könnte. Er schrieb einem Freunde, nach seiner Entlassung von hier, wo er sich zur Kur aufhalte, habe er die Absicht nach Kiel zu gehen. Dass er noch dem Militärverbande angehörte, zog er nie in den Kreis seiner Betrachtungen.

Trotz seiner guten Schulbildung und seiner mannigfachen Fähigkeiten bewies er ein sehr geringes Beurtheilungsvermögen; er zog Schlüsse, wie sie

der Durchschnittsmensch kaum machen würde. Geradezu auffallend war es, wie er in einem Briefe an seine Cousine einen hiesigen Schwerkranken Paralytiker für einen Simulanten erklärte und in geheimnissvoller Weise durchblicken liess, dass er noch mehr aufdecken werde.

Eines Morgens entdeckte ich eine grosse Beule auf seiner Stirn, von der er selbst nichts wusste; nur klagte er über heftige Kopfschmerzen. Plötzlich während des Gespräches wurde er leichenblass, seine linke Gesichtshälfte zeigte krampfartige Zuckungen; er stierte verglasten Blickes, wie geistesabwesend in das Leere, die Pupillen reagirten nicht, er taumelte, fiel jedoch nicht um. Der ganze Anfall dauerte kaum eine Minute. Er blieb nachher in sich gekehrt und wortkarg; von dem Anfall selbst wusste er später nichts. Aehnliche Anfälle, zuweilen von noch kürzerer Dauer wurden dann noch öfter bemerkt; häufig wurde er nur plötzlich leichenblass und ein leichtes Zittern lief durch seinen Körper, oder es traten krampfartige Gesichtszuckungen als Begleiterscheinungen auf. Er selbst wollte von diesen Erscheinungen nie etwas wissen, ausser Kopfschmerzen zeigten sich nie auraartige Symptome. Mitunter schwitzte er spontan nur auf der linken Gesichtshälfte, ohne dass sich ein Grund, beispielsweise eine Erregung auffinden liess. Des Nachts schlief er häufig unruhig. Typische epileptische Krampfanfälle, auch Bettnässen wurden nicht beobachtet.

In vorstehendem Krankheitsbilde tritt am meisten in den Vordergrund eine mit der Pubertät beginnende Reihe thörichter Streiche und verbrecherischer Handlungen, deren Verwerflichkeit A. einsieht und über die er Reue empfindet. Trotzdem vollführt er sie immer wieder und weiss als Entschuldigung nur anzugeben: „Ich kann nicht dafür, es überkommt mich ein Drang und ein Gefühl, dass ich es thun muss, ich habe dann immer furchtbare Kopfschmerzen.“ Es wird unsere Aufgabe sein, zu entscheiden, ob wir es mit den frechen Lügen eines raffinirten Hochstaplers zu thun haben, oder ob seinen Handlungen krankhafte Störungen der Geistesthätigkeit, namentlich der Willenssphäre zu Grunde liegen.

Die Vorgeschichte zeigt uns, dass A. erblich belastet ist und anatomische und funktionelle Degenerationszeichen aufweist. Er erlitt als Kind eine „Schädelverletzung mit nachfolgender Gehirnerkrankung“, blieb schwächlich, hatte häufig Schwindel, grosse Kopfschmerzen und Nasenblutungen lebensgefährlichen Charakters. Er zeigte sich geistig abnorm und wurde für seine vielen dummen Streiche nie bestraft.[1]) Unter den somatischen Erscheinungen interessirt vornehmlich der Krampfanfall, den er als Wirthschaftseleve hatte. Ob dieser als typischer, epileptischer Anfall anzusehen ist, lässt sich mit Sicherheit nicht sagen, da der Anfall nur von Laien beobachtet ist. Er ist trotzdem mit grösster Wahrscheinlichkeit als solcher aufzufassen; zwar wird von keinem weiteren ähnlichen Anfall berichtet, und auch während seines Anstalts-Aufenthaltes ist ein typischer, epileptischer Anfall nicht beobachtet, aber es traten hier Anfälle auf, die — namentlich bei Berücksichtigung seines Charakters und seiner sonstigen Handlungsweise — der vertiginösen Epilepsie zuzuzählen sind. Es ist ja genugsam erwiesen, dass klassische, epileptische Anfälle bei manchen Individuen nur vereinzelt auftreten und dass als ihre Stellvertreter Insulte sich zeigen, die man, je nachdem sie anfallsweise als

[1]) Ueber den Einfluss der Erziehung cf. Delbrück: Gerichtliche Psychopathologie; S. 183.

blosser Verlust oder Trübung des Bewusstseins mit Erblassen des Gesichtes, oder komplizirt durch umschriebene Muskelkrämpfe als Absence und Vertigo epileptica bezeichnet hat. Häufig schliessen sich hieran traumhafte automatische Handlungen; „ja selbst eigenthümliche Schwindel- und Schlafanfälle, sowie Schweissparoxysmen in Verbindung mit vasomotorischen und motorischen Erscheinungen werden als Aequivalente eines klassischen epileptischen Anfalles immer glaubhafter.[1]) Werther[2]) bezeichnet sogar als geringste Grade geistiger Störung Verstimmung und Reizbarkeit.

Wir können somit den geschilderten Krampfanfall mit grösster Wahrscheinlichkeit als typischen, epileptischen Insult annehmen, vielleicht auch das Bestehen der Epilepsie schon bis in die Kinderjahre zurückführen. Denn es liegt die Annahme einer Absence nicht so ganz ausser dem Bereiche der Wahrscheinlichkeit, wenn wir uns das sogar dem Laien auffallende Wesen und Benehmen des A. vergegenwärtigen. Eine Stütze findet die Annahme einer schon länger bestehenden epileptischen Neurose auch in dem Umstande, dass wir bei A. charakteristische Eigenthümlichkeiten finden, wie sie bei Epileptikern allmählich sich ausbilden. Ich verweise in dieser Hinsicht auf das oben geschilderte Beobachtungs-Ergebniss.

Charakteristisch ferner für die Diagnose „Epilepsie“ ist das Fehlen der Erinnerung oder doch das Vorhandensein einer nur summarischen Erinnerung. Ich brauche wohl kaum bei dem geschilderten charakteristischen Symptomenkomplexe, bei der Häufung derselben Vergehen, bei seiner aufrichtigen Reue, bei der Unmöglichkeit ähnliche Anfälle zu simuliren[3]) — trotz seiner Neigung zur Lügenhaftigkeit — daran erinnern, dass seine Angaben bezüglich der Amnesie als wahre aufzufassen sind.

Betrachten wir die inkriminirten Thaten näher, so können wir in der ununterbrochenen Kette seines Sündenregisters zwei Reihen unterscheiden, wenn sie auch mehrfach in einander übergehen, nämlich Diebstähle resp. Unterschlagungen und die Neigung zum Vagabondiren und dazwischen lichte Intervalle.

Trotz vielfach zu Tage tretender Gerissenheit benimmt er sich nicht wie ein echter Dieb; er nimmt die silbernen Löffel und Messer im Beisein der Kinder und legte sie in ein unverschlossenes Spind, welches dem Dienstmädchen täglich zur Verfügung stand, und dachte nicht weiter an sie; es wäre ihm doch ein Leichtes gewesen, sie an einem sicheren Orte unterzubringen. Seine vielfachen Unterschlagungen gleichen alle eine der anderen. Er musste mit Bestimmtheit darauf rechnen, dass sie alle in kürzester Zeit aufgedeckt werden müssten, trotzdem kümmert er sich nicht im Geringsten um sie, oder giebt sich Mühe, sie auszugleichen.

---

[1]) v. Kraft-Ebing: Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie; II. Auflage, S. 181, cf. Dellbrück: l. c., S. 148.

[2]) Werther: l. c., S. 171.

[3]) Gelingt es doch nur Leuten, die in Zucht- resp. Irrenhäusern vielfach epileptische Anfälle gesehen haben, diese bis auf einen gewissen Punkt (Gesichtsblässe und Pupillenstarre) zu simuliren, und auch diesen nur selten; von einer vertiginösen Epilepsie haben sie aber doch wohl nie Kenntniss.

Auf der anderen Seite seine unüberwindliche Neigung zum Vagabondiren, von seiner Reise als Schüler nach Hamburg bis zu seiner Desertion. Er ist sich der Verwerflichkeit seiner Thaten bewusst und doch kann er dem Antriebe zu ihnen nicht widerstehen, seine geschwächte intellektuelle und sittliche Widerstandsfähigkeit bietet ihm nicht die genügende Fähigkeit, seine egoistischen und unsittlichen Impulse zu beherrschen und zu unterdrücken.

Bei der von uns dargelegten epileptischen Basis werden wir unschwer in den Diebstählen und Unterschlagungen automatische, impulsive Handlungen, kleptomanische Triebe erkennen und die Neigung zum Vagabondiren als epileptische Dämmerzustände mit koordinirten Handlungen kennzeichnen. Finden wir doch gerade diese beiden Gruppen mit Vorliebe bei der vertiginösen Epilepsie und meistens als post-epileptische Zustände.

A. leidet somit an einer Gehirnkrankheit, die ihrem Symptomenkomplex nach der epileptischen Neurose zugerechnet werden muss.

Betreffs Beurtheilung seiner Zurechnungsfähigkeit sind die anfallsfreien Zeiten und die Zeit der periodischen Störungen zu unterscheiden. Für die ersten kommen nur die sogenannten „Dauersymptome“ in Betracht, deren Grundzug neben der Stimmungsanomalie die fortschreitende Verblödung ist. A. ist nun allerdings wie wir gesehen haben, in seiner Urtheilsfähigkeit geschwächt, aber doch nicht in dem Masse, dass daraus eine wesentliche Verminderung der Zurechnungsfähigkeit abgeleitet werden könnte.

Anders verhält es sich mit den periodischen Störungen. Ich will hier nicht auf jede einzelne der inkriminirten Handlungen eingehen, sondern der Kürze halber mich allgemein fassen. Für die Dämmerzustände mit ihren Handlungen halte ich, trotzdem sie eine gewisse Planmässigkeit bekunden, wegen der Bewusstseinstrübung Zurechnungsfähigkeit für ausgeschlossen; ebenso für die impulsiven Akte; denn zeigt A. auch zweifellos ein Unterscheidungsvermögen zwischen Gut und Böse, Strafbarem und nicht Strafbarem, so fehlt ihm doch das Beherrschungsvermögen, die Fähigkeit, seine Antriebe nach Massgabe seiner Einsicht von Gut und Böse zu unterscheiden.

Zur Prophylaxe der Impfschädigungen.

Von Kreisphysikus Dr. **Haase**-Soldin.

Nach den Ergebnissen des Impfgeschäftes im Deutschen Reiche sind 1893, 1894 und 1895 Wundinfektionen im Anschluss an die Impfung mit tödtlichem Ausgange nur ganz vereinzelt vorgekommen, erheblichere Hautentzündungen in der Umgebung der Impfstellen dagegen mehrfach resp. häufig, vorwiegend bei Wieder-Impflingen. Im Königreich Sachsen wurden 1894 Entzündungen der Schnittwunden mit Schwellung der Lymphdrüsen recht oft beobachtet, relativ selten Pflegmonen und Erysipele (Späterysipele bei Revaccinirten, Früherysipele bei Erstimpflingen). Aehnliche Erfahrungen habe auch ich seit längeren Jahren als Impfarzt zu

machen Gelegenheit gehabt, welche mich schliesslich veranlassten, mit dem früher geübten Verfahren bei den öffentlichen Impfungen zu brechen, um die dabei beobachteten, zum Theil recht starken Entzündungs- resp. Reaktionserscheinungen zu mildern und, wenn möglich, seltener zu machen. Da die von der Berliner Anstalt zur Gewinnung thierischen Impfstoffes gelieferte Lymphe als frei von für Menschen pathogenen Keimen zu erachten war und sich in den letzten Jahren als stets gleichwerthig in der Wirkung erwiesen hatte, kam es mir darauf an, die beim Impfakt etwa mögliche Infektion der Impfwunden thunlichst zu vermeiden und zu sehen, ob sich dadurch bessere Resultate hinsichtlich der örtlichen Entzündungs- resp. Reaktionserscheinungen erzielen liessen. Zunächst gab ich seit 1896 der bis dahin benutzten und auf feuchtem Wege desinfizirten Lanzette den Laufpass und benutzte die von Weichardt empfohlenen Impfdoppelmesser. Dieselben wurden vor dem Impftermin zu Hause nebst den Glasbehältern und Korken in der von diesem angegebenen Weise sterilisirt. Im Beginne des Impftermins wurden dann halb so viele Doppelmesser, als die jeweilige Zahl der Impflinge resp. Wiederimpflinge betrug. aus den Glashülsen herausgenommen und in einem mit frisch entnommener steriler Watte ausgelegten emaillirten Kasten gelegt. Vorher hatte ich mir die Hände mit Wasser, Seife und Alkohol gereinigt. Bis zur Vornahme des Impfaktes wurden die Instrumente noch mit einer Lage steriler Watte zugedeckt.

Währenddem waren die Impflinge, welche mit sauberer Wäsche und Kleidung und angeblich gewaschen zum Termine erschienen waren, am ganzen Oberkörper entkleidet worden. Mit dem blossen Auge liess sich auch in keinem Falle eine sinnfällige Unreinlichkeit der Oberarme erkennen. Nichtsdestoweniger ergab die Waschung und Abreibung der Impfstellen, dass die dabei benutzte sterile Watte gar nicht selten auf der Reibfläche einen grauen Schein annahm durch Aufnahme von Hautschmutz.

Die Desinfektion der Impfflächen habe ich seit 1896 theils durch einfaches Waschen und Reiben mit Wasser, Seife und Handtuch versucht, theils durch Abreiben mit Alkohol (50 %) und steriler Watte und Trocknen mit solcher, theils durch Waschen mit Seife, Wasser und steriler Watte, Nachreiben mit 50proz. Alkohol und steriler Watte und Abtrocknen mit solcher. Es wurden immer drei Kinder hinter einander gewaschen und geimpft. Einen Theil der Impflinge impfte ich zur Kontrole auf undesinfizirtem Arm.

Die Kinder mussten nach dem Impfakte noch eine kurze Zeit (etwa 5—10 Minuten) entkleidet bleiben, damit durch Verdunsten während dieser Zeit eine oberflächliche Trocknung der durch den Impfschnitt ausgetretenen Körperlymphe oder geringen Blutmenge erfolgte, und durften auch nicht mit dem geimpften Arme an den Körper der Begleiterin angelehnt werden. Einen Schutzverband habe ich niemals angelegt.

Die Impfungen geschahen mittelst 4 Schnitten auf einen Arm,

welche etwa 0,5 cm lang und mindestens 2 cm von einander entfernt waren. Für jeden Impfling wurde ein Messer benutzt.

Die Resultate hinsichtlich der Reaktionserscheinungen sind aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlich. In derselben bezeichnet „normal“ Pocken, welche keine oder eine nur geringe Reaktionsröthe bis 0,5 cm Breite hatten, so dass sich die einzelnen Pockenhöfe nicht berührten. „Mässig“ bedeutet, dass die Pockenhöfe sich berührten (also etwa 1 cm breit waren), oder eine gemeinsame Röthe die vier Pocken umschloss, aber die Impffläche (Hautfläche über dem M. deltoideus) nicht überschritt. „Stark“ bezeichnet Erytheme, welche sich über die Impffläche hinaus erstreckten. Erysipele und Phlegmonen wurden in keinem Falle beobachtet, ab und an mässige Schwellungen der axillaren Lymphdrüsen; zu suppurativer Entzündung in denselben ist es jedoch niemals gekommen.

Zeit.	Art der Behandlung des Impffeldes.	Zahl der Impflinge.	Reaktionserscheinungen normal	mässig	stark
			Erstimpflinge		
1896/98	Ungewaschen	159	26 = 16,35 %	83 = 52,20 %	50 = 31,45 %
1896	Wasser und Seife	137	24 = 17,52 „	81 = 59,85 „	31 = 22,63 „
1898	Alkohol (50 %)	149	59 = 39,60 „	90 = 60,40 „	—
1898	Wasser, Seife, Alkohol (50 %)	118	74 = 62,71 „	44 = 37,29 „	—
		Sa. 563.			
			Wiederimpflinge		
1896/98	Ungewaschen	99	24 = 24,24 %	58 = 58,59 %	17 = 17,17 %
1896	Wasser und Seife	84	18 = 21,43 „	61 = 72,62 „	5 = 5,95 „
1898	Alkohol (5 %)	104	67 = 64,42 „	16 = 15,39 „	21 = 20,19 „
1898	Wasser, Seife, Alkohol (50 %)	119	72 = 60,50 „	33 = 27,74 „	14 = 11,76 „
		Sa. 406.			

Betrachten wir zunächst die Ergebnisse der Desinfektionsversuche des Impffeldes bei den Erstimpflingen, so fällt die grosse Zahl der starken Reaktionserscheinungen bei den Ungewaschenen (31,45 %) in die Augen. Einfaches Abreiben der Impffläche mit Wasser, Seife und Handduch lässt diese Zahl auf 22,63 % absinken. Bei Behandlung der Haut der Impfstellen mit Alkohol oder Wasser, Seife und Alkohol dagegen kamen gar keine starken Reaktionserscheinungen mehr zur Beobachtung. Diese von mir gemachten Erfahrungen sprechen entschieden für einen Erfolg der Desinfektion des Impffeldes und ermuthigen zur Fortsetzung. Sie beweisen zugleich, dass die häufig beobachteten stärkeren, über das Impfgebiet hinausgehenden Röthungen der Haut (ohne erysipelatösen oder phlegmonösen Charakter) nicht der Ausdruck einer Reaktionserscheinung allein sind, sondern einer solchen kombinirt mit echter erythematöser Entzündung der oberflächlichen Hautschichten. Nur die letztere vermag die Hautdesinfektion zu beeinflussen. Die Reaktionsröthe, abhängig von der Konzentration der Lymphe und der individuellen Rezeptivität des Impflings, wird bleiben.

Normale Reaktionserscheinungen waren bei den ungewaschenen wie bei den mit Wasser und Seife gereinigten Erst-

impflingen nur in mässigem Umfange und etwa gleicher Zahl (16,35 % resp. 17,52 %) aufgetreten, erheblich mehr bei den anderen. Bei alleiniger Behandlung mit Alkohol zeigten sich solche bereits in 39,60 %, bei Waschung mit Wasser und Seife und Abreibung mit Alkohol dagegen in 62,71 %. Diese Resultate sprechen zu Gunsten der Desinfektion mittelst der letzteren Waschung und stimmen mit den Erfahrungen Ahlfeld's überein, welcher die beste desinfizirende Wirkung des Alkohols nach vorgängiger An- und Durchfeuchtung der Haut mit heissem Wasser und Seife sah. Mir hatte nur kaltes Wasser zur Verfügung gestanden.

Noch deutlicher tritt die stärker desinfizirende Wirkung von Wasser, Seife und Alkohol im Vergleich zu Alkohol allein hervor, wenn wir das Verhältniss der normalen zu den mässigen Reaktionserscheinungen betrachten, welches bei der ersteren Waschung 62,71 : 37,29, bei der letzteren 39,60 : 60,40 ist, d. h. bei ersterer mehr normale, weniger mässige Reaktionserscheinungen, bei Alkohol umgekehrt.

Bei den Wiederimpflingen, bei welchen erfahrungsgemäss die Reizerscheinungen am häufigsten und stärksten auftreten, war keine Waschung im Stande, die starken Reaktionserscheinungen ganz zu beseitigen, wie bei den Erstimpflingen. Man ist hier zur Annahme sekundärer Infektion der Impfwunden geradezu gezwungen. Auch Fürst[1]) sucht sich diese bekannte Erscheinung des schwereren Ergriffenseins der Wiederimpflinge dadurch klar zu machen, dass er darauf hinweist, dass die Hautkultur im frühen Kindesalter eine sorgfältigere, die Reinlichkeit eine grössere ist, der Wäschewechsel öfter stattfindet, die Gelegenheit, die Impfstelle zu beschmutzen, geringer ist und viel weniger mechanische Insulte und zufällige Infektionen die kleinen Kinder treffen, bei ihnen auch gewisse somatische Einflüsse der späteren Pubertät fehlen. Alles dies sind Momente, welche eine einmalige Desinfektion der Impffläche nicht auszuschalten vermag. Die besten Resultate hinsichtlich der starken Reizerscheinungen gaben die Waschungen mit Wasser und Seife, darnach diejenigen mit Wasser, Seife und Alkohol, die schlechtesten Alkohol allein, noch schlechtere als bei den Ungewaschenen. Für die Wiederimpflinge würde sich daher am ehesten die Anbringung von Schutzkapseln empfehlen, wenn dieselben im Stande wären, die sekundäre Infektion abzuhalten.

Bei der Betrachtung der Zahl der normalen Reizerscheinungen springt aber ebenso wie bei den Erstimpflingen die günstige Wirkung der Desinfektion mit Alkohol bezw. mit Wasser, Seife und Alkohol in die Augen. Während diese Zahl bei den letzteren Behandlungsarten 64,42 % resp. 60,50 % beträgt, ist sie bei den Ungewaschenen resp. mit Wasser und Seife Gewaschenen 24,24 % resp. 21,43 %.

Ich will aus den vorstehenden Beobachtungen noch keine bestimmten Schlüsse ziehen, da die Zahl derselben mir noch zu

[1]) Pathologie der Schutzpockenimpfung.

klein erscheint und eine bestimmte Regelmässigkeit des Erfolges der Waschungen nur bei den Erstimpflingen wahrzunehmen ist. Immerhin habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Reinigung des Impffeldes durch den Arzt kurz vor dem Impfakt nicht ohne Einfluss auf die Stärke der Reizerscheinungen ist, besonders bei den Erstimpflingen, welche weniger leicht einer sekundären Infektion ausgesetzt zu sein scheinen als die Wiederimpflinge.

Die Zeit, welche ich für die Waschung mit Wasser und Seife, Abreibung mit Alkohol und Abtrocknen mit steriler Watte einschliesslich der Impfung brauchte, betrug bei Erstimpflingen etwas über 1 Minute (bis $1^1/_4$ Minute), bei Wiederimpflingen $^4/_5$ bis 1 Minute. Dabei wurde 5—10 Mal mit der alkoholgetränkten Watte über die Impffläche gerieben. Die Manipulation zieht also den Impftermin nicht wesentlich in die Länge. Voraussetzung ist dabei das Arbeiten mit dem in jeder Beziehnng empfehlenswerthen Weichardt'schen Besteck, welches jede Sterilisation von Instrumenten während des Termins unnöthig macht. Allerdings wird die Armmuskulatur des Impfarztes theils durch das Erfassen und längere Halten des Armes der Impflinge, theils durch die Wasch- und Reibebewegungen erheblich in Anspruch genommen und bedarf nach 1—2stündiger Thätigkeit einer Erholungspause. Sollten aber in den nächsten Jahren umfangreichere ärztliche Erfahrungen weitere Beiträge zu dem Nutzen dieser Waschungen bringen und den Anlass geben, dieselben vielleicht zu obligatorischen zu machen, so würde sich die Mitnahme einer eingeübten Person, etwa eines Heilgehülfen oder einer Diakonissin, zu den Impfterminen zwecks Ausführung der Desinfektion des Impffeldes empfehlen. Eine wesentliche Erhöhung der Kosten für die öffentlichen Impfungen würden den Kreisen dadurch nicht erwachsen. Nur würde es darauf ankommen, die Desinfektion nicht durch eine Reihe sich folgender Akte, wie bei derjenigen mit Wasser, Seife, Alkohol und Nachtrocknen, vorzunehmen, welche leichter das Unterlaufen eines Fehlers zulassen, sondern eine alleinige Abreibung mit einem Mittel, welches die Haut entfettet und weich macht und die Einwirkung des Alkohols nicht beeinträchtigt, in einem einzigen Akte auszuführen. Nach den in gleicher Richtung sich bewegenden Bestrebungen Ahlfeldt's und nach dessen Vorschlage in Bezug auf die Fingerdesinfektion werde ich in der nächsten Impfperiode 96proz. Alkohol mit Zusatz von 5 % Schmierseife versuchen und zusehen, ob auch hiernach eine deutliche Beeinflussung der Reizerscheinungen wahrzunehmen ist.

Meine Erfahrungen, welche nicht allein stehen, sondern sich mit denjenigen Meyer's[1]) decken, sprechen für eine positive Einwirkung der Desinfektion des Impffeldes auf die Stärke und die Häufigkeit der Reizerscheinungen. Die Veröffentlichung derselben verfolgt den Zweck, auf dieselbe aufmerksam zu machen und die Herren Kollegen zu ähnlichen Versuchen in den nächsten Impfperioden anzuregen, um durch möglichst zahlreiche Ergebnisse

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, Nr. 8 und 18.

einen anschaulicheren und klärenden Ueberblick über die Wirkung der Hautdesinfektion zu gewinnen.

Nachtrag.

Das im Januar erschienene 1. Heft des Jahrganges 1899 der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen bringt den zweiten Bericht der Kommission zur Prüfung der Impfstofffrage. Derselbe bestätigt zunächst die Ergebnisse des ersten Berichts, dass nämlich die in der Lymphe häufig gefundenen Staphylokokken und die selten darin nachgewiesenen Streptokokken nicht menschenpathogen sind und die Verimpfungsresultate mit solcher Lymphe den Schluss, dass dieselbe die Ursache der Wundkrankheiten sei, nicht zulassen. Auch hinsichtlich der Kausalität der Hautbakterien für die lokalen Reaktionserscheinungen sind Versuche angestellt worden. Eine solche wird darnach in Abrede gestellt, ebenso wie irgend welche Beeinflussung der Reizerscheinungen durch die mit absolutem Alkohol vorgenommene Hautdesinfektion, im Gegensatz zu Meyer's und meinen Desinfektionsergebnissen. Weiter in möglichst grosser Zahl und von möglichst vielen Kollegen auszuführende Versuche müssen darüber entscheiden. Ferner sind zum Schutze der Impfwunden gegen nachträgliche Infektion von Freyer in Stettin Versuche mit Epidermin und verschiedenen Pflastern gemacht worden, welche aber keine Vortheile, sondern im Gegentheil mannigfache Nachtheile ergaben, so dass „vor der Hand von Schutzverbänden jeglicher Art abzusehen sein und ein ausreichender Schutz in der einfachen Lufttrocknung der Impfwunde nach wie vor gefunden werden muss, indem man den geimpften Arm etwa 5 Minuten lang unbedeckt halten lässt." Doch sind noch Versuche mit den von Paul (Wien) empfohlenen Tegmin-Watte-Verbänden im Gange. Von ausserordentlicher Tragweite sind die von Vanselow und Czaplewski in demselben Hefte beschriebenen Untersuchungsergebnisse, nach denen die in jeder frischen Lymphe gefundenen Staphylokokken nicht mit den pyogenen Staphylococcus albus und aureus identisch sind, sondern eine besondere, von den genannten Forschern als Staphylococcus quadrigeminus bezeichnete, nicht pyogene Kokkenspezies darstellen, welche mit dem Impfprozess und zur Erzeugung des Impfschutzes in bestimmten Beziehungen zu stehen scheint.

Beobachtungen über Impferfolg.

Von Kreisphysikus Dr. Dietrich in Merseburg.

Die Immunitätslehre besagt, dass eine gewisse Reaktion des Organismus gegen ein auf diesen einwirkendes Gift in einzelnen Fällen einen Schutz gegen eine erneute Infektion durch dasselbe oder ein verwandtes Gift gewährt.

Die eingeimpfte Vaccine gewährt erfahrungsgemäss einen Schutz gegen die Variola. Man könnte nun annehmen, dass, wenn nach 4, 6 oder 8 Impfschnitten eine einzige deutlich ent-

wickelte Pustel entsteht, der Misserfolg der anderen Impfschnitte auf mangelhafte Technik zurückgeführt werden müsste, denn es ist nicht leicht verständlich, warum die Empfänglichkeit des Organismus nur für eine Vaccineeinimpfung vorhanden ist, während sie für die anderen Schnitte vollkommen fehlt, so dass nicht einmal Abortivpusteln entstehen.

Nun zeigt aber die Erfahrung, dass thatsächlich bei ganz gleicher, vollkommen einwandsfreier Technik in einzelnen Fällen der Schnitterfolg ein sehr geringer insofern ist, als nur eine Pustel entsteht, während die übrigen Schnitte durchaus ergebnisslos sind. Diese Erfahrung hat auch den Bundesrath veranlasst zu bestimmen, dass der gesetzlichen Pflicht der Impfung genügt sei, wenn nur eine Pustel entwickelt sei. Man nahm eben an, dass die Entwickelung einer Pustel genüge, um gegen die Variola für die nächsten 11 Jahre zu schützen, und zwar ebenso wie wenn auf sämmtlichen „Schnitten" Pusteln entstanden wären. Nur wurde bestimmt, dass bei der Entwickelung von nur einer Pustel eine sofortige Autorevaccination im Nachschautermin vorgenommen werden soll, gleichzeitig soll jedoch in demselben Termin bescheinigt werden, dass der gesetzlichen Pflicht genügt sei, — wobei es gleichgiltig ist, ob die Autorevaccination mit oder ohne Erfolg geschehen ist.

Mit Beziehung auf diese Bestimmung habe ich in Nr. 29 der Deutschen med. Wochenschrift (1897) ausgeführt, dass Autorevaccinationen im Nachschautermin bei Impflingen, die nur eine Pustel zeigen, nach meinen Erfahrungen meist erfolglos sind, nicht dagegen die nochmalige Impfung des Impflings im nächsten Jahre. Ich habe deshalb seit etwa 10 Jahren von einer Autorevaccination im Nachschautermin abgesehen und die Impfung im nächsten Jahre wiederholt. Hierbei erzielte ich in etwa 40% der Fälle positiven Erfolg, es entwickelten sich im zweiten Impfjahre ausser Abortivpusteln auch Vollpusteln. Die Beobachtungen, die Herr Kreiswundarzt Dr. Hartisch in dieser Zeitschrift[1]) beschrieben hat, stimmen mit den meinigen überein.

Auch ich bin der Ansicht, dass man die Autorevaccination ganz fallen lassen soll und in Uebereinstimmung mit den Grundsätzen der Impfkommission vom 30. Oktober bis 4. November 1884 mindestens zwei gut entwickelte Impfpocken zur Erzielung eines ausreichenden Impfschutzes fordert.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die X. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg in Halle a. d. . am 4. Mai 1899.

Anwesend waren der Vorsitzende, Reg.- u. Med.-Rath Dr. Penkert, ferner die DDr. Busolt-Delitzsch, Dietrich-Merseburg, Fielitz-Halle a. S., Geissler-Torgau, Gleitsmann-Naumburg a. S., von Hake-Wittenberg, Hauch-Eisleben, Hermann-Roitzsch, Hoffmann-Halle a. S., Kalkoff-Kölleda, Meye-Eisleben, Meye-Mansfeld, Pantzer-Sangerhausen,

[1]) 1899, S. 71.

Pitschke-Hettstedt, Prast-Mühlberg a. E., Risel-Halle a. S., Schaffranek-Zeitz, Schmiele-Weissenfels, Stumpf-Zeitz, Weinreich Merseburg.

Der Vorsitzende theilt mit, dass von den zur Theilnahme an den Versammlungen aufgeforderten pro physicatu approbirten Aerzten des Bezirks bisher 5 ihren Beitritt erklärt haben.

Bei der Besprechung der seit der letzten Versammlung ergangenen Erlasse, Verordnungen und Verfügungen entsteht eine längere Berathung über die Beaufsichtigung der Sachsengängerei. Man war der Ansicht, dass die ärztliche Untersuchung der Sachsengänger vor dem Beginn der Arbeit nicht überall in wünschenswerther Weise stattfinde. An einzelnen Orten des Bezirkes seien in diesem Jahre durch die Sachsengänger „Pocken" und die „Körnerkrankheit" eingeschleppt worden. Die Zwangsimpfung der ausländischen Sachsengänger müsse mit möglichster Beschleunigung, d. h. sofort nach dem Eintreffen der Arbeiter und mit grösserer Sorgfalt als bisher vorgenommen werden. Jeder Geimpfte müsse seinen Impfschein erhalten, sei es einen rothen bei Erstimpfungen, sei es einen grünen bei Zweitimpfungen. Es sei zweckmässig, dass der Impfschein im nächsten Jahre vom Arbeitgeber beim Abschluss des Arbeitsvertrages mit eingefordert werde.

Die Anwesenden begaben sich dann in die Königliche Universitäts-Augenklinik, wo Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Hippel einen lehrreichen Vortrag über die Körnerkrankheit hielt und mit zahlreichen Krankenvorstellungen der verschiedenen Formen und Zeiten der Krankheit erläuterte. Hierfür erntete der Vortragende den lebhaftesten Dank der Versammlung, dem der Vorsitzende mit beredten Worten Ausdruck verlieh.

Später nahmen die meisten der Anwesenden an der Versammlung der ärztlichen Bezirksvereins Merseburg-Anhalt Theil, wo eine Trauerkundgebung für den verstorbenen Geh. San.-Rath Dr. Hüllmann-Halle a. S., den um den ärztlichen Stand hochverdienten langjährigen Vorsitzenden des Bezirksvereins und der Aerztekammer der Provinz Sachsen, stattfand.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Bericht über den vom 24. bis 27. Mai d. J. in Berlin abgehaltenen Kongress zur Bekämpfung der Lungentuberkulose als Volkskrankheit.

Zweiter Verhandlungstag, Donnerstag, den 25. Mai d. J.

Vormittagssitzung.

II. Abtheilung: Aetiologie der Tuberkulose.

Der Tuberkelbacillus in seinen Beziehungen zur Tuberkulose lautete das Thema, über das Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge-Breslau das Referat übernommen hatte. Er gab zunächst einen kurzen historisch-kritischen Ueberblick über die Entwickelung der Lehre von den Infektionserregern der Tuberkulose, und zeigt in scharfen Umrissen, wie es Koch gelungen sei, den durch bestimmte kulturelle und morphologische Eigenschaften charakterisirten Tuberkelbacillus als den ursächlichen Erreger der Tuberkulose herauszufinden. Bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft müsse derselbe als einzige unmittelbare Ursache für die verschiedenen Arten der menschlichen Tuberkulose (Lungen-, Kehlkopfs-, Knochen-, Drüsen-, Darm-, Miliartuberkulose, Lupus) sowohl, als für die bei Säugethieren vorkommende Tuberkulose, namentlich für die sogenannte Perlsucht des Rindes, angesehen werden.

Der gegen die Koch'sche Lehre geltend gemachte Haupteinwand, dass die Sputa von Tuberkulösen nicht immer Tuberkelbazillen enthalten, sei nicht stichhaltig und widerlege sich ohne Weiteres durch die Erfahrung, dass die Bazillen ausserhalb des Körpers sehr rasch absterben. Anders verhalte es sich mit einem zweiten Einwand, dem zu Folge säurefeste (bei der Färbung) Bazillen auch in nicht tuberkulösen Organen gefunden werden. Indessen sind diese säurefesten Bazillen nicht identisch mit den Tuberkelbazillen, sondern durch biologische und tinktorielle Eigenthümlichkeiten unschwer von ihnen zu unterscheiden. Am meisten Aehnlichkeit mit den menschlichen Tuberkelbazillen haben die Erreger der Geflügeltuberkulose, aber es habe sich bis jetzt der Nachweis der Identität beider Mikroorganismen noch nicht führen lassen. Unter den tuber-

kelähnlichen Bazillen erwähnte Redner besonders die von Moeller-Görbersdorf entdeckten Timotheebazillen und die Moeller'sche Blindschleichen-Tuberkulose.

Die Tuberkelbazillen sind obligate Parasiten, das heisst Parasiten, die ausserhalb des menschlichen bezw. thierischen Körpers nicht gedeihen können und nur auf künstlichen Nährböden sich zu entwickeln vermögen. Bei solchen Züchtungen erleiden sie jedoch vielfach morphologische Veränderungen (Wandelformen); auch verlieren sie ausserhalb des Körpers mehr oder weniger schnell ihre Virulenz. Es giebt daher Tuberkelbazillen, welche nicht virulent sind und der Infektionskraft entbehren; daraus aber Zweifel an der ursächlichen Bedeutung des Tuberkelbacillus für die Krankheit überhaupt herzuleiten, sei ganz unberechtigt. Aehnliches finde sich bei vielen anderen pathogenen Mikroorganismen und auch bei höheren Pflanzen. Auch sie können ihre Eigenschaften zum Theil verlieren; desgleichen giebt es unter ihnen bei der gleichen Art verschiedene Spezies, deren Eigenschaften von einander abweichen, z. B. bringen die Mandelbäume theils bittere, theils süsse Mandeln hervor, ohne dass äusserlich makro- oder mikroskopisch irgend welche Differenzen an ihnen zu erkennen sind. Referent betonte, dass es bisher niemals gelungen sei, tuberkelähnliche Bazillen in echte Tuberkelbazillen überzuführen und ebensowenig den Tuberkelbacillus ausserhalb des menschlichen Körpers längere Zeit virulent weiter zu züchten, so dass es ausgeschlossen erscheine, dass die Tuberkelbazillen auf saprophytischem Wege gedeihen. Sie gelangen in die Aussenwelt, abgesehen von seltenen für die Praxis nicht in Betracht kommenden Verhältnissen, lediglich mit den Auswurfsstoffen der Schwindsüchtigen, mit der Milch und dem Fleisch perlsüchtiger Rinder.

Der folgende Referent, Prof. C. Fränkel-Halle, sprach über **Art und Weise der Uebertragung der Tuberkulose**, und fesselte durch seine temperamentvollen, mit ungemein anschaulichen und zutreffenden Vergleichen und Bildern reich ausgestatteten Ausführungen die Hörer in einem Masse wie kein Redner vor und nach ihm. Er wies zunächst darauf hin, dass, wenn es auch seit der Entdeckung des Tuberkelbazills noch nicht gelungen ist, jedes Räthsel der Verbreitung und Fortpflanzung des Uebels zu lösen, die jüngste Vergangenheit doch viele Theile unseres Wissens ergänzt und namentlich die bei der Uebertragung massgebenden Fragen klargestellt hat. Jeder Mensch und ebenso jedes Thier, in dessen Absonderungen Tuberkelbazillen vorkommen, bildet eine Quelle der Ansteckung. Eine grosse Beruhigung liegt jedoch vor Allem darin, dass der Tuberkelbazill ausserhalb des menschlichen oder thierischen Körpers nicht gedeiht, und nur dann der Kranke eine Gefahr für die Gesunden bildet, wenn der tuberkulöse Herd in offener Verbindung mit der Aussenwelt steht, also nicht bei Tuberkulose des Bauchfells, der Hirnhäute und auch nicht bei der Lungentuberkulose, so lange es sich um den Anfang des Leidens, die sogenannte geschlossene Form ohne Durchbruch in die gröberen oder feineren Verästelungen der Bronchien handelt, da dann die ruhige Ausathmungsluft der Phthisiker dauernd frei von Bazillen ist. Erst wenn der Inhalt der Höhlen durch Hustenstösse entleert wird, kommen Tuberkelbazillen in Gestalt feinster Tröpfchen und Bläschen in die Luft und damit in dichteren Massen auf beliebige feste Gegenstände, wie Taschentücher, Speigefässe, Fussböden, Wände u. s. w. Trotzdem kann diese ausgestreute Drachensaat nicht wie bei Milzbrand oder Cholera ausserhalb des Körpers in die Halme schiessen, denn die Bakterien gehen schnell zu Grunde; die Fäulniss vernichtet ihre Lebensfähigkeit in 6 bis 7 Wochen, noch schneller schwindet die Virulenz; durch Austrocknung gehen die Bazillen in 6 bis 10 Monaten zu Grunde. Schnell vernichtet sie das Sonnenlicht. Tuberkelbazillen finden sich deshalb nur in der unmittelbaren Umgebung der Kranken, an deren Sohlen sie sich heften; verschwindet ihr Erzeuger, so erlischt der Vulkan, der Quell versiegt; auch der Niederschlag von Keimen, den er zurücklässt, fällt früher oder später dem Untergange anheim. Die früher von Cornet angenommene Ubiquität ist nicht vorhanden. Flügge und seine Schüler haben den Beweis der Verschleppung der Bazillen durch ausgehustete und versprühte Tröpfchen gebracht; auf diesem Wege werden sie aber kaum weiter wie 1—1½ Meter vom Kranken hingelangen können, so dass mit wachsender Entfernung die Zahl dieser verirrten Geschosse immer mehr abnimmt. Wird die Ansteckungsgefahr schon dadurch eine geringere als bei vielen anderen Infektionskrankheiten, so wird sie durch die beschränkte Empfänglichkeit des Menschen noch weiter herabgesetzt. In der

Regel findet eine Uebertragung nur bei wiederholter und reichlicher Aufnahme von Tuberkelbazillen statt, also bei engem und fortgesetztem Verkehr mit Tuberkulösen. Die Tuberkulose verbreitet sich demgemäss besonders innerhalb der Familien oder unter Menschen, die in geschlossenen, schlecht gereinigten und gelüfteten Räumen zusammengedrängt leben, arbeiten und schlafen. Das Eindringen der Tuberkelbazillen in den Körper kann man als einen Kampf zwischen zwei feindlichen Mächten betrachten: Auf der einen Seite der Körper im Schutzkleide seiner natürlichen Abwehrkräfte, auf der anderen Seite seine winzigen Gegner mit ihrem unaufhörlichen Kleinkriege. Die Wege, auf welchen der Krankheitskeim in den Körper eindringt, sind deshalb so schwer zu verfolgen, weil im Gegensatze zu anderen Infektionskrankheiten nicht sofortige Erkrankung nach einmaliger Infektion erfolgt, sondern dauernde Berührung mit dem infektiösen Material nöthig ist. Die Bazillen dringen von der Haut, der Schleimhaut, dem Verdauungskanal und den Lungen aus in den Körper ein. Beim Eindringen durch die Haut werden gewöhnlich zuerst die entsprechenden Lymphdrüsen befallen; primäre Herde finden sich in den Leichentuberkeln, an Fingergeschwüren bei Wäscherinnen, an Ohrläppchen von Frauen, deren Ohrringe vorher im Besitze Lungenkranker gewesen sind. In die Mundhöhle und Verdauungskanal gelangen die Bazillen durch Nahrungsmittel: Milch, Butter, Fleisch perlsüchtiger Thiere. Das Fleisch ist dabei wenig gefährlich; am schlimmsten die Milch. In Berlin sind zeitweise in 50 % untersuchter Milch Tuberkelbazillen nachgewiesen. Die Milch ist als hauptsächliches Nahrungsmittel der Kinder und bei der immer noch herrschenden Unsitte ihrer Verwendung im rohen Zustande besonders gefährlich. Die häufigste Uebertragung ist aber diejenige durch die Lungen, die als primäre Eingangspforte in erster Linie in Betracht kommen, da die Ansteckungskeime hauptsächlich mit der Athmungsluft eintreten. Dies geschieht sowohl durch trockenen Staub, wie durch die verspritzten Tröpfchen. Von Tuberkulösen wird ein solcher Strom von Bazillen ausgehen, je nachdem sie über „sprudelnde Beredsamkeit oder trockene Vortragsweise" verfügen. Dass bei der weiteren Verbreitung der Tuberkelbazillen nicht noch häufigere Erkrankungen eintreten, liegt daran, dass, wie schon betont, ein langdauerndes Zusammensein mit Tuberkulösen zur Ansteckung nothwendig ist. Andererseits liegt aber auch in der langen Dauer der Erkrankung eine ihrer Hauptgefahren. Immerhin ist dafür gesorgt, dass der Giftbaum der Tuberkulose nicht in den Himmel wachse; denn die Natur hat uns allerhand wirksame Abwehrungsmittel verliehen, deren wir uns zweckmässig zu bedienen lernen müssen. Hoffentlich werde es der zunehmenden Kultur gelingen, auch dieses Feindes der Menschheit Herr zu werden, ebenso wie es gelungen ist, die Lepra zum Verschwinden zu bringen. (Allseitiger langdauernder und lebhafter Beifall!)

Prof. Dr. Pfeiffer-Berlin sprach hierauf über die **Mischinfektion der Lungentuberkulose.** Schon Koch hat nachgewiesen, dass mit den Tuberkelbazillen andere Krankheitserreger gemeinsam wirken. Sie haften den Sputumballen meist von aussen an. Die Streptokokken überwiegen. Meist gelangen die sekundären Bakterien aus der Nase und den oberen Luftwegen, in denen sich stets solche finden, in die Lunge. Fehlen solche Mischinfektionen, so verläuft die Tuberkulose häufig fieberlos, erst die Mischinfektion bedingt das Fieber. Es ist anzunehmen, dass das Fieber durch die giftigen Stoffwechsel-Produkte der Streptokokken verursacht wird. Da diese mit Mischinfektion behafteten Tuberkulösen eine gewisse Gefahr für an unkomplizirter Lungentuberkulose Leidende bilden, so ist auf die rechtzeitige Erkennung der Mischinfektion Werth zu legen, desgleichen sind in den Heilstätten die Fiebernden von den Fieberlosen zu trennen. Auch die ärztlichen Massnahmen werden in hervorragender Weise von Mischinfektionen beeinflusst.

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Löffler-Greifswald erörterte an der Hand seiner eigenen und anderer Aerzte Erfahrungen, sowie auf Thierversuche gestützt, die Fragen der **Erblichkeit, Immunität und Disposition.** Angeborene Tuberkulose ist äusserst selten; man hat in allen diesen Fällen eine generalisirte Tuberkulose der Mutter und tuberkulöse Erkrankung ihrer Geschlechtsorgane gefunden. Die Tuberkulose des Vaters spielt bei der Vererbung keine Rolle. Ob einzelne Personen eine natürliche Immunität gegen Schwindsucht — sei es angeboren oder erworben — besitzen, ist bisher nicht sicher nachgewiesen. Ebensowenig, ob es eine angeborene oder ererbte Disposition für die Krankheit

giebt. Dagegen ist anzunehmen, dass andere Krankheiten, besonders solche der Athmungs- und Verdauungswerkzeuge, wie auch Ernährungsstörungen von Einfluss auf die Entstehung des Leidens sind. Schwächliche Personen, die unter ungünstigen Verhältnissen leben, sind besonders gefährdet. Es wird daher vor Allem darauf ankommen, den menschlichen Organismus im Allgemeinen widerstandskräftig zu machen, dann wird er sogar unter minder günstigen Voraussetzungen existiren können und zwar um so mehr, als der Mensch nicht zu den allerempfänglichsten Organisationen gegenüber dem Tuberkelbacillus angesehen werden kann.

Die von den vier Referenten aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

A. Von Prof. Geh. Med.-Rath Dr. Flügge-Breslau:

1. Der Tuberkelbacillus ist die einzige unmittelbare Ursache für die verschiedenen Arten der menschlichen Tuberkulose (Lungen-, Kehlkopfs-, Knochen-, Drüsen-, Darm-, Miliartuberkulose-Lupus).

2. Die bei Säugethieren vorkommende Tuberkulose, namentlich die sogenannte Perlsucht des Rindes, ist durch denselben Parasiten bedingt. Die Identität der Geflügeltuberkulose mit der menschlichen hat sich bis jetzt noch nicht nachweisen lassen.

3. Die Tuberkelbazillen sind obligate Parasiten. Sie entwickeln sich, abgesehen von künstlichen Kulturen, und soweit unsere Erfahrungen bisher reichen, nur im menschlichen resp. thierischen Organismus.

4. Sie gelangen in die Aussenwelt, seltene, für die Praxis nicht in Betracht kommende Verhältnisse ausgenommen, nur mit den Auswurfstoffen der Schwindsüchtigen, mit der Milch und dem Fleisch der perlsüchtigen Rinder.

B. Von Prof. Dr. C. Fränkel-Halle a. S.

5. Jeder Mensch und ebenso jedes Thier, in dessen Absonderungen Tuberkelbazillen vorkommen, bildet eine Quelle der Ansteckung.

6. Ausserhalb des menschlichen oder thierischen Körpers gehen die Bazillen jedoch allmählich zu Grunde; sie vermehren sich hier nicht und erliegen nach und nach der Einwirkung des Lichtes und der Trocknung. Man pflegt ihnen deshalb auch nachweislich nur in der nächsten Umgebung der Kranken zu begegnen.

7. Wird die Ansteckungsgefahr schon damit eine geringere, als bei vielen anderen Infektionskrankheiten, so wird sie durch die beschränkte Empfänglichkeit des Menschen weiter herabgesetzt. In der Regel findet eine Uebertragung nur bei wiederholter und reichlicher Aufnahme der Tuberkelbazillen statt, also bei engem und fortgesetztem Verkehr mit den Kranken. Die Tuberkulose verbreitet sich demgemäss fast allein innerhalb der Familien oder unter Menschen, die in geschlossenen, schlecht gereinigten und gelüfteten Räumen zusammengedrängt leben, arbeiten und schlafen.

8. Die Aufnahme der Tuberkelbazillen beim Menschen kann entweder von der Haut und den Schleimhäuten, oder vom Magendarmkanal (Milch, Butter, Fleisch perlsüchtiger Thiere) oder von den Lungen aus erfolgen. Letztere Art der Uebertragung ist die bei Weitem häufigste; sie vollzieht sich durch Einathmen des feuchten, frischen und z. B. beim Husten, Niesen u. s. w. versprühten oder des (am Fussboden, an Taschentüchern, Wäschestücken etc.) angetrockneten und verstäubten Auswurfs Schwindsüchtiger.

C. Von Prof. Dr. Pfeiffer-Berlin.

9. Die Tuberkulose, insbesondere die Lungentuberkulose, bleibt meist nur verhältnissmässig kurze Zeit unkomplizirt. In der Regel verbinden sich andere Krankheitserreger (Streptokokken u. s. w.) mit den Tuberkelbazillen. Es resultirt aus solchen Mischinfektionen das klinisch als „Lungenschwindsucht" bezeichnete Krankheitsbild; speziell ist das sogenannte hektische Fieber der Schwindsüchtigen auf ihre Wirkung zu beziehen.

10. Die mit Mischinfektionen behafteten Schwindsüchtigen sind in gewisser Hinsicht eine Gefahr für an unkomplizirter Lungentuberkulose Leidende. Es ist deshalb auf die rechtzeitige Erkennung und eventuelle Isolirung Werth zu legen.

11. Auch die therapeutischen Massnahmen gegen die Lungentuberkulose werden in hervorragender Weise von dem Bestehen von Mischinfektionen beeinflusst.

D. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Löffler-Greifswald.

12. Die Tuberkulose kann spontan heilen. Eine natürliche Immunität (angeborene oder erworbene) ist bisher nicht nachgewiesen.

13. Angeborene Tuberkulose kommt so selten vor, dass die Heredität für die Praxis nicht in Betracht kommt.

14. Für das Vorhandensein einer angeborenen respektive ererbten Disposition für Tuberkulose haben sich bisher keine sicheren Anhaltspunkte gewinnen lassen.

15. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, dass andere Krankheiten der Athmungs- und Verdauungswege, sowie Ernährungsstörungen das Zustandekommen der Tuberkulose-Ansteckung begünstigen.

In der sich anschliessenden **Diskussion** sprach zunächst Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Birch-Hirschfeld-Breslau über **das erste Stadium der Lungenschwindsucht.** Durch direkte Untersuchung von 32 Befunden latenter, in der Entwicklung begriffener, primärer Lungentuberkulose, die bei Sektionen Verunglückter oder sonst plötzlich Verstorbener erhoben wurden, fand er die verbreitete Annahme, nach welcher die primäre Lungenschwindsucht in der Regel von einer in den feinsten Verzweigungen der Luftwege sich entwickelnden herdförmigen, käsigen Entzündung (tuberkulöse Broncho-Pneumonie) ihren Ausgang nehmen soll, in keinem Falle bestätigt. Andererseits sprachen die Befunde in 4 Fällen für die Annahme, dass die Krankheit mit Knötchenbildung im Lungengewebe (in Form interstitieller Miliartuberkel) begonnen hatte. Für 28 Fälle konnte dagegen mit Sicherheit nachgewiesen werden, dass die Tuberkulose in der Schleimhaut eines mittelgrossen Bronchus ihren primären Sitz hatte. Die Ursache der Infektion bei der primären Bronchialtuberkulose erklärt sich dadurch, dass sie vorwiegend in der hinteren Hälfte einer Lungenspitze (häufiger der rechten) und in dem zunächst unterhalb derselben gelegenen Theile des Oberlappens lokalisirt ist; denn diese Bronchien betheiligen sich in Folge ihrer Lage am wenigsten an den respiratorischen Exkursionen der Brustwand, und ist demgemäss die Beseitigung dorthin gelangter Hindernisse sehr erschwert. Die hieraus hervorgehende krankhafte Disposition wird durch die nicht seltene und besonders auf ungünstige Lebensbedingungen in der Zeit des stärksten Lungenwachsthums (die der Pubertätsentwicklung entspricht) zurückzuführende Verkümmerung der Entwickelung der Bronchialäste erhöht.

Prof. Dr. Lannelongue-Paris erörterte die **Beziehungen zwischen Trauma und Tuberkulose.** Nach seinen in Gemeinschaft mit Prof. Achard gemachten Experimenten sind die von Schüller in dieser Hinsicht gefundenen Untersuchungsergebnisse nicht ganz einwandfrei. Meerschweinchen, die mit Tuberkelbazillen oder mit Tuberkelprodukten geimpft und denen ausserdem Verwundungen beigebracht wurden, sind zwar an Tuberkulose gestorben, haben aber an den Wundflächen keinerlei tuberkulöse Prozesse aufgewiesen. Die gleichen Erfolge gaben an Kaninchen angestellte Versuche. Die genannten Forscher sind daher der Ansicht, dass es nicht so leicht sei, wie es nach den Schüller'schen Versuchen den Anschein gehabt haben mochte, einen tuberkulösen Prozess auf einer Wundfläche zu lokalisiren. Diese Thatsache erkläre sich durch das seltene Vorkommniss einer eigentlichen Vergiftung des Blutes bei tuberkulösen Individuen und durch das rasche Verschwinden der in das Blut eingespritzten Tuberkelbazillen.

Privatdozent Brieger-Breslau sprach hierauf über die **Bedeutung der Hyperplasie der Rachenmandel,** die nach seiner Ansicht zu Unrecht als Theilerscheinung der Skrophulose angesehen wird. Unter ihrem Bilde kann sich zwar Tuberkulose verbergen. Diese latenten Tuberkulosen bilden jedoch nur einen relativen Prozentsatz der Hyperplasien. Sie kommen ätiologisch hauptsächlich für die Tuberkulose benachbarter Organe — Mittelohr, Lymphdrüsen — in Betracht und besitzen für die Entwicklung der Lungentuberkulose — abgesehen von der Möglichkeit der Fortleitung auf dem Lymphwege — nur untergeordnete Bedeutung.

Prof. Dr. Courmont-Lyon theilt die Ergebnisse seiner Versuche über die **Seradiagnostik der Tuberkulose** mit. Er hat mit „Agglutination" von homogenen Kulturen des Koch'schen Bacillus, deren Bereitung er auseinandersetzt, bei 96 von 106 Tuberkulösen die Agglutinirungsreaktion

erhalten. Nach seinen Erfahrungen giebt die Agglutinirungsprobe ausgezeichnete Resultate, um latente Tuberkulose zu erkennen. Er erwähnte späterhin noch zwei Fälle, in denen die Infektion angeblich durch andere als Koch'sche Bazillen bewirkt gewesen sei.

Med.-Rath Dr. W. Hesse-Dresden-Strehlen berichtete über ein neues Verfahren zur Züchtung der Tuberkelbazillen, das im Wesentlichen in der Verwendung eines Nähr-Agar-Agars besteht, der an Stelle des bisher üblichen Zusatzes von Pepton einen Zusatz von Nährstoff Heyden enthält. In diesem Nährboden vermehren sich die Tuberkelbazillen 2 bis 3 mal so schnell wie in dem besten, bisher zur Tuberkelbazillenzüchtung benutzten, festen Nährboden, wodurch die Züchtung der Tuberkelbazillen aus dem Auswurf bedeutend erleichtert wird.

Prof. Dr. Max Wolff-Berlin machte Mittheilungen über Versuche, auf plazentarem sowie germinativem Wege die Erblichkeit der Tuberkulose zu eruiren. In 60 Fällen war nur ein Nachkomme der infizirten Thiere tuberkulös. — Prof. Mittendorp-Groningen ist noch nicht überzeugt, dass der Koch'sche Bacillus die Ursache der Tuberkulose sei. Demgegenüber giebt Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge-Breslau zwar zu, dass in gewissen Fällen die Auffindung dieses Krankheitserregers Schwierigkeiten mache, betont aber gleichzeitig unter allseitiger Zustimmung, dass er in allen Fällen von Schwindsucht zu finden sei, man müsse nur in den zu seiner Feststellung erforderlichen Untersuchungsmethoden genau unterrichtet sein.

Le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue francaise.

(Annales medico-psychologiques, 56. Jahrgang, Nr. 2.)

Präsident des Kongresses war Motet; die Eröffnung fand am 1. August 1898 statt. Als bemerkenswerth für den gerichtlichen und psychiatrischen Sachverständigen sei Folgendes hervorgehoben.

M. Rayneau sprach über das Thema: **Sur les troubles psychiques postoperatoires.** Diese Störungen treten nach ihm meist in der Form des Deliriums auf, sowohl bald nach der Operation, als später. Ursächliche Beziehung haben der reflektorische, psychische Shock, die Anaesthetica (Chloroform, Aether, Cocain), die Natur des angewandten Antisepticums, insbesondere des Jodoforms, die Blutarmuth des Gehirns, die Autointoxikation durch herabgesetzte Elimination der normalen Körperexkrete resp. eine giftige Anhäufung derselben; im Speziellen ferner noch Alkoholismus und Infektion vor oder nach der Operation. Als Grundursache ist aber meist hereditäre, psychopathologische Prädisposition vorhanden. Gynäkologische Operationen setzen der postoperativen Psychose nicht stärker aus. Die Zahl der postoperativen Psychosen beträgt 1 bis 2 Proz. der Operirten. Die Prognose hängt von den speziellen und allgemeinen ursächlichen Momenten ab.

Diese Folgerungen fanden in der Diskussion verschiedene Beurtheilung. M. Regis unterscheidet bei den postoperativen Psychosen die schwere Form der Prädisponirten, wo wirkliche Psychosen auftreten, und die leichteren Formen, die sich als mentale Verwirrung, Depressionszustand oder als leichter, vorübergehender meningitischer Zustand äussern. Bei letzteren Formen bildet sich mehr ein traumartiger Zustand im Gegensatz zur wirklichen Psychose aus.

M. Lannois berichtete über 5 gleichartige Fälle von **Melanodermie** bei Epileptischen, die nach seiner Ansicht auf einer trophischen Störung durch Krankheit des Sympathicus beruht. Ebenso berichtete er über 16 Fälle von **Sympathectomie** bei Epileptikern. Die Operation bewirkte nur in einem Falle Heilung und in drei Fällen Besserung; also im Allgemeinen wenig befriedigende Resultate.

M. Valentin betonte, dass die verschiedenen spontanen **Angstformen** stets mit Störungen im cardiovaskulären Apparat verbunden seien.

M. Coulon sprach über **le rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux** und **sur les délires transitoires au point de vue medico-légal**, wozu er folgende Formen rechnete:

1. Vésanier transitoires.
2. Troubles transitoires de la sphère émotive.
3. Impulsions irrésistibles de courte durée.

4. Troubles mentaux de la puerpéralité.
5. Troubles mentaux liés à une intoxication (alcoolisme etc.).
6. Troubles mentaux liés à une névrose (Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Migraine, Ophthalmique etc.).
7. Troubles mentaux liés à une affection des centres nerveux (traumatisme, lésion en foyer etc.) ou des nerfs.
8. Troubles mentaux dans les maladies autres que celles du système nerveux.
9. Troubles mentaux liés à des troubles du sommeil (état intermédiaire à la veille et au sommeil; somnambulisme; rêves prolongés).
10. L'egarement passager.

Er knüpfte hieran die Frage: Giebt es eine transitorische Geistesstörung ohne vorausgegangene psychopathologische Symptome bei dem Kranken oder dessen Familie. Im Gegensatz zu Krafft-Ebing, Mendel, Kraepelin bestritt er die Existenz einer rein idiopathischen, transitorischen Psychose. Auch Lalanne trat dieser Ansicht bei und brachte die transitorischen Delirien mit folgenden Krankheitsanlagen in Verbindung: 1. bei Anlage zur Kongestion, 2. bei Intoxikationszuständen, 3. bei Neurosen (als hereditär abgeschwächte Psychosen).

Die Ansicht von Coulon wurde schliesslich von der Versammlung adoptirt.

M. Petrucci berichtete über eine **infektiöse, epidemische Myelitis** im Asyl „Sainte Gemmes" im Jahre 1897, wo von 150 Kranken 30 starben. Die ersten Symptome waren irreguläre Herzthätigkeit, Oedem der Extremitäten, Verminderung der Urinmenge mit geringer Albuminurie, subnormale Temperatur, Erbrechen, Durchfall, Gürtelschmerz. Bei weiterer Verschlimmerung traten Verlust des Muskelsinns und der Sehnenreflexe hinzu, ferner Lähmungen der unteren, seltener der oberen Extremitäten, Blasenlähmung, Ataxien, Gelenkschmerzen, vasomotorische Störungen, Phlyktaenen, Epidermisverluste. Bei den tödtlich verlaufenen Fällen traten schliesslich Lähmungen des Larynx, Pharynx, des Zwerchfells auf, sowie stinkende Schweisse, Hautgeschwüre, Mumifikation der Hände. P. glaubt die Ursache für diese Epidemie im Trinkwasser suchen zu müssen, konnte aber den experimentellen Beweis bis jetzt noch nicht erbringen.

Voisin referirte über die **Ausscheidungsexperimente mit Methylenblau bei Epileptischen.** Bei Gesunden geschieht diese Ausscheidung sehr schnell. Bei Epileptikern ist diese Ausscheidung während des Anfalls intermittirend und verzögert, während der Pausen normal. Man kann daher annehmen, dass während der Anfälle das Ausscheidungsvermögen für Toxine ein geringeres ist und dass der Kranke sich während derselben in einem hypertoxischen Zustand befindet in Folge mangelhafter Toxinausscheidungen.

M. Sollier berichtete über einen Fall von **Chorea** (chorée saltatoire hystérique), welcher durch Muskelgymnastik günstig beeinflusst wurde.

M. Allard erzielte eine Besserung von **Myopathie** durch Injektionen von glyzerinisirtem Muskelsaft.

M. Mally erklärt die elektrische Behandlung der **Facialis-Lähmungen** bei Degeneration der Muskeln für unnütz, bei nicht degenerirten Muskeln für aussichtsvoll.

Als Versammlungsort für den nächsten Kongress wurde Marseille gewählt.

Dr. Oebbecke-Einbeck.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Beitrag zur Kenntniss der Pesttoxine. Aus dem bakteriologischen Laboratorium des pathologisch-anatomischen Instituts der k. k. Universität und dem chemischen Laboratorium des k. k. Militär-Sanitäts-Komitees in Wien. Von Dr. Gottlieb Markl, k. k. Bezirksarzt im Ministerium des Innern. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; I. Abth., XXIV. Bd., S. 641—649 und 728—736.

Da über die Stoffwechselprodukte des Pestbacillus keine genaueren Unter-

suchungen bisher vorlagen, machte Verfasser diese Frage zum Gegenstand eines sorgfältigen Studiums und mühsamer Versuche. Dabei kam er zu folgenden Ergebnissen:

„In den Zellenleibern der Pestbazillen ist eine giftige, gegen Hitze sehr empfindliche Substanz enthalten, die im Wasser nur sehr allmählich gelöst wird. Eine nach den physiologischen Wirkungen ganz ähnliche Substanz ist in frischen, in ganz dünner Schicht angelegten Bouillonkulturen enthalten. Die höchst wahrscheinlich ein Stoffwechselprodukt der Pestbazillen darstellt.

Mehrere Wochen alte, bei Zimmertemperatur gehaltene Bouillonkulturen des Pestbacillus besitzen einen hohen Grad von Giftigkeit für kleine Versuchsthiere, insbesondere für Mäuse, und es scheint, dass dieselbe sowohl durch die giftigen Stoffwechselprodukte, als auch durch die aus den Bakterienleibern ausgelaugten Toxine bedingt ist. Alle diese toxischen Substanzen üben bei Versuchsthieren, gleichgiltig, ob intraperitoneal oder subkutan einverleibt, dieselben Wirkungen aus; Mäuse starben bei hinreichender Gabe innerhalb 6 bis 24 Stunden bis 5 Tagen, und ist die protahirte Intoxikation durch einen Milztumor gekennzeichnet, während man bei der akuten Vergiftung makroskopisch nichts Charakteristisches findet.

Mit steigenden Dosen von Pesttoxinen lassen sich Mäuse giftfest machen, aber selbst die stark giftfesten Thiere sind gegen die subkutane Infektion mit virulenten Bazillen nicht immun.

Versuche, die zur Ermittelung der Wirkung der Pesttoxine auf den Stoffwechsel an einer Katze angestellt waren, zeigten, dass unter dem Einfluss der Pesttoxine der Stoffwechsel steigt, so lange nicht Giftfestigkeit gegen die angewendeten Dosen eingetreten ist; während des vermehrten Stoffwechsels, dem keine Steigerung der Körpertemperatur oder sonst eine lokale entzündliche Reaktion, wie es bei den sog. pyogenen Substanzen der Fall ist, zu Grunde lag, war an dem Thier ein marastischer Zustand zu beobachten, der sich insbesondere durch Ausfallen von Haaren und ausgebreitete Hautnekrosen, die nach den geringsten Hautreizen entstanden, kundgab.

Das Blutserum der erwähnten Katze, die bereits einen gewissen Grad von Giftfestigkeit erreicht hatte, zeigte antitoxische Eigenschaften gegen die Pesttoxine, aber keine nachweisbare bakterizide Kraft gegen lebende Pestbazillen. Die toxischen Substanzen lassen sich aus Bouillonkulturen durch absoluten Alkohol ausfällen. Die Versuche zur Reingewinnung der wirksamen Substanz nach den bekannten Methoden scheiterten vollkommen an der grossen Empfindlichkeit dieses Körpers gegen Reagentien, sowie an der grossen Zähigkeit, mit der dieselbe an dem Eiweissmolekül, gleichgiltig, ob dasselbe ein Acidalbumin oder Albuminat darstellt, anklebt und mit diesem alle Reaktionen durchmacht.

Die Versuche zeigen, dass durch die bisherige Immunisirung von Thieren gegen die Pest behufs Gewinnung von Heilserum lediglich ein bakterizides, nicht aber ein antitoxisches Serum gewonnen werden kann, weil das zur Immunisirung angewendete Material durch die übliche Prozedur vollständig entgiftet wird. Es ist aber die Möglichkeit vorhanden, dass es durch eine kombinirte Immunisirung von Thieren mit Pesttoxinen und Bakterienleibern zugleich gelingen wird, ein bedeutend wirksameres Heilserum als bisher gegen die Pest zu bereiten."

Dr. Dietrich-Merseburg.

Experimentelle und bakteriologische Untersuchungen über das Puerperalfieber. Aus der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik der Königlichen Universität Genua (Direktor Prof. Luigi Accouci). Experimentelle Studie von Dr. Arnoldo Caselli. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; Abth. I, Bd. XXV, S. 5- 10.

Ueber die Frage der Heteroinfektion und Autoinfektion bei Schwangeren bezw. Wöchnerinnen suchte Verfasser durch Versuche an Kaninchen bestimmte Resultate zu erzielen, indem er die Wirkung der Streptokokken (sehr wirksame Kulturen des Streptococcus erysipelatis) 1. bei Einführung in den leeren Uterus mit verletzten Wandungen, 2. bei Einführung in den schwangeren Uterus mit verletzten Wandungen, 3. nach Einführung infizirter Tampons in die verletzte Scheide und 4. nach Einführung infizirter Tampons in die gesunde Scheide trächtiger Kaninchen prüfte.

Die erste Reihe der Versuche zeigte die hohe Virulenz der benutzten Streptokokkenkultur und deren Fähigkeit, von einer Kontinuitätstrennung in der Uteruswand aus den Tod des nicht trächtigen Thieres herbeizuführen. Aus der zweiten Versuchsreihe ging hervor, dass die Streptokokkeninfektion zunächst eine Unterbrechung der Schwangerschaft, dann aber den Tod des Thieres herbeiführt.

Aus der dritten Versuchsreihe konnte Verfasser schliessen, dass der Streptococcus auch von Schleimhautwunden der Vagina aus eine schnell tödtlich verlaufende Infektion hervorrufen kann. Die vierte Versuchsreihe bewies, dass der in die gesunde Vagina eingeführte Streptococcus lange Zeit virulent bleiben kann, so dass er noch bei einer 45 Tage später eintretenden Geburt eine lebensgefährliche Erkrankung des Thieres hervorzubringen im Stande ist. Die Erkrankung kann unter verschiedenen Formen auftreten; bald kommt es zu akuter Allgemeininfektion, bald zu Abszessen im Becken, Perioophoritis, Salpingitis oder zu embolischen Eiterungen in entfernt liegenden Organen.

Finden diese bemerkenswerthen Versuchsergebnisse weitere Bestätigung, im Besonderen auch durch geeignete Beobachtungen am Weibe, dann würde die Lehre der Autoinfektion und die Nothwendigkeit der vaginalen Spülungen ante partum einem Zweifel nicht mehr begegnen können. Ders.

Bakteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten. Aus der inneren Abtheilung des Luisenhospitals in Aachen (Oberarzt Prof. Dr. Winkler). Von Dr. Otto Zusch, Assistenzarzt. Mit einer Tafel. Zentralblatt für Bakteriologie; Abth. I, Bd. XXIV, S. 721—727 und 769—775.

Verfasser gelang es im Keuchhustensputum dieselben Kurzstäbchen zu erhalten, wie Czaplewski,[1]) mit dem er dann auch später die vollständige Identität der beiderseitigen unabhängig von einander gewonnenen Ergebnisse feststellte. Er zweifelt ebenso nicht, dass seine Keuchhustenbazillen mit den von Koplik[2]) gefundenen identisch sind.

Wenn er auch die Frage, ob dem von ihm beschriebenen kurzen Bakterium die Rolle eines spezifischen Krankheitserregers für Keuchhusten zuzusprechen sei, noch unentschieden lassen will, so erscheint ihm deren Bejahung mit Rücksicht auf die Uebereinstimmung der in Heidelberg, Königsberg und Aachen-Köln erzielten Untersuchungsergebnisse in hohem Masse wahrscheinlich.

Bestätige sich die Pathogenität der gefundenen Bakterien für Keuchhusten, so könne man hoffen, in Zukunft auch für eine wirksame Behandlung dieser Erkrankung sichere Anhaltspunkte zu gewinnen. Insbesondere wäre der Entfernung und Desinfektion der Sputa bezw. der damit beschmutzten Krankenwäsche noch grössere Aufmerksamkeit als bisher zuzuwenden. Für eine direkte therapeutische Beeinflussung der Keuchhustenerkrankung endlich könnte die seither noch vernachlässigte exakte Prüfung der Wirkungsweise chemischer Agentien auf die Lebensfähigkeit der fraglichen Kurzstäbchen weitere wichtige Aufschlüsse geben. Ders.

Ueber vermehrtes und endemisches Vorkommen des Krebses. Von San.-Rath Dr. Robert Behla in Luckau i. S. Zentralblatt für Bakteriologie etc. Abth. I, Bd. XXIV, S. 780-784, S. 829—838, S. 875—879 und S. 919—922.

In seinem sehr eingehenden Aufsatz konstatirt Verfasser ein vermehrtes und endemisches Auftreten des Krebses nicht nur in seinem Wohnort, sondern auch in den europäischen Ländern überhaupt. In Beziehung auf die Ursache des Krebses betont er, dass alle Beobachtungen auf die Einwirkung von Protozoen hinweisen. Es bedürfe eines sehr sorgfältigen Mediums, um die Ursache des Krebses sicher festzustellen; extralaboratoriell seien derartige Untersuchungen jedoch mühsam und zu wenig umfangreich, deshalb sei dringend nothwendig zur planmässigen Erforschung der malignen Geschwülste die Errichtung, wenn auch nicht gerade eines onkologischen Instituts, so doch einer Nebenabtheilung im Institut für Infektionskrankheiten. Ders.

---

[1]) Z. f. M.; 1898, S. 124.
[2]) Z. f. M.; 1898, S. 22.

Die Aetiologie der Leukaemie. Von Prof. Dr. M. Loewit in Innsbruck. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; Abth. I, Bd. XXV, S. 273 ff.

Verfasser veröffentlicht, da die Zusammenstellung des umfangreichen Materials seiner Versuche noch geraume Zeit in Anspruch nehmen wird, vorläufig als kurze Mittheilung das Ergebniss seiner Untersuchungen über den Sporozoennachweis bei Leukaemie. Die wichtigsten Resultate sind:

1. Bei Myelaemie findet sich im peripheren Blute eine leukozytäre Haemamoebe, die Verfasser „Haemamoeba leukaemiae magna" nennt. Die Vermehrung erfolgt im Blute sporulirend, wie bei den azystosporiden Sporozoen. In den blutzellenbildenden Organen der Leiche können Sporen vom Charakter der Dauersporen nachgewiesen werden; ob auch eine Vermehrung durch Chromatozoiten (Sichelkörper) im Blute erfolgt, bleibt noch dahingestellt.

2. Bei Lymphaemie finden sich im peripheren Blute nur selten Parasiten; in den blutzellenbildenden Organen der Leiche findet sich eine von Haemamoeba magna differente Art, die Verfasser Haemamoeba leukaemiae vivax nennt, sie kommt intrazellulär, aber wahrscheinlich auch intranukleär vor.

3. Es giebt Fälle von Leukämie, bei denen beide Haemamoeben in den Leichenorganen nachgewiesen werden können (Mischinfektion).

4. Bei Anaemia pseudoleukaemia infantum und Pseudoleukaemie der Erwachsenen konnten in je einem Falle gleichfalls leukozytose Haemamoeben im Blute und den Leichenorganen erhoben werden.

5. Die Uebertragung der leukaemischen Infektion gelingt auf empfängliche Thiere; es entsteht eine der Leukaemie des Menschen sehr nahe verwandte, in der Regel chronisch verlaufende Infektionskrankheit, der die Thiere selten akut nach wenigen Tagen, viel häufiger aber erst nach mehreren Monaten erliegen. Im Blute besteht in der Regel Anfangs eine mächtige, später aber an Intensität wechselnde Vermehrung der Leukozyten und Veränderung ihrer Beschaffenheit. Der Amoebennachweis im Blute gelingt konstant auch am frischen ungefärbten Präparate; in den blutzellenbildenden Organen der Thiere können die Amoeben minder zahlreich als im Blute vorhanden sein; der leukozytäre Parasitismus scheint sich hier wesentlich im peripheren Blute abzuspielen, doch sind die blutzellenbildenden Organe jedenfalls mitergriffen. Eine Hypertrophie dieser Organe kann vorhanden sein, sie tritt jedoch bei dem gewählten Versuchsthiere mehr in den Hintergrund.

6. Die leukaemische Infektion kann von Thier auf Thier durch Impfung übertragen werden.

7. Die Frage der künstlichen Kultur der Haemamoebe ist noch nicht spruchreif; es macht den Eindruck, als ob die Entwickelung einer Amoebengeneration im Reagensglase unter entsprechenden Bedingungen gelingen würde; die diesbezüglichen Versuche müssen noch fortgesetzt werden. Ders.

Die Conjunctivitis granulosa und ihre Behandlung. Von Dr. Bloebaum-Köln a. Rh. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1899, Nr. 5, 6 und 7.

Das Wesen dieser Krankheit ist noch nicht geklärt, die einen sagen, sie könne aus der Conjunctivitis follicularis hervorgehen (Unitarier), während die anderen sie für eine Krankheit per se halten (Dualisten). Die Grösse, Menge und der Standort der Granula sind bestimmend für den Verlauf und den Ausgang der Krankheit, von der wir eine akute und eine chronische unterscheiden.

Dem ersten Stadium, der Bildung der Granula, folgt das zweite, das der regressiven Metamorphose, als drittes schliesst sich die Narbenbildung, das Stadium cicatriceum, an.

Oft entwickelt sich eine sekundäre Hornhautaffektion, „Pannus". Selten, aber höchst verderblich ist der Ausgang der Granulosa in Eintrocknung der Bindehaut.

Von grösster Wichtigkeit ist die richtige und zeitige Stellung der sicheren Diagnose, hierzu ist das Umstülpen des oberen Augenlides mit einem bestimmten Handgriff nöthig.

Die Krankheit wird durch das Sekret kranker Augen verbreitet, doch scheinen auch tellurische Verhältnisse eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen.

So übereinstimmend die Ansichten betreffs der Behandlung der akuten Granulosa sind, so sehr divergiren die Meinungen über die Behandlung des chronischen Trachoms.

Die höchste Aufgabe der Therapie muss sein, so viel Schleimhautfläche als nur irgend möglich zu erhalten.

Dieses Ziel haben die heroisch wirkenden Methoden: Excision der Uebergangsfalten, Ausschneiden von Schleimhautstücken, Knorpelexstirpationen, Skarifikationen, Ausbürsten, Auskratzen u. s. w. nicht erreicht. Viel günstiger wirkte der Thermokauter. Verfasser wendet jetzt mit sehr gutem Erfolge eine besonders konstruirte Glühnadel an, über deren Handhabung das Nähere nachzulesen ist, ebenso über den Gebrauch der drei hauptsächlichsten Mittel, die die medikamentöse Behandlung ausmachen: das Cuprum sulfuricum, das Argentum nitricum und das Plumbum aceticum. Dr. Hoffmann-Halle a. S.

Ueber die bakterienschädigenden Einwirkungen der Metalle. Von Dr. phil. Hermann Thiele und Dr. med. Kurt Wolf. Aus der Königl. Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden. Mit 1 Tafel. Archiv für Hygiene. XXXIV. Bd., S. 43—70.

Die Verfasser haben die bisher nur von einzelnen Autoren (Müller, Behring, Credé, Beyer, Bolton und Andere) untersuchte Frage nach der bakterienfeindlichen Wirkung einzelner Metalle in einer grossen Reihe von Versuchen eingehend geprüft und gefunden, dass bakterienschädigende Einflüsse von Metallen im Allgemeinen in Folge der Auflösung der betreffenden Metalle im Nährboden entstehen, wobei der Grad der Schädigung durch die Menge und Giftigkeit der entstehenden Salze bedingt ist. Während Silber, Quecksilber und Kupfer bakterienschädigend zu wirken vermögen, sind die anderen, daraufhin untersuchten Metalle (Mg., Al., Fe., Zn., Pl., Sn., Pd.. Pt., Au.) im kompakten Zustande vollständig unwirksam. Die bakterienschädigende Einwirkung des Silbers wird dadurch erhöht, dass man es mit elektronegativen Metallen (Pd., Pt., Au.) und Kohle leitend verbindet, es also als Anode dem Nährboden auflegt. Die Wirkung tritt hierbei dadurch ein, dass Silber in Lösung geht. Verbindet man Silber (Platin, Gold oder Palladium) mit stark positiven Metallen (Zn., Fe., Al., Mg.), so tritt ebenfalls am Silber (Pt., Au., Pd.), welche Metalle jetzt Kathode sind, ein wachsthumfreier Hof auf. Die Wirkung des Silbers wird aufgehoben durch dessen Verbindung mit Palladiumwasserstoff und Kupfer, mit Metallen also, die nur um Weniges positiver sind, als Silber. Dr. Dietrich-Merseburg.

Experimentelle Untersuchungen über die Gewöhnung an Fabrikgase (Ammoniak, Chlor, schweflige Säure, Schwefelwasserstoff). Von Prof. Dr. K. B. Lehmann. Aus dem hygienischen Institut in Würzburg. (Mit Tafel II, III und IV.) Archiv für Hygiene; XXXIV Bd., S. 272—307.

Verfasser hat seit einer Reihe von Jahren Mittheilungen gemacht über Versuche an Menschen und Thieren, die eine Grundlage schaffen sollen für die Beurtheilung der Wirkung praktisch wichtiger giftiger Gase in hygienischer Beziehung. Die praktische Fabrikhygiene erfordert besonders die Bestimmung der Werthe, die der gesunde Mensch und das gesunde Thier einen Tag, einige Stunden oder nur etwa $^1/_2$ Stunde ohne merkliche Schädigung auszuhalten im Stande ist, und von welchem Gehalt ab das Gas rasch eine tödtliche Wirkung hervorbringt. Dabei bleiben Zweifel bestehen, ob sich nicht durch wiederholte Einathmung eines bestimmten Gases die Widerstandsfähigkeit gegen dasselbe verändert, sei es, dass sie sich vermehrt, sei es, dass sie sich vermindert. Auf Grund sehr zahlreicher und zeitraubender Versuche kommt nun Verfasser zu der Annahme, dass die Thiere allmählich Dosen von Chlor und Ammoniak ohne besondere Schwierigkeit ertragen, die etwa 2,5—4 Mal so gross sind, als die, welche von Anfang an ertragen wurden, gleichgiltig, ob das Versuchsthier von Anfang an individuell eine höhere oder geringere Resistenz zeigt. Aehnliche Ergebnisse hat Verfasser seiner Zeit bei Arbeitern einer Sulfitzellulosefabrik gewonnen, die einen Gehalt von 0,03—0,04 ‰ SO_2 nicht belästigender in der Einathmungsluft empfanden, als Verfasser, sein Assistent und Diener einen Gehalt von 0,006—0,011 ‰.

Der Gewöhnte erträgt demnach einen mehrfachen Gehalt an Ammoniak, Chlor und schwefliger Säure ebenso gut, wie der Ungewohnte den einfachen.

Trotzdem darf in den zum längeren Aufenthalt bestimmten Räumen durchaus der Gehalt an giftigen Gasen nicht überschritten werden, der auch den nicht Gewöhnten nicht mehr belästigt; denn die Respiration soll

auch in den Fabriken thunlichst nicht nur für den Gesunden, Gewöhnten und Starken, sondern auch für den Ungewöhnten, Schwachen und Kränklichen ohne Beschwerde möglich sein. Die Fähigkeit unseres Organismus, sich auch an höhere Werthe zu gewöhnen, sollte man nicht allzu sehr ausnützen, zumal man sicher weiss, dass diese Gewöhnung für die sonstige Körperfunktion kein Vortheil gewährt, während es noch nachzuweisen ist, ob sie sicher keinen Nachtheil darstellt.

Bei Räumen dagegen, die nur vorübergehend und nur von Einzelnen betreten werden müssen, kann man sich mit der Forderung zufrieden geben, dass die Dosen nicht überschritten werden, die durch die Gewohnheit erträglich werden. Hier braucht man nicht zu verlangen, dass die Wahrnehmung, die ein ungewohnter Beobachter an seiner eigenen Person macht, ohne Weiteres als gültig für die Arbeiter angesehen werden. Verfasser betont schliesslich, dass Schwefelwasserstoffgehalt in Fabrikräumen sehr ernst genommen werden müsse, da gegen dieses Gas die Empfindlichkeit mit der Zeit wächst.[1] Ders.

Wie viel Chlor nimmt ein Hund in einer Chloratmosphäre auf und auf welchem Wege? Von Prof. Dr. K. B. Lehmann in Würzburg. Aus dem hygienischen Institut in Würzburg. Archiv für Hygiene; XXXIV. Bd., S. 308—314.

Ein Hund von 6 kg athmet höchstens 120 Liter Luft in einer Stunde. Verfasser verwandte Athmungsluft, die 0,2 mg Chlor im Liter enthielt. Der Hund athmete daher pro Stunde 24 mg Chlor ein. Durch den Versuchshund wurden jedoch 142 mg Chlor im Ganzen absorbirt. Durch Kontrolversuche stellte nunmehr Verfasser fest, dass die erheblichen Chlormengen, die ein Hund aus einer Chloratmosphäre absorbirt, zum grössten Theil ($^4/_5$—$^5/_6$) durch die Haut bezw. Haare absorbirt werden.
Ders.

Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämpfe auf den Organismus. Theil VIII: Beiträge zur Kenntniss der Terpentinölwirkung. Theil IX: Untersuchungen über die langdauernde Wirkung mittlerer Kohlensäuredosen auf den Menschen. Von Prof. Dr. K. B. Lehmann in Würzburg. Aus dem hygienischen Institut daselbst. Archiv für Hygiene; XXXIV. Bd., S. 321—334 und S. 335—347.

Die angestellten Versuche ergaben, dass die Einathmung grösserer Terpentinöldosen sehr heftige Krämpfe, klonischer, tonischer und tetanischer Art erzeugt, ebenso dass Wälz- und andere Zwangsbewegungen, die bei Schwindel typisch sind, fast regelmässig auftreten. Es sind also starke Terpentinöldosen, auch wenn sie das Leben nicht direkt gefährden, doch als sehr bedenklich anzusehen, und es ist ihnen daher von vornherein sehr wohl zuzutrauen, dass sie mit der Zeit bleibende Störungen des Nervensystems hervorbringen, gerade so wie alle anderen stärkeren Nervengifte. Diese Erfahrungen müssen zum Misstrauen auch gegen mässige Terpentinöldosen (3—4 mg pro Liter) führen.

Kohlensäuregehalte zwischen 1 und 2,5 % üben auf kräftige, gesunde, vorwiegend jugendliche Arbeiter keine gesundheitsschädliche Einwirkung aus, selbst wenn dieser Kohlensäuregehalt jahrelang täglich viele Stunden eingeathmet wird, und daneben dann und wann Dosen von 6 bis 12 % leichtere und schwerere akute Vergiftungen herbeiführen. Solche akuten Intoxikationen müssen nach Verfassers Ansicht in unventilirten Brauereien zur Sommerzeit ziemlich häufig sein. Immerhin glaubt Verfasser aus seinen Feststellungen schliessen zu können, dass die Gefährlichkeit der Kohlensäure für die Gesundheit des Minen- und Tunnelarbeiters nicht so gross ist, wie meist angenommen wird und in den ventilirten Minen jedenfalls zurücktritt gegen andere vorwiegend physikalische Schädigungen. Ders.

---

[1]) Cf. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1899, S. 144.

Besprechungen.

Gesundheitsbüchlein. Gemeinfassliche Anleitung zur Gesundheitspflege. Bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Mit Abbildungen im Text und zwei farbigen Tafeln. Achter verbesserter Abdruck. Berlin 1899. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 258 S. Preis: 1 Mark (in Leinewand gebunden 1,25 Mark).

Wenn ein Buch im Verlauf von noch nicht ganz 5 Jahren, die 8. Auflage erlebt, wie das im Juli 1894 aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt hervorgegangene „Gesundheitsbüchlein", so ist dieser Umstand gewiss schon allein geeignet, ein beredter Fürsprecher für seine Brauchbarkeit zu sein. Dass allgemein anerkannte Bestreben des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, in erster Linie die praktische Verwerthung wissenschaftlicher Lehren zu fördern, gelangt auch in dem Gesundheitsbüchlein zum lebhaften Ausdruck, indem in ihm dasjenige aus dem gesammten Bereiche der Gesundheitswissenschaft ausgewählt und in gemeinverständlicher Form wiedergegeben wird, was man heute bei jedem Gebildeten auf dem Gebiete der Gesundheitslehre als bekannt voraussetzen sollte.

Das mit dem bescheidenen Namen eines Gesundheitsbüchleins belegte Werk enthält zunächst eine kurze, aber erschöpfend gehaltene leicht verständliche Schilderung des Baues des menschlichen Körpers, welche durch die beigegebenen wohlgelungenen Abbildungen an Interesse gewinnt. Hieran schliesst sich eine Abhandlung über die Lebensbedürfnisse des einzelnen Menschen, in welcher die Luft, das Wasser, die Nahrung, Kleidung, Wohnung u. s. w. eingehende Besprechung erfahren. Es folgt dann ein Abschnitt über Wohnungshygiene, Verkehr, Erziehung, Beruf und Erwerb, unter Beleuchtung der gesundheitlichen Vortheile und Nachtheile der einzelnen Beschäftigungsarten, und schliesslich der interessanteste Theil des ganzen Buches, über die Gefährdung der Gesundheit durch äussere Einflüsse. Hier finden die Gesundheitsschädigungen durch Witterung und Klima, durch Infektionskrankheiten und Unglücksfälle eingehende Würdigung unter gleichzeitiger Angabe der Prophylaxe der Infektionskrankheiten und der ersten Hülfeleistung bei Unglücksfällen; auch der Krankenpflege wird Erwähnung gethan und manche praktischen Winke für dieselbe sind in diesem letzten Abschnitt enthalten.

Der Gesundheitsbeamte, der ja „auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einwirken soll", kann beim Lesen des Gesundheitsbüchleins nur den lebhaften Wunsch empfinden, dass dasselbe in immer weiteren Kreisen Eingang finden möge; denn es ist praktisch geschrieben, wirkt aufklärend und kann in den Händen der Laien nur von Segen sein, was man sonst nicht von jeder populär abgefassten Hygiene behaupten kann. Dr. Dütschke-Aurich.

Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen. Auf Veranlassung des Staatssekretärs des Innern bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Zweite, abgeänderte Ausgabe. Berlin 1899. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 241 S. Preis geheftet: 1 Mark, kartonnirt: 1,10 Mark, gebunden in Leinwand: 1,40 Mark.

Die vorliegende zweite Ausgabe ist eine Neubearbeitung der im Jahre 1888 erschienenen Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen, welche sich in Folge der abgeänderten Bestimmungen über die gesundheitspolizeiliche Kontrole der Seeschiffe, der veränderten Ausrüstung der Seeschiffe mit Hülfsmitteln zur Krankenpflege, und der mannigfachen Wandlungen, welche die Gesundheitslehre in den letzten 10 Jahren durchgemacht hat, als erforderlich erwies.

Der erste Theil der Anleitung behandelt die Gesundheitspflege an Bord, die Verhütung von Krankheiten und deren Weiterverbreitung. Der Seemann ist an Bord in allen seinen Lebensverhältnissen vom Schiff und dessen Führer abhängig. Er kann nicht eigene Gesundheitspflege treiben. Um so grösser ist die Pflicht des Schiffers, für die Erhaltung der Gesundheit der ihm anvertrauten, Leute zu sorgen; mit Umsicht und Sorgfalt hat er darauf Bedacht zu nehmen dass der Ausbruch von Krankheiten an Bord seines Schiffes verhütet werde und

ein möglichst guter Gesundheitszustand herrsche. In diesem Bestreben findet der Schiffsführer ohne Zweifel einen vortrefflichen Rathgeber in dem ersten Theil der Anleitung, indem hier die einschlägigen Verhältnisse, von der Untersuchung der anzumusternden Leute, der Beschaffenheit von Ladung und Schiff, der Kleidung, Wäsche und Hautpflege des Menschen an bis zu den detaillirtesten Vorschriften für die Verpflegung und Kost, sowie den Massregeln zur Abwehr und Hinderung der Verbreitung einzelner Krankheiten, eingehendste Besprechung in leicht fasslicher Form erfahren.

Der zweite Theil beschäftigt sich mit der Krankenpflege an Bord, schildert die einzelnen Erkennungszeichen der verschiedenen Krankheiten und giebt auch die geeignete Behandlungsweise an. Unwillkürlich drängen sich dem Leser dieses zweiten Theiles, der die weit grössere Hälfte des Buches ausfüllt, leise Zweifel auf, ob diese gewaltige Materie wohl von dem Führer eines Kauffahrteischiffes, selbst wenn er ein sehr intelligenter Mann ist, beherrscht werden kann, und ob nicht mit den mitgeführten Arzneien und Medikamenten mancher Unfug getrieben wird? Sehr klar und verständlich ist die Lehre von der ersten Hülfeleistung bei Unglücksfällen gehalten und erleichtern die mitgegebenen Abbildungen wesentlich das Verständniss.

Den Führern der Kauffahrteischiffe wird das vorliegende Buch auf allen Seereisen ein treuer Berather und Helfer in ihrer verantwortlichen Stellung sein, die Schüler der Navigationsschulen werden im Besitze der Anleitung mit grösserem Nutzen an dem ihnen ertheilten Unterricht in der Gesundheitspflege theilnehmen, als es sonst der Fall wäre. Ders.

Dr. A. Dannemann, Oberarzt der Klinik: Die psychiatrische Klinik zu Giessen. Ein Beitrag zur praktischen Psychiatrie. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Sommer und 12 Grundrissen. Berlin 1899. Verlag von Karger. 120 Seiten. Preis: 4 Mark.

Die durch Ueberfüllung und langwierige Aufnahmeverhandlungen meist sehr erschwerte Ueberführung akuter Geisteskranker in die öffentliche Anstalten, wird grösseren und mittleren Städten, wie Sommer im Vorwort betont, früher oder später die Pflicht auferlegen, für derartige Kranke geeignete Stadtkrankenhäuser zu schaffen.

Als ein Muster für solche kleinere Anstalten von 80—100 Betten kann die Giessener Klinik gelten. Ihre Vorgeschichte ist nicht uninteressant und es ist ein Verdienst des Verfassers, dass er mit grosser Mühe die seit über $^1/_4$ Jahrhundert geführten Verhandlungen über den Gegenstand zusammengestellt hat. Diese Geschichte der Klinik ist gleichzeitig ein Stück Geschichte der Psychiatrie. Wir erfahren da, dass schon 1835 der Antrag gestellt wurde, eine Universitätsklinik einzurichten, der jedoch in Folge mancherlei Vorurtheile nicht zur Ausführung kam. Trotz der Einrichtung der Landesanstalt Heppenheim stieg die Zahl der unverpflegten Irren in Hessen in bedenklicher Weise; man zählte 1869 1,46 $^{00}/_{00}$, 1867 bereits 1,96 $^{00}/_{00}$ Geisteskranke in der Bevölkerung, 1880 waren 2833 Geisteskranke bei einer Einwohnerschaft von rot. 936000 Köpfen vorhanden, von denen nur 824 versorgt waren. Unter dieser Misère litten besonders die städtischen Krankenhäuser.

Im Jahre 1888 wurde der Anfang mit dem Bau einer Klinik gemacht, zu deren Evakuirung eine Pflegeanstalt projektirt ist, entsprechend den Vorschlägen Ludwig's in Heppenheim. — Auch die Geschichte des psychiatrischen Baustils, wenn man so sagen darf, ist aus dem D.'schen Buche in lehrreicher Weise zu studiren. Ein älterer Plan aus den 50er Jahren hatte eine Anstalt im Klosterstiel — geschlossenes Gebäudeviereck mit Innenhof — projektirt. Die meisten der nach und nach entstehenden Irrenkliniken hielten am zentralistischen Korridorsystem fest; erst in Halle wurde das Pavillonsystem angewendet. Der von Ludwig vorgelegte Plan trennte zwar die einzelnen Abtheilungen, verband sie aber durch geschlossene Korridore, die Kosten des Baues wurden bei 80 Betten und 4300 qm Grundfläche auf 870000 Mark geschätzt. In Anlehnung an diesen Plan wurde, zur Reduzirung der Kosten, ein einfacherer vom Ministerium ausgearbeitet und unter steter Berücksichtigung der Vorschläge und Anregungen Sommer's zur Ausführung gebracht. D. macht in diesem Zusammenhang die sehr treffende Bemerkung (S. 52), dass „auf diesem Gebiete

der Irrenarzt noch viel energischer dem Techniker seine Indikationen als Richtschnur geben muss". Als Hauptprinzip betrachtet Sommer die „maximale Beaufsichtigung" der Kranken durch das Personal und beider durch den Arzt, ferner leichte Transferirung innerhalb der Anstalt. Vergitterung wurde vermieden. Im Interesse einer erleichterten, unauffälligen Ueberführung von Kranken sind Fahrwege zu allen Abtheilungen vorhanden. (Die ganze Anstalt ist nur von einem leichten Ziergitter umzäunt.) Ueber die Lage der einzelnen Stationen zu einander und deren Vertheilung geben mehrere Grundrisse Auskunft. Hier sei noch in Kürze der allgemeinen hygienischen Einrichtungen gedacht. Der Luftkubus ist durchweg auf 35—40 cbm normirt, während die Isolirzimmer einen Luftraum von 50 cbm haben. Letztere verdienen ein ganz besonderes Interesse, da sie das schlechterdings Vollkommenste bieten. Der Bodenbeleg bildet Linoleum, die Wände sind 2 m hoch mit Oelfarbe gestrichen. Die Innenfenster sind ohne jeden Vorsprung in die Mauerrahmen eingelassen und mit 6—10 mm dickem Glase versehen, während ein äusseres Fenster die Form der allgemein üblichen hat. Zwischen beiden Fenstern sind Gardinen angebracht. Zwischen den Doppelthüren befinden sich die Mündungen der Luftheizung, die somit dem Kranken unerreichbar ist. Jedes Zimmer besitzt einen eigenen Ventilationsschacht. Für die Beleuchtung empfiehlt Sommer elektrische Deckenbeleuchtung, ähnlich der der Eisenbahnkoupees, und nicht Beleuchtung durch einen Mauerausschnitt. Nur für schwere Kriminalfälle sind besonders gesicherte Isolirstuben vorgesehen. — Die Heizung wird mittelst Niederdruckdampfheizung nach Rietschel-Henneberg bewerkstelligt, deren Heizkörper in fest abgeschlossenen Nischen stehen. Die Ausgaben für Heizung sollen bei diesem System nach D.'s Angabe recht bedeutend sein. — Das Wasser wird aus der städtischen Quellwasserleitung bezogen, während die Abwässer in 6 Bassins fliessen, aus denen die Flüssigkeiten direkt in die Lahn gehen, während die festen mehrmals im Jahre pneumatisch entfernt werden. Die Beleuchtung wird allgemein von einer elektrischen Zentrale geliefert. Es sei noch erwähnt, dass die meisten Stuben Linoleumbelag haben, nur in den Baderäumen ist Terrazzoboden, in einzelnen Isolirstuben Hylolithboden, (den ich übrigens ebenso wie D. wenig dauerhaft fand; Ref.). Zum Schluss giebt der Verfasser eine Uebersicht über Organisation, Regulativ u. s. w. der Klinik, die im besten Sinne ein modernes Stadtasyl darstellt, wie Griesinger es einst gefordert hatte.

Dr. Pollitz-Brieg.

Dr. Albert Liebmann, Arzt für Sprachstörungen zu Berlin: Vorlesungen über Sprachstörungen. Berlin 1898. Verlag von O. Coblentz.

a) 1. und 2. Heft: Die Pathologie und Therapie des Stotterns und Stammelns. Gr. 8°; 104 S. Preis: 2,40 M.

b) 3. Heft: Hörstummheit. Gr. 8°; 58 S. Preis: 1,20 M.

Das erste Heft bringt alles auf das Stottern Bezügliche in ansprechender Darstellung und bezeugt die grosse Erfahrung, welche der Verfasser, der sich als Arzt für Sprachstörungen bezeichnet, auf diesem Gebiete besitzt. Die Aetiologie des Stotterns betreffend wird als Grundursache Nervosität angegeben, die entweder ererbt oder durch schwächende Einflüsse (wie schwere Krankheiten) erworben ist, zu denen auch Alkoholismus und Masturbation gehören. Adenoide Vegetationen spielen nicht eine so grosse Rolle wie von anderen Autoren behauptet wird. Wichtig ist psychische Ansteckung von anderen Stotterern und falsche Behandlung von Seiten der Eltern und Kameraden. Das Wesen des Stotterns ist eine abnorme lange Dauer der Aussprache der Konsonanten, wozu dann accessorische Bewegungen an den Sprachorganen und an anderen Körpertheilen treten; bei deklamatorischer Rede und beim Singen, wo die Vokale länger gehalten werden, tritt daher das Stottern zurück. Die Prognose des Leidens ist günstig, falls nicht ganz schwere Nervosität oder Hysterie vorliegt und der Arzt es versteht, die übergrosse Aengstlichkeit der meistentheils jugendlichen Patienten zu beseitigen. In den Anfängen kann man eine günstige Einwirkung ausüben durch Vorsprechen kurzer, natürlicher Sätze und namentlich durch Vermeidung von Schelten und

Strafen, durch die die Kinder aufgeregt werden und das Leiden sich verschlimmert.

Die Behandlung des Verfassers ist folgende: Alle Uebungen der Athmung, Stimme und Artikulation fallen weg, die Patienten müssen zuerst nur Sätze mit gedehnten, reinen Vokalen ohne Rythmus sprechen. Da ihnen dies gelingt, so bekommen sie Zutrauen und grössere Ruhe und dadurch wird wieder die weitere Behandlung erfolgreicher, die in Uebungen im freien Sprechen in natürlichen kurzen Sätzen besteht. In Anstalten sollen die Stotterer nicht behandelt werden, sie sollen lernen sich unter fremden Leuten zu bewegen, um ihre unmotivirte Aengstlichkeit zu verlieren; sie lernen dann auch die accessorischen Bewegungen zu unterdrücken. Mit dieser Methode werden in 4 Wochen bei täglichen halbstündigen Sitzungen die Stotterer geheilt, doch kann dieses Verfahren nur von einem Arzte, der sich die Prinzipien zu eigen gemacht hat, angewendet werden und ist nicht etwa von beliebigen anderen Personen in kurzer Zeit zu erlernen.

Das zweite Heft behandelt das Stammeln und ähnliche Sprachstörungen. Es wird zunächst der Begriff des Stammelns festgesetzt, bei dem gewisse Laute oder Lautverbindungen gar nicht oder nicht richtig zu Stande kommen, während der Stotterer richtig spricht und nur durch inkoordinirte Bewegungen seine Rede unterbricht. Auf die Darlegung der Physiologie der Sprache, die für das Verständniss des Stammelns wichtig ist, kann hier nicht näher eingegangen werden. Das Stammeln wird eingetheilt in organisches und funktionelles; das organische beruht selten auf Abnormitäten der Lippe oder der Zunge, öfter auf Zahnanomalien — Zahnlücken oder zu lange obere Schneidezähne lassen gewisse Laute, besonders die S-Laute nicht zur richtigen Bildung kommen —, auch auf Abnormitäten der Kiefer, Defekten des harten oder weichen Gaumens, Lähmung des Gaumensegels, Nasenrachentumoren, auch auf starker, frühzeitig eingetretener Schwerhörigkeit. Das funktionelle Stammeln beruht auf der geringen Geschicklichkeit der Sprachorgane oder der geringen Aufmerksamkeit der Kranken. Besonders bekannt ist der Sigmatismus, das Lispeln, das in verschiedenen Formen auftritt, so auch als Näseln, indem das Gaumensegel bei den S-Lauten die Nasenhöhle nicht gehörig abschliesst. Manche Patienten können auch alle Laute richtig bilden, aber nicht zu Silben und Worten verbinden, wodurch ganz unverständliche Sprache erzeugt wird und viele Kinder auch geistig sehr zurückbleiben. Oefters tritt auch zu dem Stammeln Stottern hinzu oder auch Poltern, überstürztes und dadurch unverständliches Sprechen. Die Untersuchung erstreckt sich nicht nur auf die körperlichen Abnormitäten, sondern es muss auch durch Vorsprechen rationell gewählter Worte und Sätze genau die spezielle Art des Stammelns festgestellt werden; denn wenn keine zu bedeutenden organischen Anomalien vorhanden sind, oder solche beseitigt werden können, ist die Prognose in unkomplizirten Fällen gut. Bezüglich der Verhütung macht Verfasser mit Recht darauf aufmerksam, dass häufig Eltern oder Wärterinnen mit den Kindern in ihrer unvollkommenen Sprache — das Stammeln ist in den ersten Kinderjahren ja allgemein und nicht krankhaft — plaudern, und so den Kindern die Möglichkeit nehmen, richtig sprechen zu lernen. Auch Näseln und Lispeln lernen die Kinder von ihrer Umgebung; es ist also wichtig, dass sie nur gute Vorbilder für ihre Sprache bekommen. Die Behandlung des Stammelns geschieht dadurch, dass man die Sprachorgane der Kinder in die physiologischen Lautstellungen bringt oder intelligenten Patienten die betreffenden Mundstellungen vormacht. Verfasser hat dazu eine Reihe von Kunstgriffen angegeben, die besonders bei geistig zurückgebliebenen Kindern in Anwendung kommen; die Einzelheiten seiner Methode müssen im Original nachgelesen werden.

Das dritte Heft der Liebmann'schen Vorlesungen behandelt die Hörstummheit, d. h. die bei ausreichend hörenden, nicht idiotischen Kindern vorkommende, angeborene Aphasie, eine Störung, deren Ursachen, Gefahren und Behandlungsmethoden sehr wenig bekannt sind. L. unterscheidet betreffs der Sprachentwickelung nach Kussmaul drei Stadien: das der Urlaute, das der Laute, Silben und Wörtchen, die ohne Beziehung zu bestimmten Vorstellungen produzirt werden und schliesslich das dritte, in dem mit dem gesprochenen Worte bestimmte Begriffe verbunden werden. Zur normalen Entwickelung müssen gesunde Sprechorgane vorhanden, das Gehör und die Intelligenz gut entwickelt sein. Die Hörstummheit, als deren Ursachen Erblichkeit, Traumen und Alkoholmissbrauch genannt werden, kann in vier Formen auftreten: 1. motorische, 2. sensorische, 3. motorisch-sensorische Form, 4. Uebergangsfälle zwischen Hör-

stummheit und Stammeln. In der ersten Form stossen die Kinder nur Urlaute und wenige Worte aus, trotzdem sie, was man zu ihnen spricht, zu verstehen scheinen. Die zweite Klasse spricht spontan gar nicht, vorgesprochene Worte werden stark verstümmelt und ohne Verständniss wieder gegeben. In der dritten Form werden einige richtige Sprachlaute und Worte gesprochen, die Kinder verstehen aber immer nur ein Wort, kurze Sätze sind ihnen unverständlich. Endlich giebt es Kinder, die so sehr stammeln, dass man sie nicht versteht und dass sie richtige Sprache nicht verstehen. Die Ursache liegt theils in akustischen Defekten, theils in geringer Intelligenz, auch die optischen Fähigkeiten werden häufig mangelhaft gefunden, während Geruchs- und Geschmacksvermögen verhältnissmässig gut entwickelt sind. Sehr gering ist das Gefühl ausgebildet, ebenso die motorische Geschicklichkeit der Hände und der Beine oder der Sprachorgane. Mehrere genau geschilderte Fälle sollen die Symptome und die Behandlung der Hörstummheit veranschaulichen. Aus ihnen abstrahirt L. als Theorie, dass die Defekte der Aufmerksamkeiten und der Gedächtnisse die Hörstummheit bedingen. Es giebt nämlich nicht eine Aufmerksamkeit und ein Gedächtniss, sondern viele: optische, akustische, motorische, taktile u. s. w., da manche Menschen die Sprache mit dem Gesichtssinn aufnehmen, andere mit dem Gehörsinn, wieder andere mit Hilfe der Muskelempfindungen in den Sprachorganen. Daraus würden sich bei Defekten in diesen Gedächtnissen die verschiedenen Formen der Hörstummheit ableiten lassen, indem z. B. bei den ersten beiden Formen das optische Vermögen der Kinder nicht ausreicht, um die Mundbewegungen beim Sprechen wahrzunehmen, und die motorische Aufmerksamkeit zu gering ist, um die gehörten Laute in Sprachlaute umzusetzen. Bei gutem Gehör ist die akustische Aufmerksamkeit zu gering, um die Laute und Worte zu differenziren.

Die Untersuchung der hörstummen Kinder ist sehr schwierig, besonders in Bezug auf die Hörfähigkeit, da gutes Gehör vorhanden sein kann und dabei Sprachverständniss fehlen. Die Details hier anzugeben, würde zu weit führen.

Die Prognose ist nicht schlecht, wenn möglichst bald eine zielbewusste Behandlung eingeleitet wird; ist es doch dem Verfasser gelungen, Kinder, die als Idioten betrachtet wurden, herzustellen. Die Behandlung ist mühsam wie bei allen Sprachstörungen, da es zunächst gilt, die Aufmerksamkeit der Kinder zu erwecken und ihr Interesse für vorgesprochene Worte zu erregen. Die Einübung der Laute und Worte geschieht so, dass erst die Vokale geübt werden, dann die Verschlusslaute und die Diphthonge. Es werden aus den gehörten Lauten zweisilbige Worte gebildet und eventuell die Artikulationsstellen wie bei Stammlern zusammengeführt, resp. auseinander gehalten. Auch die zentralen Fähigkeiten müssen ausgebildet werden, das Hör- und Sehvermögen und das Tastgefühl; auch ist durch geeignete Uebungen die Geschicklichkeit der Körper- und Handmuskulatur zu erhöhen. Die mühsam gewonnene Sprachfertigkeit muss nun möglichst geübt werden, da die Kinder sich vorher vielfach durch Zeichen verständigt haben und damit ausgekommen sind. Bei täglicher halbstündlicher Behandlung braucht die Heilung drei bis vier Monate Zeit, je früher man beginnt, desto besser ist der Erfolg. Es ist sehr dankenswerth, dass L. auf diesen so wenig bekannten Krankheitszustand aufmerksam gemacht, seine theoretische Grundlage entwickelt und sein Heilverfahren dargestellt hat.

Dr. Pape-Schönau a. K.

Tagesnachrichten.

Der Gesetzentwurf, betreffend die **ärztlichen Ehrengerichte** u. s. w., ist im Abgeordnetenhause am 7. d. Mts. in zweiter und am 10. d. Mts. in dritter Lesung mit grosser Majorität nach den Vorschlägen der Kommission (s. Nr. 9, S. 306 der Zeitschrift) angenommen unter Ablehnung der namentlich von dem Abg. Dr. Langerhans gestellten Abänderungsanträge; nur in §. 57 wurde der 1. April statt 1. Januar 1900 als Termin für die Inkrafttretung des Gesetzes bestimmt. Dass dieses auch in derselben Fassung vom Herrenhause angenommen werden wird, kann mit Sicherheit erwartet werden.

Als Ort für die Errichtung des vom Reichstage genehmigten **tropenhygienischen Instituts** (s. Nr. 6 der Zeitschrift, S. 196) ist Hamburg in Aussicht genommen.

Personalien: H. Reg.- und Med.-Rath Dr. **Philipp** in Arnsberg, der Schriftführer des Preussischen Medizinal-Beamtenvereins, wird zum 1. Juli d. J. aus dem preussischen Staatsdienste ausscheiden, um im Herzogthum Sachsen-Koburg-Gotha die Stellung eines vortragenden Rathes für Medizinalangelegenheiten bei dem dortigen Staatsministerium zu übernehmen an Stelle des in Ruhestand tretenden Geh. Reg.- und Ober-Med.-Raths Dr. Schuchardt.

Ein im Ausschuss der Hamburger Bürgerschaft gestellter Antrag auf **Mitwirkung von Laien bei der Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten** ist von diesem abgelehnt worden. Die Mehrheit des Ausschusses stellte sich auf den Standpunkt, dass die Irren lediglich als Kranke anzusehen seien und demgemäss die Frage, ob Jemand geisteskrank und der Anstaltsbehandlung bedürftig sei, lediglich vom ärztlichen Sachverständigen entschieden werden könne, auch sei bisher in keinem Deutschen Bundesstaate dem Laienelemente ein massgebender Einfluss auf die Verbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten oder auch nur auf die Kontrole und Beaufsichtigung der Anstalten eingeräumt. Der Beschluss ist allerdings nur mit einer einzigen Stimme Mehrheit gefasst; so dass es nicht ausgeschlossen ist, dass die Plenarberathung zu einem anderen Ergebniss führt.

Aus der am 20. v. Mts. in Berlin eröffneten **Ausstellung für Krankenpflege** (s. Nr. 6 der Zeitschrift, S. 195) soll ein staatliches **Museum für Krankenpflege** hervorgehen. Die Ueberweisungen von geeigneten Gegenständen an dieses zu schaffende Museum sind zur Zeit im vollen Gange, fast sämmtliche Aussteller haben bereits Anerbietungen zur Aufnahme ihrer Objekte in grossem Massstabe gemacht, viele von ihnen haben ihre gesammten Ausstellungsgegenstände dem Museum überlassen. Es steht somit zu hoffen, dass das Museum für Krankenpflege, welches ebensowohl dem Universitätsunterrichte und der Wissenschaft, wie auch den Kranken und Leidenden und insbesondere der Industrie dienen soll, in kurzer Zeit und in reichster Ausstattung erstehen wird.

Der am 28. v. M. in Berlin stattgefundene **Kongress der Krankenkassen Deutschlands**, auf dem 374 Kassen mit 1908881 Mitgliedern vertreten waren, hat u. A. auch zu den Beschlüssen des XXVII. Deutschen Aerztetages über das Verhältniss der Aerzte in den Krankenkassen Stellung genommen und in einer Resolution sich gegen die geforderte gesetzliche Festlegung der freien Arztwahl ausgesprochen, da diese für die Arbeiterschaft den Nachtheil haben werde, dass die Arzthonorare künftighin nicht mehr Gegenstand der freien Vereinbarung bleiben und sich nothwendig erheblich steigern würden, besonders wenn die Bezahlung nach der Minimaltaxe erfolgen solle, wie dies vom Aerztetage verlangt sei. Die Kassenbeiträge müssten dann um 11—12 Pfennige pro Woche erhöht und die Arzthonorare um die Hälfte höher werden, als die des Krankengeldes, so dass das Krankenversicherungsgesetz dann mehr ein Gesetz zu Gunsten der Aerzte als zu Gunsten der Arbeiter sein würde. Auch gegen die geforderte Beschränkung, dass nur die im Inlande approbirten Aerzte als Krankenkassenärzte zuzulassen seien, hat sich der Kongress ausgesprochen, namentlich mit Rücksicht auf die nothwendige Anstellung von weiblichen Kassenärzten; desgleichen hat er die Forderung, dass jeder Vertrag der Genehmigung der ärztlichen Standesvertretung unterliegen solle, als ein ungerechtfertigtes Privileg des Aerztestandes bezeichnet, gegen dessen Verleihung die versicherte Arbeiterschaft energischen Widerspruch erheben müsse.

Tages-Ordnung

der

am 29. und 30. September 1899

zu

Berlin

im

Festsaal des Savoy-Hôtels, Friedrichstrasse Nr. 103, NW.
(In unmittelbarer Nähe des Zentralbahnhofs Friedrichstrasse;
Eingang zum Festsaal
auch von der Prinz Louis-Ferdinand-Strasse.)

stattfindenden

XVI. Hauptversammlung

des

Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Donnerstag, den 28. September.

8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172).

Freitag, den 29. September.

9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des Savoy-Hôtels.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht; Wahl der Kassenrevisoren.**
3. **Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich.** H. Prof. Dr. Cramer in Göttingen.
5. **Die gerichtsärztliche Sachverständigen-Thätigkeit nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich.** H. Privatdozent Dr. Puppe in Berlin.

Frühstückspause im **„Franziskaner"** (Stadtbahnbogen am Bahnhof Friedrichstrasse, in unmittelbarer Nähe des Versammlungslokals).

5. **Wie kann der staatliche Gesundheitsbeamte seine Stellung zur Förderung der modernen Wohlthätigkeitsbestrebungen verwerthen?** H. San.-Rath Dr. Hensgen in Siegen.

3 Uhr Nachmittags: Festessen im Savoy-Hôtel.

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172).

Sonnabend, den 30. September.

9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaale des Savoy-Hôtels.

1. **Die Regelung des Hebammenwesens.**
   a. **Vor- und Ausbildung der Hebammen. Nachprüfungen und Wiederholungskurse.** H. Kreisphysikus Dr. Langerhans, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Celle.
   b. **Die soziale Stellung der Hebammen.** H. Kreisphysikus Dr. Lemmer in Alfeld.
2. **Vorstandswahl und Bericht der Kassenrevisoren.**

Nach Schluss der Sitzung: Gemeinschaftliches Mittagessen im **„Franziskaner"** und hierauf **Besichtigung des städtischen Müllschmelzofens** (Gitschinerstrasse 13/14) und des **Kreiskrankenhauses in Britz.**[1])

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung.

Indem der unterzeichnete Vorstand auf eine recht zahlreiche Betheiligung der Vereinsmitglieder, sowie auch derjenigen Kollegen hofft, die dem Verein bisher noch nicht beigetreten sind, bittet er, etwaige Beitrittserklärungen, Anmeldungen zur Theilnahme an der Versammlung oder sonstige Wünsche demnächst dem Vorsitzenden des Vereins gefälligst mittheilen zu wollen.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Regierungs- u. Geh. Medizinalrath
in **Minden.**

Dr. Philipp, Schriftführer,
Reg.- u. Medizinalrath
in **Arnsberg.**

Dr. Wallichs,
Kreisphysikus u. Geh. Sanitätsrath
in **Altona.**

Dr. Fielitz,
Kreisphysikus und Sanitätsrath
in **Halle a/S.**

Dr. Elten,
Kreisphysikus und Sanitätsrath in Berlin.

---

[1]) Das Nähere wird am Sitzungstage mitgetheilt werden.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 13. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Juli.

Beitrag zu dem Sektionsbefunde des Verbrennungstodes.[1])

Von Dr. **Emil Schäffer**, Grossherzogl. Kreisassistenzarzt in Mainz.

In den das Verhalten verschiedener Körpertheile bei der Verbrennung behandelnden Arbeiten von Hoffmann, Maschka, Blumenstock, Günsburg, Dégranges sind hauptsächlich die Veränderungen von Haut, Muskeln, Knochen, inneren Körperorganen eingehender berücksichtigt und auch in der aus der neueren Zeit stammenden Abhandlung von Schjerning (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1884), welche unter Anschluss einer statistischen Tabelle uns eine ausführliche Zusammenstellung der Befunde nach Verbrennung aus der bisherigen Literatur giebt, konnte ich keinen gleichen Fall zu jenen bemerkenswerthen Veränderungen von Blut und gewissen Gewebsbestandtheilen durch intensive Hitzeeinwirkung finden, wie ich sie in Gemeinschaft mit Kreisarzt Dr. Balser-Mainz bei der Sektion eines neugeborenen Kindes konstatirte, das nach der Geburt zweifellos gelebt hatte und von der Mutter in ein Kamin gesteckt, dem Verbrennungstode ausgesetzt war.

Die Veränderungen, welche durch die verschiedenen Hitzegrade in den Geweben des menschlichen Körpers zu Stande kommen, bieten nicht nur theoretisches Interesse, sondern sie erscheinen geradezu von weitgehender praktischer Wichtigkeit z. B. bei Beantwortung der Frage nach eventuell konkurrirenden, anderweitigen gewaltsamen Todesursachen.

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung des Vereins hessischer Medizinalbeamten am 3. Juni 1899 in Darmstadt.

Bei der gerichtlichen Obduktion der an der ganzen linken Körperseite und am Rücken bereits verkohlten Leiche — während auf der rechten Körperseite und im grössten Theil des Gesichts die Spuren weniger hoher Verbrennungsgrade zu konstatiren waren — wurde neben den bekannten Haut- und Organveränderungen Folgendes festgestellt:

1. Ueber dem linken Stirnbein, beiläufig 3 cm oberhalb des oberen Augenhöhlenrandes fehlt die Oberhaut in der Ausdehnung bis zu 4 cm in der Breite und 3 cm in der Höhe. Die tieferen Schichten der Haut sind in eine gleichmässig trockene hellgelbe Masse verwandelt, unterhalb welcher der nach der Medianlinie aus seinem Zusammenhang losgelöste Schädelknochen im Umkreis von etwa 3 cm mit einer braunrothen, ganz bröckligen, trockenen Masse bedeckt ist (offenbar vertrocknetes Blut). Ueber dem freien Knochenrand quillt gelblich weisser Gehirnbrei, der keine weiteren Strukturveränderungen mehr erkennen lässt, hervor.

2. Unterhalb des rechten Unterkieferwinkels, dessen Hautbedeckung ebenso wie die der ganzen rechten Gesichtshälfte hellrothe Färbung zeigt, findet sich unter dem gelblichen körnigen, eigenthümlich trockenen Unterhautfett ein etwa ein Markstück grosser Bluterguss, in dessen oberen Schichten das Blut dunkelroth und festgeronnen ist, während die tieferen Schichten grösstentheils eine himbeergéleeartige Beschaffenheit zeigen.

3. Nach Entfernung des Brustbeins erblickt man zunächst eine die vorliegenden Brusteingeweide überziehende Masse von Farbe und Konsistenz von Himbeergélee, sie füllt den vorderen Theil des linken Brustfellsackes in ganzer Ausdehnung aus, desgleichen die Furche zwischen den beiden Lungenlappen; linke Lunge nach der hinteren Brustwand zurückgesunken. Auch im rechten Brustfellsack die gleich beschaffene Masse, allein in geringerer Menge.

4. Im Herzbeutel zum Theil fest geronnenes, noch feuchtes Blut in geringer Quantität, zum Theil mehr bröckliche Massen von braunrother Farbe. Herzmuskel graugelblich, lehmfarben, wie gekocht; Kranzgefässe leer; beide Kammern gleichmässig starr, leer, ebenso der rechte Vorhof; aus dem linken Vorhof fliesst etwas flüssiges, hellrothes Blut ab.

5. Die in den oberen Partien hellrothe Schleimhaut der Speiseröhre nimmt nach unten zu eine mehr bräunliche Färbung an; auf derselben, ebenso wie in der Luftröhre geringe Mengen von der vorerwähnten geléartigen Masse.

6. Rippen links auffallend brüchig, spröd, lassen sich mit Leichtigkeit aus ihrem Zusammenhang mit der Wirbelsäule lösen.

7. Die Darmschlingen starr, zum Theil zusammengeschrumpft, sind stellenweise von einer sulzigen, leicht abziehbaren, hellrothen Masse überzogen.

8. In der Harnblase eine etwa nussgrosse Ansammlung graugelblicher, geléartiger Masse.

Was zunächst die eine der beiden im vorstehenden Auszug aus dem Sektionsprotokoll vorzugsweise erwähnten Veränderungen, das Vorkommen von Blutextravasaten beim Verbrennungstod betrifft, so war hierüber bis in die allerjüngste Zeit keine Beobachtung bekannt geworden, wenn man absieht von den hier nicht näher zu erwähnenden Ecchymosen unter den Schleim- und serösen Häuten als Folgezustände der Erstickung an irrespirablen Gasen, wobei also der exitus vor der wirklichen Verbrennung erfolgt ist, und jenen, die sich bei Individuen finden, welche noch einige Tage gelebt und deren Bildung nach Hofmann mit der körnigen Degeneration der Gefässwände, der Muskulatur und der parenchymatösen Organe zusammenfällt. Strassmann (Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, 19) hat als der Erste auf die Ansammlung von Blut zwischen Schädel und harter Hirnhaut beim Verbrennungstod aufmerksam gemacht. In einem ihm zur Beur-

theilung vorgelegten Fall war von einem der Vorgutachter eine anscheinend aus geröstetem Blut bestehende Masse zwischen unversehrtem Schädel und harter Hirnhaut als Beweis eines der Verbrennung vorausgegangenen Trauma gegen den Kopf aufgefasst worden. An der Hand zweier Fälle aus seiner forensischen Praxis und experimenteller Prüfung an Schädeln menschlicher bezw. thierischer Leichen stellte er mit Puppe fest, dass bei intensiver Flammeneinwirkung auf Theile des unversehrten Schädels das in den Knochen der betreffenden Partien enthaltene Blut aus denselben ausgetrieben wird und sich bei der Sektion der Kopfhöhle als eine Blutmasse zwischen Schädel und Dura präsentiren kann, die den Eindruck eines traumatischen Hämatoms in täuschender Weise hervorzurufen vermag und von demselben makroskopisch wie mikroskopisch nicht zu unterscheiden ist, abgesehen von dem bei der Verbrennung mitunter vorhandenen und für sie charakteristischen gleichzeitigen Austritt von geschmolzenem Fett.

Reuter (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1868) kommt nach seinen Untersuchungen über Veränderungen der Genitalien durch grosse Hitze zu dem Schluss, dass nicht bloss eine Veränderung in der Blutvertheilung entsteht, sondern dass selbst Blutaustritte zu Stande kommen können, wie ihn Versuche am Uterus überzeugten.

Unsere Beobachtung ist geeignet eine Ergänzung zu den Strassmann'schen Fällen insofern zu liefern, als sie zeigt, dass derartige Ansammlungen von Blutmassen nicht blos innerhalb der Schädelhöhle stattfinden, sondern auch in das Pericranium, zwischen Weichtheile und die Duplikaturen seröser Häute, wie z. B. Herzbeutel. Es erscheint dies wohl auch a priori kaum auffällig; wenn schon aus dem festen Gefüge der Schädelknochen, ohne dass es in deren Substanz zu klaffenden Sprüngen, Abblätterung der äusseren Tafel zu kommen braucht, durch die Verbrennungshitze Blut ausgetrieben werden kann, so wird dies unter gleichen Verhältnissen bei den Weichtheilen um so eher möglich erscheinen.

Dass ferner der sub 1 erwähnte extrakraniell gelegene Bluterguss am Stirnbein auch thatsächlich hier entstanden und nicht etwa als ein ursprünglich zwischen Schädelknochen und Dura befindlicher erst unter der Mitwirkung der beim Verbrennungsprozess innerhalb des Schädels sich bildenden Dämpfe und der ausdehnenden Kraft der Hitze nach Berstung der Nahtverbindung nach Aussen entleert worden ist, erscheint schon mit Rücksicht auf den Umstand sehr glaubwürdig, dass an der Innenseite der betreffenden Schädelpartien und der Oberfläche der übrigens gegen Hitzewirkung sehr resistenten harten Hirnhaut ein entsprechender Befund vollständig fehlte. Ebenso wird der Einwand einer etwaigen traumatischen Entstehung dadurch entkräftet, dass das Gewebe in nächster Nähe der Blutansammlung wohl die bekannten Veränderungen in Folge der Hitzeeinwirkung zeigte, aber keine Spuren von aussen einwirkender Gewalt erkennen liess; besonders sei noch erwähnt der Mangel von blutiger Infiltration des die Blutansammlung direkt umgebenden Binde- und Fettgewebes.

Ein einigermassen frappirendes Aussehen bot die sub 2 beschriebene Blutansammlung unterhalb des rechten Unterkiefers, welche sich aus zwei deutlich unterscheidbaren Schichten zusammensetzte, von denen die obere aus braunrothen und festgeronnenen Blutmassen bestand, während die darunter liegenden Schichten bei hellerer Färbung das Aussehen von Himbeergelée hatten. Die Provenienz dieser Blutansammlung unterhalb des vollständig blutfreien, durch Hitzewirkung eingetrockneten Unterhautfettes in der Einwirkung einer äusseren Gewalt suchen zu wollen, ist bei der sehr scharfen Abgrenzung von dem Nachbargewebe, der schichtweisen Anordnung, der Abwesenheit jeglicher anderweitigen Gewaltspuren und dergl. kaum möglich. Berechtigter Weise wird man dagegen die Blutansammlung auf den Einfluss von Hitzegraden zurückführen, bei welchen nach Ausschwitzung von Blut aus Geweben und Gefässen nicht nur die seither in Lösung gehaltenen Albuminate des Plasma, sondern auch die Albuminoide der fibrillären Bindesubstanz gerinnen und fest werden.

Ueber die Bildung solcher sulziger Massen unter der Flammeneinwirkung auf das Körpergewebe sind meines Wissens nur die ganz vereinzelten Beobachtungen von Zillner (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1882) und Dégranges (cit. nach Schmidt's Jahrbuch, Bd. 90) in der Literatur niedergelegt. Ersterer fand unter der grossen Zahl der beim Wiener Ringtheaterbrand im Dezember 1881 Verunglückten „nur hie und da in der im Uebrigen leeren Harnblase eine sulzige Masse, die ganz der Küchengelatine im Aussehen glich. Der Rauminhalt derselben schwankte zwischen dem einer grösseren Bohne bis einer Nuss. Unter dem Mikroskop zeigte diese Masse nur hie und da ein rothes Blutkörperchen und wenig krümlige Flocken, sonst keine Formbestandtheile. Nach der chemischen Untersuchung von Prof. E. Ludwig ist diese Masse Leim".

Dégranges fand einmal Johannisbeergelée ähnlichen Inhalt im Dünndarm und eine rosenrothe, ölige Flüssigkeit in der Harnblase.

Bei meiner Beobachtung handelt es sich um einen vollständigen Ausguss des linken Brustfellraumes; die linke Lunge war förmlich ausgekocht und bis in die kleinsten ausgeschnittenen Partikelchen luftleer geworden. Ferner fand sich die gleiche geléeartige Masse, allerdings in geringerer Ausdehnung auch im rechten Brustfellsack, in der Luft- und Speiseröhre, als Auflagerung auf die durch die Hitzewirkung veränderten Darmschlingen im freien Abdominalraum und, wie im Zillner'schen Fall, in der Harnblase.

Mikroskopisch konnten Blutkörperchen nicht nachgewiesen werden, wohl aber mikrochemisch Haeminkrystalle; negative CO-reaktion.

Ehe wir uns die Frage vorlegen, wodurch im vorliegenden Fall im Gegensatz zu den Beobachtungen von Zillner und Dégranges eine solche massenhafte Ausschwitzung geléeartiger Substanz stattgefunden, sei noch die Ansicht Zill-

ner's über die Genese derartiger Befunde erwähnt. Nach ihm wird der Leim, der aus der Bindesubstanz im ganzen Körper durch die Verbrennungshitze gebildet wird, in dem weiteren Stadium der Schrumpfung, die mit Austrocknung der Gewebe einhergeht, nach dem locus minoris resistentiae gepresst. Bei den bis jetzt bekannten Befunden, welche lediglich die Harnblase und den Dünndarm betreffen, kann es sich nur um die leimgebende Substanz des eigentlichen Bindegewebes, des Collagen, gehandelt haben; in unserem Falle hat auch das die organische Grundsubstanz von Knochen und Knorpel bildende Albuminoid, das Chondrogen, an der Bildung der sulzigen Masse wesentlichen Antheil genommen. Es genügt in diesem Zusammenhang an die tiefgreifenden Struktur- und Konsistenzveränderungen in den betreffenden Skeletttheilen zu erinnern, an die brüchige und auffallend morsche Beschaffenheit der Rippen, die sich ja auf der linken Thoraxseite mit Leichtigkeit ohne Weiteres aus ihrem Zusammenhang mit der Wirbelsäule loslösen liessen. Durch die Untersuchungen von Munk wissen wir, dass gerade Knochen und Knorpel neben kleinen Mengen Eiweiss fast nur leimgebende Substanz einschliessen, an leimgebenden Stoffen bis zu 20 % des feuchten Organs. Im Uebrigen muss hier zur Erklärung des Quantums der geléeartigen Ausschwitzung im linken Brustkorb speziell noch auf den Obduktionsbefund der gleichseitigen Lunge Bezug genommen werden. Dieselbe war ganz zerkocht, so dass sie auch in den kleinsten Partien vollständig luftleer geworden. Die Menge von leimgebender Substanz in den Lungen eines erwachsenen Menschen wird von Voit auf 100 g veranschlagt.

Ich glaube durch diese Zahlenwerthe hat der Sektionsbefund in der Brusthöhle genügende Aufklärung gefunden. Der gleichmässige Ausguss im linken Brustfellsack, der sich auch zwischen die Lungenlappen herein erstreckte, mit seiner gleichmässig gehaltenen blutigen Tinktion ist nur bei der Annahme eines früher flüssigen Aggregatzustandes möglich. Und so erkläre ich mir resumirend das Zustandekommen des besprochenen Befundes in folgender Weise: Durch die Hitzewirkung im Verein mit dem hiermit verbundenen hohen Druck wird die leimgebende Substanz von Bindegewebsfibrillen, Knorpel und Knochen zu Glutin (Leim) gelöst und dieses wird je nach der Oertlichkeit seines Entstehens als mehr oder weniger konzentrirte Leimlösung entweder zwischen die Gewebe (cfr. Auszug aus dem Sektionsprotokoll sub Nr. 2) oder in die Hohlräume des Körpers (Pleura-, Abdominalraum, Luft-, Speiseröhre etc.) ausgetrieben. Bei rechtzeitigem Nachlassen der Hitzeeinwirkung auf die Leiche und stattfindender Abkühlung derselben gesteht diese Leimlösung zu einer festen Gallerte, sie gelatinirt, während bei Fortdauer des Verbrennungsprozesses die Lösung eintrocknen wird und Zersetzung in verschiedene Zerfallsprodukte des Glutins erfolgt.

Die Farbe dieser gelatinirenden Ausschwitzung wird natürlich je nach der Menge des gleichzeitig mit ausgetriebenen Blutes variiren. Jedoch ist einschränkend zu bemerken, dass aus dem

Sättigungsgrade des Farbentones, aus der mehr oder weniger hellrothen Färbung nicht ohne Weiteres auf die Menge des ausgetriebenen Blutes geschlossen werden kann, insofern uns die Untersuchungen von Falk (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med.; Bd. 42) gezeigt, dass die vielfach an Leichen Verbrannter zu findende und bereits von Tardieu vor Jahrzehnten beobachtete eigenthümliche hellrothe oder hochrothe Farbe, wo es sich nicht um die Folgen intravitaler Imprägnirung des Blutes mit CO handelt, einfach durch eine physikalische Einwirkung der hohen Temperatur auf das Blut zu Stande kommt, einerlei ob dasselbe noch Sauerstoff haltiges Haemoglobin enthält, oder der Blutfarbstoff bereits reduzirt ist, wie dies innerhalb der Leichen geschieht. Diese Farbenveränderung des Blutes durch die Hitze erfolgt also ganz unabhängig davon, ob das Individuum lebend oder todt der Hitzewirkung ausgesetzt wurde. Im Uebrigen sind als weitere, die Aufhellung des Blutes bedingende Momente noch die durch die Gestaltveränderung der Formelemente des Blutes, durch Eiweissfällung und anderweitige Gerinnungsprodukte veränderten optischen Verhältnisse in Betracht zu ziehen.

Zum Schluss noch eine kurze Bemerkung über den Herzbefund in unserem Fall. Zillner (l. c.) fand bei verkohlten Leichen das Herz stets im Zustand vollständiger Diastole (also starke Füllung der linken Herzkammer) im Gegensatz zu einer anderweitigen Beobachtung des gleichen Autors, welche einen bei der Wiener Ringtheaterkatastrophe durch Sturz von der Höhe Verunglückten, und (wie Zillner nachweist) bereits als Leiche der Verbrennung ausgesetzten Mann betrifft, dessen Herz vollständig kontrahirt und leer gefunden wurde. Derartige quantitative Unterschiede hatte vor ihm bereits Günsburg (zit. Schmidt's Jahrb., Bd. 77) als einen der gerichtlichen Medizin sehr wichtigen Befund für die Beantwortung der Frage angesehen, ob bei einer ohne gleichzeitige äussere Verletzung erfolgten Todesart eine nachherige Verbrennung des Getödteten stattgefunden oder nicht, indem bei den in der Flamme umgekommenen Individuen das Herz stark mit Blut gefüllt, während es leer und kontrahirt sei bei solchen, die vorher an Verletzungen gestorben waren. Taylor und Strassmann treten an der Hand ihrer Erfahrungen diesem gewissermassen als Axiom aufgestellten Satz gegenüber und, wenn wir auf den Herzbefund in unserem Fall rekurriren, wo sich nur im linken Vorhof etwas flüssiges Blut befand, während sich die übrigen Herztheile als blutleer erwiesen hatten, so können wir unseren Fall zweifellos als Bestätigung der Taylor-Strassmann'schen Beobachtungen ansehen, denn man wird wohl kaum annehmen wollen, dass aus dem früher strotzend gefüllten linken Ventrikel im weiteren Verlauf der Hitzeeinwirkung das sämmtliche Blut in den Herzbeutel ausgetrieben werden kann; hiergegen würde, abgesehen von anderen nicht minder wichtigen Einwänden schon allein die Berücksichtigung der betreffenden Quantitätsverhältnisse selbst sprechen.

Ueber Beaufsichtigung und Organisation des Gesundheitsdienstes in Kurbadeanstalten und Badeorten.

Von Dr. Meyen, Kreisphysikus in Muskau O./L.

Nach einem Vortrage, gehalten auf dem 27. schlesischen Bädertage zu Breslau am 8. Dezember 1898.

Der Begriff „Bad" ist ein vielseitiger nach der Einrichtung, Ausdehnung des Betriebes, nach den Kurmitteln uud ihrer Anwendung. Mögen es Seebäder oder Sommerfrischen, Ferienkolonien oder Sanatorien, offene oder geschlossene Kurbadeanstalten sein, etwas Gemeinsames bieten sie in ihren Eigenschaften dar: das Krankenheilanstalt- und Hospital-Aehnliche. Die Veranstaltungen haben jedoch, ob sie nun staatlicher, kommunaler oder privater Natur sind, nicht nur den Zweck der Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit der Besucher, sondern müssen andererseits auch dem Erwerbe der Unternehmer dienen. Schon hieraus entwickelt sich häufig ein Missverhältniss der Interessen, welches nicht leicht auszugleichen ist.

Kommt noch dazu ein gewisser Spielraum in der Leistungsfähigkeit, wonach hier viel, dort wenig geboten wird, so ist es erklärlich, dass die Oeffentlichkeit sich eingehend mit Einrichtungen beschäftigt, von denen das Wohl Einzelner und weiter Kreise abhängt. Nichts hat aber hierzu in jüngster Zeit mehr aus Badeorten Veranlassung gegeben, als die in demselben herrschenden sanitären Missstände, von denen allerdings von anderer Seite unter mancherlei Begründung behauptet wird, dass sie in dem angegebenen Masse nicht vorhanden sind.

Für den objektiven Beobachter ist es ersichtlich, dass die Badeorte sich in einer schwierigen Lage befinden und zwar deswegen, weil die Zahl der Menschen, welche versorgt sein wollen, zu den verschiedenen Jahreszeiten sehr schwankt. Vielfach handelt es sich um kleine Landstädtchen und -Gemeinden, in denen im Sommer die Einwohnerzahl in Folge des Badebesuchs ausserordentlich anschwillt und damit auch die Anforderung an sanitäre Einrichtungen.

In diesem Widerstreit einen möglichst ausreichenden Ausgleich zu schaffen, ist eine dankenswerthe Aufgabe; denn nicht überall ist der Gesundheitsdienst, welcher alle Einrichtungen zur Verbesserung der sanitären Verhältnisse umfasst, in Kurbadeanstalten und Badeorten zweckdienlich in Wirksamkeit.

Die Ursache davon liegt zum grossen Theil in dem Mangel besonderer gesetzlicher Vorschriften, durch welche die in gewerbe- und sanitätspolizeilicher Hinsicht an Badeorte und ähnliche Veranstaltungen zu stellenden Anforderungen festgestellt sind. Im Gegensatz zu den staatlichen, kommunalen und privaten Kranken-Anstalten mit geregelten gewerbe- und sanitätspolizeilichenBestimmungen sind in Kurbadeanstalten und Badeorten, soweit die ersteren nicht unter Krankenanstalten fallen, ausschliesslich die allgemeinen landespolizeilichen Bestimmungen massgebend.

Der Mangel an derartigen besonderen polizeilichen Vorschriften

für Badeorte u. s. w. hat eine ungebundene Konkurrenz hervorgerufen, unter der die wohl eingerichteten Kurorte, die sich besonders in sanitärer Hinsicht im Laufe der Jahre zu heben bemüht gewesen sind, zu leiden haben. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass eine Ueberproduktion an kleinen Bädern, Badeorten und Sanatorien besteht und sich weiter entwickelt. Die Neugründungen fordern vielfach zu satirischen Bemerkungen heraus, weil meist in der Ueberstürzung dieser Neugründungen die Wurzel hygienischer Missstände liegt. Würden von vornherein die berechtigten Anforderungen gesetzlich erhöht, so würde die Zahl der kleinen Bäder, besonders der Seebäder und Sommerfrischen erheblich geringer werden. Will man irgend einen Land- oder Seeaufenthalt nehmen an Orten mit den üblichen Unbequemlichkeiten, so muss dem Besucher überlassen bleiben, sich den Folgen zu unterziehen. Bezeichnet sich jedoch ein Ort öffentlich als Badeort oder Sommerfrische, wird Reklame gemacht, eine Kurtaxe erhoben, so erscheint es gerechtfertigt, dass bei einer relativen Frequenz bestimmte Vorbedingungen erfüllt werden.

Die Anforderungen, welche in hygienischer Beziehung an Kurbäder gestellt werden können, sind häufig und vielfach genug betont worden. Es müssen davon besonders in den Vordergrund gestellt werden:

a) die Sorge für gesunde Wohnungen unter baupolizeilicher Regelung und fortlaufender sachgemässer Beaufsichtigung;
b) Einrichtungen für Kanalisation und Abfuhr der Fäkalien, tadellose Aborte;
c) Beschaffung guten Trinkwassers;
d) Fürsorge für Kranke, besonders ansteckender Art (Isolirräume, Desinfektionsanstalt).

Meines Erachtens muss die Aufsicht und Kontrole der Kurorte eine intensivere werden, um den in ihnen entstehenden Missständen, die den idealen Zweck des „Aegrotis curandis“ in den Hintergrund drängen, vorzubeugen und den nachweislich bestehenden Schäden abzuhelfen.

Unter dem 8. Oktober 1898 ist nun neuerdings ein Ministerial-Erlass an die Ober-Präsidien ergangen, wonach unter Hinweis auf eine Eingabe des Vorstandes der balneologischen Gesellschaft zu Berlin, welche hygieniche Massnahmen in Bade- und Kurorten behandelt, in erster Linie die Errichtung von Krankenräumen nebst Desinfektionsgeräthen und Leichenräumen empfohlen wird; gleichzeitig wird als zweckmässig die Einrichtung von „Gesundheitsräthen“ hingestellt. Die Zusammensetzung und Thätigkeit derselben soll nach folgenden Gesichtspunkten präzisirt werden:

1. In jedem Kurort muss ein Gesundheitsrath gebildet werden, dem neben dem die Geschäfte in der Regel leitenden Verwaltungsbeamten wenigstens ein am Orte ansässiger Arzt Sitz und Stimme hat.

2. Die Einberufung des Gesundheitsraths hat ausser auf Anregung des die Geschäfte führenden Beamten auch auf Antrag des oder der ärztlichen Mitglieder zu geschehen.

3. Dem Gesundheitsrath liegt ob, sowohl die allgemeinen sanitären Einrichtungen des Kurorts, als auch im Besonderen die hygienischen Verhältnisse

der Miethwohnungen etc. zu beaufsichtigen und Missstände der Polizeibehörde anzuzeigen."

Falls es an dem vorauszusetzenden Entgegenkommen der Badebesitzer bezw. Badeverwaltungen nicht fehlt, ist hiermit eine Handhabe geboten, die Beaufsichtigung und Organisation des Gesundheitsdienstes in erspriesslicher Weise zu verbinden, zu erweitern und intensiver zu gestalten.

Bei einer Besprechung der Beaufsichtigung von Kurbadeanstalten erscheint der Vergleich mit den Privat-Kranken-Anstalten geboten. Die rechtlichen Verhältnisse der Unternehmer der Privat-Kranken-Anstalten sind nach §. 30 der Gewerbe-Ordnung in der Fassung vom 6. August 1896 geregelt. Grosse Schwierigkeiten macht der Begriff „Privat-Kranken-Anstalt" hinsichtlich der Frage, ob darunter auch Kurbadeanstalten und andere therapeutische Anlagen zu verstehen sind, die gewissermassen Grossbetriebe des ärztlichen Gewerbes darstellen, von den Kranken-Anstalten sich aber dadurch unterscheiden, dass in ihnen der Kranke keine dauernde Aufnahme finden kann. Nach Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts kann eine Kurbadeanstalt als Privat-Kranken-Anstalt angesehen werden, sobald Kranke für eine gewisse Dauer gleichzeitig Aufnahme zwecks Verpflegung finden.

Ist dies nicht der Fall, so sind Kurbadeanstalten nach §. 35 der Gewerbeordnung zu behandeln, wonach bei oder vor ihrer Eröffnung der zuständigen Behörde Anzeige zu erstatten und ihr Betrieb zu untersagen ist, wenn Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Gewerbetreibenden auf diesen Gewerbebetrieb darthun. Eine vorherige Konzession für diese Anstalten ist nicht erforderlich.

Weitergehende Bestimmungen kennt die Gewerbe-Ordnung weder für Kurbadeanstalten, noch für offene Badeorte, Sommerfrischen und Seebäder.

Auf Grund der Gewerbeordnung kann demnach eine vorbeugende Kontrole nicht Platz greifen; es ist dies vielmehr nur auf Grund der allgemeinen Polizei-Gesetzgebung möglich.

Demnach ist die Beaufsichtigung des Gesundheitsdienstes in Kur- und Badeorten eine Angelegenheit der örtlichen Polizei-Verwaltung als der zuständigen Sanitätspolizei, wie dies aus §. 10, II. 17 des Allgem. Landrechts in Verbindung mit dem Polizeigesetze vom 11. März 1850 §. 6 ff. hervorgeht.

Der medizinisch-technische Beirath des Landraths, der Kreismedizinalbeamte, hat zur Zeit leider ebenso wenig wie der technische Beamte der Aufsichtsbehörde, der Regierungs- und Medizinal-Rath, eine direkte Einwirkung auf die sanitären Verhältnisse in Badeorten. Nur bei Epidemieen (im Regierungsbezirk Liegnitz auch bei jedem einzelnen Fall von Darmtyphus) oder bei aussergewöhnlichen Missständen hat der Kreisphysikus ebenso wie an anderen Orten auf Requisition des Landraths die erforderlichen sanitätspolizeilichen Massnahmen zu beantragen. In vereinzelten Regierungsbezirken (z. B. Minden) müssen die Physiker allerdings

sämmtliche in ihrem Amtsbereich liegenden Bäder während der Saison einmal ex officio revidiren, desgleichen werden diese von dem Regierungs- und Medizinal-Rath einer Revision in sanitätspolizeilicher Hinsicht unterzogen. Im Uebrigen ist von den Medizinalbeamten aber nur ein jährlicher Badebericht nach Ablauf der Saison an die Regierung einzureichen. Dieser Bericht, in dem hauptsächlich die Statistik und etwaige hygienische Verbesserungen zu berücksichtigen sind, wird nur in seltenen Fällen nach eigener Anschauung, sondern meist nach den Notizen der Badeverwaltung erstattet. Deswegen verdient der wichtige und sehr zutreffende Vorschlag des Herrn Geheimraths Mosler in seiner Schrift „Zur Abwehr ansteckender Krankheiten", dass von seiten der Regierung alljährlich eine Revision jedes einzelnen Badeortes durch den Regierungs-Medizinal-Rath in Gemeinschaft mit dem Kreisphysikus zu veranlassen ist, volle Beachtung. Voraussichtlich steht in dieser Beziehung eine baldige Aenderung und Besserung durch die geplante Reorganisation der Medizinalbehörden zu erwarten.

Das Eingreifen der Sanitätspolizei zur Besserung der sanitären Verhältnisse in den Badeorten stützt sich, wie bereits erwähnt, auf die bestehenden Landesgesetze.

Für Preussen kommt hauptsächlich das auch in den neueren Provinzen eingeführte Polizeigesetz vom 11. März 1850 in Verbindung mit dem Landesverwaltungsgesetz vom 30. Juli 1883 in Betracht; in den alten Provinzen auch das Regulativ vom 8. Aug. 1835, betreffend die sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden ansteckenden Krankheiten, das unter anderen bekannten Bestimmungen auch diejenige über die Organisation und Wirksamkeit der Sanitätskommissionen enthält.

Auf Grund dieser Gesetze sind eine grosse Anzahl von Verordnungen in den einzelnen Regierungsbezirken ergangen; z. B. im Regierungsbezirk Stralsund eine Polizeiverordnung speziell für Badeorte. Auch im Reg.-Bezirk Liegnitz wird zwecks Sicherung der Wohnungsverhältnisse eine Erweiterung der Baupolizeiordnung vom 1. November 1862 beabsichtigt, durch die für das platte Land, also auch für die kleineren Bade- und Kurorte die Vorschriften der für die Bauten in den Städten des Bezirks erlassenen Polizei-Verordnung vom 25. März 1882 eingeführt werden sollen.[1])

Einen sehr wichtigen und massgebenden Faktor für die Organisation des Gesundheitsdienstes in Badeorten bilden die „Sanitätskommissionen." Sie bestehen als den Polizei-Verwaltungen beigeordnete Hülfsorgane dauernd in Städten mit über 5000 Einwohnern, im Regierungs-Bezirk Liegnitz jetzt unter besonderen Umständen auch in Städten mit unter 5000 Einwohnern, z. B. falls der Ort Badeort ist. Würden nun im Sinne des Ministerial-Erlasses vom 8. Oktober 1898 in allen Bade- und Kurorten —

[1]) Diese Baupolizeiverordnung, betreffend den Bau von Gasthäusern, Logirhäusern und sonstigen zur gewerbsmässigen Aufnahme von Logirgästen bestimmten Gebäude in den ländlichen Bezirken ist inzwischen unter dem 10. März d. J. erschienen, sie enthält aber hauptsächlich nur baupolizeiliche und keine wesentlichen gesundheitspolizeilichen Bestimmungen.

also auch in ländlichen Bezirken —, nach der modifizirten Zusammensetzung „Gesundheitsräthe“ gebildet, so bedeutete dies eine erhebliche Vermehrung und Erweiterung der bisherigen Organisationen mit den Obliegenheiten der Beobachtung und Verbesserung der sanitären Einrichtungen und hygienischer Verhältnisse.

Der „Gesundheitsrath“ soll derartig gebildet werden, dass in demselben neben dem die Geschäfte in der Regel leitenden Verwaltungsbeamten wenigstens ein am Orte ansässiger Arzt Sitz und Stimme hat. Auf die Auswahl der Mitglieder dürfte es ankommen, ob die Thätigkeit dieser Organe des Gesundheitsdienstes eine erspriessliche sein wird, oder nicht. Deshalb muss Werth darauf gelegt werden, dass zu ihren Mitgliedern besonders hygienisch vorgebildete oder für die vielfachen Zweige der Hygiene sich interessirende Persönlichkeiten gewählt werden. Dem Beamten und Arzt ist daher ein Bau-Sachverständiger zur Seite zu stellen, welcher über Bau-Hygiene genau orientirt ist; denn gerade in Bau-Angelegenheiten können auch kleine technische Fehler zu schwerwiegenden und unberechenbaren Grössen für hygienische Missstände werden.

Bezüglich des Arztes erscheint es zweckdienlich, denjenigen von den prakticirenden Badeärzten zu wählen, welchem das Sanitätswesen im Bade, die Kontrole der Quellen, Bäder und anderweitigen Kurmittel unterstellt, und welcher kontraktlich mit dem Bade verbunden ist, — falls dieses zutrifft. Ein Manko in dieser Hinsicht ist von vornherein als ein Fehler zu betrachten, wie dies bereits auf dem II. schlesischen Bädertage (Verhandlungen 1873, S. 55) von Herrn Bürgermeister Dengler sehr treffend auseinandergesetzt wurde. In diesen Verhandlungen des schlesischen Bädertages liegt überhaupt ein ungeahnter Schatz hygienischer und administrativer Rathschläge und die Mitglieder der Gesundheitsräthe können nach näherem Studium dieselbe als eine Fundgrube für Direktiven zu sachgemässem Handeln benutzen. So war z. B. schon auf dem 24. schlesischen Bädertage (Verhandlungen 1896, S. 53) zu allen Fragen, welche der erwähnte Ministerial-Erlass bezüglich der Gesundheitsräthe behandelt, Stellung genommen, indem das in den schlesischen Bädern bisher Erreichte, wie auch das ferner Mögliche und Unausführbare nach generellen und lokalen Gesichtspunkten erläutert wurde.

Meines Erachtens muss man aber noch einen Schritt weiter gehen.

Die „Gesundheitsräthe“ werden wirksamer sein, wenn sie durch Organe, welche ständig in Thätigkeit sind, durch „Gesundheitsbeamte,“ über Missstände auf dem Laufenden erhalten und unterrichtet, sowie bei Abstellung derselben unterstützt würden

Nimmt man aus den vielen Gebieten der Wirksamkeit der Gesundheitsräthe das Beispiel der Wohnungspflege — für Badeorte fast das Wichtigste neben der Regelung der Trinkwasser- und Abort-Verhältnisse — heraus, so würde sich die Thätigkeit dieser Gesundheitsbeamten so gestalten, wie sie zuerst in England durch gesetzliche Bestimmungen (öffentliches Gesundheitsgesetz,

Public Health Act, 1875) geordnet ist. Zwecks Vermeidung verkehrter Anordnungen und Anlagen Einzelner ist dort eine regelmässige sachverständige Ueberwachung der Wohnungen vorgesehen, welche von besonderen Gesundheitsbeamten, an deren Spitze sich ein hygienisch vorgebildeter ärztlicher Inspektor befindet, ausgeführt wird. Diese Beamten dürfen Miethswohnungen und Logirhäuser jederzeit betreten, ebenso Privathäuser dann, wenn eine Beseitigung irgend welcher gesundheitlicher Uebelstände in Frage kommt. Um derartiges zu entdecken, ist die Ortsbehörde verpflichtet, zeitweise oder auf Klagen von dritter Seite ihren Bezirk daraufhin besichtigen zu lassen. Sehr eingehende Vorschriften gelten bei den Miethswohnungen für die Anlage und Reinhaltung des Wasserklosets, der Aschebehälter, der Treppen, sowie für Reinigung der Zimmer und Ventilation der Schlafräume, deren Fenster Vormittags und Nachmittags mindestens je eine Stunde offen stehen müssen.

In derselben Weise wie Miethshäuser unterliegen auch die Logirhäuser einer strengen und weitgehenden, aber nützlichen und nothwendigen Kontrole.

In Deutschland bestehen übrigens bereits Wohnungsbeaufsichtigungen und zwar durch Gesetz geregelt in Hessen (1. Juli 1893) und in Hamburg (8. Juni 1898), sowie durch Polizei-Verordnung im Regierungs-Bezirk Düsseldorf (21. November 1895).

Auf der Versammlung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Herbst 1898 in Köln wurde betont, dass nach den bisherigen Erfahrungen durch besondere Beamte unter Leitung und Kontrole eines Wohnungsinspektors, sowie unter Mitwirkung eines Bautechnikers und Arztes eine gleichmässige und unparteiische Wohnungsbeaufsichtigung mehr garantirt werde, als durch Schaffung von Wohnungsämtern und -pflegern im Ehrenamt.

Wünschenswerth wäre in Badeorten gleichzeitig die Kontrole der Wohnungen von demselben Beamten nach der Richtung hin, ob eine zweck- und gesundheitswidrige Benutzung derselben durch die in der Saison häufig wechselnden Insassen stattfindet. Auch würde sich die Beaufsichtigung der Reinhaltung von Strassen und Spazierwegen anschliesen.

In ähnlicher Weise wie bei der Wohnungs-Inspektion müsste der Gesundheitsbeamte die Trinkwasser- und Eisversorgung, die Einrichtungen zur Beseitigung der Abfallstoffe, Haus- und Meteorwässer, sowie die übrigen Punkte, welche in dem vorerwähnten Ministerial-Erlass berührt werden, beobachten.

Erleichtert würde die Durchführung dieser Vorschläge, wenn das Publikum ein grösseres Interesse für öffentliche Gesundheitspflege bekundete und strengere Massnahmen für nothwendig hielte. Andererseits müssten die Gesundheitsbeamten bestrebt sein, das erwünschte Ziel weniger durch Strafen, als durch richtige Erziehung zu erreichen. Bei allen wohlgemeinten und idealen Plänen darf man nicht vergessen, dass zur Ausführung Zeit gehört, und dass vieles leider an der schwierigen Finanzfrage scheitert.

Ich fasse demnach meine Erörterungen, welche keineswegs

den Anspruch auf Vollständigkeit machen wollen, in folgende Schusssätze zusammen:

1. Im eigenen Interesse der Bäder und Baderorte ist der Gesundheitsdienst in denselben besonders genau und streng zu regeln.

2. Im Sinne einer vorbeugenden Kontrole erscheint für Kurbadeanstalten ein ähnliches Konzessionsverfahren wie bei Krankenanstalten erforderlich und der Erlass bestimmter gewerbe- und sanitätspolizeilicher Vorschriften für Kur- und Badeorte geboten.

3. Die staatliche Beaufsichtigung der Kur- und Badeorte bedarf einer Erweiterung und strengeren Durchführung als bisher.

4. Die Organisation des Gesundheitsdienstes durch Gesundheitsräthe ist nicht nur für städtische, sondern auch für ländliche Badeorte (Sommerfrischen und Seebäder) nothwendig.

5. Die Wirksamkeit der Gesundheitsräthe ist durch Anstellung von Gesundheitsbeamten erspriesslicher zu gestalten.

Die Verhandlungen des Abgeordnetenhauses über die am 22. und 28. Juni d. J. stattgehabte zweite und dritte Berathung des Gesetzentwurfs, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen.

Wir bringen zunächst auf Grund des stenographischen Berichts die betreffenden Verhandlungen.

I. Zweite Lesung am 22. Juni d. J.

a. Generaldiskussion.

Berichterstatter Dr. **Endemann**, der einen schriftlichen Bericht über die Verhandlungen erstattet hat, will es dem Ermessen des Hauses überlassen, ob es den von der Kommission vorgenommenen Abänderungen, die zum Theil die Zustimmung der Königlichen Kommissare gefunden haben, zustimmen will.

Abg. Dr. **Martens** bedauert erklären zu müssen, dass der von der Regierung vorgelegte Gesetzentwurf in der Kommission nicht in dem Masse abgeändert ist, wie seine Partei es gewünscht hätte. Er erkennt an, dass eine Anzahl Verbesserungen hineingekommen seien, nämlich die Bestimmung im §. 3, dass in gewissen Fällen, wo ein Bedürfniss vorliegt, vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden können, sowie die Annahme der Kreisarztassistenten und die Bestimmung des §. 15, dass bei denjenigen Medizinalbeamten, die bei dem Inkrafttreten dieses Gesetzes ausscheiden, nicht blos ihr festes Gehalt, sondern ein Theil ihrer Gebühren zur Anrechnung kommen kann. Andererseits aber sei gerade die hauptsächlichste Bestimmung, auf welche der grösste Werth gelegt werden müsse: nämlich dass der Kreisarzt nicht mehr wie bisher gebunden sein soll an die Verfügungen der Behörden, um seinen Kreis zu bereisen, durch die Erklärung der Regierungsvertreter derartig abgeschwächt, dass man ihr keinen Werth mehr beimessen könne. Denn wenn in dieser Hinsicht der Kreisarzt auch ferner beschränkt sein solle, so könne man nicht erwarten, dass er eine gedeihliche Thätigkeit als Beamter entfalte (sehr richtig!); dann habe auch die sonst so sehr zusagende Bestimmung im §. 7, wodurch ihm das Recht einer vorläufigen Anordnung in Nothfällen eingeräumt werde, keinen Werth, da er dann überhaupt nicht in der Lage sei, herauszufinden, wo Nothfälle vorliegen. Es werde in der heutigen Sitzung versucht werden, den Entwurf besser auszugestalten, ob dies gelingen werde, sei jedoch zweifelhaft, denn nach seiner Ansicht sei der gegenwärtige Zeitpunkt für ein Zustandekommen der Medizinal-

reform, sei es auch nur auf einem beschränkten Gebiet, nicht günstig, und es deshalb vielleicht vorziehen, den jetzigen Entwurf fallen zu lassen in der Hoffnung, dass in einer späteren Zeit mehr und Besseres erreicht werden könnte. (Bravo!)

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse**: M. H.! . . . . Die Regierung ist mit den abändernden Beschlüssen der Kommission zu dem §. 3 in Bezug auf die Stadtärzte und auf die Fakultät zur Anstellung vollbesoldeter Aerzte, wo es nöthig ist, dann in Bezug auf §. 4 a die Assistenten der Kreisärzte, in Bezug auf §. 5 Ziffer 2 die Reisen des Kreisarztes ohne besondere Anweisung, aber auf Grund der Geschäftsanweisung, einverstanden. Endlich sind wir auch einverstanden mit dem Gedanken des §. 15, wenn wir auch wünschen, dass da eine andere Fassung, die wir bei §. 15 näher präzisiren werden, gewählt werden möchte. Es ist also im Wesentlichen Uebereinstimmung der Regierung mit den Kommissionsbeschlüssen herbeigeführt worden.

Abg. **Wolff-Gorki** würde es nach den eingehenden Verhandlungen in der Kommission sehr bedauern, wenn durch die Wiederaufnahme der in der Kommission abgelehnten Anträge von Neuem Erörterungen entstehen sollten, die dahin führen müssten, dass seiner Partei die Sache unannehmbar erscheinen würde. Was diese in der Kommission zugestanden habe, sei das Alleräusserste; es seien sogar bezüglich einzelner Zugeständnisse in der Kommission erhebliche Bedenken innerhalb der konservativen Fraktion vorhanden. Sie wünsche, dass thatsächlich das Gesetz zu Stande komme, da auf demselben in späteren Jahren weiter gebaut werden könne, und hoffe deshalb, dass ihr nicht durch Verfolgung der bereits in der Kommission abgelehnten Anträge die Annahme des Gesetzes vielleicht unmöglich machen werde. (Bravo! rechts.)

B. Spezialdiskussion.

§. 1.

Abg. Dr. **Heisig** schlägt vor §. 1 Abs. 4 wie folgt abzuändern:

„Für den Fall der Behinderung des Kreisarztes oder der Erledigung der Stelle wird ein Stellvertreter von dem Regierungspräsidenten ernannt."

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster** bittet, es bei dem Entwurf zu belassen. Alle Organisationsgesetze enthalten eine Bestimmung, durch welche auch die Stellvertretungsfrage geregelt werde; im vorliegenden Falle sei die Fassung so gewählt, dass die Dienstbehörde, der Regierungspräsident, es in der Hand habe, nicht nur nach eingetretenem Behinderungsfall, sondern auch schon im Voraus einen generellen Stellvertreter zu bestimmen.

Abg. **Winkler** richtet an die Staatsregierung die Anfrage, ob in all' den Fällen, wo der Kreisarzt in Ausübung seiner Stellung als Medizinalreferent des Landrathes, wie er hier bezeichnet worden ist, oder von Amtswegen, also nicht auf Ersuchen einer Privatperson, einer Gemeinde u. s. w., sondern Kraft seines Amtes Reisen macht, die Kosten dieser Reisen ausnahmslos von der Staatskasse getragen werden, wie seine Fraktion es für richtig halte? Er glaube kaum, dass ein Zweifel darüber obwalten könne, dass die Staatskasse diese Kosten zu tragen habe; aber man müsse immerhin eine Sicherheit dafür erhalten, dass bei der späteren Ausführung des Gesetzes nicht etwa ein grosser Theil der Kosten auf die Kommunalverbände abgewälzt werde.

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster** beantwortet die Anfrage dahin, dass die Kosten, die durch die allgemeinen Informationsreisen des Kreisarztes entstehen, die er zu dem Zwecke unternimmt, um sich von den gesundheitlichen Verhältnissen seines Kreises zu unterrichten, der Fiskus zu tragen hat; die Kosten derjenigen Reisen, welche in besonderem Auftrage der Kommunen oder von Privatpersonen entstehen, dagegen dem Auftraggeber zur Last fallen.

Abg. **Winkler** bittet noch um Aufklärung darüber, wie es betreffs der Kosten gehalten werden soll, wenn es sich um einen einzelnen Fall, nicht um eine allgemeine Information handelt, insbesondere wenn der Landrath den Kreisarzt beauftragt, ihm auf Grund örtlicher Besichtigung ein sachverständiges Gutachten in einem einzelnen Falle abzugeben?

Geh. Ob.--Reg.-Rath Dr. **Förster** erwidert, dass in dem Falle, wenn der Kreisarzt im Auftrage des Landraths reist, die Kosten der Reise vom Fiskus zu tragen seien.

Nachdem der Antrag **Heisig** abgelehnt ist, wird §. 1 angenommen.

§. 2.

Hierzu haben die Abgg. Saenger und Dr. Langerhans den Antrag gestellt, entweder den Erwerb der Doktorwürde als Vorbedingung für die Anstellung des Kreisarztes fallen oder es, im Falle der Ablehnung dieses Antrages, bei der bisherigen Bestimmung zu lassen, wonach der Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität auf Grund einer besonderen, von der ärztlichen getrennten mündlichen Prüfung und einer gedruckten Dissertation genüge.

Abg. Saenger bemängelt den Titel Kreisarzt, der leicht mit Kreisthierarzt verwechselt werden könne. Für die Forderung, dass der Kreisarzt zum Doktor promovirt haben müsse, habe er bisher einen ihn überzeugenden Grund dafür nicht gehört. Für seine amtliche Autoritätsstellung komme es viel weniger darauf an, ob er den Doktor gemacht habe oder nicht, als dass er ein tüchtiger Mediziner sei. Die Erwerbung des Doktortitels sei ausserdem an und für sich schon mit grossen Kosten verbunden und belaste das Budget des jungen Mediziners von vornherein ganz bedeutend. Man sollte deshalb diese Bedingung aus dem Gesetz herausschaffen. Wenn aber die Mehrheit sich nicht dazu verstehen könne, so solle man wenigstens dem Antrage zustimmen, dass die auf deutschen Universitäten erworbene Doktorwürde für den Kreisarzt ausreiche. Die Bestimmung, dass nur der preussische Doktor vollgültig sein soll für den Kreisarzt, werde in den weitesten Kreisen der anderen Bundesstaaten grosse Missstimmung hervorrufen. Redner habe nichts dagegen, dass man dem Kreisarzt ein Examen auferlege, das schwer genug sei, um, wenn er es bestanden habe, ihn als eine Grösse der medizinischen Wissenschaft erscheinen zu lassen. Aber bei dieser Forderung handele es sich um einen Titel, der in den Augen der ganzen wissenschaftlichen Welt sehr wenig Bedeutung habe. Auch halte er es für sehr bedenklich, dass der Minister der Medizinalangelegenheiten befugt sein solle, Ausnahmen zu machen und in einzelnen Fällen den auf einer deutschen Universität erworbenen Doktor als ausreichend und genügend zu erklären; denn dadurch würden ausserpreussische deutsche Universitäten unter die diskretionäre Entscheidung eines preussischen Ministers gestellt werden. Eine solche Bestimmung könne eine Quelle grösster Verstimmung und Verbitterung werden; gerade in heutiger Zeit sollte man aber doch alles thun, das deutsche Volk zu einen und nicht immer weiter voneinander zu rücken; man sollte daher auch keinen Unterschied machen zwischen deutschen und gut preussischen Doktoren. In einer Zeit, wo man das allgemeine Deutsche Bürgerliche Gesetzbuch einführen wolle, sollte man davon abstehen, derartige besondere Bestimmungen für preussische Universitäten zu schaffen.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. Bosse bittet dringend, die Anträge abzulehnen, und zwar aus folgenden Gründen. Zunächst entspreche die Forderung des Entwurfs dem bestehenden Rechtszustand und es sei nach dem Grundsatze, quieta non movere, nützlicher, an dem bisherigen Zustande nicht zu rühren. Heutzutage sei auch der medizinische Doktor keine blosse Dekoration, seitdem seine Erwerbung erschwert und eine sehr erwünschte wissenschaftliche Ergänzung der ärztlichen Staatsprüfung bilde. Die Forderung, dass die Doktorwürde auf einer preussischen Universität erworben sein müsse, sei ferner nichts weniger als der Ausdruck eines besonders pointirten preussischen Partikularismus, sondern beruhe lediglich darauf, dass es einzelne deutsche Universitäten gegeben habe, die bei ihren Doktorpromotionen so viele Erleichterungen zuliessen, theils in Bezug auf die Kosten, theils in Bezug auf die Erfordernisse, z. B. bezüglich der Dissertation, des Rigorosums u. s. w., dass sie dadurch die jungen Studenten, die gern die Doktorwürde erwerben wollten, in grosser Zahl an sich heranzogen. Das habe zu einer ganz falschen, an einer Art unlauteren Wettbewerb erinnernden Konkurrenz geführt. Die Sache habe sich allerdings bereits gebessert dadurch, dass für die preussischen Universitäten einheitliche strengere Anforderungen durchgeführt seien. Augenblicklich schweben auch Verhandlungen, um die anderen Universitäten des Deutschen Reiches zu einer einheitlichen Handhabung in Bezug auf diese Anforderungen zu veranlassen. Diese Verhandlungen seien zwar durchaus aussichtsvoll; jedoch bilde die im Gesetze vorgesehene Forderung der preussischen Doktorwürde für den Kreisarzt ein wesentliches Kompelle für die anderen nichtpreussischen Universitäten,

betreffs Ertheilung der Doktorwürde, wenigstens bei der medizinischen Fakultät, ebenso streng und nach denselben oder doch gleichwerthigen Grundsätzen wie bei den preussischen Universitäten zu verfahren. Das sei der Grund gewesen, weshalb jene Forderung in das Gesetz hineingeschrieben sei. Sobald die Promotion auf allen Universitäten des Deutschen Reiches künftig gleichwerthig mit der der preussischen Universitäten geworden sei, würden auch die Doktorpromotionen bei den medizinischen Fakultäten einer nicht preussischen Universität im Deutschen Reich für gleichwerthig erachtet, und der im Gesetze jetzt vorgesehene Dispens generell ausgesprochen werden. Der Minister bittet deshalb, den Paragraphen in der Form, wie ihn die Kommission beschlossen hat, anzunehmen.

Abg. Dr. **Ruegenberg** richtet folgende Anfrage an die Königliche Staatsregierung:

„Hat die Königliche Staatsregierung die Absicht, bezw. will sie in Erwägung ziehen, ob nicht ähnlich, wie dies zuletzt noch bei den Gewerbeaufsichtsbeamten und Kreisbauinspektoren durch Kabinetsordre vom 27. Januar 1898 geschehen ist, in Zukunft auch die Hälfte der Kreisärzte nach mindestens zwölfjährigem Dienstalter Seiner Majestät zur Verleihung des Charakters als Medizinalrath mit dem persönlichen Rang als Räthe vierter Klasse sollen vorgeschlagen werden können?“

Da ein Grund, warum eine Vergünstigung, die anderen Beamtenkategorien von der gleichen Bildung und gesellschaftlichen Stellung bereits gewährt worden ist, den künftigen Kreisärzten vorzuenthalten wäre, nicht ersichtlich sei, so betrachtet es Redner als eine Erfüllung von Billigkeitsrücksichten, wenn auch den Kreisärzten die Aussicht auf diese Auszeichnung in Zukunft ermöglicht würde.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse**: M. H.! Wir haben es bis jetzt bei der Gesetzgebung immer thunlichst vermieden, die etwas delikate Rangfrage mit zur Entscheidung zu bringen. Ich nehme aber gar keinen Anstand, auf die Anfrage des Herrn Vorredners zu erwidern, dass es allerdings, nachdem sich die Rangverhältnisse in anderen Ressorts neuerdings abweichend von früheren Ordnungen entwickelt haben, meine Absicht ist, auch für die Kreisärzte eine ähnliche Regelung herbeizuführen. Ich kann nur eine bindende Erklärung nicht abgeben, weil das nicht von meiner Person und meiner Entscheidung abhängt. Ich muss die Sache zuerst an das Staatsministerium bringen, und auch das kann die Sache nicht endgültig regeln, sondern es ist das ein Recht der Krone, der die Entscheidung, die Entschliessung über diese Dinge zusteht. Dass wir aber nicht die Absicht haben, eine solche disparate Behandlung der Aerzte vor den entsprechenden Beamten der anderen Ressorts herbeizuführen, das brauche ich wohl nach dem, was wir in der Vorlage zum Ausdruck gebracht haben, kaum noch ausdrücklich zu versichern.

Abg. Dr. **Langerhans** begründet seinen Antrag unter Hinweis auf verschiedene Beschwerden, die ihm aus den Fakultäten nicht preussischer Universitäten zugegangen seien und in denen die betreffende Bestimmung als eine preussisch-partikularistische bezeichnet werde. Ausserdem gebe der Minister selbst zu, dass man auf allen deutschen Universitäten damit umgehe, nach dem preussischen Muster das Doktorexamen und die ganze Promotion zu erschweren. Jetzt befähige das Examen als Arzt auf jeder deutschen Universität den jungen Mann, der es bestanden habe, in ganz Deutschland zu praktiziren; dem gegenüber klinge es doch wunderbar, wenn der Kandidat für die Stelle als Kreisarzt das Doktorexamen nur auf einer preussischen Universität gemacht haben müsse. Deshalb sollte man es wenigstens bei der bisherigen Bestimmung belassen und nicht Zwiespalt erregen, sondern das Streben nach der Einigkeit der deutschen Volksstämme erhalten. (Bravo! bei den Freisinnigen.)

Abg. Dr. **Friedberg** bittet dem Antrage nicht Folge zu geben, sondern den Ausführungen des Herrn Ministers zu folgen. Die Bedeutung des Doktortitels hätte früher wohl lediglich als eine dekorative bezw. als eine materielle, eine Geldfrage betrachtet werden können, das habe sich aber geändert, seitdem durch das energische Eingreifen der preussischen Staatsregierung an den preussischen Universitäten die Bedingungen für die Erlangung der Doktorwürde gleichgemacht seien in einer allen Anforderungen auf eine strenge und gewissenhafte

Prüfung vollkommen genügenden Weise. Bei der Doktorprüfung solle sich der Betreffende darüber ausweisen, ob er auch im Stande sei, wissenschaftliche Leistungen zu produziren; der Doktortitel sei eben die Anerkennung für eine wissenschaftliche Leistung. Der Kreisphysikus sei aber in erster Linie auch ein wissenschaftlich gebildeter Beamter, der sich wissenschaftlich bereits bewährt haben soll, deshalb würde es einen sonderbaren Eindruck machen, wenn er den Doktortitel nicht besitze. Der Eventualantrag, den Doktortitel nicht auf Preussen zu beschränken, klinge zwar ausserordentlich national, die Süddeutschen seien aber gerade in solchen Fällen viel partikularistischer; haben doch in süddeutschen Landtagen geradezu Verhandlungen nach der Richtung hin stattgefunden, dass man der betreffenden Regierung einen Vorwurf gemacht habe, weil sie an die Universitäten norddeutsche Gelehrte berufen habe. Zu einem solchen Partikularismus habe man es in Preussen doch nicht gebracht. In Bezug auf die Doktorprüfung bestehe nicht gleiches Recht, sondern der Doktor sei an den einzelnen Universitäten ein nicht vollkommen gleichwerthiger und die Mühe, welche die preussische Regierung sich bisher gegeben habe, eine Verständigung in dieser Beziehung herbeizuführen, sei bisher auf den energischsten Widerspruch gestossen. Bevor aber jene Bemühungen keinen Erfolg erzielt hätten, würde man der preussischen Regierung einen schlechten Dienst erweisen, wenn ihr das durch die Bestimmung des Gesetzentwurfs gegebene Machtmittel, eine Besserung der Verhältnisse herbeizuführen, aus der Hand genommen werde. Redner bittet deshalb, es bei der Bestimmung des Regierungsentwurfs zu belassen.

Abg. **Saenger** bestreitet, dass der Doktortitel als Ausweis für eine wissenschaftliche Leistung gelten könne; darüber entscheide allein die Staatsprüfung, während jener auch nach Annahme dieses Gesetzes für jeden Arzt eine Dekoration bleibe. Den feinen Unterschied, dass der Kreisphysikus auf einer preussischen Universität den Doktortitel erworben haben müsse, während ihn die anderen Aerzte auf einer deutschen Universität erwerben können, werde das Publikum nun und nimmermehr verstehen, sondern für dieses sei der Doktor von irgend einer deutschen Universität genau so vollwerthig, wie der preussische Doktortitel. Wenn man in einem süddeutschen Landtage der Regierung den Vorwurf des Partikularismus machen könne, so solle man deshalb nicht ähnliche Bestrebungen in Preussen unterstützen, sondern vielmehr dafür sorgen, dass hier derartige Bestrebungen nicht Platz greifen. In den im Jahre 1897 ausgearbeiteten Grundzügen sei die Bedingung, dass der Kreisarzt den preussischen Doktortitel erworben haben müsse, nicht enthalten gewesen, es liege daher kein Grund vor, im Jahre 1899 partikularistischer als im Jahre 1897 zu sein. Schliesslich frägt Redner an, ob die Entscheidung über die Zulässigkeit der auf einer nicht preussischen Universität vom Minister generell oder von Fall zu Fall getroffen werden solle?

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse** erwidert, dass allerdings nach der Fassung der Vorlage die Sache nur so gemacht werden kann, dass die Frage von Fall zu Fall entschieden wird. Seine Ansicht gehe aber dahin, die Entscheidung generell zu treffen, sobald die deutschen Universitäten in Bezug auf die Doktorpromotion unter einen Hut gebracht seien.

Abg. **Saenger** hält die dem Minister durch den §. 2 Abs. 2 gegebene weitgehende diskretionäre Gewalt für ausserordentlich bedenklich in Anbetracht der so wichtigen Beamtenstellung des Kreisarztes. Er bittet deshalb nochmals, wenigstens sein Eventualantrag anzunehmen.

Bei der Abstimmung wurde nach Ablehnung des Antrages Saenger-Langerhans §. 2 nach der Fassung der Kommission angenommen.

§. 3.

Abg. **v. Savigny** ist der Ansicht, dass die Loslösung des Kreisarztes, auch des vollbesolldeten, von der Privatpraxis eine Reihe schwerer Bedenken in sich trage und dass namentlich für bäuerliche Verhältnisse, in denen doch ebenfalls eventuell die Anstellung eines vollbesoldeten Kreisarztes in Aussicht genommen sei, eine solche Loslösung der Privatpraxis die schwersten Unzuträglichkeiten auf die Dauer zur Folge haben könne. Einerseits werde der Kreisarzt, wenn er eine Reihe von Jahren in der Privatpraxis nicht mehr thätig gewesen sei, sicherlich eine Reihe von Eindrücken nicht mehr haben, die durchaus

nothwendig seien, um seine Stellung auf dem Gebiete der Hygiene mit Verständniss bei seiner ländlichen Thätigkeit wahrzunehmen. Anderseits fehlten in ländlichen Bezirken die Autoritäten, welche gern in schwierigen Fällen herangezogen werden, und da sei es der naturgemässe Wunsch, den Kreisarzt zur Konsultation heranzuziehen. Endlich könne ihm sehr leicht der Fall begegnen, dass er unterwegs in einem Nothfalle dringend gebeten werde, Privatpraxis auszuüben. Ihn zu zwingen, sich in solchen Fällen ablehnend zu verhalten, bringe ihn aber in eine ganz unangenehme Lage den Kreiseingesessen gegenüber. Deshalb schlägt Redner vor, den vierten Absatz des §. 3 wie folgt zu fassen:

„Die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis ausser dem Hause mit Ausnahme von dringenden Fällen und von Konsultationen mit anderen Aerzten wird den vollbesoldeten Kreisärzten untersagt. Die Annahme von Nebenämtern kann ihnen gestattet werden."

Durch diese Fassung werde das Prinzip des Verbots nicht verlassen, sondern nur eine Ausnahme von der Regel zugestanden, die für die Praxis auf dem Lande durchaus nothwendig sei. Es werde ausserdem für diejenigen, die überhaupt Bedenken haben, den Kreisarzt zu einem vollbesoldeten hygienischen Beamten zu machen, die Stellungnahme zu §. 3 wesentlich erleichtert, wenn wenigstens in dem einen Punkte die Vermittlung zwischen Praxis und Theorie für den Kreisarzt voll aufrecht erhalten werde.

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner** bemerkt, dass es durchaus im Sinne der Staatsregierung sei, dass diejenigen Aerzte, welche als vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden, in ihrer Heranziehung zu Konsultationen und in ihrer ärztlichen Thätigkeit in dringenden Nothfällen in keiner Weise beeinträchtigt werden. Ausserdem bestehe die Absicht, vollbesoldete Kreisärzte anzustellen, für den Augenblick nur für diejenigen Kreise, grösseren Städte und Industriebezirke, in denen es den Kreisärzten schon jetzt in der That nicht möglich sei, ärztliche Privatpraxis zu treiben. Es werde sich immer mehr herausstellen, dass die Anforderungen, welche auf dem Gebiet der Hygiene an den Kreisarzt gestellt werden, ihn gar keine Zeit zur ärztlichen Privatpraxis überlassen. Es sei aber Werth darauf zu legen, dass die volle Besoldung nicht denjenigen Kreisärzten gewährt werde, welche nach wie vor den Schwerpunkt ihrer Thätigkeit auf die ärztliche Privatpraxis legen. Auch die uneingeschränkte Sprechstundenpraxis vertrage sich mit den dienstlichen Aufgaben eines vollbesoldeten Kreisarztes nicht. Er bitte daher, den Antrag nicht anzunehmen.

Abg. Dr. **Martens** hat für seine Person nichts dagegen einzuwenden, wenn in Ausnahmefällen, also wo ein besonderer Nothfall vorliegt, der vollbesoldete Kreisarzt, dem sonst die Privatpraxis entzogen ist, auch das Recht behält, helfend einzutreten. Er begründet hierauf kurz den von ihm und Dr. Ruegenberg gestellten Antrag:

„Die Kreisärzte sind in der Regel vollbesoldete Staatsbeamte. Als solche beziehen sie ein festes Diensteinkommen u. s. w. wie im §. 3 nach der Kommissionsfassung."

Nach seiner Ansicht werde ein vollbesoldeter Kreisarzt hinreichend beschäftigt sein, ausserdem lasse sein Verhältniss zum Publikum und zu den Aerzten eine derartige Stellung wünschenswerth erscheinen. Die Kommission sei zwar diesem Gedanken in wünschenswerther Weise entgegengekommen, indem sie für besondere Fälle, wo ein Bedürfniss sich nachweisen lasse, die Anstellung eines vollbesoldeten Kreisarztes billige und mit der Zeit werde sich voraussichtlich für die meisten Kreise ein solches Bedürfniss herausstellen, gleichwohl möchte Redner Gewicht darauf legen, dass dies die Regel und nicht die Ausnahme bilde. Es sei dies auch der Wunsch sämmtlicher Medizinalbeamten, dass es so gemacht werde, weil sie glauben, dass dies dem allgemeinen Gesundheitswohl besser diene. Er bitte deshalb möglichst zahlreich dem Antrag zuzustimmen.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse**: M. H.! Ich rathe auf's Dringendste ab, ehe wir weitere Erfahrungen gemacht haben, jetzt den vollbesoldeten Kreisarzt zur Regel zu machen. Zwar gebe ich gern zu, dass im Allgemeinen die freien Aerzte es lieber sehen, wenn sie einen vollbesoldeten Kollegen, der keine Privatpraxis hat, sich gegenüber haben, als einen Kreisarzt, der zugleich ärztliche Privatpraxis treibt und ihnen dadurch gewisse Konkurrenz macht. Das ist ein Gesichtspunkt, dem ich sein Recht gar

nicht absprechen will; aber so durchschlagend ist nach unsern bisherigen Erfahrungen der Gesichtspunkt nicht, dass die anderen entgegenstehenden rationes dubitandi dadurch überwunden würden.

M. H., wenn Sie als Regel den Kreisarzt zum vollbesoldeten Beamten machen, dann müssen Sie seine ganze Stellung zum Landrath ändern. Dann muss er dem Landrath untergeben sein, und zwar viel schärfer untergeben sein als jetzt. Denn sonst laufen Sie Gefahr, dass der Kreisarzt im Kreise herumfährt und in allen medizinalpolizeilichen Dingen den zweiten Landrath spielt; das ist das Verkehrteste, was es geben kann. Das ist nicht blos für den Landrath unerträglich, sondern auch für die Bevölkerung sehr übel, wenn eine falsche Initiative ergriffen wird, wenn der von Rechts wegen berufene Beamte bei Seite geschoben wird und ein anderer Beamter hintritt und sagt: ich bin durch Gesetz berufen, vor dem Landrath diese Bestimmung geltend zu machen. Ich rathe Ihnen auf das Dringendste ab, diesen Weg zu gehen und dadurch die einheitliche Autorität des Landraths zu schädigen.

Wir werden, wo wir sehen, dass ein vollbesoldeter Kreisarzt nöthig ist, zugreifen und vollbesoldete Kreisärzte anstellen. Wo es aber nicht nöthig ist, da soll man das jetzige Verhältniss lassen. Der Kreisarzt selbst und der Landrath werden dabei viel besser stehen, als wenn wir das zur Regel machen. (Bravo! rechts.)

Abg. **Wolff-Gorki** ist der Ansicht, dass es am besten gewesen wäre, wenn es bei der Regierungsvorlage geblieben und der §. 3 überhaupt kein Zusatz in der Kommission erhalten hätte. Seine politischen Freunde seien entschieden dagegen, dass der Kreisphysikus in der Regel ein reiner Staatsbeamter sei. Er müsse vielmehr mit der Privatpraxis verbunden bleiben nnd deshalb stimme Redner dem Antrage des Abg. v. Savigny zu, weil dadurch dem vollbesoldeten Kreisphysikus die Möglichkeit gegeben werde, sich in dringenden Fällen an der Privatpraxis, wenn auch in geringerem Umfange, zu betheiligen.

Abg. **Fritzen** (Borken) erklärt, dass er mit einem Theile seiner politischen Freunde auf dem Standpunkt stehe, welchen eben der Redner der Konservativen ausgeführt habe, und den Antrag des Abg. v. Savigny ebenfalls befürworte. In der Mehrzahl der ländlichen Kreise sei es nicht nothwendig, vollbesoldete Kreisärzte anzustellen, man solle in dieser Weise überhaupt nicht allzu scharf und allzu rasch vorgehen, sondern erst die nöthigen Erfahrungen sammeln. (Bravo! im Centrum.)

Bei der Abstimmung wird der Antrag v. Savigny angenommen, derjenige der Abg. Dr. Martens und Dr. Ruegenberg dagegen abgelehnt.

§. 4.

Abg. **Brütt** bittet in den gemischtsprachigen Bezirken der Provinz Schleswig-Holstein die Bestimmung des §. 4 nicht zur Anwendung zu bringen, sondern den deutschen Kreisarzt zu belassen, auch wenn die Kreise klein seien. Auch hinsichtlich der Provinz Hannover spricht er den Wunsch aus, dass hier ein sehr sparsamer Gebrauch von den Bestimmungen des §. 4 gemacht werde.

Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. **Förster** erklärt, dass der Herr Minister beabsichtige, von der Zusammenlegung kleinerer Kreise zu einem Kreisarztbezirk nur ganz ausnahmsweise Gebrauch zu machen und die Bezirkseintheilung im Grossen und Ganzen bei dem status quo zu belassen. In einzelnen Provinzen, namentlich in Schleswig-Holstein und in der Provinz Hannover gebe es allerdings Physikatsbezirke von ganz minimalem Umfange, von 12000, 15000 und 18000 Einwohnern. Dass alle diese Bezirke bei dem Inkrafttreten des Gesetzes werden erhalten bleiben, könne nicht in Aussicht gestellt werden; denn entscheidend sei in erster Linie das allgemeine Staatsinteresse, das Interesse, dass für die Beamten ein angemessenes Arbeitsgebiet geschaffen werden solle. Bei der Prüfung dieser Frage kämen übrigens auch andere Momente, namentlich die geographische Lage, die Art des Verkehrserwerbs und die Kommunikationsverhältnisse in Betracht und nicht blos die Bevölkerungszahl.

§§. 4 und 4a werden ohne besondere Abstimmung angenommen.

§. 5 Abs. 1.

Abg. Dr. **Martens**: Nach der Begründung des Gesetzentwurfes soll der Kreisarzt in engen Beziehungen zu den Selbstverwaltungskörpern gebracht

werden und nicht allein dem Landrathe, sondern auch dem Kreisausschusse ein ständiger Berather sein. Um dies zu erreichen, soll ihm das Recht eingeräumt werden, an gewissen Sitzungen, zu denen er von dem Landrath oder auf Wunsch des betreffenden Verwaltungskörpers eingeladen ist, mit berathender Stimme theilzunehmen. Dies genüge aber nicht, sondern es müsse in gewissen Fällen, wo es sich um Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege handele, dem Landrathe zur Pflicht gemacht werden, den Kreisarzt hinzuzuziehen, weil sonst die Absicht des Gesetzes vollständig vereitelt werden könnte. Deshalb beantrage er im Verein mit Dr. Ruegenberg folgenden Zusatz zu Abs. 1:

„Der Kreisarzt ist zu denjenigen Verhandlungen des Kreistages und Kreisausschusses hinzuzuziehen, in welchen Gegenstände zur Berathung gelangen, welche die öffentliche Gesundheitspflege betreffen."

Der Zustand verstosse nicht gegen die Grundlagen der Kreisordnung, es solle dadurch nur vermieden werden, dass der Landrath sich eventuell über diejenigen Bestimmungen, die dieses Gesetz schaffe, vollständig hinwegsetzen könne. Das gegen den Antrag schon in der Kommission, wo er mit Stimmengleichheit abgelehnt sei, geltend gemachte Bedenken, dass sich der Begriff, was unter Gegenständen der öffentlichen Gesundheitspflege zu verstehen sei, nicht genau abgrenzen lasse, falle nicht in's Gewicht. Redner bittet daher, dem Antrage möglichst zahlreich zuzustimmen.

Abg. Dr. **Lotichius** schliesst sich den Ausführungen des Vorredners vollständig an und ist der Ansicht, dass es nur im Interesse der Sache liegt, wenn der Kreisarzt bei allen wichtigen Fragen, wo es sich um sanitätspolizeiliche Angelegenheiten handele, an den Berathungen der Selbstverwaltungskörper, des Kreisausschusses und des Kreistages Kraft des Gesetzes theilnimmt und dies nicht dem Belieben des Landraths überlassen bleibt. Sollte der Antrag nicht angenommen werden, dann hofft Redner, dass der Herr Minister des Innern Anweisungen an die Landräthe, also an die Vorsitzenden der Selbstverwaltungskörper, ertheilen werde, in allen wichtigen Fragen, welche die öffentliche Gesundheitspflege betreffen, die Kreisärzte heranzuziehen.

Abg. **Wolff-Gorki** erklärt sich Namens seiner politischen Freunde gegen den Antrag Martens-Ruegenberg und bittet, es lediglich bei der Fassung der Regierungsvorlage zu belassen. Die Hineinziehung des Kreisphysikus in den Kreistag und Kreisausschuss eventuell wider den Willen dieser Behörden bedeute keine Erleichterung, sondern eine Erschwerung der Verhandlung und würde leicht dazu führen, einen Gegensatz zwischen dem Landrathe und Kreisphysikus zu schaffen, wodurch beide Beamten vor dem Kreistage und Kreisausschuss in die übelste Lage gerathen. Die Möglichkeit einer derartigen Kollision dürfe niemals gegeben werden. Diejenigen Kreisausschüsse und Landestheile, die einen Arzt nicht glauben entbehren zu können, könnten sich ja einen solchen hineinwählen; die Bestätigung würde sicherlich nicht versagt werden. Die Betheiligung eines Arztes könne häufig sehr erwünscht sein, aber ein gesetzlicher Zwang dürfe nicht eingeführt werden.

Reg.-Assessor Dr. **Drews**: Von Seiten der Staatsregierung kann ebenfalls nur gebeten werden, dem Antrage Martens-Ruegenberg zu §. 5, Nr. 1 nicht stattzugeben. Der Begriff „Angelegenheiten, welche die öffentliche Gesundheitspflege betreffen", ist, wie auch der Herr Antragsteller Dr. Martens selbst zugegeben hat, ein ausserordentlich flüssiger und unbestimmter. Giebt man nun dem künftigen Kreisarzte das gesetzliche Recht, in Dingen, deren Grenze absolut nicht feststeht, unter allen Umständen bei den Selbstverwaltungsbehörden mit berathender Stimme mitzuwirken, so wird gerade durch diesen unbestimmten Begriff ein Grund gegeben zu Meinungsverschiedenheiten und Reibungen, welche bei der Ausführung des Gesetzes zu unerfreulichen Konsequenzen führen können. Gerade bei der Ausführung dieses Gesetzes wird aber auf die Aufrechterhaltung des guten Verhältnisses zwischen dem Landrath und Kreisphysikus, wie es bisher bestanden hat, ein sehr grosser Werth gelegt werden müssen. Giebt man hier einen neuen Grund, einen neuen Stoff zu Meinungsverschiedenheiten, so kann das der Ausführung der Medizinalreform nur schaden. Wenn sich die Staatsregierung diesem Antrag gegenüber ablehnend verhält, so ist sie deshalb einer Mitwirkung der Kreisärzte in keiner Weise entgegen; sie hat im Gegentheil im Interesse der Entwickelung unseres Medizinalwesens den Wunsch, dass die Kreisärzte in denjenigen Grenzen, welche

nach der Technik der Verwaltung als zulässig anerkannt werden können, in allen gesundheitlichen Fragen mitwirken; sie wird daher bei Erlass der Ausführungsanweisung auch nicht verfehlen, auf diesen Punkt Bedacht zu nehmen um damit eine Mitwirkung der Kreisärzte in Gesundheitsfragen in denjenigen Grenzen, welche sachlich und verwaltungstechnisch zulässig und angemessen sind, herbeizuführen. Die Annahme des Antrages Ruegenberg würde ausserordentlich bedauerlich und vom Standpunkt der inneren Verwaltung aus event. das Schicksal der Vorlage zu gefährden geeignet sein.

Freiherr v. **Zedlitz und Neukirch** ist zwar der Meinung, dass es nicht nur erwünscht, sondern nothwendig ist, dass die Kreisärzte in wichtigeren Angelegenheiten der Gesundheitspflege sowohl in den Kreisausschüssen, als Kreistagen mit berathender Stimme mitwirken, muss sich aber ganz entschieden gegen den Antrag des Herrn Dr. Martens sowohl aus erheblichen praktischen wie grundsätzlichen Gründen aussprechen. Zunächst sei der Antrag, um das Ziel zu erreichen, nicht nothwendig, da es im Wege der Anweisung den Landräthen zur Pflicht gemacht werden könne, bei wichtigeren Angelegenheiten der Gesundheitspflege die Kreisärzte zu den Berathungen der Kreisausschüsse und Kreistage heranzuziehen, während es nur zu leicht zu einer misslichen Stellung des Kreisarztes gegenüber dem Landrath einerseits und gegenüber den Selbstverwaltungsorganen des Kreises andererseits führen könne, wenn er von Gesetzeswegen, und ohne eingeladen zu sein, den betreffenden Ausschusssitzungen und Berathungen der Körperschaften ganz nach seinem eigenen Ermessen beiwohnen wollte. Ausserdem würde aber durch eine derartige Bestimmung eine ganz abnorme Stellung des Kreisarztes gegenüber allen übrigen technischen Beiräthen der Regierung konstruirt werden. Alle übrigen Techniker, die Baubeamten u. s. w. können mit berathender Stimme zu den Sitzungen der Kreisausschüsse und Kreistage herangezogen werden; ihnen könne aber ein solches gesetzliches Recht, wie es hier für die Kreisärzte in Aussicht genommen sei, nicht beigelegt werden. Es würde also eine völlige Disparität zwischen Beamtenklassen, die ihrer Natur nach in derselben Weise berathen, und damit eine vollkommene Anomalie geschaffen werden, die in unsere Verwaltungsgesetzgebung hineinzutragen, höchst bedenklich sein würde. Redner bittet daher im Interesse der Sache und der Kreisärzte selbst den Antrag Dr. Martens abzulehnen. (Bravo! bei den Freikonservativen.)

Abg. Dr. **Martens** betont gegenüber dem Abg. Wolff-Gorki, dass er sich gerade als langjähriges Mitglied eines Kreisausschusses davon überzeugt habe, wie wünschenswerth die Mitwirkung eines ärztlichen Mitgliedes, vor allen Dingen des beamteten Arztes des Kreises, im Kreisausschuss sei. Im Uebrigen könnten die vom Abg. v. Zedlitz eingebrachten Gründe ihn keineswegs bewegen, auf die Beibehaltung seines Antrages zu verzichten; ob dieser durch eine Ministerialanweisung ersetzt werden könne, lasse sich vorläufig nicht übersehen.

Bei der Abstimmung wird der Antrag der Abg. Dr. Martens und Ruegenberg abgelehnt und Abs. 1 des §. 5 in der Fassung der Regierungsvorlage angenommen.

§. 5 Abs. 2.

Abg. Dr. **Ruegenberg**: Die Ziffer 2 des §. 5 scheint mir so recht eigentlich der Prüfstein zu sein, ob das amtliche Verhältniss zwischen Kreisarzt und Behörde in Zukunft auf gegenseitigem Vertrauen beruhen und deshalb fruchtbringend sein wird oder nicht. Der Verlauf der Verhandlungen in der Kommission hat meine Erwartungen in dieser Beziehung sehr herabgedrückt. Auf der einen Seite ist im Gesetz zu lesen, dass der Kreisarzt die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises aus eigener Anschauung beobachten soll, und die Motive sagen weiter, dass zur Beseitigung des beschränkten Masses von Bewegungsfreiheit es geboten ist, dem Kreisarzt die Ermächtigung zu ertheilen, unabhängig von der Requisition der Behörden sich über die sanitären Verhältnisse zu informiren. Der Herr Vertreter des Herrn Finanzministers hat aber in der Kommission erklärt, dass der Kreisarzt, wie vor ihm der Kreisphysikus, zu Reisen auf Staatskosten, abgesehen von den Nothfällen des §. 7, stets eines besonderen Auftrages bedürfe.

Nun ist ja in der Kommission ein Vermittelungsantrag durchgegangen, wonach gemäss seiner Dienstanweisung der Kreisarzt auch ohne Auftrag seinen Kreis solle bereisen dürfen. Aber wenn die Auffassung des Vertreters des

Finanzministers für eine zu erlassende Dienstinstruktion massgebend sein wird, so bleibt eigentlich doch alles beim Alten; die Thätigkeit des künftigen Kreisarztes wird eine mangelhafte bleiben, weil seine Information eine mangelhafte bleibt. Man dürfe doch auch nicht vergessen, dass Dienstinstruktionen abgeändert werden können, dass auf einen wohlwollenden Minister auch einmal ein weniger wohlwollender folgen kann, und ich erinnere in dieser Beziehung, weil es dieselbe Materie betrifft, an eine Ministerialverfügung vom 15. Juli 1846, wo den Regierungspräsidenten aufgegeben wurde, „die Vervielfältigung der Reisen der Kreisphysiker bei ausbrechenden ansteckenden Krankheiten möglichst einzustellen". Danach ist auch gar nicht ausgeschlossen, dass eine spätere Dienstinstruktion in der Zukunft das freie Reisen des Kreisphysikus wieder möglichst einschränkt. Ich möchte deshalb zum Schluss Ihnen nur die Worte der Denkschrift wiederholen, die im Medizinalministerium im Jahre 1897 ausgearbeitet wurde, worin es heisst:

> Neben dem Mangel der Vorbildung sind das beschränkte Mass von Bewegungsfreiheit und die durch die Privatpraxis bedingte Abhängigkeit vom Publikum die hauptsächlichsten Hindernisse einer erfolgreichen Wirksamkeit der heutigen Physici auf dem Gebiete des Sanitätswesens. Soll hier Wandel geschaffen werden, so bedarf es der Schaffung eines Organs, welches seine Zeit und seine Arbeitskraft ausschliesslich der Erhaltung und Ausführung widmet und die Vollmacht besitzt, unabhängig von der der Behörden, sich über die sanitären Verhältnisse des Bezirks zu informiren.

M. H., es erübrigt mir, an Sie die Bitte zu stellen, den Auffassungen der Denkschrift wenigstens in dem letzten Satze beizutreten und unserem Antrage: die Worte „nach Massgabe der ministeriellen Geschäftsanweisung" zu streichen, zuzustimmen. (Bravo! in der Mitte.)

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster**: M. H.! Sie haben bereits aus dem Munde des Herrn Ministers gehört, dass die Königliche Staatsregierung sich mit den Kommissionsbeschlüssen zu §. 5 Nr. 2 einverstanden erklärt hat. Wenn nun jetzt seitens der Abgeordneten Dr. Ruegenberg und Dr. Martens beantragt ist, die Worte „nach Massgabe der ministeriellen Geschäftsanweisung" aus dem Zusatze zu streichen, so kann ich Sie nur bitten, diesem Antrage nicht stattzugeben, und zwar aus den Gründen, weil die Streichung zweifellos das Missverständniss hervorrufen würde, als ob nunmehr der Kreisarzt mit absoluter Reisefreiheit ausgestattet werden solle. Davon kann selbstverständlich keine Rede sein. Eine absolute Reisefreiheit haben wir bei keiner Beamtenkategorie; wir wollen sie auch beim Kreisarzt nicht haben, und sie ist hier umsoweniger angebracht, als er ein Recht auf Privatpraxis hat und bei Annahme des Antrags die Gefahr einer Verquickung seiner privatärztlichen Geschäfte mit den amtlichen Dienstreisen nicht ausgeschlossen sein würde.

Es muss die Staatsregierung sich das Recht vorbehalten, in der zu erlassenden Geschäftsanweisung allgemeine Normativbestimmungen zu erlassen, welche des Näheren sowohl die Grenzen, als auch den Umfang des Reisens regeln und die Voraussetzungen festsetzen, welche zu beobachten sind, wenn der Arzt in seinem Kreise herumreist. Ich darf z. B. an den Erlass einer Bestimmung erinnern, welche dem Kreisarzt die Verpflichtung auferlegt, jeden Ort seines Bezirks innerhalb eines gewissen Zeitraums mindestens ein Mal anzusehen und auf seine gesundheitlichen Verhältnisse hin zu untersuchen.

In einem Punkte kann ich den Herrn Vorredner beruhigen. Wenn jetzt durch Gesetz das bisher bestehende Erforderniss des besonderen Auftrags beseitigt ist, dann ist es als ausgeschlossen zu betrachten, dass dieses Erforderniss nachher im Wege der Geschäftsanweisung mittelbar oder in irgend einer latenten oder versteckten Weise wieder zur Einführung gebracht werden könnte.

Abg. **Wolff-Gorki** beantragt Namens seiner politischen Freunde, es bei der Regierungsvorlage zu belassen und den Zusatz der Kommission zu §. 5 Nr. 2 zu streichen, da es nicht angängig sei, einem Kreisarzt eine gesetzliche Reisefreiheit zu garantiren. Der Zusatz, den die Kommission gemacht hat, sei vollkommen überflüssig; denn bereits nach §. 17 des Gesetzes wird den Ressortministern die Befugniss ertheilt, die zur Ausführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen zu erlassen. Das genüge völlig und gebe den Ressortministern die nöthige Handhabe, dasjenige bezüglich der Reisen der Kreisphysici anzu-

ordnen, was nöthig ist. Dies noch besonders hier im §. 5 zum Ausdrucke zu bringen, scheine um so überflüssiger, da die Herren Kreisphysiker in Zukunft vielleicht doch daraus irgend ein sogenanntes Recht auf Reisen herleiten möchten. Er bitte deshalb, es lediglich bei der Fassung der Regierungsvorlage zu belassen.

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf ist an und für sich der Ansicht, dass die Bestimmungen des §. 5 Nr. 2 und 4 nicht in das Gesetz, sondern in die Instruktion gehören. Wenn die Mehrheit aber Werth darauf lege, dass sie im Gesetze verbleiben, dann empfehle er statt „beobachten" „kennen zu lernen" zu sagen. (Bravo!)

Abg. v. **Savigny** bittet, dem Antrag Wolff-Gorki gemäss, den der Regierungsvorlage hinzugefügten Schlusspassus zu streichen. Eine unbeschränkte Reisefreiheit könne dem Kreisphysikus nicht gewährt werden, die Frage werde überhaupt besser durch eine generelle Instruktion geregelt. Es handele sich nur darum, den Kreis der Nothwendigkeit von Dienstreisen ein wenig für die Zukunft zu erweitern, dann werde dem Bedürfniss vollständig genügt. Der neue Kreisarzt erhalte dadurch, dass er den Gesundheitskommissionen überall angehöre, deren Sitzungen beiwohnen und sogar das Recht in einem späteren Paragraphen ertheilt bekommen soll, die Sitzungen derselben zusammenzuberufen, ganz von selbst den Anlass, im Kreise herumzureisen und unterwegs und an dem Ort, wo die Sitzungen stattfinden, über die Verhältnisse sich zu informiren.

Abg. Freiherr v. **Zedlitz und Neukirch** bittet die vom Abg. Kirsch vorgeschlagene redaktionelle Verbesserung anzunehmen, im Uebrigen es aber bei dem Kommissionsvorschlage zu belassen, der die richtige Mitte halte. Unbedingt wünschenswerth sei es, in Form von Gesetzesvorschrift klarzustellen, dass die Kreisphysiker in weiterem Masse als es bisher geschehen ist, in den Kreis fahren und sich von den Gesundheitsverhältnissen des Kreises unterrichten sollen; dies sei zweckmässig im Interesse der Erhaltung der Gesundheit unseres Landes. Er bitte deshalb, den Kommissionszusatz aufrecht zu erhalten. (Bravo!)

Abg. **Im Walle** bittet ebenfalls, es bei dem Kommissionsantrage zu belassen, der auf einem Kompromiss gegen weitergehende Anforderungen beruhe. Es sei eigenthümlich, dass man sich gerade gegen diesen Absatz 2 besonders wehre und gegen diese kleine Erweiterung der Befugnisse des Kreisarztes Opposition mache. Wenn man aber dem Kreisarzt die Pflicht auflege, sich um die Verhältnisse seines Kreises in besonderer Weise zu bekümmern, dann müsse man ihm auch das Recht einräumen, seinen Kreis zu besichtigen. Er bitte deshalb den Antrag Kirsch anzunehmen, im Uebrigen aber bei der Kommissionsvorlage zu beharren. (Bravo! im Zentrum.)

Abg. Dr. **Martens** bedauert ausserordentlich, dass eine so grosse Anzahl von gewichtigen Stimmen sich gegen seinen Antrag erhoben habe, während alle seine politischen Freunde die von ihm vorgeschlagene Bestimmung für eine so wichtige halten, dass höchstwahrscheinlich die Mehrzahl derselben ihre endgültige Zustimmung zu dem Gesetze davon abhängig machen werde. Wenn der Kreisarzt Schäden in seinem Bezirke abstellen solle, müsse er darüber unterrichtet sein und auch unabhängig von bestimmten Anweisungen den Bezirk bereisen können. Wie aber später die Anweisung ausfallen werde, könne man nicht wissen. Denn dass z. B. der Kreisarzt nur einmal im Jahre jeden Ort seines Bezirkes besuchen solle, genüge nicht, um sich über die sanitären Verhältnisse zu unterrichten. Wie solle der Kreisarzt, wenn Gefahr im Verzuge sei, Massregeln treffen können, wenn er nicht befugt sei, sich über die Uebelstände zu unterrichten. Das sei ganz undenkbar. Wenn die vorgeschlagene Bestimmung zu §. 5 nicht angenommen werde, dann sei der §. 7, auf den man das allergrösste Gewicht legen müsse, vollständig illusorisch. Redner bittet deshalb, seinen Antrag anzunehmen; den Antrag des Abg. Kirsch halte er ebenfalls für eine Verbesserung und werde ihm zustimmen.

Den Abg. Graf **zu Limburg-Stirum** lässt es kalt, wenn der Abg. Martens bei Ablehnung seines Antrages gegen das Gesetz stimmen werde. Das Gesetz sei von des Vorredners politischen Freunden angeregt, während des Redners Fraktion der Meinung sei, es würde auch ohne das Gesetz gehen. (Aha! links; sehr richtig! rechts.) Der gestellte Antrag würde den Kreisarzt in einer den ganzen Beamtenverhältnissen unzulässigen Weise hinstellen. Es gebe keinen

Beamten, der nicht nach den Befehlen seiner Vorgesetzten zu handeln, seine Massnahmen danach zu treffen habe. Die Antragsteller wollen aber den Herrn Kreisarzt so stellen, dass kein Mensch ihm etwas zu befehlen habe, wie oft er reisen dürfe. Es werde hier immer der ideale Kreisarzt vorgeführt, der nur aus rein idealen Gesichtspunkten seine Reisen mache, es gebe aber auch nicht so ideal veranlagte Menschen, bei denen die Liquidationen eine sehr üble Rolle spielten (Heiterkeit). Deshalb erachte er den Kommissionszusatz in Nr. 2 des §. 5 für überflüssig; es genüge vollständig, wenn der Kreisarzt seine Reisen im Auftrage mache. Der Minister und der Regierungspräsident würden schon dafür sorgen, dass er die richtigen Aufträge bekomme und überall hinkomme; aber dass jeder Kreisarzt nach seinem Belieben herumreisen könne, hält Redner für einen ganz üblen Zustand. (Sehr richtig! rechts.) Er möchte daher dringend vorschlagen, den Zusatz der Kommission abzulehnen. Wenn der Kreisarzt ganz ohne jede Weisung dastehen soll, dann würde er das Gesetz ablehnen. (Bravo! rechts.)

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse**: M. H., ich möchte nur noch ganz kurz die Stellung der Regierung zu dieser Frage nochmals darlegen. Wir sehen in den grossgedruckten Worten der Beschlüsse der Kommission den Ausdruck eines Kompromisses, dem wir haben zustimmen können mit Rücksicht darauf, dass die Worte „nach Massgabe der ministeriellen Geschäftsanweisung" eingeschoben werden. Wenn diese Worte gestrichen werden, so ist für die Regierung dieser Paragraph und, wie ich fürchte, die ganze Vorlage unannehmbar. Denn, m. H., so etwas giebt es im ganzen preussischen Staate nicht mehr, dass man einen Beamten so gestellt hätte. Es kommt hier noch eine Gefahr dazu, nämlich, dass der Kreisarzt mit dieser vollen Freiheit im Kreise zu reisen, wie er will, sich in einen Gegensatz zum Landrath zu stellen, gewissermassen exzitirt wird. Dem können wir nicht beistimmen. Im Kreise muss der Landrath auch für medizinal-polizeiliche Angelegenheiten die entscheidende und verantwortliche Autorität sein und bleiben. Das ist eine dringende Nothwendigkeit und für die Regierung die Voraussetzung, unter der sie dieses Gesetz gemacht hat.

Ich bitte Sie also dringend, davon Abstand zu nehmen, die Worte „nach Massgabe der ministeriellen Geschäftsanweisung", dieses Mittel, mit dem wir wenigstens noch eingreifen können, zu streichen. (Bravo! rechts.)

Bei der Abstimmung wird der Antrag des Abg. Kirsch: in Ziffer 2 statt „zu beobachten" zu sagen: „kennen zu lernen", angenommen, der Antrag der Abgg. Dr. Martens und Dr. Ruegenberg abgelehnt und die Worte „nach Massgabe der ministeriellen Geschäftsanweisung" zunächst aufrecht gehalten, schliesslich aber der ganze Kommissionszusatz abgelehnt und der §. 5 Abs. 2 in der ursprünglichen Fassung der Regierungsvorlage angenommen.

§. 5 Abs. 3.

wird ohne Diskussion angenommen.

§. 5 Abs. 4.

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf beantragt, statt „betheiligten" Behörden „zuständigen" zu sagen und das Wort „neue" zu streichen, da der Kreisarzt nicht bloss neue, sondern bewährte Massnahmen in Anregung bringen soll.

Bei der Abstimmung werden beide Anträge angenommen.

§. 6.

Abg. v. **Savigny** beantragt: „in Absatz 1 die Worte „und sonstigen allgemeinen Anordnungen" und in Absatz 2 die Worte „oder Anordnung" zu streichen", um den Landrath nicht unter die Kontrole einer ganz neu zu schaffenden Instanz zu stellen. Der Begriff „Anordnungen, welche das Gesundheitswesen betreffen", sei so dehnbar, dass er gar nicht fest begrenzt werden könne. Dass dem Landrath oder der Ortspolizeibehörde durch das Wort „soll" die strenge Bedingung auferlegt werde, den Kreisarzt vorher zu hören, bedinge eine ganz ausserordentliche Belastung der Behörde und führe dazu, dass, wenn der Kreisarzt die Tendenz habe, seine Machtbefugnisse auszudehnen und anzuwenden — was einem eifrigen Kreisarzt gar nicht übel genommen werden könne —, derselbe sich darüber beschweren werde, wenn er bei irgend welchen

Anordnungen nicht gehört worden sei. Es entstehe dann eine solche Summe von Schreibwerk bei den Behörden, die gar nicht im Verhältniss stehe zu dem was dabei erreicht werde. Von dem Landrath und der Ortspolizei könne vorausgesetzt werden, dass sie in Fragen der Gesundheitspflege von selbst den Kreisarzt anhören werden, und sich, um ihre Verantwortung nach aussen hin zu decken, vorher seine Sachkenntniss zu Nutze machen. Die Bestimmung sei also ganz unnöthig und überflüssig. Redner bittet die Worte zu streichen, um den Landrath in seiner bisherigen Stellung zu erhalten und eine ganz unnöthige Vermehrung des Schreibwerks zu vermeiden.

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster**: Man kann ja ohne Weiteres anerkennen, dass die ganze Vorschrift in §. 6 vorwiegend einen instruktionellen Charakter hat und streng genommen nicht in das Gesetz gehört. Aber immerhin legt die Staatsregierrng Werth darauf, dass diese Bestimmung gesetzlich festgelegt wird. Sie hält es auch für wünschenswerth, dass die Anhörung des Kreisarztes nicht bloss bei den erheblichsten sanitätspolizeilichen Akten, bei dem Erlass von Polizeiverordnungen, sondern auch bei dem Erlasse allgemeiner Anordnungen sanitärer Natur, z. B. bei Belehrungen des Publikums, einzutreten hat. Ich möchte Sie hiernach bitten, es bei der Regierungsvorlage zu belassen.

Abg. **Winckler** befürwortet den Antrag des Abg. v. Savigny. Das Verhältniss zwischen dem Landrath und dem Kreisarzt werde dadurch besser gesichert und manche Unzuträglichkeit und Schwierigkeit von vornherein abgeschnitten. Dass der Kreisarzt auch zuvor bei allgemeinen Anordnungen gehört werde, lasse sich vollständig im Wege der allgemeinen Instruktion erreichen, dazu brauche es aber keiner gesetzlichen Vorschrift.

Abg. Dr. **Martens** bittet, die betreffenden Worte beizubehalten. Nicht mit Rücksicht auf den Landrath sei diese Bestimmung getroffen, sondern im allgemeinen öffentlichen Interesse, damit der Kreisarzt bei allen Fragen, die das Gesundheitswesen betreffen, nicht bloss bei Polizeiverordnungen, gehört werde.

Abg. **Im Walle** schliesst sich dem Vorredner an. Nach seinem Dafürhalten bestehe darin gerade ein wesentlicher Fortschritt, dass ein zur Beurtheilung der sanitären Verhältnisse kompetenter Mann bei allen Anordnungen, welche der Landrath erlässt, gehört werde. Er achte und schätze den Landrath sehr, aber ob er nun gerade der geeignete Mann sei, überall dort, wo es sich um sanitäre Anordnungen handelt, das Richtige zu treffen, müsse er bezweifeln; da soll ihm der Kreisarzt als Sachverständiger zur Seite gestellt werden. Er halte es deshalb für eine grosse Errungenschaft, dass dies im Gesetze bestimmt sei und würde die Streichung dieser Bestimmung ausserordentlich bedauern.

Abg. **Frhr. v. Zedlitz u. Neukirch** hält es zwar selbstverständlich für nothwendig, dass der Landrath sich bei allen allgemeinen Anordnungen und Polizeiverordnungen des kreisärztlichen Beirathes bedient, ist aber der Meinung, dass diese Bestimmung wohl aus dem Regierungsentwurfe hätte wegbleiben können und eine ministerielle Anweisung genüge. Nachdem sie aber einmal in dem Entwurfe stehe und sich die Kommission mit dem Beschluss einverstanden erklärt hat, empfehle es sich, sie zu streichen, weil daraus die Meinung erstehen könne, dass der Landrath sich des Kreisarztes als Beirath beim Erlass der allgemeinen Anordnungen nicht bedienen solle. (Sehr richtig!) Zur Vermeidung von Missverständnissen und um die Stellung des Kreisarztes sicher zu stellen, sei er daher für die Beibehaltung des §. 6.

Abg. v. **Savigny** begründet nochmals seinen Antrag. Bei Polizeiverordnungen müsse er allerdings vorher gehört werden; denn wenn diese gesetzliche Bestimmung nicht innegehalten werde, so würden jene vom Richter wahrscheinlich für ungültig angesehen werden. Aber eine gesetzliche Pflicht, auch für sonstige allgemeine Anordnungen aufzuerlegen, halte er für überflüssig.

Abg. **Im Walle** betont, dass das Anhören des Kreisarztes als Bedingung für die Gültigkeit der Polizeiverordnung nicht nothwendig sei, sobald diese nach den Bestimmungen der zuständigen Gesetze ordnungsmässig zu Stande gekommen sei. Im Uebrigen habe der Antragsteller jetzt selbst zugegeben, dass die Worte „sonstige allgemeine Anordnungen, welche das Gesundheitswesen betreffen“ doch eine schwerwiegende Bedeutung haben. Gerade im Interesse der Kreiseingesessenen läge es, dass der Landrath von seinem Rechte,

wichtige allgemeine Anordnungen zu treffen, erst Gebrauch mache, nachdem er den sachverständigen Kreisarzt gehört habe. Das Gesetz werde eben nicht für den Landrath, sondern für die Bewohner des Kreises gemacht (Sehr richtig!) und würden entschieden mehr gesichert, wenn vorher der Kreisarzt gehört werde, ob die Anordnungen richtig und sachgemäss seien.

Bei der Abstimmung wurde der Antrag des Abg. v. Savigny abgelehnt und §. 6 unverändert angenommen.

§. 7.

Abg. v. Savigny hat gegen §. 7 sehr schwerwiegende Bedenken und glaubt, dass es sehr störend sei für die Zuständigkeitsfragen zwischen den einzelnen Instanzen, den Gemeindevorstand aus seiner gesetzlichen Zuständigkeit auszulösen und den Anordnungen einer ganz neuen Instanz, die im Uebrigen ihm gegenüber nichts anzuordnen habe, zu unterstellen. Der Begriff: „Gefahr im Verzuge" sei ausserdem sehr leicht zu konstruiren, desgleichen die Voraussetzung: „wenn ein vorheriges Benehmen mit der Ortspolizeibehörde nicht angängig ist". Redner bemängelt weiter, dass nach der Fassung des Paragraphen über die zuständige Behörde, welche die vorläufige Anordnung zu bestätigen hat, der Regierungspräsident als vorgesetzte Behörde des Kreisarztes verstanden werden könnte. Jedenfalls könne eine auf Grund von §. 7 getroffene falsche Anordnung von schwerwiegender und schädlicher Bedeutung sein.

In den Kreisen der ländlichen Bevölkerung herrsche daher eine grosse Besorgniss, dass aus der Ausführung dieses Gesetzes für sie grosse Lasten pekuniärer Art und weitgehende Belästigungen persönlicher Art erwachsen könnten, namentlich durch Absatz 4, den Redner unter allen Umständen zu streichen bittet. Hier werde dem Kreisarzt aus dem Rahmen der polizeilichen Behörden heraus eine Strafbefugniss beigelegt, wenn Jemand seinen Anordnungen nicht entspricht. Es frage sich aber, ob die jetzt im Amt befindlichen Kreisärzte, welche die Vorschule, die besonders §. 2 für die Befähigung vorsehe, nicht durchgemacht haben, bereits in der Lage seien, solche durchgreifenden und unter Umständen schwer ausführbaren Anordnungen derart sicher zu treffen, dass dieselben Anordnungen ohne Weiteres unter den Schutz einer hohen Geldstrafe gestellt werden könnten. Eine solche Bestimmung bleibe besser der Zukunft vorbehalten, zur Zeit hält es Redner für überflüssig, dem Kreisarzt eine polizeiliche Funktion zuzuweisen.

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner**: M. H., gegenüber den Ausführungen des Herrn v. Savigny gestatte ich mir zu bemerken, dass diese sehr beschränkten Machtbefugnisse, welche durch den §. 7 der Vorlage dem Kreisarzt übergeben werden sollen, für die Durchführung der Bekämpfung der Infektionskrankheiten völlig unentbehrlich sind. (Hört, hört! im Zentrum.) Ich möchte darauf hinweisen, dass es bei gewissen gemeingefährlichen Krankheiten, namentlich der Cholera, der Pest, den Pocken, der Diphtherie, aber auch bei anderen Zuständen — ich erinnere nur an die nicht seltenen Fälle von Fleischvergiftung, Trichinose u. drgl — unbedingt nothwendig ist, dass der beamtete Arzt, dessen Aufgabe die Bekämpfung derartiger Unglücksfälle ist, zur Verhütung unmittelbarer Gefahren für die öffentliche Gesundheit sofort eingreifen kann, ohne erst genöthigt zu sein, sich der Zustimmung des Landraths resp. der Ortspolizeibehörde zu versichern, weil hierdurch unter Umständen der allerbedenklichste Zeitverlust entstehen kann.

Ich darf weiter bemerken, dass diese geringen Machtbefugnisse, welche wir hier dem Kreisarzt bezüglich der menschlichen Verhältnisse übertragen wollen, durch das Reichsviehseuchengesetz bereits den Kreisthierärzten für Viehseuchen übertragen worden sind; sie sind dort als nothwendig anerkannt worden und haben bisher zu keinerlei Nachtheilen geführt. Es ist daher nicht einzusehen, warum wir zur Bekämpfung menschlicher Krankheiten nicht in der gleichen Weise vorgehen sollen.

Was die Bemerkung des Herrn Abg. v. Savigny betrifft, dass die jetzigen Kreisärzte nach ihrer Vorbildung nicht in der Lage sind, diesen Anforderungen an ihr Taktgefühl und an ihr Wissen zu genügen, so kann ich der Wahrheit gemäss bezeugen, dass dieser Vorwurf nicht zutrifft. Im Gegentheil! Obwohl der Herr Minister die Absicht hat, die forderungen an die Vorbildung der Kreisärzte durch Verschärfung der Prüfungs-

vorschriften zu steigern und ihre Weiterbildung durch Fortbildungskurse zu fördern, so kann man doch nur anerkennen, dass die überwiegende Mehrzahl auch der jetzigen Kreisphysiker auf der Höhe der Zeit steht und den Aufgaben voll gewachsen ist.

Sollte aber ausnahmsweise der Kreisarzt eine unzweckmässige oder überflüssige Anordnung getroffen haben, so ist ja der Landrath und die Ortspolizeibehörde in der Lage, dieselbe in kürzester Frist wieder aufzuheben, da sie unverzüglich Meldung davon erhalten müssen. Ich bitte Sie daher, m. H., auf das Dringendste, dem §. 7 Ihre Zustimmung nicht zu versagen. Es würde dadurch dem Herrn Minister eine Waffe gegenüber den Infektionskrankheiten aus der Hand genommen, ohne die er die Verantwortung nicht dafür übernehmen könnte, welche mit der Bekämpfung der grossen Infektionskrankheiten verbunden ist. §. 7 ist der Kern und das Rückgrat der ganzen Vorlage, ohne welche sie ihren Zweck, die Gesundheit in Stadt und Land zu fördern, nicht erfüllen kann.

Abg. **Frhr. v. Zedlitz u. Neukirch** betont, dass ähnliche Bestimmungen, wie im §. 7 auch auf anderem Gebiete, z. B. im hannoverschen Wassergesetze bestehen; sie seien hier, wo es sich unter Umständen ähnlich wie bei Wassergefahr um den im ersten Moment vorzunehmenden Schritt der Abwehr handele, dringend nöthig, wenn die richtige Zeit nicht versäumt werden soll. Redner bittet, den §. 7 nach dem Kommissionsvorschlage anzunehmen.

Abg. Dr. **Martens** theilt die Befürchtungen des Herrrn v. Savigny in keiner Weise und hält diese Bestimmung des §. 7 für absolut nothwendig. Dass dadurch einzelnen Orten und einzelnen Einwohnern pekuniäre Lasten auferlegt werden könnten, stehe nicht zu befürchten, da von jeder Anordnung sofort der Ortspolizeibehörde und dem Landrath Mittheilung gemacht werden müsse und der Landrath das Recht habe, die Verfügung zu anulliren. Unter zuständiger Behörde sei übrigens der Landrath eventuell die Ortspolizeibehörde zu verstehen. Redner bittet, den §. 7 unter allen Umständen beizubehalten.

Abg. **v. Savigny** macht darauf aufmerksam, dass der Kreisarzt von einer ansteckenden Krankheit erst durch die Anzeige des behandelnden Arztes erfährt, diese aber nicht direkt, sondern durch die Hand der Ortspolizeibehörde an ihn gelange. Die Ortspolizeibehürde habe daher schon vorher Anordnungen getroffen nach Massgabe der bestehenden Anweisungen, so dass der Kreisarzt für den vorgesehenen Fall von Gefahr im Verzuge gar nicht dazu komme, nachträglich noch etwas Besseres anzuordnen. Auch seien die Verbindungen im grössten Theil der Monarchie derart gut, dass es eine Kleinigkeit sei, die Zustimmung der Ortspolizeibehörden oder des Landraths zu den betreffenden Anordnungen sofort einzuholen und letztere unter deren Autorität zu stellen und nicht unter diejenige des Kreisarztes. Für den äusserst seltenen Fall, dass der Kreisarzt auf seinen Dienstreisen zufällig den Ausbruch einer ansteckenden Krankheit erfahre, sei die Bestimmung nicht nöthig. Auch würde der Kreisarzt bei Verhängung von Geldstrafen höchst missliebig bei der Kreisbevölkerung werden und von dieser nicht mehr als verständiger Berather in Gesundheitssachen, sondern als Polizeibeamter angesehen. Das werde aber seiner Stellung in keiner Weise förderlich sein. Keinesfalls dürfe der Kreisarzt Anordnungen treffen, die mit den allgemeinen ministeriellen, auf den besten medizinischen Autoritäten und deren Gutachten beruhenden Anweisungen in Widerspruch stehen, sondern sich in solchem Falle mit den Behörden zuvor in's Einvernehmen setzen müssen.

Abg. Graf **zu Limburg-Stirum** hält die Ausführungen des Vorredners für sehr beachtenswerth und sieht nicht ein, warum man hier dem Kreisarzt eine exzeptionelle Stellung geben soll. Dieselbe sei nicht nothwendig; es bedeute auch eine Herabsetzung der Stellung der Ortspolizeibehörde, wenn sie dem Kreisarzt blind gehorchen soll. Redner kann sich wohl den Fall denken, dass er als Amtsvorsteher das, was ihm der Kreisarzt sage, nach seinen Erfahrungen für unnöthig halte; und sieht nicht ein, warum er dann gehorchen soll. (Sehr richtig!)

Abg. Dr. **Ruegenberg** bemerkt, dass bei den vorzüglichen heutigen Verbindungen der Kreisarzt nur in seltenen Fällen in die Lage kommen werde, von den Befugnissen des §. 7 Gebrauch zu machen, aber gleichwohl müsse für ein so selten eintretendes Ereigniss im Gesetze eine Bestimmung getroffen werden; denn in einem einzigen dieser seltenen Fälle könne durch Unterlassen

des selbstständigen Eingreifens des Kreisarztes eine Epidemie entstehen und dutzendweise Menschen Krankheit und Tod bringen. Ob das nun in 10 Jahren nur ein Mal oder 10 Mal in einem Jahre eintrete, sei gleichgültig. Die Bestimmung im §. 7 sei absolut kein Novum, denn dieselbe Bestimmung sei bereits in dem preussischen Gesetz, betreffend die Abwehr und Unterdrückung von Viehseuchen vom 25. Juni 1875, vorgesehen. Nun, was für Thiere gelte, gelte schliesslich doch auch für Menschen, die doch auch des Schutzes bedürftig seien. (Sehr richtig!) Auch der nicht zur Verabschiedung gelangte Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten für das Reich, enthalte dieselbe Bestimmung. Man solle daher nicht da, wo es sich um den Schutz, um das Leben und die Gesundheit von Menschen handele, einer Empfindlichkeit der landräthlichen Behörden Rechnung tragen. (Sehr gut! im Zentrum.)

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner** bittet nochmals ausdrücklich auf das Dringendste, es bei dem Wortlaut im §. 7 der Vorlage zu belassen. Es sei allerdings richtig, dass nach dem Regulativ von 1835 die Meldungen von ansteckenden Krankheiten zunächst an die Ortspolizeibehörden gehen, und dass sie von hier aus erst an den Kreisarzt weitergegeben werden. Allein diese Bestimmung habe sich gegenüber den grossen Volksseuchen als sehr unzweckmässig erwiesen; desshalb sei bei der Choleraepidemie von 1892 allgemein angeordnet, dass die Meldungen von Cholerafällen gleichzeitig an den Kreisphysikus erstattet werden sollen. Wenn wieder eine solche Gefahr hereinbräche, wenn die Cholera, die Pest oder eine ähnliche schwere Epidemie eintreten würde, würde sofort eine ähnliche Bestimmung getroffen werden. Die Bestimmungen des Regulativs von 1835 seien ausserdem nach allseitiger Ansicht nicht mehr ausreichend; deshalb sei in der Kommission auch eine Resolution angenommen worden, nach welcher das genannte Regulativ durch ein Reichsseuchengesetz oder ein preussisches Nothseuchengesetz ersetzt werden solle. Die Befugniss, nach welcher der Kreisarzt selbstständig Bestimmungen treffen können soll, bleibe ferner nur auf die äussersten Nothfälle beschränkt. Wie ausserordentlich nothwendig, wie ganz unentbehrlich sie aber sei, beweise z. B., dass die ersten Cholerafälle in Hamburg im Jahre 1892 nicht in Hamburg, sondern im Hafen von Altona aufgefunden worden seien und zwar vom damaligen Stabsarzt Dr. Weisser, der sie zusammen mit dem zuständigen Kreisphysikus Dr. Wallichs feststellte und meldete. Der Kreisphysikus habe aber seinerseits unverzüglich die erforderlichen Anordnungen, ohne erst ängstlich nach seiner gesetzlichen Kompetenz dazu zu fragen, getroffen, und kein Mensch habe darin etwas gefunden, sondern es als gut und sachgemäss anerkannt. Ein solches Vorgehen sei unzertrennlich von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, wenn sie erfolgreich sein solle. Gerade bei der Cholera in Hamburg habe sich gezeigt, wie segensreich ein schnelles, sachgemässes Eingreifen sei. Bei einem in der Stadt Ottensen festgestellten kleinen Choleraherd habe sich bei der örtlichen Untersuchung herausgestellt, dass die Erkrankungen in nächster Umgebung eines Brunnens aufgetreten waren. Der verdächtige Brunnen sei auf Anordnung des Kreisphysikus sofort geschlossen; wie nothwendig dies gewesen, habe die bakteriologische Untersuchung des Wassers dieses Brunnens gezeigt, bei der Cholerabazillen gefunden seien. Hätte der Kreisphysikus gewartet, bis der Ortsvorsteher oder der Landrath gekommen wäre, und die Schliessung des Brunnens angeordnet hätte, so wären vielleicht noch Hunderte an der Cholera erkrankt. In gleicher Weise sei ein sofortiges Eingreifen des Kreisarztes bei Trichinosis nothwendig, denn häufig befinde sich noch Fleisch von dem betreffenden Schwein im Handel, könne also weiter verkauft werden, und noch andere Menschen an Trichinosis erkranken. Für solche Fälle müsse der Kreisarzt das Recht haben, anzuordnen, dass dieses Fleisch sofort beseitigt werde. (Sehr richtig!) Ebenso sei es Pflicht des Kreisarztes beim Auftreten von Pocken, die jetzt von Russland durch wandernde Arbeiter fast täglich eingeschleppt würden, sofort auf eigene Verantwortung die erforderlichen Anordnungen zu treffen. Trotz der heutigen guten Verkehrsmittel sei nicht immer der Ortsvorstand oder der Landrath zur Stelle, um die Vorschläge des Kreisarztes entgegenzunehmen; desshalb müsse der Kreisarzt das Recht haben, in solchen Angelegenheiten selbstständig vorzugehen, wenn man nicht gegenüber den schweren Infektionskrankheiten die Hände in den Schoss legen wolle. (Bravo!) Ausserdem erhalte der künftige

Kreisarzt eine eingehende Dienstanweisung, welche genau vorschreiben werde, in welchen Fällen und in welcher Ausdehnung er von der Befugniss, die ihm durch §. 7 ertheilt werden soll, Gebrauch zu machen habe. Man dürfe zu dieser Dienstanweisung und zu dem Takt der Kreisärzte das Vertrauen haben, dass eine missbräuchliche Anwendung des §. 7 nicht eintreten werde. Die betreffende Bestimmung sei unter keinen Umständen zu entbehren und auf ihre Annahme der allergrösste Werth zu legen. Man habe keine Bedenken getragen, durch das Reichsviehseuchengesetz dem Kreisthierarzt die hier geforderten Befugnisse zu geben; es lege daher kein Grund vor, dem Kreisarzt die gleiche Befugniss nicht zu ertheilen, denn die Gesundheit der Menschen sei doch wohl nicht weniger Werth, als diejenige der Thiere. (Bravo! und Heiterkeit.)

Abg. Freiherr v. **Zedlitz und Neukirch** betont nochmals unter Bezugnahme auf die Ausführungen des Regierungskommissars, in denen dieser mit voller Deutlichkeit die Nothwendigkeit der Bestimmung des §. 7 hervorgehoben habe, dass diese Befugniss in unserem Rechte nach verschiedenen Richtungen bereits Vorgänger habe, und im Interesse der Volksgesundheit und der Verhütung von gemeingefährlichen Krankheiten durchaus erforderlich sei. Er bitte deshalb, für den §. 7 zu stimmen. (Bravo! rechts.)

Abg. v. **Savigny** zieht Angesichts der Erklärung der Königlichen Staatsregierung, dass sie den §. 7 für absolut unentbehrlich für die Gestaltung des Gesetzes halte, seinen Antrag zurück. (Bravo!)

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster** bemerkt gegenüber einer Anfrage des Abg. Graf zu Limburg-Stirum, dass unter „zuständiger Behörde“ im Sinne des §. 7 Abs. 3 die Ortspolizeibehörde bezw. der Landrath zu verstehen seien. Der Kreisarzt sei verpflichtet, diesen sofort Mittheilung zu machen, und den genannten Behörden stehe es dann frei, die Anordnung, wenn sie diese bedenklich finden, ohne Weiteres ausser Kraft zu setzen.

Bei der Abstimmung wird dann §. 7 in der von der Kommission vorgeschlagenen Fassung angenommen.

§. 8

wird ohne Diskussion angenommen.

§. 9.

Abg. Dr. **Langerhans** beantragt, dass die Bestimmung im letzten Absatz des §. 9, wonach der Kreisarzt jeder Zeit die Zusammenberufung der Gesundheitskommission verlangen und an den Verhandlungen mit vollem Stimmrecht theilnehmen könne, nicht auf die kreisfreien, sondern nur auf die Landgemeinden und nicht kreisfreien Städte Anwendung finde. Die Bestimmung der Regierungsvorlage, dass in grösseren Gemeinden, namentlich in kreisfreien, die Magistratsdeputation und Kommission statt der Gesundheitskommission, vom Magistrat und Stadtverordneten gewählt, in Wirksamkeit treten, sei ausserordentlich segensreich und werde schliesslich dahin führen, dass die Wohlfahrtspolizei in die Hände der Gemeinden übergehen werde, was von den grossen Städten schon längst gewünscht sei. Es gebe schon Städte, in denen die Wohlfahrtspolizei den Städten übertragen sei, und keine einzige von diesen Städten habe der Regierung gegenüber zu einer Klage Anlass gegeben. Jedenfalls bedürfe es aber in diesen städtischen Gesundheitskommissionen keines Staatskommissars in Gestalt des Kreisarztes; denn in den grossen Gemeinden seien noch ganz andere Mediziner vorhanden, die jenen Gemeinden mit Rath zur Seite stehen. Der Städteordnung laufe es aber völlig zuwider, wenn die städtischen Deputationen von dem Kreisarzt einberufen werden können. Redner bittet desshalb seinen Antrag anzunehmen. (Bravo! bei den Freisinnigen.)

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster**: Bei dem Antrag des Vorredners handelt es sich um zweierlei. Ein Mal darum, aus dem §. 9 die Ermächtigung zu beseitigen, welche dem Herrn Minister die Befugniss giebt, in einzelnen Fällen es bei der Einrichtung von Gesundheitskommissionen zu belassen, und ferner darum, in den Stadtkreisen den Kreisarzt von jeder Mitwirkung in den Gesundheitskommissionen auszuschliessen.

Der erste Antrag, der Vorbehalt, steht in gewissem Zusammenhange mit den besonderen Verhältnissen in Berlin. Hier in Berlin haben die Sanitätskommissionen aus dem Regulativ von 1835 im Ganzen sich günstig und eigen-

artig entwickelt, und nach den Urtheilen der Behörden haben sie auch im Allgemeinen gut funktionirt. Mit Rücksicht hierauf hat sowohl der Herr Polizeipräsident, als auch der Herr Minister des Innern den Wunsch geäussert, dass das Gesetz die Möglichkeit schaffen möchte, dass es bei dieser Kommission in Berlin auch in Zukunft verbleiben möchte. Die Kommission hat diesen Wunsch, nachdem auch der Herr Minister der Medizinalangelegenheiten sich ihm angeschlossen hatte, Rechnung getragen, und ich möchte Sie bitten, es bei dem Kommissionsbeschluss zu belassen.

Der zweite Theil des Antrages bezweckt, für die kreisfreien Städte eine Ausnahme zu statuiren, und zwar in der Weise, dass der Kreisarzt bei den Gesundheitskommission in keiner Weise betheiligt werden soll. Ich kann Sie Namens der Staatsregierung nur bitten, auch diesem Antrage Ihre Genehmigung zu versagen. Die Staatsregierung steht auf dem Standpunkt, dass sie keinen ausreichenden Anlass sieht, den Stadtkreisen in dieser Beziehung eine Ausnahmestellung zuzuweisen. Sie verkennt keineswegs, dass auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege manche Städte anerkennenswerthe, einige hervorragende Leistungen aufzuweisen haben; aber bei aller Anerkennung dieser Thätigkeit kann dies doch keinen ausreichenden Grund abgeben, den Stadtkreisen auf dem Gebiete der sanitären Gesetzgebung eine solche exzeptionelle Stellung, wie sie der Antrag bezweckt, einzuräumen.

Die Vorlage bedeutet übrigens keinen oder einen Eingriff in die Städteordnung, und eine Beeinträchtigung der Rechte der grossen Städte. Im Gegentheil, der Entwurf bekundet den Kommunen gegenüber ein grosses Mass von Entgegenkommen und räumt gerade den kreisfreien Städten in manchen Punkten ein privilegierte Stellung ein, z. B. dass in den Stadtkreisen nicht immer ein Kreisarzt angestellt zu werden braucht, vielmehr der Stadtarzt, also ein Kommunalbeamter, mit der Wahrnehmung der Aufgaben des staatlichen Sanitätsbeamten, des Kreisarztes, betraut und es in Stadtkreisen bei der Einrichtung der alten Sanitätskommission belassen werden kann. Das sind Vorschriften, die doch nicht in böser Absicht, sondern in vertrauensvollem Entgegenkommen und in dem Bestreben begründet sind, die Erledigung der Arbeiten in einfacher Weise, ohne viele Umschweife und Weiterungen zu ermöglichen. Noch weiter zu gehen und die Bevorzugungen der kreisfreien Städte auch noch in dieser Richtung zu steigern, dass sie in Bezug auf die Organisation der Gesundheitskommissionen durch die Ausschliessung des Kreisarztes überhaupt exemt gestellt werden, dazu liegt nach Ansicht der Staatsregierung umsoweniger eine Veranlassung vor, als die Gesundheitskommission in der Konstruktion des Entwurfs ja nicht reine Kommunalorgane sind, sondern neben den kommunalen auch noch staatliche Aufgaben zu erfüllen haben.

Die Gesundheitskommissionen des Entwurfs haben übrigens erhebliche Vorzüge vor den Sanitätskommissionen des Regulativs vom Jahre 1835; denn sie haben eine erweiterte Zuständigkeit und sind ständige Kollegien, wogegen die Sanitätskommissionen in Wirklichkeit nur in Zeiten der Epidemien in Thätigkeit traten. Der Hauptvorzug der Gesundheitskommissionen des Entwurfs liegt aber in dem Anschluss an die städtischen Verwaltungskörper, in der Errichtung auf der Basis der Selbstverwaltung, und gerade in der Angliederung des Medizinalorgans an die Selbstverwaltung ist eine viel bessere Gewähr für eine gedeihliche und fruchtbringende Thätigkeit auf sanitärem Gebiete gegeben, als bei den Sanitätskommissionen.

Abg. Dr. **Martens** beantragt:

in §. 9 dem Absatz 3 beizufügen: „(§. 3 Absatz 5)“,

um darauf hinzuweisen, dass eben diese beiden Sätze dem Sinne nach in einem Zusammenhang stehen.

Im Uebrigen ist er der Ansicht, dass die Forderung des Abg. Dr. **Langerhans** eine berechtigte sei, da die grossen Städte grösstentheils ihr Gesundheitswesen in einer ganz vorzüglichen Weise geregelt haben, und deswegen es nicht nöthig sei, sie unter staatliche Bevormundung zu stellen. Gerade durch die Massnahmen, die in den grossen Städten getroffen sind, sei die Mortalität und Morbidität in den grossen Städten erheblich gesunken und theilweise viel besser als in kleinen Städten und in Landgemeinden. Deswegen könne man sehr wohl jenem Antrage zustimmen. (Bravo!)

Abg. **Saenger** führt aus, dass nach der Fassung der Kommission es voll-

ständig in die Gewalt des Ministers der Medizinalangelegenheiten gegeben sei, ob er die bestehende Sanitätskommission in irgend einer Stadt belassen will oder nicht; eine solche Abhängigkeit der sämmtlichen Städte von der Gnade des Ministeriums für Medizinalangelegenheiten sei aber durchaus unvereinbar mit dem Geist und mit der Würde der bisherigen Selbstverwaltung und des Selbstverwaltungsrechtes. (Sehr richtig!) Redner hofft deshalb, dass das Haus diesen Versuch des Eingriffs gegenüber den grossen Städten zurückweisen werde; denn in diesen seien genug geeignete Personen vorhanden, um auf hygienischem Gebiete mitzuarbeiten, und eine Mitwirkung des Kreisarztes, die in den Landgemeinden und kleinen Städten nützlich und segensreich wirken könne, nicht erforderlich. In den Grundzügen vom Jahre 1897 sei die betreffende Bestimmung nicht enthalten gewesen; werde diese jetzt Gesetz, so würde weiter nichts damit erreicht, als dass man die segensreiche Arbeit der städtischen Gesundheitskommissionen, wie sie heute auf Grund der Städteordnung gebildet worden seien und bestehen, einfach störe. Reibungen zwischen dem Kreisarzt und den städtischen Gesundheitskommissionen würden nicht ausbleiben, und diese Mitwirkung der öffentlichen Hygiene mehr zum Schaden als Vortheile gereichen. (Bravo! bei den Freisinnigen.)

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse** verwahrt sich gegen die Annahme des Vorredners, dass in der Medizinalverwaltung das Bestreben hervorgetreten sei, die Selbstverwaltung der grossen Städte einzuschränken. Im Gegentheil! Denn erst im vorigen Jahre seien die städtischen Rechte, die Rechte der Schuldeputationen ausgedehnt worden. Aber davon sei doch noch verschieden, ob man in solchen Angelegenheiten, die, wie die hygienischen, eine sehr weitgehende Tragweite haben können für grosse Bevölkerungskreise, die städtischen Behörden und Kommissionen als absolut souverän hinstellt, oder ob man auch da eine gewisse staatliche Einwirkung als nützlich und nothwendig in Anspruch nimmt. Die Selbstverwaltung der Städte leidet darunter nicht, wenn in einer Kommission von mindestens 12 Mitgliedern ein einziger Staatsbeamter sitzt, der auch seine Stimme abgeben kann, und der noch dazu der technisch berufene Mann ist, der alle diese Dinge kennen muss, der den Staat und die staatlichen Behörden über diese Dinge in Kenntniss zu halten hat.

Der Minister bittet deshalb dringend, es auch bei dieser Bestimmung zu belassen. Die Ermächtigung, die ihm die Kommission durch die Einschaltung ertheile, habe er gern angenommen und werde sie nicht missbrauchen. Wenn die Städte Lust haben, es lieber bei ihrer bisherigen städtischen Ordnung, bei der alten Sanitätskommission, zu belassen, werde er selbstverständlich zustimmen und es bei der althergebrachten Einrichtung lassen.

Die Gefahr eines Missbrauchs liege nicht vor, eine Einschränkung des städtischen Selbstverwaltungsrechts erst recht nicht, denn ein einzelnes Mitglied einer so grossen Kommission könne das städtische Selbstverwaltungsrecht nicht einschränken; und ausserdem, wenn der Kreisarzt wirklich in dieser Funktion seine Stellung missbrauche, so wäre immer noch das Recht der Beschwerde da, und es würde ihm wahrscheinlich sehr schlecht bekommen.

Abg. Dr. **Langerhans** hält den Kreisarzt als Staatskommissar in den städtischen Gesundheitsdeputationen für vollständig überflüssig; denn die grossen Städte, die zum Theil schon jetzt Wohlfahrtseinrichtungen haben, brauchen keinen solchen technischen Berather, sie können ihn sich selbst beschaffen. Die Liebe, die Opferungsfähigkeit, mit der zum grossen Theil die grösseren Geschäfte in allen grösseren Städten besorgt werden, lasse nach, wenn die getroffenen Anordnungen erst bekrittelt und begutachtet werden sollen und die Regierung immer mehr Staatskommissare in die Selbstverwaltung einführe; dadurch höre die Selbstverwaltung auf. (Bravo! bei den Freisinnigen.)

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse**. Die Annahme des Abg. Dr. Langerhans, dass dies ganz ohne Analogie sei, trifft nicht zu; wir haben dasselbe in den städtischen Schuldeputationen. Da sitzt auch der staatliche Kreisschulinspektor drin, und das geht ausgezeichnet. In Berlin sind die Sachen auf dem Gebiete der Sanitätskommissionen allerdings ausserordentlich günstig verlaufen, deshalb würde er nicht das Geringste dagegen haben, wenn in das Gesetz hineingeschrieben würde: „in Berlin bleibt es, wie es ist.“

Abg. Dr. **Crüger** würde den Antrag ganz gern auch auf die nicht kreisfreien Städte und Landgemeinden ausdehnen. In der Schuldeputation habe der Staatskommissar nicht das Recht der Einberufung und des Stimmrechts, er könne nur mitberathen; dies Recht wolle auch Redner gern dem Kreisarzt einräumen, aber durch das Einberufungs- und Stimmrecht erhalte er einen ganz ausserordentlichen Einfluss. (Sehr richtig! bei den Freisinnigen.) Es werde dadurch ein schwerwiegender Präzedenzfall geschaffen. Auch die Bestimmung, dass die Gesundheitskommissionen einmal die Eigenschaft eines Kommunalorgans und anderseits auch die eines Hülfsorgans für Zwecke der staatlichen Gesundheitsverwaltung haben sollen, bedeute einen Eingriff in die Selbstverwaltung; man nehme dadurch einer städtischen Deputation ihren eigentlichen kommunalen Charakter und stempele sie zu einem halben Staatsorgan. Hier gelte es: principiis obsta, denn man könne nicht wissen, wie weit diese Eingriffe noch fortgesetzt werden. (Bravo! bei den Freisinnigen.)

Reg.-Assessor Dr. **Drews** hebt gegenüber dem Vorwurfe, dass §. 9 einen Einbruch in die Selbstverwaltung der Städte bedeute, hervor, dass in den bisherigen Sanitätskommissionen, die zweifellos staatliche Organe waren, die Behörden der Selbstverwaltung numerisch eine relativ geringe Rolle gespielt hätten, und dass in dieser Hinsicht jetzt eine Aenderung eintreten würde. Dadurch, dass die Gesundheitskommission aber „in Gemässheit" der Städteordnung gebildet werden solle, sei durchaus noch nicht gesagt, dass sie thatsächlich ihrem Wesen nach eine städtische Kommission im Sinne der Städteordnung sei. Sie habe vielmehr die Funktion als Hülfsorgan der Polizei und sei in ihrem inneren Wesen nicht eine Kommission für kommunale Zwecke, sondern ein selbstständiges Gebilde zur Erfüllung staatlicher Aufgaben, dessen Zusammensetzung selbstständig nach dem vorliegenden Gesetz geregelt werden soll. In den künftigen Sanitätskommissionen werden jedoch die von der Selbstverwaltung gestellten Mitglieder das entschiedene Uebergewicht haben und ihnen nur ein einziger Kreisarzt gegenüberstehen. Der Einfluss der Selbstverwaltung werde daher nicht vermindert, sondern gerade im Gegentheil verstärkt werden.

Abg. **Saenger** bestreitet, dass in den bisherigen Sanitätskommissionen der Einfluss der Kommunalbehörden verhältnissmässig gering gewesen sei, und betont nochmals, dass er gegen die Anwesenheit des Kreisarztes in der städtischen Gesundheitskommission nichts einzuwenden habe, wohl aber gegen das ihm eingeräumte Berufungs- und Stimmrecht, das ihn indirekt zum Vorsitzenden der Kommission mache; er bitte daher nochmals um Annahme des von Dr. Langerhans gestellten Antrags. (Bravo! links.)

Abg. Freiherr v. **Zedlitz und Neukirch** will es dahingestellt sein lassen, ob es unbedingt nothwendig sei, dem Kreisarzte in den städtischen Sanitätskommissionen ein Stimmrecht zu geben, dagegen entspreche der ganzen Stellung des Kreisarztes, verlangen zu können, dass die Sanitätskommissionen, wo es nothwendig sei, einberufen werden und in Wirksamkeit treten. Die Einberufung geschehe aber nicht direkt durch den Kreisarzt, sondern durch den Vorsitzenden der Kommission, an den jener seine Verlangen zu richten habe.

Allseitig sei anerkannt, dass überwiegend Zweckmässigkeitsgründe dafür sprechen, dem Kreisarzt eine gewisse Mitwirkung bei den Sanitätskommissionen in den mittleren und kleineren Städten sowie auf dem flachen Lande einzuräumen. Die Städteverfassung kenne aber keine Sonderstellung; es würde daher ein tiefgehender Widerspruch gegen die Einheitlichkeit der Städtverfassung sein, wenn man die grossen Städte in dieser Hinsicht ausnehmen wolle.

Ausserdem werde voraussichtlich die Staatsregierung im weitesten Umfange von der Ermächtigung Gebrauch machen, den städtischen Sanitätsbeamten die Funktionen des Kreisarztes zu übertragen, und überall da, wo die Einrichtungen sich bewährt haben, die bestehenden städtischen Kommissionen in ihrer jetzigen Verfassung bestehen lassen. Um so unbedenklicher könne die Regierungsvorlage angenommen werden. (Bravo!)

Abg. **Saenger** beantragt, den letzten Absatz in §. 9, wonach der Kreisarzt in den Gesundheitskommissionen mit vollem Stimmrecht theilnehmen soll, zu streichen.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse**: Ich bin mit dem Abgeordneten Frhrn. v. Zedlitz der Meinung, dass materiell dieser

Absatz sehr wenig bedeutet. Prinzipiell lege ich aber Werth darauf, und zwar aus folgendem Grunde. Ganz zweifellos ist, dass es sich hier um eine Kommission handelt, die gleichzeitig kommunale und staatliche Funktionen hat. Hat sie staatliche Funktionen, so ist es auch berechtigt, dass wenigstens ein Vertreter der staatlichen Interessen theilnimmt, und wenn man den so stellt, dass er absolut nichts zu sagen hat in dieser Kommission, so wird seine Stellung eine unwürdige, und ich fürchte, damit auch eine unwirksame. (Sehr richtig! rechts.) Das ist das Motiv gewesen, weshalb wir den Vorschlag gemacht haben. An eine Zerstörung der Selbstverwaltung der Städte ist dabei nicht im Entferntesten gedacht. (Bravo! rechts.)

Bei der Abstimmung wird der Antrag der Abgeordneten. Dr. Langerhans und Saenger abgelehnt, dagegen derjenige der Abgeordneten Dr. Ruegenberg und Dr. Martens angenommen und mit diesem Zusatz schliesslich der ganze §. 9.

§. 10

wird ohne Diskussion angenommen.

§. 11.

Abg. Freiherr v. **Zedlitz und Neukirch** beantragt, diesen Paragrapken zu streichen, da er nur einen instruktionellen Charakter habe und ausserdem die obligatorische Anhörung der Gesundheitskommission bei allen wichtigeren Anordnungen der Landräthe und Ortspolizeibehörden ein weit über das Ziel hinausgehendes Schreibwerk, Weitläufigkeiten aller Art u. s. w. herbeiführen würde. Die betreffenden Behörden könnten sich auch in einfacherer und leichterer Weise über die Anschauungen der betreffenden Kommission Kenntniss verschaffen, und ebenso gut, wie in der Begründung die Anhörung der Kommission beim Erlass von Kreispolizeiverordnungen als entbehrlich angesehen sei, müsse eine solche Anhörung auch bei ortspolizeilichen Verfügungen und Anordnungen für überflussig bezeichnet werden.

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster** empfiehlt den §. 11 beizubehalten, wenn er auch wesentlich instruktioneller Natur sei. Die Vorschrift beziehe sich selbstversändlich nur auf den Erlass allgemeiner Anordnungen und Polizeiverordnungen für einen bestimmten Ortspolizeibezirk, dies gehe auch aus der Anwendung des Singulars „Gesundheitskommission" in §. 11 hervor, wonach also nur die Kommission desjenigen Ortes gehört werden soll, um den es sich eben handelt. Die Stellung und das Ansehen der Gesundheitskommission würde ausserdem geschädigt werden, wenn man unterlassen wollte, sie bei den wichtigsten sanitätspolizeilichen Akten der Gemeinde um ihre Meinungsäusserung zu ersuchen.

Abg. **Winckler** bittet dagegen den §. 11 aus dem Gesetze herauszunehmen, da es besser sei, die ganze Sache den Ausführungsbestimmungen zu überlassen.

Abg. Freiherr **v. Zedlitz und Neukirch** befürwortet nochmals seinen Antrag; desgleichen spricht sich der Abg. **Kirsch**-Düsseldorf für Streichung des ganzen §. 11 oder wenigstens der Worte „wegen Dringlichkeit" aus.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse** legt auf die Worte „wegen Dringlichkeit" nicht den geringsten Werth und findet, wenn der §. 11 überhaupt gestrichen werden sollte, darin keinen Grund, um etwa die Annahme des Gesetzes zu widerrathen. Der §. 11 sei nur aufgenommen in dem Gedanken, dass doch einmal hier und da bei dem Erlass solcher Polizeiverordnungen für mehrere einzelne Gemeinden auch die finanzielle und die sonstige örtliche Lage der betreffenden Gemeinden in Betracht zu ziehen sei, und dass dafür vielleicht eine grössere Garantie gegeben wäre, wenn die Gesundheitskommission in diesen betreffenden Gemeinden darüber gehört werde.

Abg. Dr. **Martens** hat gegen die von dem Abg. Kirsch gewünschte Streichung der Worte „wegen Dringlichkeit" nichts einzuwenden, möchte aber im Uebrigen den Vorschlag machen, den §. 11 vorläufig anzunehmen und für die dritte Lesung eine bessere Fassung zu suchen.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse**: Es ist vielleicht ein ganz praktischer Ausweg, im §. 11 „den Landrath" streichen,

aber für die Ortspolizeibehörden die Verpflichtung, die Gesundheitskommissionen zu hören, bestehen lassen.

Die Abstimmung ergiebt Streichung des ganzen §. 11.

§. 12.

Abg. **Winckler** beantragt, den §. 12 in der Form der Regierungsvorlage anzunehmen. Es sei allerdings ziemlich gleichgültig, ob es heisse „nach Anhörung“ oder „mit Zustimmung“ oder „im Einverständniss“ mit dem Kreisausschuss, aber aus Rücksicht auf die Selbstverwaltungsorgane empfehle es sich, dass dem Kreisausschusse hier nicht blos in der Form der Anhörung, sondern in der Form der Beschliessung eine Mitwirkung eröffnet werde.

Bei der Abstimmung wird §. 12 diesem Antrage gemäss in der Fassung der Regierungsvorlage angenommen.

§§. 13 und 14

werden ohne Diskussion angenommen.

§. 15.

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster**: Die Staatsregierung acceptirt den Gedanken, der dem Kommissionszusatz zu Grunde liegt, aber sie hat Bedenken, demselben in der vorliegenden Fassung zuzustimmen. Dieser Zusatz sei in den Kommissionsberathungen dadurch motivirt, dass es unter den Medizinalbeamten manche gäbe, die bei einem Wartegeld von nur 900 Mark, bezw. bei einem Pensionssatz von 675 Mark, in eine bedrängte und hülfsbedürftige Lage, in Noth und Elend gerathen würden, und dass es desshalb nöthig sei, dass ihnen ausser diesem Satz noch eine entsprechende Entschädigung mit Rücksicht auf den ausgefallenen Gebührenzuschuss zugesprochen würde. Wie gesagt, diesen Gesichtspunkt findet die Staatsregierung nicht unberechtigt, und sie ist bereit, diesem Gedanken näher zu treten, aber in einer anderen Form. Sie ist der Meinung, dass die Fassung des Gesetzes so zu wählen ist, dass sie über den Rahmen der Begründung nicht hinausgeht und etwa zu sagen wäre, dass den Medizinalbeamten in geeigneten Fällen eine Entschädigung bis zu einer gewissen Höhe gewährt werden könne.

Abg. Dr. **Ruegenberg** beantragt im Verein mit dem Abg. Dr. **Martens**, dass den auf Wartegeld gestellten Beamten ausser dem vollen Gehalt noch „50 % der nach dem Durchschnitt der letzten fünf Jahre für dienstliche Verrichtungen ihnen zugeflossenen Gebühren bis zu einem Maximalsatze von 2000 Mark“ gewährt werde. Redner kann sich mit den Ausführungen des Herrn Regierungskommissars nicht ganz einverstanden erklären, dass die Entschädigung nur in den Fällen gegeben werden solle, wenn ein Nothstand nachgewiesen wird. Denn erstens liegt in dieser Entschädigung, nachdem auch vom Herrn Minister anerkannt worden ist, dass die bisherige Besoldung der Kreisärzte eine unzureichende sei, nur ein Aequivalent für jahrelange, treugeleistete, aber schlecht bezahlte Arbeit. Dann sind z. B. die Steuerempfänger oder Rentmeister bei der 1895 erfolgten Umgestaltung der Steuerkassen in derselben Weise und in viel höherem Massstabe entschädigt worden. Es heisst in dem betreffenden Gesetze nämlich, dass sie nicht nur ihr bisheriges Diensteinkommen aus den Hebegebühren der direkten Staatssteuern und den nebenamtlich verwalteten Gemeinde- und Amtskassen nach Abzug eines entsprechenden Betrages für Dienstaufwand bis zum Jahresbetrage von 4200 Mark als Wartegeld beziehen, sondern auch einen einmaligen oder fortlaufenden widerruflichen Zuschuss bis zur Höhe ihres reinen Gesammteinkommens aus Haupt- und Nebenamt. In Folge dessen giebt es Rentmeister, die auf diese Weise ein Wartegeld von 7000 Mark haben; umsomehr ist es auch den Kreisphysikern gegenüber nicht mehr als billig, dass sie, ohne Rücksicht auf ihre etwaige Hülfsbedürftigkeit, entsprechend ihrem Gesammtdiensteinkommen auf Wartegeld gesetzt bezw. pensionirt werden, namentlich da ihre Zurdispositionsstellung keine freiwillige ist. Was dem einen recht ist, ist dem anderen billig.

Abg. **Hansen**-Oldenburg hält es ebenfalls nicht für richtig, dass man die älteren verdienten Beamten gewissermassen auf das Mitleid an höhere Stellen verweist, und ihnen im Bedürftigkeitsfalle eine entsprechende Entschädigung zu Theil werden lassen wollte. Die meisten Kreisphysici beziehen ausser ihrem

Fixum von 900 Mark erhebliche Nebeneinnahmen, die viel bedeutender als ihr Gehalt sind. Wird ihnen ihr Amt entzogen, so verlieren sie auch diese sehr viel bedeutenderen Einnahmen, deshalb ist ihr Standpunkt durchaus berechtigt, dass sie nicht auf mitleidige Berücksichtigung beschränkt sein wollen, sondern ein Recht auf eine Entschädigung für diese Nebeneinnahmen beanspruchen. Dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen und die Entschädigung nicht übermässig wird, dafür sorgen schon die Worte: „bis zu einer gewissen Höhe".

Abg. **Gamp** bemängelt die Kommissionsfassung, die sich jedenfalls nicht aufrecht halten lassen werde. Im Uebrigen ist er ebenfalls dagegen, dass die Gewährung der Entschädigung von der Hülfsbedürftigkeit abhängig gemacht werden solle. Der von den Abgg. Dr. Ruegenberg und Martens gestellte Antrag ist dem Redner im Allgemeinen sympathisch, er hält es jedoch für zweckmässiger, den Kommissionszusatz im §. 15 zunächst zu streichen und bis zur dritten Lesung eine andere, das Interesse der älteren Medizinalbeamten in angemessener Weise wahrnehmende Fassung zu finden.

Unterstaatssekretär **Lehnert** möchte auch empfehlen, den ganzen, von der Kommission hinzugefügten Satz zu streichen; denn es sei zweifelhaft, ob die Zustimmung der Staatsregierung zu dem Zusatze in Aussicht gestellt werden könne. Wenn man auch nicht gerade die Bedürftigkeit des betreffenden Beamten zur Voraussetzung der Gewährung machen soll, wenigstens nicht in dem Sinne, dass geradezu Armuth die Voraussetzung bilden müsste; so dürfe man im einzelnen Falle doch die sonstigen Einkommensverhältnisse der betreffenden Beamten nicht ausser Betracht lassen. Es sei jedenfalls ein Unterschied, ob man einen alten, praxisunfähigen Beamten vor sich habe, oder einen verhältnissmässig rüstigen Mann, der nach dem Ausscheiden aus dem Amte in grösserem Umfange Privatpraxis treiben und sich damit ein Einkommen verschaffen könne. Die Gewährung einer Entschädigung solle daher eine fakultative sein, sowohl was die Gewährung der Entschädigung überhaupt, als auch was deren Höhe betreffe. Selbstverständlich dürfe die Verwaltung nicht einfach jeden Fall nach Willkür, sondern nur nach bestimmten Grundsätzen entscheiden. Redner bittet desshalb, den Kommissionszusatz vorläufig auszuscheiden; hoffentlich werde es dann bis zur dritten Lesung möglich sein, eine Fassung zu finden, für welche auch die Zustimmung der Staatsregierung in Aussicht gestellt werden könne. Schon jetzt müsse aber betont werden, dass es sich hier nur um Uebergangs- und Ausnahmebestimmungen handele, auf welche späterhin keine Forderungen aufgebaut werden können.

Abg. Dr. **Martens** freut sich, dass beide Herren Vorredner nicht die Ausführungen des Herrn Ministers gebilligt haben, wonach nur in besonderen Bedürfnissfällen den ausscheidenden Medizinalbeamten eine höhere Zuwendung gemacht werden sollte. Wenn hier für die Medizinalbeamten, welche bei dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verabschiedung kommen, eine besondere Begünstigung gewährt wird, so ist das aus mehreren Gründen gerechtfertigt; einmal desswegen, weil die Medizinalbeamten, die Physiker und auch die Kreiswundärzte diejenigen Beamten sind, die, wie ich glaube, von allen Beamten des preussischen Staates seit 1872 eine Aufbesserung im Gehalte nicht erfahren haben, trotzdem die Anforderungen des Staates an sie gesteigert worden sind, und trotzdem auch bei ihnen wie bei anderen Beamten die gleiche Werthsteigerung für alle Lebensbedürfnisse eingetreten ist. Gerade weil eine organische Regelung dieser Instanz beabsichtigt wurde, ist es unterblieben, ihnen bessere Gehälter zu zahlen. Ein Haupttheil ihres Gehaltes ist ihnen zugeflossen aus amtlichen Gebühren. Wenn wir wünschen, dass diese amtlichen Gebühren nicht ganz, sondern nur zu einem gewissen Theil zur Anrechnung gelangen, so ist das aus den eben angeführten Gründen billig, und es steht auch nicht ganz ohne alle Analogie da. Als in Schleswig-Holstein die Kirchspiel- und Hardesvögte pensionirt wurden, deren Gehalt sich zum allergrössten Theile aus Sporteln zusammensetzte, ist ihnen das vollständige Durchschnittseinkommen der letzten 5 Jahre inklusive sämmtlicher Sporteln für die Pensionirung angerechnet worden. Es ist auch durchaus gerechtfertigt, das Wohlwollen, das gestern den Richtern gegenüber durch Festsetzung besonderer Pensionirungsverhältnisse bewiesen ist, auch auf die alten Medizinalbeamten zu übertragen.

Unterstaatssekretär **Lehnert** kann den Eventualantrag wegen Gewährung einer Entschädigung in Höhe von 50 % der Gebühren unter Festsetzung einer Maximalentschädigung von 2000 Mark nicht zur Annahme empfehlen, da es nicht richtig sei, von vornherein derartige bestimmte, doch mehr oder weniger willkürlich gegriffene Zahlen festzusetzen, die auch für die Beamten selbst ungünstig werden könnten (Rufe rechts: na, na!); denn es würde damit eben eine höhere Entschädigung ein für alle Mal ausgeschlossen sein.

Abg. **Gamp** glaubt, dass es nicht im Interesse der Medizinalbeamten liege, wenn man sie ganz auf das Wohlwollen der Finanzverwaltung verwiese. (Sehr richtig! rechts.) Wenn die Finanzverwaltung so sehr darauf bedacht sei, für die nicht übernommenen älteren Aerzte ausgiebig zu sorgen, so werde sie auch schliesslich kein Bedenken gegen den Antrag Dr. Martens haben. Es bliebe ihr immer überlassen, in Ausnahmefällen über die 2000 Mark hinauszugehen und mit ihre Dispositionsfonds einzutreten, aber wie die Sache jetzt liege, empfehle es sich, zunächst in der zweiten Lesung den Antrag Martens anzunehmen. Man sollte auch aus taktischen Gründen in der Bemessung der Entschädigung nicht zu kärglich sein, damit alle irgend leistungsfähigen und den Aufgaben gewachsenen Kreisphysici möglichst in ihren Bezügen und im Dienste belassen werden. (Sehr richtig! rechts.) Wenn Kreisphysici noch so tüchtig seien, dass die Finanzverwaltung glaube, sie auf die Erweiterung ihrer Privatpraxis verweisen zu können, so wäre es unbillig, sie aus ihrem bisherigen Wirkungskreis zu entfernen. (Sehr richtig! rechts.)

Redner bittet daher jetzt, zunächst den Antrag Martens anzunehmen und zu sehen, ob bis zur dritten Lesung noch bessere Vorschläge gemacht werden. Im Grossen und Ganzen treffe der Antrag das Richtige; er enthalte nicht zu viel und nicht zu wenig; namentlich sei durch die Aufnahme der Maximalgrenze dafür gesorgt, dass die Entschädigung nicht ins Ungemessene gehe.

Unterstaatssekretär **Lehnert** bemerkt, dass er selbstverständlich nicht gemeint, dass die Streichung der Worte „bis zu einer gewissen Höhe“ dahin führen sollte, dass nun nach dem Gesetze die Beamten eine Entschädigung in Höhe ihrer gesammten früheren Dienstbezüge bekommen sollten. Eine „den Dienstbezügen entsprechende“ Entschädigung brauche übrigens keineswegs dieselbe Höhe zu haben wie die Dienstbezüge selbst. Redner habe nur auf die Bedenken aufmerksam machen müssen, die in dieser Beziehung für das Zustandekommen sich ergeben könnten; im Uebrigen stelle er dem Hause die Beschlussfassung anheim.

Abg. **Im Walle** nimmt die Kommission in Schutz gegen den Vorwurf, dass sie bei diesem §. 15 etwa leichtfertig gearbeitet hätte. Das Haus habe sicherlich selbst den Eindruck bekommen, welche unendlichen Schwierigkeiten es gemacht habe, in dieser Beziehung eine Uebereinstimmung der Gefühle des Abgeordnetenhauses und der Gefühle der Königlichen Staatsregierung, besonders der Finanzabtheilung herbeizuführen. (Heiterkeit.) Die Kommission sei nicht in der Lage gewesen, irgend einen präzisen Beschluss zu fassen, und habe deswegen gerade durch diese Fassung es dem Hause überlassen wollen, eine präzisere Fassung zu wählen. Redner empfiehlt schliesslich ebenfalls in zweiter Lesung vorläufig den Antrag Martens anzunehmen.

Abg. **Winckler** kann für die Regierungsvorlage nicht stimmen; denn darüber seien alle einig, dass dem Medizinalbeamten mehr gegeben werden müsse. Die Kommissionsfassung sei jedoch zu unbestimmt und enthalte in sich selbst einen Widerspruch. Durch den Antrag Martens würde sich aber das Haus gewissermassen positiv nach einer ganz bestimmten Richtung für die dritte Lesung festlegen, während es besser sei, sich für diese die volle Freiheit der Entschliessung vorzubehalten. Redner spricht sich deshalb gegen alle Fassungen aus, und empfiehlt, eine Lücke im Gesetz für die dritte Lesung offen zu lassen.

Bei der Abstimmung wird der Antrag Martens-Ruegenberg angenommen.

§. 16

wird ohne Diskussion angenommen.

§. 17

wird mit dem Antrag des Abg. Kirsch-Düsseldorf in Absatz 2 hinter dem Worte „erlässt“ die Worte „und zwar“ einzuschalten, angenommen.

Auf Antrag des Berichterstatters werden die zu dem Gesetzentwurf eingegangenen Petitionen als erledigt durch die Beschlussfassung des Hauses angesehen.

II. Dritte Lesung am 28. Juni d. J.

A. Generaldiskussion

wird nicht gewünscht.

B. Spezialdiskussion.

§. 1.

Abg. **Winckler** beantragt, im §. 1 am Schlusse folgenden neuen Absatz einzufügen:

„die Kosten der Reisen, welche der Kreisarzt im Auftrage des Regierungspräsidenten oder des Landraths ausführt, fallen der Staatskasse zur Last,“ damit kein Zweifel darüber bestehen kann, dass bei einem Auftrage des Landrathes oder des Regierungspräsidenten die Reisekosten vom Fiskus und nicht etwa von den Gemeinden zu tragen sind. (Bravo!)

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster**: Die Frage, wer die durch Inanspruchnahme des Kreisarztes entstehenden Reisekosten zu tragen hat, ist materieller Natur und wird durch das vorliegende Gesetz, welches in der Hauptsache einen formalen, organisatorischen Charakter hat, an sich nicht berührt. Die in Bezug auf die Kosten zur Zeit bestehenden Sondergesetze bleiben auch unter dem neuen Gesetz in Kraft. Der Rechtsstand, wie er sich auf Grund dieser Gesetze darstellt, ist der, dass die Gemeinden alle Mal dann die Reisekosten zu tragen haben, wenn die Reise des Kreisarztes in ortspolizeilichen Angelegenheiten veranlasst wird, und dass der Fiskus sie zu tragen hat, wenn es sich um eine landespolizeiliche Angelegenheit handelt. Entscheidend für die Tragung der Kosten ist ferner nicht, von welcher Seite der Auftrag zur Reise ertheilt wird, sondern nach der Rechtsprechung der Gerichte lediglich der objektiv rechtliche Charakter der Massnahmen, durch welche die Reise des Kreisarztes veranlasst wird. An diesem materiellen Rechtszustande etwas zu ändern und die Kostenfrage mit diesem formalen Gesetze zu verquicken, ist nicht richtig.

Es wird allerdings nicht verkannt werden können, dass der Kreisarzt, wenn er der ihm obliegenden Pflicht, die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises aus eigener Anschauung kennen zu lernen, gerecht werden will, wohl genöthigt sein wird, etwas mehr zu reisen, als es zur Zeit der Kreisphysikus thut; hierin liegt aber kein Grund zur Beunruhigung für die Gemeinden, weil das Mehr von Reisen in der Hauptsache, oder man kann wohl sagen, ausschliesslich solche Reisen betrifft, die der Kreisarzt von Amtswegen im allgemeinen Staatsinteresse vornimmt, und die eben desshalb auch aus der Staatskasse honorirt werden müssen.

Abg. **v. Bockelberg** erklärt, dass seine politischen Freunde gerade mit Rücksicht auf die Ausführungen des Herrn Kommissars darauf dringen und entscheidenden Werth darauf legen müssen, dass diese Frage in dem Gesetze geregelt werde. (Bravo! rechts.)

Unterstaatssekretär **Lehnert** hält es nicht für richtig, dass in einem Spezialgesetz das allgemein gesetzlich festgestellte und auch im §. 1 Abs. 2 u. 3 des Gebührengesetzes vom 9. März 1872 zum Ausdruck gebrachte Prinzip umgeworfen werde, wonach die Kosten der Ortspolizei von den Gemeinden getragen werden müssen. Es würde dies auch der Sache nicht förderlich sein, indem dadurch die Gemeinden verleitet würden, ihre sanitätswidrigen Einrichtungen bestehen zu lassen, bis einmal der Landrath oder Regierungspräsident Kenntniss bekomme und den Kreisphysikus auf Staatskosten hinschicke, während, wenn die Gemeinde oder der Gemeindevorstand, wie es ihre Schuldigkeit wäre, rechtzeitig darauf aufmerksam gemacht hätten, sie allein die Kosten zu tragen hätten. Redner bezweifelt, ob es der Staatsregierung möglich sein werde, einer solchen Bestimmung ihre Zustimmung zu geben, und bittet deshalb die Herren, denen an dem Zustandekommen des Gesetzes gelegen sei, gegen den Antrag Winckler zu stimmen.

Abg. **Winckler** erklärt dem gegenüber, dass seine politischen Freunde das Gesetz nicht annehmen können, wenn sein Antrag abgelehnt würde; denn

nach der heutigen Erklärung des Herrn Unterstaatssekretärs aus dem Finanzministerium liege die grosse Befürchtung vor, dass, falls nicht ein Riegel vorgeschoben werde, fast die gesammten Reisekosten, die aus dem Gesetze entstehen, wieder den Gemeinden zur Last fallen, denen alles Mögliche zur Last zu legen, heutzutage üblich sei. (Sehr wahr! rechts.)

Wenn der Antrag angenommen werde, so habe das zur Folge, dass, wenn zunächst die Ortspolizeibehörde als solche in Thätigkeit trete — auf dem Lande der Amtsvorsteher — und in diesem Stadium der Behandlung der Sache der Kreisarzt auf Requisition des Amtsvorstehers reise, die Amtskasse die Kosten zu tragen habe, wenn aber bei Behandlung derselben ortspolizeilichen Angelegenheit in der höheren Instanz, zunächst also durch den Landrath, sowie später durch den Regierungspräsidenten, eine nochmalige Reise oder überhaupt eine Reise des Kreisarztes nothwendig werde, die Kosten dafür von der Staatskasse zu tragen seien. Eine solche Regelung der Sache falle durchaus nicht aus dem Rahmen der Rechtslage heraus, sondern sei vollständig konform dem Verfahren, das bei Angelegenheiten betreffs der Reisekosten üblich sei. (Bravo! rechts.)

Unterstaatssekretär **Lehnert** betont, dass die Tendenz der Staatsregierung keineswegs dahin ginge, dass die Kosten allgemein von den Gemeinden getragen werden sollten; es müsse aber in Bezug auf die Kostenfrage bei dem allgemeinen Grundsatze verbleiben, der bezüglich der Polizeikosten, nicht bloss in Bezug auf die Medizinalpolizei, sondern auch in anderen Zweigen der Polizei gesetzlich bestehe. Es sei nicht zu besorgen, dass, um der Staatskasse Kosten zu sparen, etwa der Landrath künftig den Kreisarzt weniger in Anspruch nehmen und ihn mit Reisen nicht oder möglichst wenig beauftragen werde. Aber allgemein das Prinzip auszusprechen, die Gemeinden von der Kostentragung in solchen Fällen freizulassen und immer die Staatskasse dann zu belasten, das sei ein Grundsatz, der nicht als berechtigt anerkannt werden könne.

Abg. Dr. **Schilling** hebt hervor, dass es nicht die Absicht des Antrages Winckler sei, die Gemeinden zu entlasten, sondern dieselben sollten nach wie vor in den ortspolizeilichen Angelegenheiten die Kosten tragen. Durch den Antrag Winckler solle nur zum Ausdruck gebracht werden, dass der Landrath in der Lage sein solle, mehr als bisher in seinem Kreise den Kreisarzt in den ihm nothwendig erscheinenden Fällen über die Verhältnisse draussen zu hören, und dass in diesem Falle die Staatskasse im allgemeinen gesundheitspolizeilichen Interesse eintrete.

Unterstaatssekretär **Lehnert** wiederholt nochmals, dass die Staatsregierung nicht entfernt beabsichtige, den Landrath etwa aus Rücksicht auf die Kostenfrage einzuschränken in Bezug auf die Benutzung des Kreisarztes und auf die zu dessen Information nothwendigen Dienstreisen.

Abg. Dr. **Endemann** begrüsst den Antrag Winckler mit Freuden; denn die Ortspolizeibehörde würde sich im einzelnen Falle der grossen Kosten wegen hüten, den Kreisarzt heranzuziehen. Mit dem Gesetz betr. die Obliegenheiten des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen solle doch etwas ganz Neues geschaffen werden; deshalb brauche man darüber keine Bedenken zu haben, dass die Bestimmung vielleicht nicht mit den sonstigen allgemeinen Grundsätzen der Gesetzgebung übereinstimme.

Abg. **Winckler** hebt hervor, dass sein Antrag nichts Anderes wolle, als was der Regierungskommissar aus dem Kultusministerium ausdrücklich bei der 2. Lesung erklärt habe. Auf Seiten des Finanzministeriums sei aber die Auffassung eine andere und daher es um so nothwendiger, dass diese Frage geregelt werde, namentlich, damit die von verschiedenen Seiten an das Gesetz geknüpften Hoffnungen erfüllt würden und die entschieden nothwendigen Reisen des Kreisarztes nicht an der Geldfrage scheitern. Letzteres würde aber der Fall sein, wenn der Landrath eine Reise des Kreisarztes für nothwendig halte und er sich immer fragen müsse, ob nicht die betreffende Gemeinde zu sehr belastet werde.

Abg. Freiherr **v. Zedlitz und Neukirch** hat Zweifel, ob der Antrag alle Fälle decke, oder ob er anderseits nicht über das Mass dessen, was man fordern könne, hinausgehe. In der Provinz Hannover sei z. B. der Landrath Träger der Ortspolizeibehörde, es müssten hier also bei Annahme des Antrages

auch die Kosten vom Staate getragen werden, die durch Reisen des Kreisarztes im Auftrage des Landraths als Ortspolizeibehörde entstehen würden.

Bei der Abstimmung wird §. 1 mit dem Antrag Winckler angenommen.

§. 2

wird ohne Abstimmung angenommen.

§. 3.

Abg. Dr. Graf **Douglas** beantragt im Verein mit den Abg. Dr. Virchow und v. Savigny in 4. Abatz die Worte „ausser dem Hause" zu streichen, da es unmöglich die Absicht sein könne, einem vollbesoldeten Kreisarzte zu gestatten, dass er ganz beliebig in Sprechstunden Privatpraxis treibe. Es würde dies namentlich Spezialisten gegenüber zu ganz unhaltbaren Konsequenzen führen.

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster** erklärt, dass die Königliche Staatsregierung in der Streichung der Worte „ausser dem Hause" eine wesentliche Verbesserung der Vorlage erblicke und mit der Streichung einverstanden sei.

Abg. Dr. **Endemann** bittet ebenfalls die Worte „ausser dem Hause" zu streichen. In der Kommission sei erreicht worden, dass vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden können. Die Möglichkeit liege also vor; wie viel und wie oft die Königliche Staatsregierung davon Gebrauch machen werde, stehe dagegen auf einem anderen Blatte. Redner ist kein grosser Optimist, er fürchtet, dass der Gebrauch ein sehr eingeschränkter sein werde. Wenn man sich vergegenwärtige, was nach der Begründung dem künftigen Kreisarzt alles obliegen soll, dann bliebe ihm sehr wenig Zeit übrig, Privatpraxis zu treiben, besser sei es, sie ihm überhaupt zu verbieten.

Dass der Kreisarzt in dringenden Fällen und bei Konsultationen mit anderen seine Thätigkeit ausübe, dagegen könne Niemand etwas einwenden; aber gewöhnliche Praxis dürfe er nicht nebenbei betreiben. Man habe sich auf die Autorität des Herrn Geheimrath v. Bergmann berufen und die Loslösung des Kreisarztes von der Privatpraxis als nachtheilig im Interesse seiner amtlichen Thätigkeit bezeichnet. Redner ist weit entfernt, irgendwie die Höhe dieses Mannes anzuzweifeln, möchte aber doch sagen, dass der Ausschuss der preussischen Aerztekammern ein besseres Urtheil in dieser Frage besitze, wie ein hochgelehrter Lehrer und Akademiker. Leider hätten bei dem Gesetzentwurf die Juristen gegenüber den Medizinern das Uebergewicht behalten; die Ansicht, dass ein tüchtiger Kreisarzt mit den genügenden Machtvollkommenheiten ausgestattet in Gegensatz zu den Landräthen kommen könnte, sei aber keineswegs zutreffend; denn die Stellung des Landraths in der inneren Verwaltung sei viel zu fest, als dass an ihr überhaupt gerüttelt werden könne. Bedauerlich sei es jedenfalls, dass in der zweiten Lesung Abänderungen des Entwurfes beschlossen seien, die mit der Kommissionsberathung nicht ganz im Einklang stehen.

Abg. v. **Savigny** spricht kurz seine Zustimmung zu dem Antrag des Grafen Douglas aus, da er sich den Bedenken nicht verschliessen könne, die sich aus der Ausdehnung und einem gewissen Missbrauch der Hauspraxis ergeben könnten.

Abg. **Kirsch** (Düsseldorf) beantragt, die Absätze 5 und 6 wie folgt zusammenzufassen:

> „Für Stadtkreise können die als Kommunalbeamte angestellten Stadtärzte vom Minister der Medizinalangelegenheiten mit der Wahrnehmung der Aufgaben des Kreisarztes gegen Bezug einer angemessenen Remuneration beauftragt werden."

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse** erklärt, dass er mit dem Antrage des Abg. Kirsch einverstanden sei und darin eine wesentliche redaktionelle Verbesserung des §. 3 erblicke.

Abg. **Pohl** beantragt, das Wort „Stadtkreise" im 5. Absatz des §. 3 fallen zu lassen, damit die Bestimmung eventuell auch für die Landkreise, in denen ein von der Kommune angestellter Arzt vorhanden sei, Platz greifen und dieser mit der Funktion eines Kreisarztes beauftragt werden könne.

Abg. Dr. **Langerhans** bittet die Absätze 5 und 6 des §. 3 zu streichen.

Abg. Dr. **Martens** beantragt im Verein mit den Abg. Dr. Endemann und Dr. Ruegenberg folgenden Zusatz zu Abs. 1:

„Die Kreisärzte erhalten aus der Staatskasse eine Dienstaufwandentschädigung, welche so zu bemessen ist, dass sie zugleich eine angemessene Fuhrkostenentschädigung für die Dienstreisen innerhalb ihres Amtsbezirkes bildet."

Der Zusatz soll für alle, nicht nur für die vollbesoldeten Kreisärzte gelten, denn nachdem in §. 5 der von der Kommission gemachte Zusatz: „dass der Kreisarzt ohne besonderen Auftrag, allerdings nach Massgabe einer Geschäftsanweisung, seinen Kreis bereisen könne" wieder gestrichen sei, sei es mit den Reisen der Kreisärzte genau so bestellt wie bisher. Selbst die Gegner jenes Zusatzes dürften aber der Ansicht sein, dass dem künftigen Kreisarzt eine grössere Bewegungsfreiheit einzuräumen sei, und ihnen solle der jetzige Antrag entgegenkommen, nach dem der Kreisarzt für seine dienstlichen Reisen ein Pauschquantum erhalten solle, das nach der Grösse und der Bevölkerungsdichtigkeit sowie nach den besonderen Verhältnissen des Kreises zu bemessen sei. Redner bittet, den Zusatz, der fast wörtlich mit einer in den Grundzügen von 1897 enthaltenen Bestimmung übereinstimme, anzunehmen.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse** bittet diesen Antrag abzulehnen, da dieser eine Einschränkung der Staatsregierung, die Bezüge der betreffenden Beamten lediglich durch den Etat zu regeln, bedeute. Bis jetzt sei noch nicht einmal mit dem Finanzminister ein Einverständniss über die Höhe des Gehalts der Kreisärzte erzielt, und hier solle die Regierung verpflichtet werden, bei der Bemessung der Dienstbezüge dieser Beamten ihnen eine Dienstaufwandsentschädigung und eine Fuhrkostenentschädigung zu geben. Es könne unter Umständen viel praktischer sein, dies durch Tagegelder und Reisekosten, als durch ein Pauschquantum zu machen; in Stadtkreisen würden ausserdem für Reisen ein Pauschquantum nicht nöthig sein, da hier der Kreisarzt vielleicht gar nicht herumzufahren brauche, oder, wenn er es thue, dann die Pferdebahn oder elektrische Bahn benutze. Eine solche Bestimmung gehöre nicht in das Gesetz, sondern müsse dem Etat überlassen bleiben; auch hier könne die Landesvertretung ihre Rechte geltend machen, wenn etwa die Regierung ihre Schuldigkeit nicht thäte und falsche Wege einschlüge.

Abg. Dr. **Schilling** stimmt den Ausführungen des Herrn Ministers vollständig zu, da die Verhältnisse der anzustellenden Kreisärzte in Stadtkreisen und Landkreisen thatsächlich sehr verschieden seien. Es liege auch keine Nothwendigkeit vor, die Regierung in dieser Weise festzulegen.

Abg. Dr. **Martens** weist darauf hin, dass auch andere Beamte, z. B. die Landräthe ein Pauschquantum erhalten; es könnte ja den Kreisärzten anheimgegeben werden, dass sie am Schlusse des Jahres den Nachweis liefern müssten, in welcher Weise sie zu Dienstreisen dieses Pauschquantum verwandt haben. Wenn den Kreisärzten Tagegelder und Reisekosten gegeben werden, dann werden sie nur zu leicht in den allerdings nach seiner Meinung unrichtigen Verdacht kommen, möglichst viel Reisen als Dienstreisen zu machen, auch da, wo sie gar nicht nöthig gewesen wären. Das Pauschquantum würde selbstverständlich da, wo geringe Fuhrkosten entstehen, z. B. in Stadtkreisen, desto geringer zu bemessen ein; das sei bereits früher von ihm ausgeführt.

Unterstaatssekretär **Lehnert** betont, dass derartige Fragen nicht durch Gesetz festgelegt werden könnten, der gewiesene Weg sei vielmehr eine Regelung durch den Etat.

Bei der Abstimmung wird §. 3 unter Ablehnung des Antrages des Abg. Martens und Genossen, sowie unter Annahme der Anträge Douglas und Kirsch angenommen.

§§. 4, 5 (früher 4a) und 6 (früher 5)

werden ohne Diskussion angenommen.

§. 7 (früher 6).

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf beantragt, die Worte „wegen Dringlichkeit" im Abs. 2 zu streichen, weil sie überflüssig sind und zu Missdeutungen Anlass geben.

Abg. **Winckler** spricht sich dagegen aus, da dann der ganze Inhalt des ersten Absatzes mehr als ein guter Rath, denn als eine eigentliche Vorschrift erscheinen und es den Behörden mehr oder weniger anheimgestellt werde, ob sie die Vorschrift des Absatzes 1 befolgen wollen oder nicht.

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf geht davon aus, dass irrthümlicher Weise u. s. w., und nicht wegen Dringlichkeit die Anhörung unterblieben sein kann; dann müsste per argumentum e contrario zu schliessen sein, dass in diesen Fällen die Mittheilung nicht zu erfolgen habe. Darum möchte er den Absatz 2 gerade so allgemein gestalten, wie Absatz 1 lautet.

Bei der Abstimmung wird §. 6 mit dem Antrag des Abg. Kirsch angenommen.

§. 8 (früher 7).

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf beantragt, im Schlusssatz des Abs. 1 die Worte „in diesen Fällen" zu streichen, damit es nicht scheine, als ob der Gemeindevorstand noch zu prüfen habe, in welchen Fällen er den Anordnungen nachkommen soll.

Mit dieser Aenderung wird §. 7 angenommen.

§. 9 (früher 10)

wird ohne Diskussion angenommen.

§. 10 (früher 9).

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf beantragt die im Abs. 3 bei der zweiten Lesung angenommenen eingeklammerten Worte „(§. 3 Absatz 5)" wieder zu streichen, da sie keinen Bezug auf den betreffenden Absatz haben.

Abg. Dr. **Martens** bestreitet dieses und bittet um Beibehaltung der Worte.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse** ist dagegen in Uebereinstimmung mit dem Abg. Kirsch der Ansicht, dass Absatz 5 des §. 3 mit der Uebertragung des kreisärztlichen Amtes, der kreisärztlichen Funktionen an einen Stadtarzt absolut keinen Zusammenhang mit §. 10, Abs. 3 habe. Er kann daher nur anheimgeben, dem Antrage des Abg. Kirsch zu folgen.

§. 10 wird hierauf mit Streichung der eingeklammerten Worte (§. 3, Absatz 5) angenommen.

§. 11 (früher 12)

wird ohne Diskussion angenommen.

§. 12.

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf schlägt vor, im zweiten Absatz zu sagen:

„Auf diese Kommission finden die Vorschriften des §. 10 Abs. 2—4 und des §. 11 entsprechende Anwendung."

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster** bittet es bei der Fassung der gedruckten Vorlage zu belassen; sie sei genereller, als die des Antrags Kirsch.

§. 12 wird unter Ablehnung des Antrags Kirsch angenommen.

§§. 13 u. 14

werden ohne Diskussion angenommen.

§. 15.

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf beantragt:

„In Absatz 1 statt 50 % zu sagen: „jährlich die Hälfte" und die Worte „zu einem Maximalsatz von" zu ersetzen durch die Worte „zum Höchstbetrage von jährlich".

In Absatz 2 die Worte „gemäss Abs. 1 festgesetzten" zu streichen und die Worte „der gemäss Absatz 1 festgesetzten" vor das Wort „Entschädigung" zu setzen.

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf: Die Aenderung im Absatz ist nothwendig, sonst könnte man denken, dass die Pauschalentschädigung nach dem Durchschnitt der fünf Jahre nur einmal zu zahlen sei, und dass auch der höhere Betrag von 2000 Mark für die Gesammtzahlung in diesen 5 Jahren zu gelten habe.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. **Bosse** ist dem Abgeordneten Kirsch dankbar für diese zweifellos richtige redaktionelle Verbesserung.

§. 15 wird mit den von dem Abg. Kirsch vorgeschlagenen Aenderungen angenommen.

§§. 16—17

werden ohne Diskussion angenommen.

Ueberschrift und Einleitung.

Abg. Dr. **Sattler** erklärt, dass seine Freunde auf die Annahme dieses Gesetzes wenig oder gar keinen Wert legen und zum grossen Theil dagegen stimmen werden. Es habe kein günstiger Stern über dem Gesetz geschwebt, und dasselbe entspreche nicht dem, was man von einem Gesetz über die Medizinalreform erhofft habe. Auch wenn man sich auf die Reform einer Instanz beschränken wollte, so hätte man doch gehofft, dass bei dieser Gelegenheit ein grosses Stück einer Organisation zu Stande kommen würde, durch welche die Pflege der Gesundheit des Volkes gefördert und eintretenden Schädigungen bei Epidemien wirksam entgegengetreten werden könnte. Dies erfülle aber das Gesetz in keiner Weise. Es sei zwar die Besserstellung der Physiker in Betreff ihrer Pensionirung anzuerkennen, dass sei aber sehr wenig. Redner würde sich freuen, wenn mit dem Zustandekommen dieses Gesetzes wenigstens die Vorbedingung gegeben würde für die Ausscheidung der Medizinalverwaltung aus dem Kultusministerium und Hinüberführung in das Ministerium des Innern; denn er bleibe nach wie vor dabei: dass die Medizinalverwaltung nicht eher auf die Höhe kommen würde, die man wünschen müsse, als bis ein Mediziner an die Spitze der Verwaltung komme und die Gesammtverwaltung mit dem Ministerium des Innern in organische Verbindung gebracht werde.

Ueberschrift und Einleitung werden hierauf angenommen.

Es erfolgt sodann die Abstimmung über das Gesetz im Ganzen.

Dasselbe wird mit den beschlossenen Aenderungen gegen die Stimmen der Freisinnigen, des grösseren Theils der Nationalliberalen und eines Theils des Zentrums angenommen.

C. Berathung der Resolutionen.

Die folgenden von der Kommission vorgeschlagenen Resolutionen:

„A. I. Obwohl zur Förderung der Kenntnisse der Hygiene in der Bevölkerung schon Anerkennenswerthes geleistet ist, erscheint doch eine grössere Verbreitung und Vertiefung dieser Kenntnisse dringend geboten, und ist zu diesem Zwecke insbesondere auf die Gründung selbstständiger Lehrstühle für die Hygiene an den technischen Hochschulen und auf geeignete Unterweisung der höheren Verwaltungsbeamten und Geistlichen in der Hygiene Bedacht zu nehmen.

II. Untersuchungsanstalten zu Zwecken des Gesundheits- und Veterinärwesens sind in jeder Provinz nach Bedürfniss einzurichten, sowie eine Zentral-Landes-Untersuchungsanstalt und die hierzu erforderlichen Mittel in den nächstjährigen Staatshaushalts-Etat einzustellen.

B. An die Königliche Staatsregierung das dringende Ersuchen zu richten, beim Reiche die alsbaldige Wiedervorlage eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten, herbeizuführen, zugleich aber den Entwurf eines Nothgesetzes unter Abänderung und Ergänzung des Regulativs vom 8. August 1835 dem Landtage noch in dieser Session, falls dies auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen sollte, im Laufe der nächsten Session vorzulegen“

werden ohne Diskussion angenommen.

Zu der ebenfalls in der Kommission vorgeschlagenen und von Abg. Brütt beantragten Resolution

C. „Die Königliche Staatsregierung aufzufordern:

nach Feststellung der Bezüge der Kreisphysiker mit staatlicher Besoldung, Gebühren und Nebenämtern zu erwägen, ob und inwieweit eine Erhöhung der staatlichen Besoldung nothwendig ist, und im Bedarfsfall dem Landtage der Monarchie eine entsprechende Vorlage baldmöglichst zugehen zu lassen“

hat der Abg. Dr. Ruegenberg beantragt, dieser Resolution folgende Fassung zu geben:

„Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen,

a) bei Aufstellung des Etats das Gehalt der Kreisärzte so zu bemessen, dass es ihnen auch bei mässiger Privatpraxis ein standesgemässes Einkommen gewährleiste und

b) vor Inkrafttreten des Gesetzes dem Landtage eine Gesetzvorlage zugehen zu lassen, in der die Pensionirung der künftigen Kreisärzte geregelt wird“.

Abg. Dr. **Ruegenberg**: Der Kommissionsantrag C ist überflüssig, denn einmal will er Dinge feststellen, die bereits festgestellt sind, andernfalls wünscht er einen Gesetzentwurf für etwas, was im Etat gemacht werden kann. Feststellungen der Bezüge der Physiker sind schon oft — zuletzt im Dezember 1898 — gemacht worden, leider stets, ohne dass man die Konsequenzen daraus gezogen hätte. Wenn aber der Antrag C diese Feststellung auch auf die Nebenbezüge der Physiker ausgedehnt wissen will, so ist dies nicht gerechtfertigt, weil die Nebeneinnahmen durchaus schwankend sind und dem Physikus jederzeit genommen werden können, wie das schon oft geschehen ist. Dass die Bezüge der Kreisphysiker auch bei ihren jetzigen Leistungen ungenügende sind, darüber besteht keine Meinungsverschiedenheit; eine nochmalige Erwägung in dieser Hinsicht ist also ebenfalls überflüssig.

Redner hätte seinen Antrag nicht gestellt, wenn nicht der Herr Vertreter des Finanzministers in der Kommission erklärt hätte, dass die Aufbesserung nur dann eintreten solle, wenn sich die Nothwendigkeit dazu herausstelle. Wo fange diese Nothwendigkeit an, und wo höre sie auf? Wer soll sie bestimmen? u. s. w. Nach der Aeusserung des Regierungsvertreters in der zweiten Lesung wird der Fall immer häufiger vorkommen, dass der Kreisphysikus fast keine Privatpraxis betreiben kann. Diese Annahme wird unterstützt durch Briefe, die dem Redner aus der Provinz von Physikern zugegangen sind, zuletzt noch durch einen aus einem rein ländlichen Kreise der Rheinprovinz, worin der betreffende Physikus sagt, dass die staatlichen Funktionen seine Zeit und Arbeitskraft in immer grösserem Massstabe in Anspruch nähmen, so dass ihm kaum Zeit und Raum bleibe zur Betreibung gewinnbringender Privatpraxis. Auch die dem Medizinalbeamten persönlich entstehenden Kosten für die amtlichen Funktionen, namentlich für Schreibhülfe haben immer mehr zugenommen. Da ist es doch wohl berechtigt, wenn die Regierung aufgefordert wird, das Diensteinkommen der Physiker so zu regeln, dass es ihnen auch bei geringer Privatpraxis ein standesgemässes Einkommen gewährleistet. Der Herr Abg. v. Waldow hat in der ersten Lesung bereits vollständig sich in diesem Sinne ausgesprochen und hat auch bedauert, dass das Gesetz jede Andeutung darüber vermissen lasse, wie die Regierung sich diese Erhöhung denke. Im Königreich Sachsen ist die Sache bereits zufriedenstellend geregelt, und ist der dortige Bezirksarzt, der dem Kreisarzte entspricht, der ebenfalls Privatpraxis treiben kann, mit einem Gehalt von 3000 bis 5000 Mark angestellt; er bezieht ausserdem 1200 bis 1800 Mark Bureauaufwandsentschädigung. Was in Sachsen sich als möglich herausgestellt hat, möchte doch auch für Preussen nicht unmöglich sein. Die Besoldungsfrage ist auch von grossem Einfluss auf die Pensionirung der Kreisärzte. Bei der ersten Lesung sagte der Herr Minister: „es gehört zu den unangenehmsten Aufgaben meines Amtes, wenn die Frage an mich herantritt, einen alten, verdienten Physikus, der kein Vermögen hat, aber auch seiner Stellung nicht mehr gewachsen ist, nicht pensioniren zu können.“ Wenn die Pension des zukünftigen Kreisarztes nun aber nach engherzigen Grundsätzen erfolgt, dann wird der Minister auch in Zukunft noch oft in die Lage kommen, den zukünftigen Kreisarzt, den er aus irgend einem Grunde nicht mehr für seine Stellung gewachsen hält, so pensioniren zu müssen, dass er, um seine eigenen Worte zu gebrauchen, auch fast vis-à-vis de rien sich befände. Bei der Verschiedenheit des Alters, in dem die Kreisärzte in ihr Amt eintreten, und bei der Verschiedenheit der Dienstbezüge, sei es ausserdem gerechtfertigt, durch eine besondere Novelle diese Pensionsverhältnisse zu regeln.

Abg. **Brütt**: Die Resolution zu C ist seiner Zeit in der Kommission einstimmig angenommen worden. Die Kommission ist von der Ansicht ausgegangen, dass es nothwendig sei, zu prüfen, welche Bezüge aus Gebühren, staatlichen Besoldungen und Nebenämtern die Kreisphysiker zur Zeit haben, ehe Sie sich schlüssig machen, ob und inwieweit die Gehälter der Kreisphysici erhöht werden sollen. Das ist ein ganz korrekter Standpunkt, wogegen Dr. Ruegenberg mit seinem Antrage die Sache präjudizirlich behandeln will. Redner bittet deshalb es bei dem Antrage der Kommission bewenden zu lassen. (Bravo!)

Abg. Freiherr v. **Plettenberg-Mehrum** schliesst sich Namens seiner Freunde den Auslassungen des Vorredners an.

Abg. Dr. **Martens** tritt für die Resolution des Dr. Ruegenberg ein,

die gleich von vornherein eine bestimmte Direktive geben will. Die Bezüge der Kreisphysici, ihre Gebühren u. s. w. sind bereits festgestellt; es braucht auch nicht erst von der Königlichen Staatsregierung erwogen zu werden, ob eine Erhöhung der Besoldung nothwendig ist; denn in sehr vielen Fällen hat sie bereits zugegeben, dass die Erhöhung stattfinden muss. Zu der Resolution des Abg. Brütt habe übrigens kein Mensch geredet, sie sei vielmehr nach einer langen Sitzung ohne Diskussion angenommen.

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster**: Ueber die Grundsätze, nach welchen die Besoldung und die Pensionirung der künftigen Kreisärzte zu erfolgen hat, ist eine Verständigung mit dem Finanzressort noch nicht herbeigeführt. Die Verhandlungen werden nach Verabschiedung der gegenwärtigen Vorlage beginnen, und das Ergebniss voraussichtlich im nächsten Etat vorliegen. Bei der Etatsberathung wird dann ausreichende Gelegenheit gegeben sein, zu den Grundsätzen und einzelnen Positionen Stellung zu nehmen und etwaige Wünsche zu äussern. Bei dieser Sachlage dürfte sich jede der beiden Resolutionen erübrigen.

Abg. **Kirsch**-Düsseldorf spricht sich für die Resolution C aus, da sie insoweit eine bessere Fassung als die Resolution Ruegenberg habe, als sie davon spricht, dass dem Landtage baldmöglichst eine Vorlage zugehen solle Statt des Wortes „mit“ staatlicher Besoldung, müsse es aber „an“ u. s. w. heissen.

Abg. **Brütt** acceptirt die vorgeschlagene Verbesserung des Abg. Kirsch, und bemerkt, dass mit der Resolution C gerade bezweckt werden solle, dass das von der Regierung zusammengestellte Material demnächst dem Landtag und der Budgetkommission vorgelegt werde. Aus diesem Grunde sei die Resolution nicht überflüssig, sondern sogar nothwendig.

Bei der Abstimmung wird die Resolution des Abg. Ruegenberg abgelehnt, und die Resolution C der Kommission mit der vom Abg. Kirsch beantragten Aenderung angenommen.

Der Abg. **Arndt**-Jarotschin und Genossen haben ausserdem beantragt:

„Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen: die Königliche Staatsregierung aufzufordern, bei der in den §§. 14 und 15 vorgesehenen Neuordnung die bisherigen Kreisphysiker, soweit nicht besondere Umstände eine Ausnahme nothwendig machen, als Kreisärzte in ihrem bisherigen Amtsbezirk anzustellen.“

Abg. **Brütt** ist mit diesem Antrage einverstanden, weil es im staatlichen Interesse liege, dass die sämmtlichen z. Z. im Amte befindlichen Kreisphysiker soweit als möglich bei Neubesetzung der Kreisarztstellen verwandt und nicht aus anderen Gründen als Altersschwäche und Dienstuntauglichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Abg. **Hansen**-Oldenburg möchte den Ausführungen des Herrn Vorredners nur noch hinzufügen, dass es auch im Interesse der Humanität liege, die jetzigen Kreisphysiker thunlichst im Amte zu belassen: denn nicht nur das fiskalische Interesse, sondern auch die Rücksicht auf die einzelnen, theilweise wohl älteren Herren spreche dafür.

Die Resolution wird hierauf angenommen.

Nach den Beschlüsseu der dritten Lesung hat somit der Gesetzentwurf folgenden Wortlaut[1]):

Erster Abschnitt.

Der Kreisarzt.

§. 1. Der staatliche Gesundheitsbeamte ist der Kreisarzt.

Er ist der technische Berather des Landraths, in Stadtkreisen der Polizeibehörde.

Der Kreisarzt ist dem Regierungspräsidenten unmittelbar unterstellt.

Der Steltvertreter des Kreisarztes in Behinderungsfällen oder bei Erledigung der Stelle wird von dem Regierungspräsidenten ernannt.

Dem Landrath und der Polizeibehörde (Abs. 2) verbleiben die ihnen nach

[1]) Die vom Abgeordnetenhause beschlossenen Zusätze und Aenderungen der Regierungsvorlage sind gesperrt gedruckt.

der geltenden Gesetzgebung zustehenden Befugnisse in Angelegenheiten des Gesundheitswesens.

Die Kosten der Reisen, welche der Kreisarzt im Auftrage des Regierungspräsidenten oder des Landraths ausführt, fallen der Staatskasse zur Last.

§. 2. Die Anstellung als Kreisarzt erfordert:

1. den Nachweis der Approbation als Arzt;
2. den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer preussischen Universität; über die Zulassung der Doktorwürde, welche bei einer anderen Universität erworben ist, entscheidet der Minister der Medizinalangelegenheiten;
3. das Bestehen der kreisärztlichen Prüfung;
4. den Ablauf eines angemessenen Zeitraumes nach der Approbation als Arzt.

Die Anstellung erfolgt durch den Minister der Medizinalangelegenheiten.[1])

§. 3. Die Besoldung des Kreisarztes ist pensionsfähig.

Wo besondere Verhältnisse es erfordern, können vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden.

Dieselben beziehen ein festes Diensteinkommen unter Ausschluss von Gebühren. Soweit nach den bestehenden Vorschriften für gewisse Verrichtungen Gebühren zu entrichten sind, fliessen dieselben zur Staatskasse.

Die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis mit Ausnahme von dringenden Fällen und von Konsultationen mit anderen Aerzten wird den vollbesoldeten Kreisärzten untersagt. Die Annahme vn Nebenämtern kann ihnen gestattet werden.

Für Stadtkreise können die als Kommunalbeamte angestellten Stadtärzte vom Minister der Medizinalangelegenheiten mit der Wahrnehmung der Aufgaben des Kreisarztes gegen Bezug einer angemessenen Remuneration beauftragt werden.

§. 4. Der Amtsbezirk des Kreisarztes ist der Kreis.

Grössere Kreise können in mehrere Kreisarztbezirke zerlegt, kleinere zu einem Kreisarztbezirke zusammengelegt werden. Auch einzelne Theile eines Kreises können einem benachbarten Kreisarztbezirke zugeschlagen werden.

§. 5. Dem Kreisarzt können ein oder mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte widerruflich als Assistenten beigegeben werden, welche ihm dienstlich unterstellt sind und eine angemessene Remuneration aus staatlichen Fonds erhalten.

§. 6. Der Kreisarzt hat insbesondere die Aufgabe:

1. auf Erfordern der zuständigen Behörden in Angelegenheiten des Gesundheitswesens sich gutachtlich zu äussern, auch an den Sitzungen des Kreisausschusses und des Kreistages auf Ersuchen dieser Körperschaftrn oder ihres Vorsitzenden mit berathender Stimme Theil zu nehmen;
2. die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises aus eigener Anschauung kennen zu lernen, auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken;
3. die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung und der hierauf bezüglichen Anordnungen zu überwachen und nach Massgabe der bestehenden Vorschriften die Heilanstalten und anderweitige Einrichtungen im Interesse des Gesundheitswesens zu beaufsichtigen; auch hat er über das Apotheken- und Hebammenwesen, über die Heilgehülfen und anderes Hilfspersonal des Gesundheitswesens die Aufsicht zu führen;
4. den zuständigen Behörden Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen, auch für die öffentliche Gesundheit geeignete Massnahmen in Anregung bringen.

§. 7. Der Landrath sowie die Ortspolizeibehörde sollen vor Erlass von Polizeiverordnungen und sonstigen allgemeinen Anordnungen, welche das Gesundheitswesen betreffen, den Kreisarzt hören.

---

[1]) Die in der Regierungsvorlage vorgesehene eventuelle Anstellung durch den Oberpräsidenten ist gestrichen.

Ist die Anhörung unterblieben[1]), so ist dem Kreisarzt von dem Erlasse der Polizeiverordnung oder Anordnung alsbald Mittheilung zu machen.

§. 8. Bei Gefahr im Verzuge kann der Kreisarzt, wenn ein vorheriges Benehmen mit der Ortspolizeibehörde nicht angängig ist, die zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung einer gemeingefährlichen Krankheit erforderlichen vorläufigen Anordnungen treffen. Diesen Anordnungen hat der Gemeindevorstand Folge zu leisten.

Die getroffenen vorläufigen Anordnungen sind den Betheiligten durch den Kreisarzt entweder zu Protokoll oder durch schriftliche Verfügung zu eröffnen.

Die vorläufigen Anordnungen sind dem Landrath und der Ortspolizeibehörde sofort mitzutheilen. Sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweitige Verfügung getroffen wird.

Wer den von dem Kreisarzt getroffenen vorläufigen Anordnängen zuwiderhandelt, wird, sofern nicht die Vorschrift des §. 327 des Reichsstrafgesetzbuchs Platz greift, mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bestraft.

§. 9. Der Kreisarzt ist der Gerichtsarzt seines Amtsbezirks.

Wo besondere Verhältnisse es erfordern, kann die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten übertragen werden.

Zweiter Abschnitt.

Die Gesundheitskommissionen.

§. 10. Für jede Gemeinde mit mehr als 5000 Einwohnern ist eine Gesundheitskommission zu bilden.

Die Zusammensetzung und Bildung dieser Kommission erfolgt in den Städten in Gemässheit der in den Städteordnungen für die Bildung von Kommissionen (Deputationen) vorgesehenen Bestimmungen.

In grösseren Städten können die städtischen Behörden Unterkommissionen für einzelne Bezirke bilden; der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, es bei der bisherigen Einrichtung der Sanitätskommissionen zu belassen.

In ländlichen Gemeinden befindet der Landrath über die Zusammensetzung, die Mitgliederzahl und den Geschäftsgang der Kommission. Die Mitglieder verwalten ihr Amt als Ehrenamt.

Die gesetzlichen Vorschriften über die Verpflichtung zur Annahme und über die Befugniss zur Ablehnung von Gemeindeämtern finden mit der Massgabe Anwendung, dass die Ausübung der ärztlichen Praxis nicht als Ablehnungsgrund gilt.

Der Kreisarzt kann jeder Zeit die Zusammenberufung der Gesundheitskommissionen verlangen; er nimmt an den Verhandlungnn mit vollem Stimmrecht theil.

§. 11. Die Gesundheitskommission hat die Aufgabe:

1. von den gesundheitlichen Verhältnissen des Ortes durch gemeinsame Besichtigungen sich Kenntniss zu verschaffen und die Massnahmen der Polizeibehörde, insbesondere bei der Verhütung des Ausbruchs oder der Verbreitung gemeingefährlicher Krankheiten in geeigneter Weise (Untersuchung von Wohnungen, Belehrung der Bevölkerung etc.) zu unterstützen;
2. über alle ihr von dem Landrath, von der Polizeibehörde und dem Gemeindevorstande vorgelegten Fragen des Gesundheitswesens sich gutachtlich zu äussern;
3. diesen Behörden Vorschläge auf dem Gebiete des Gesundheitswesens zu machen.

§. 12. In Gemeinden mit 5000 oder weniger Einwohnern kann eine Gesundheitskommission gebildet werden. In Städten muss die Bildung erfolgen, wenn der Regierungspräsident dieselbe anordnet. In Landgemeinden kann sie von dem Landrath im Einverständniss mit dem Kreisausschuss angeordnet werden.

Auf diese Kommissionen finden die Vorschriften der §§. 10 und 11 entsprechende Anwendung.

---

[1]) Die Worte „wegen Dringlichkeit“ sind in der dritten Lesung gestrichen.

Dritter Abschnitt.

Uebergangs- und Schlussbestimmungen.

§. 13. Innerhalb des der Zuständigkeit des Polizeipräsidenten von Berlin unterstellten Bezirks tritt dieser an die Stelle des Regierungspräsidenten.

In den Hohenzollernschen Landen tritt an die Stelle des Landraths der Oberamtmann, an die Stelle des Kreises der Oberamtsbezirk und an die Stelle des Kreisausschusses der Amtsausschuss.

§. 14. Die Kreisphysikats- und Kreiswundarztstellen werden aufgehoben.

§. 15. Medizinalbeamte, welche bei dem Inkrafttreten dieses Gesetzes dienstlich nicht verwendet werden, bleiben während eines Zeitraumes von fünf Jahren zur Verfügung des zuständigen Ministers und werden auf einem besonderen Etat geführt. Dieselben beziehen während dieses Zeitraumes ihre bisherige Besoldung unverkürzt weiter und ausserdem jährlich die Hälfte der nach dem Durchschnitt der letzten 5 Jahre für dienstliche Verrichtungen ihnen zugeflossenen Gebühren bis zum Höchstbetrage von jährlich 2000 Mark.

Die Beamten, welche während des fünfjährigen Zeitraumes eine etatsmässige Anstellung nicht erhalten, treten nach Ablauf desselben in den Ruhestand und erhalten ohne Rücksicht auf die Dauer der Dienstzeit eine Pension in Höhe von drei Viertheilen der Besoldung und der gemäss Abs. 1 festgesetzten Entschädigung.

§. 16. Die bestehenden Sanitätskommissionen, insbesondere diejenigen aus dem Regulativ vom 8. August 1835 (Gesetzsamml. S. 240) werden unbeschadet der Vorschrift des §. 10 Abs. 3 aufgehoben.

§. 17. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes wird durch Königliche Verordnung bestimmt.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten erlässt, und zwar soweit das Ressort des Finanzministers oder des Ministers des Innern betheiligt ist, in Gemeinschaft mit diesen, die zur Ausführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

Vergleicht man den jetzt vom Abgeordnetenhause in dritter Lesung angenommenen Gesetzentwurf mit der ursprünglichen Regierungsvorlage, so lässt sich nicht leugnen, dass er durch die Kommissionsberathung und Beschlussfassung des Abgeordnetenhauses wesentliche Verbesserungen erfahren hat und dadurch wenigstens ein Theil der von den Medizinalbeamten ausgesprochenen Wünsche erfüllt worden ist. Dahin gehört vor allem die Streichung der Bestimmung in §. 2, wonach der Minister die Befugniss zur Anstellung des Kreisarztes dem Oberpräsidenten übertragen konnte; ferner die werthvolle Uebergangsbestimmung in §. 3, durch die wenigstens die Anstellung von vollbeschäftigten und vollbesoldeten Kreisärzten ermöglicht ist. Auch die hier vorgesehene eventuelle Uebertragung der Funktionen des Kreisarztes auf die in Stadtkreisen von der Kommune angestellten Stadtärzte muss als eine Verbesserung angesehen werden, da sie jedenfalls wesentlich zur Anstellung solcher kommunalen Gesundheitsbeamten beitragen und in Folge dessen für eine grössere Anzahl Medizinalbeamten eine sie voll befriedigende und sicherlich auch ausreichend dotirte Stellung schaffen wird. Nicht minder entspricht die Schaffung von Assistenten, die dem Kreisarzt zu seiner Unterstützung beigegeben und ihm dienstlich unterstellt sein sollen, nicht nur dem öffentlichen Interesse, sondern auch den Forderungen der Medizinalbeamten; durch diese Einrichtung wird die Beschaffung eines tüchtigen und praktisch vorbereiteten Nachwuchses für die ver-

antwortliche Stellung des Kreisarztes sowie gleichzeitig die Bereitstellung geeigneter Hülfskräfte in Epidemiezeiten sichergestellt. Dass ferner der §. 11 gefallen ist, wird gewiss auch von Niemandem bedauert werden; denn bei seiner Aufrechterhaltung würde sicherlich den Ortspolizeibehörden sowohl, als dem Landrathe viel unnöthiges Schreibwerk erwachsen sein, ganz abgesehen davon, dass die Bestimmung auch hinderlich für die Durchführung mancher von jenen Behörden auf Anregung des Kreisarztes für nothwendig erachteten allgemeinen sanitären Massregeln wirken könnte. Endlich ist die im §. 15 getroffene Zusatzbestimmung, wonach denjenigen Medizinalbeamten, die bei dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verfägung gestellt werden, nicht blos ihr festes Gehalt, sondern auch 50 % ihrer Gebühren bis zum Höchstbetrage zur Anrechnung kommen sollen, eine sehr werthvolle Vebesserung des Gesetzentwurfes, an der wir nur das auszusetzen haben, dass uns der Höchstbetrag etwas zu niedrig bemessen erscheint und dass wir nicht einsehen können, warum die Medizinalbeamten in Bezug auf die Anrechnung ihrer Gebühren aus dienstlichen Verrichtungen schlechter behandelt werden sollen, wie die Rentmeister in Westfalen und die Hardes- und Kirchspielvögte in Schleswig-Holstein, denen die Gebühren seiner Zeit bei Bemessung des Wartegeldes voll angerechnet sind, und zwar den ersteren nicht nur bis zum Höchstbetrage des Gehalts eines vollbesoldeten Beamten gleicher Kategorie, sondern noch darüber hinaus. Es ist ja allerdings richtig, dass die jetzige Fassung gegenüber der ursprünglich von der Kommission angenommenen, wonach die Kreisärzte „ausser ihrem Gehalte auch eine ihren sonstigen Dienstleistungen entsprechende Entschädigung bis zu einer gewissen Höhe erhalten sollen“ den Vorzug einer bestimmten Festsetzung hat und die Bemessung demnach nicht mehr von dem Gutdünken der Verwaltung abhängt; unseres Erachtens hätte es aber gleichwohl den Interessen der betheiligten Medizinalbeamten mehr entsprochen, wenn durch Beschluss des Abgeordnetenhauses jetzt nur der Anspruch einer derartigen Entschädigung ohne Rücksicht auf die Hülfsbedürftigkeit des Betreffenden festgelegt, die spezielle Festsetzung aber dem nächstjährigen Etat und damit einer erneuten Berathung und Beschlussfassung des Abgeordnetenhauses vorbehalten geblieben wäre. Trägt allerdings die Staatsregierung bei Durchführung des Gesetzes der vom Abgeordnetenhause angenommenen Resolution Arndt entsprechend Rechnung, dann wird die Zahl der zur Disposition gestellten Medizinalbeamten eine sehr geringfügige sein, da von der Zusammenlegung kleiner Kreise auch nur ausnahmsweise Gebrauch gemacht werden soll und die noch vorhandenen Kreiswundärzte zum grössten Theil als Assistenten Verwendung finden können. Auf diese Weise werden auch den älteren Medizinalbeamten die Vortheile des von ihnen seit Jahrzehnten erhofften Gesetzes zu Theil werden, was wir nur mit Freuden begrüssen können, vorausgesetzt, dass diese Vortheile wirklich beachtenswerthe sind. Darüber lässt sich aber zur Zeit gar kein Urtheil bilden; denn abgesehen von der den Kreisärzten im Gesetz ein-

geräumten Pensionsberechtigung haben weder die Kommissions-, noch die Abgeordnetenhausverhandlungen auch nur den geringsten Anhaltspunkt ergeben, der einen einigermassen sicheren Rückschluss auf die demnächstigen Gehalts- und Pensionirungs-Verhältnisse der Kreisärzte gestattete. Alle Anfragen in dieser Hinsicht sind von der Regierung unbeantwortet geblieben und der Versuch des Abg. Dr. Ruegenberg, durch die von ihm am Schluss gestellte Resolution wenigstens eine Grundlage dafür zu schaffen, ist abgelehnt, obwohl die von ihm aufgestellte Forderung genau derjenigen entsprach, die seiner Zeit von dem Vertreter der Konservativen bei der ersten Lesung ausgesprochen war. Dagegen ist die Resolution des Abgeordneten Brütt angenommen, aus der sich nicht gerade ein besonderes Wohlwollen für die Medizinalbeamten erkennen lässt.

Den vorher hervorgehobenen günstigen Ergebnissen der Berathungen des Abgeordnetenhauses über den Gesetzentwurf stehen aber leider andere recht ungünstige gegenüber, durch die der Werth jener und damit des ganzen Gesetzentwurfes sehr erheblich herabgedrückt wird. Wer die Verhandlungen aufmerksam verfolgt, der wird sicherlich mit dem Abg. Martens darin übereinstimmen, dass der gegenwärtige Zeitpunkt für ein Zustandekommen der Medizinalreform, sei es auch nur auf einem beschränkten Gebiete, kein günstiger gewesen ist; denn bei der schon in der Maikonferenz hervorgetretenen, äusserst geringen Neigung der ausschlaggebenden Partei, der Konservativen, gegen eine grössere Erweiterung der Amtsbefugnisse des Kreisarztes liess sich im voraus annehmen, dass alle Versuche, nach dieser Richtung hin den Gesetzentwurf, namentlich im §. 5 Nr. 1 und 2, abzuändern, scheitern würden. Dass die Herren Landräthe eifersüchtig jede Beschränkung ihrer Rechte bekämpfen, kann man ihnen an sich nicht verdenken; man hätte aber doch erwarten können, dass sie gerade auf Grund ihrer amtlichen Erfahrungen die Nothwendigkeit einer erweiterten Thätigkeit des Kreisarztes befürworten würden; denn sie bedingt ebensowenig eine Beschränkung ihrer Rechte, wie die den Gewerbeaufsichtsbeamten gesetzlich eingeräumten und noch weitergehenden Befugnisse, wohl aber eine Erleichterung ihrer Arbeit. Aber die Vossische Zeitung hat ganz Recht, wenn sie in Nr. 301 vom 30. v. Mts. sagt: „die Konservativen, zumal diejenigen aus dem Osten, wollen von einer wirklichen Medizinalreform nichts wissen; ein ruhiger, hygienisch-geschulter und arbeitsfreudiger Kreisarzt könnte zumal auf dem Lande recht unbequem werden“! Thatsächlich geht auch aus den Verhandlungen des Abgeordnetenhauses hervor, dass sich die Vertreter der konservativen Partei dabei weniger die Frage vorgelegt haben, was ist im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege nothwendig, sondern fast ausschliesslich den Gesichtspunkt im Auge gehabt haben, ob durch das Gesetz nicht etwa die Rechte des Landraths und der Ortspolizeibehörde beschnitten werden und den Gemeinden unnöthige Kosten erwachsen könnten? „Nach unserer Ansicht würde es

auch ohne das Gesetz gehen“ mit diesen Worten des Führers der Konservativen, des Grafen zu Limburg-Stirum, ist deren Standpunkt hinreichend gekennzeichnet; hoffen wir, dass die Macht der Verhältnisse sie recht bald von der Unrichtigkeit dieser Ansicht überzeugen wird!

Die Sorge, dass den Gemeinden mehr Kosten durch das Gesetz erwachsen würden, hat den Antrag des Abg. Winckler zu §. 1 gezeitigt; ein Antrag, der uns im Allgemeinen sympathisch ist, der aber den Kernpunkt nicht trifft und vor Allem die jetzt bestehende Unklarheit über die Frage, ob ein ortspolizeiliches oder landespolizeiliches Interesse vorliegt bezw. ob Gemeinde oder Staat die Kosten zu tragen hat, nicht beseitigt. Viel richtiger wäre es gewesen, eine Resolution zu fassen, in der die so wie so erforderliche Abänderung des Gebührengesetzes vom 9. März 1872 verlangt wäre, und zwar unter Berücksichtigung des in dem Antrage zum Ausdruck gebrachten Gesichtspunktes sowie unter Aufhebung der sich aus §. 10 des Regulativs vom 8. August 1835 in Verbindung mit §. 3 des Polizeigesetzes vom 11. März 1850 ergebenden Bestimmung, wonach den Gemeinden die Kosten für die erste Feststellung der ansteckenden Krankheiten zur Last fallen. Dadurch würde nicht nur dasselbe Ziel, sondern sogar eine im öffentlichen Interesse unbedingt nothwendige Kostenerleichterung für die Gemeinden geschaffen sein; denn durch jene Bestimmung unterbleibt sehr häufig der Kostenersparniss wegen die unbedingt nothwendige sofortige Zuziehung des staatlichen Gesundheitsbeamten, und wird in Folge dessen der richtige Zeitpunkt zur wirksamen Bekämpfung der Seuche verabsäumt. Bei der Abwehr und Bekämpfung ansteckender Krankheiten ist das allgemeine staatliche Interesse in der Regel ebenso betheiligt, als das örtliche; deshalb sollten auch den Gemeinden aus der hierbei erforderlichen Inanspruchnahme der Kreisärzte keine Kosten erwachsen, eine Forderung, der in Bezug auf die polizeilich veranlasste Zuziehung der beamteten Thierärzte behufs Ermittelung um Unterdrückung von Viehseuchen schon längst durch §. 23 des Gesetzes vom 12. März 1881, betreffend die Ausführung des Reichs-Viehseuchengesetzes, Rechnung getragen ist. Das Abgeordnetenhaus hat sich jetzt in dankenswerther Weise einstimmig für die Nothwendigkeit eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten, sowie für den Erlass eines derartigen Nothgesetzes für die Monarchie unter Abänderung und Ergänzung des Regulativs vom 8. August 1835 ausgesprochen; die Vorbedingung für die wirksame Durchführung eines solchen Gesetzes bildet aber vor Allem die rechtzeitige Zuziehung der beamteten Aerzte, die nur gesichert ist, wenn der Staat die Kosten trägt und dem Beamten die Berechtigung eingeräumt wird, auch ohne jedesmaligen Auftrag des Landraths sich an Ort und Stelle zu begeben. Lediglich darauf hin zielte der Antrag der Abgg. Dr. Ruegenberg und Dr. Martens zu §. 5 Nr. 2; leider hat er aber nicht nur keine Annahme gefunden, sondern der von der Kommission zu diesem Absatz angenommene Zusatz, mit dem sich

der Herr Minister ausdrücklich einverstanden erklärt hatte, ist sogar auf Antrag der Konservativen wieder gestrichen. Unseres Erachtens hätte der Zusatz der Kommission ausgereicht, und es nicht einer Streichung der Worte „nach ministerieller Anweisung" bedurft; denn darin, dass in Preussen kein Beamter ganz beliebig reisen kann, hat der Minister ganz Recht; dagegen ist es ein grosser Unterschied für die Bewegungsfreiheit des Kreisarztes, ob er dazu erst jedes Mal eines speziellen Auftrages wie jetzt bedarf, oder ein genereller, durch die Dienstanweisung gegebener Auftrag genügt. Logischer Weise hätten die Konservativen nach Annahme des Antrages Winckler auch für den Antrag Endemann, Martens und Ruegenberg auf die Gewährung eines Reisepauschquantums aus der Staatskasse stimmen müssen, weil dadurch am sichersten garantirt war, dass den Gemeinden aus derartigen Reisen des Kreisarztes keine Kosten entstehen; ein solches Pauschquantum ist ausserdem kein Unikum, sondern wird im Gegentheil fast allen Lokalbeamten gleicher Kategorie, z. B. den Kreisbauinspektoren, den Gewerbeaufsichtsbeamten, den Kreisschulinspektoren gewährt; warum also nicht den Kreisärzten? Allerdings gehört eine solche Bestimmung streng genommen ebensowenig in das Gesetz wie der konservative Antrag betreffs der Kosten für die Reisen des Kreisarztes; war dieser aber einmal angenommen, dann war jene eigentlich nur die logische Konsequenz.

Dass der Gesetzentwurf in seiner jetzigen Fassung im Herrenhause noch wesentliche Abänderungen erfahren wird, ist kaum anzunehmen. Die Frage, ob er sich in Zukunft als geeignete Grundlage für eine gedeihliche Entwickelung des Medizinalwesens erweisen wird, lässt sich nicht eher beantworten, als bis die Dienstanweisung für die künftigen Kreisärzte, sowie die näheren Bestimmungen über ihre Gehalts- und Pensionsverhältnisse vorliegen. Nach den Verhandlungen des Abgeordnetenhauses möchten wir aber den Medizinalbeamten empfehlen, in dieser Hinsicht ihre Erwartungen nicht zu hoch zu spannen; denn wenn wir auch an sich der Ansicht sind, dass mit dem Gesetze ein wesentlicher Schritt vorwärts gemacht ist und bei thatkräftiger Handhabung viel erreicht werden kann, so ist doch die Befürchtung leider nicht ausgeschlossen, dass betreffs der weiteren Durchführung nicht die Optimisten, sondern die Pessimisten Recht behalten dürften. Sollten wir uns in dieser Beziehung getäuscht haben, dann wird die Enttäuschung eine um so angenehmere und unsere Freude eine um so grössere sein!

Tagesnachrichten.

Das Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte u. s. w. ist von der Kommission des Herrenhauses in der vom Abgeordnetenhause beschlossenen Fassung angenommen.

Bei der dritten Berathung des **Invaliden- und Alters-Versicherungsgesetzes** ist vom Reichstage insofern eine wichtige Aenderung vorgenommen, als die bisherige Bestimmung, wonach durch geschlechtliche Ausschweifungen entstandene Krankheiten bei der Zubilligung der Renten nicht

berücksichtigt werden sollen, gestrichen ist. Damit ist eine alte ärztliche Forderung endlich durchgedrungen, die schliesslich auch in gleicher Weise bei dem Krankenkassengesetz zur Geltung kommen wird.

Am 27. Juni d. J. hat die feierliche **Eröffnung des neuen pathologischen Museums** bei der Berliner Charité in Gegenwart des Herrn Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten, der Geheimen Räthe der Medizinalabtheilung, der Vertreter des Arbeits- und Finanzministeriums, sowie zahlreicher Vertreter der Wissenschaft stattgefunden. Prof. Dr. Virchow begrüsste die Erschienenen und sprach allen denen, die das Werk gefördert hatten, insbesondere den Behörden seinen Dank aus, indem er gleichzeitig die grosse wissenschaftliche Bedeutung des Museums hervorhob, das seines Gleichen nicht habe. An die Eröffnungsfeier schloss sich ein Rundgang durch die Räume des Museums.

Nach einer vom preussischen Kultusminister getroffenen Anordnung sollen mit Beginn des nächsten Wintersemesters an der Berliner Universität **Unterweisungskurse in der Schulgesundheitspflege für Kandidaten des höheren Schulamtes** unter Leitung des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Kirchner versuchsweise abgehalten werden. An diesen Kursen können auch Lehrer von Gymnasien, Realgymnasien, Oberreal- und Realschulen theilnehmen. Jedenfalls eine sehr dankenswerthe Einrichtung, um den Lehren der öffentlichen Gesundheitspflege in immer weiteren Kreisen Eingang zu verschaffen.

Geh. Rath Prof. Dr. **M. von Pettenkofer** ist auf sein erneutes Gesuch von dem Amt als Präsident der bayerischen Akademie der Wissenschaften durch ein besonderes, huldvolles Handschreiben Sr. Königlichen Hoheit, des Prinzregenten, entbunden. In diesem Handschreiben heisst es am Schluss: „Es ist mir Herzensbedürfniss, Ihnen für Ihre ausgezeichneten Dienste, sowie für die treue und aufopfernde Hingabe an Ihr verantwortungsvolles Amt meine besondere Anerkennung und meinen wärmsten Dank auszusprechen. Mit dem aufrichtigen Wunsche, dass Ihnen noch viele Jahre vergönnt sein mögen, in der stillen Zurückgezogenheit, nach welcher sie sich sehnen, der Früchte Ihrer erfolgreichen Lebensarbeit in voller Gesundheit sich zu erfreuen, verbleibe ich mit den huldvollsten Gesinnungen Ihr ergebenster

Luitpold, Prinz von Bayern.

Ueber die Frage, ob in **Rabattgewährung der Aerzte** den Krankenkassen gegenüber eine Verletzung der Standesehre zu erblicken sei, hat das Königlich Sächsische Ministerium soeben eine prinzipiell wichtige Entscheidung erlassen. In einem Streitfalle hatte der Zwickauer ärztliche Bezirksverein die Ansicht vertreten, dass ein Herabgehen unter die Minimaltaxe (im vorliegenden Falle um 15 %) bei zahlungsfähigen Kassen unvereinbar sei mit der ärztlichen Standesehre; der Verein hatte deshalb dem mit der betreffenden Kasse abgeschlossenen Vertrag die Genehmigung versagt. Auf erhobenen Rekurs hat das Ministerium dagegen entschieden, dass die beanstandete Vereinbarung sich als ein billiger Ausgleich gegenseitiger Interessen darstelle und in der Rabattgewährung keine Verletzung der Standesehre zu erblicken sei

---

Die Einrichtung eines besonderen, den politischen Schwankungen nicht ausgesetzten **Ministeriums des öffentlichen Gesundheitswesens in Rumänien** ist jetzt von Prof. Dr. v. Babes in Bukarest als Mitglied des mit der Aenderung des im Jahre 1893 erlassenen Sanitätsgesetzes beauftragten Ausschusses beantragt worden. Zugleich soll dem Gesundheitsrathe eine grössere Ausdehnung gegeben werden, so dass er in von Fachvereinen gebildeten Sektionen arbeiten könne, welchen in Fragen ihrer speziellen Kompetenz das Recht der Initiative, der Vollstreckung und der Kontrole zustehen würde.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. **Zeitschrift** 1899.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben

von

Dr. OTTO RAPMUND,

Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld, Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 14. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Juli.

Eine Rechtfertigung der Ministerial-Anweisung vom 20. September 1895.[1])

Von Dr. **Albrecht Erlemeyer**, Sanitätsrath in Bendorf am Rhein.

Tippel in Kaiserswerth hat an sämmtliche Kollegen, denen Privat-Irrenanstalten im Bereiche der preussischen Monarchie unterstellt sind, die Frage gerichtet, ob die Ministerial-Anweisung vom 20. September 1895 sich in der Praxis bewährt habe, und hat die eingelaufenen Antworten in einer Arbeit zusammengestellt, die er in Bd. 55 H. 4 der allgem. Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht hat. Dieser Arbeit hat er folgenden Titel vorgesetzt: „Welche Bedenken und Schwierigkeiten haben sich bei der Anwendung der ministeriellen Anweisung über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen in und aus Privat-Irrenanstalten (§. 30 der Gewerbeordnung), sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung solcher Anstalten vom 20. September 1895 ergeben?“

Der Inhalt dieser Frage muss jedem Unbefangenen die Meinung beibringen, dass sich bei der Handhabung der Ministerial-Anweisung „Bedenken und Schwierigkeiten“ ergeben haben, und dass diese Ministerial-Anweisung eine nach mehreren Richtungen hin unpraktische Verordnung sein muss. Aber trotzdem wird das „Gesammturtheil“ über die Anweisung als ein günstiges bezeichnet. Tippel befindet sich „in der angenehmen Lage, die erfreuliche

[1]) Der Artikel ist bereits im Januar d. J. bei der Redaktion eingegangen.

Thatsache aussprechen zu können, dass die Anweisung im Grossen und Ganzen die allgemeine Zustimmung gefunden hat".

Hier scheint ein gewisser Widerspruch zu bestehen. Derselbe löst sich aber, wie die weitere Kenntnissnahme des Aufsatzes zeigt, dadurch, dass zu den von T. und seinen Gewährsmännern erhobenen Bedenken, Schwierigkeiten und Missverständnissen die Ministerial-Anweisung selbst eigentlich gar keine oder doch nur ausnahmsweise eine Veranlassung giebt, dass vielmehr T. und seine Freunde der Anweisung gegenüber einen oft missverständlichen Standpunkt einnehmen, dass sie die Anweisung nicht immer und nicht überall so auffassen, wie sie gemeint und wofür sie bestimmt ist, und dass sie sich selbst Schwierigkeiten konstruiren, wo zu solchen nicht die geringste Veranlassung vorliegt.

Ganz gewiss giebt schon, wie Tippel mit Recht hervorhebt, die Ueberschrift der Anweisung zu „kritischer Betrachtung" Anlass bezüglich des Begriffes „Privat-Irrenanstalt" und es muss Verwunderung erregen, dass eine Anweisung für Privat-Irrenanstalten nicht schon an erster Stelle eine genaue und in jeder Hinsicht massgebende Definition des Begriffes „Privat-Irrenanstalt" feststellt. Auf diesen Defekt habe ich schon früher hingewiesen.[1]) Wir dürfen aber nicht vergessen, dass in der ungeheuer grossen Zahl von Verfügungen, Erlassen, Verordnungen und Anweisungen, die sich im Laufe vieler Jahre angesammelt haben, nirgendwo eine gültige und treffende Definition über den Begriff „Irrenanstalt" sich findet, dass wir also logischer Weise auch keine solche über „Privat-Irrenanstalt" haben können, denn die letztere ist nur aus der ersteren zu konstruiren. Wenn nun Tippel betont, dass sich hieraus für die Praxis allerlei Uebelstände ergeben, und dass bei einzelnen Unternehmungen die Grenzen der „Privat-Irrenanstalten" und der „Privat-Krankenanstalten" unsicher seien, dann ist ihm hierin durchaus Recht zu geben. Wenn er aber Zweifel erhebt, ob die Anweisung mit allen ihren Theilen, namentlich mit denjenigen, die sich auf Epileptische beziehen, Privatirrenanstalten im Auge habe, dann kann ich ihm nicht beitreten; für mich besteht kein Zweifel, dass die Ueberschrift bestimmen will, dass die Anstalten für Epileptische den Irrenanstalten gleich zu stellen und in administrativer Beziehung als Irrenanstalten zu behandeln sind. Allerdings giebt die Anweisung gerade über diesen Punkt zu den grössten Bedenken und Zweifeln Anlass, und ich gestehe offen, dass ich früher eine andere Auffassung von dem, was die Anweisung meint und will, gehabt habe. Wenn sie im §. 1 bestimmt, dass die Aufnahme einer Person in eine Privatanstalt für Epileptische nur auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen darf, welches sich darüber ausspricht, an welcher Form geistiger Störung der Kranke leidet, so muss jeder Unbe-

[1]) Vergl. in meinem Buche „Irrenwesen" (1896) die Abschnitte über die Definition, II Kap. 5—9 inkl. und VII Kap. 3. Meine dort gegebene Definition der Irrenanstalt und ihrer verschiedenen Arten ist auf der XV. Jahresversammlung des preussischen Medizinal-Beamten-Vereins am 26. und 27. September 1898 in Berlin von Oebbeke als „zweckmässig" acceptirt worden.

fangene die Meinung bekommen, dass hier nur geisteskranke Epileptische gemeint sein können, denn wie soll über einen geistesgesunden Epileptischen ein derartiges Zeugniss beigebracht werden? Und doch liegt die Sache so, dass die Anweisung thatsächlich alle Epileptischen meint, geisteskranke wie geistesgesunde. Aber, um dieser Ansicht überall, vor Allem auch bei den Behörden Geltung zu verschaffen, waren nicht weniger als vier Ergänzungsvorschriften erforderlich, die sämmtlich diesen einen Gegenstand behandeln, Beweis, wie unklar und missverständlich die Fassung der Anweisung selbst ist. Welche wunderlichen, geradezu unhaltbaren, die Attest- und Anzeigevorschriften stark diskreditirenden Zustände in den Anstalten für Epileptische durch diese Gleichstellung der geisteskranken und geistesgesunden Epileptischen hervorgerufen worden sind; darauf einzugehen ist hier nicht der Ort.

Wenn schliesslich bemängelt wird, dass in der Ueberschrift der Ministerial-Anweisung die Sonderbestimmungen einzelner Regierungen nicht aufgehoben seien, so ist das nicht berechtigt und zutreffend. Wenn eine neue Ministerial-Verfügung den gleichen Gegenstand betrifft, wie eine ältere, und ihr Inhalt diesen Gegenstand erschöpft, so ist damit eine ältere aufgehoben, auch ohne, dass dies in der neuen noch besonders ausgedrückt wird. Desgleichen werden mit der neuen Ministerial-Verfügung alle den gleichen Gegenstand betreffenden Verfügungen der unteren Instanzen (Mittel- und Lokalinstanzen) aufgehoben, auch ohne besondere Betonung dieser Aufhebung; diese Behörden sind dann nur berechtigt, Ausführungsbestimmungen zu erlassen, die sich eben genau im Rahmen der Ministerial-Verfügung halten müssen. Um einen kleinen Lapsus Tippel's zu korrigiren, so ist die die Idioten- und Epileptikeranstalten betreffende Ergänzung zu unserer Anweisung nicht vom 12. Juni 1896, sondern vom 24. April 1896. Die folgenden sind vom 20. Januar 1897, 24. Mai 1897 und 13. Dezember 1898.

Ich komme nun zum ersten Abschnitte über die

I. Aufnahme.

Den meisten der Tippel'schen Ausführungen über diesen Abschnitt kann ich mich nicht ausschliessen.

1. Wenn die Aufnahmeatteste den Vorschriften des §. 1 inhaltlich nicht entsprechen, so folgt daraus kein Vorwurf für die Anweisung, wie Tippel meint, sondern ein solcher für die Attestaussteller. Und wenn der streng nach dem Buchstaben der Anweisung gehende Arzt, wie Tippel sagt, keinen Kranken auf Grund eines lückenhaften Attestes aufnimmt, dann trifft das wieder nicht die Anweisung, sondern den Arzt, dessen Gewissenhaftigkeit sich am falschen Orte rührt. Wer so verfährt, macht sich meines Erachtens einer grossen Vernachlässigung, ja unter Umständen einer inhumanen Handlung schuldig, die den Kranken schädigt, ihn unter Umständen in Gefahr bringt. Ich bin der Meinung, dass wir Anstaltsärzte verpflichtet sind, jeden Geisteskranken, der gebracht wird, aufzunehmen, auch den, dessen Attest den ge-

stellten formellen Vorschriften unserer Anweisung nicht ganz genau entspricht. Ich will nicht erörtern, ob der allgemein gültige juristische Grundsatz, dass auch ein formell lückenhaftes Attest dann als gültig anzusehen ist, wenn es bona fide ausgestellt ist, auch für administrative Verhältnisse anerkannt wird, ich muss aber den in seiner Gewissenhaftigkeit zu weit gehenden Arzt darauf hinweisen, dass er sich in solchen Fällen der natürlichen Hülfe des Physikus seiner Anstalt zu bedienen hat. Enthält das mitgebrachte Attest einen unwesentlichen Formfehler, so schicke er es dem Physikus ein mit der Frage, ob es ihm, dem Revisionsbeamten der Anstalt, genüge. Genügt es ihm nicht, oder ist das Attest aus sachlichen Gründen unbrauchbar, dann zitire er den Physikus per Telegraph zur Ausstellung eines gültigen Attestes.

2. Was die „Form der geistigen Störung" anlangt, die in dem Aufnahmeattest angegeben sein muss, so ist es ja gewiss richtig, dass sie für den Anstaltsarzt ohne Werth ist. In dem Augenblicke, in dem er den Kranken übernimmt, übernimmt er auch die Verantwortung, und da wird er ganz gewiss seine eigene Diagnose seinem Handeln zu Grunde legen. Aber diese Bestimmung, wie überhaupt die Attestparagraphen, beziehen sich gar nicht auf den Anstaltsarzt, sondern auf die Attestaussteller, vor Allem also auf die Physiker. Der Inhalt dieser Vorschriften kann uns Anstaltsärzten also eigentlich gleichgültig sein. Wenn man ihn aber trotzdem bemängelt, wie das Tippel thut, dann möchte ich doch sagen, dass ich die Angabe der „Form" deshalb für erforderlich halte, weil ohne sie die logische Konsequenz des Attestes hinfällig würde. Das Attest muss drei Schlusssätze haben: a. der Untersuchte ist geisteskrank, b. er leidet an der und der Form geistiger Störung, und c. seine Unterbringung in eine Irrenanstalt ist nothwendig. Der dritte Satz stellt gewissermassen die Folgerung aus den beiden ersten dar, und es erscheint nicht wohl angängig, nur wegen „Geisteskrankheit" allein die Nothwendigkeit der Internirung zu folgern, dafür soll und muss die „Form" die breitere Basis und Begründung abgeben.

3. Mit seinen Bemerkungen über die Aufnahme der Ausländer befindet sich Tippel im Irrthume. Er hat es übersehen, dass die in Rede stehende Anweisung nur die Anlage ist zum eigentlichen Runderlasse[1]) vom 20. September 1895 der verschiedenen Ministerien, und dass in diesem Runderlasse unter anderen Bestimmungen auch die enthalten ist, dass bez. der Aufnahme der Ausländer die Bestimmungen des Ministers des Auswärtigen vom 5. August 1881 in Gültigkeit geblieben sind. Ausserdem aber bestehen noch 6 Ministerialverfügungen über die Aufnahme von Ausländern zu Recht,[2]) sowohl allgemeinen Inhaltes, als über Holländer und Amerikaner im Besonderen. Derselbe

[1]) Auch Springfeld hat diesen Runderlass mit seinen Bestimmungen und Hinweisen auf die „Anweisung" in seinem Buche vollständig übersehen, und nur diese letztere erwähnt.

[2]) Vergl. Unger: Die Irrengesetzgebung in Preussen; 1898, S. 136 ff.

Fehler wiederholt sich später bei der Kritik der Bestimmungen über die Entlassungen.

4. Was Tippel über die „dringenden“ Fälle sagt, hat nicht meinen Beifall. Ich beschwere mich nicht darüber, dass weder der Runderlass, noch seine Anweisung eine Definition darüber geben, was unter einem „dringenden“ Falle zu verstehen ist, im Gegentheil, ich betrachte diese Lücke als etwas sehr Günstiges. Dadurch wird es nämlich möglich für die eigene Praxis selbst die erforderliche Definition zu geben. Ich sage: Jeder Fall, der sich zur Aufnahme stellt, ist ein dringender Fall. Das sage ich nicht etwa aus Gründen der Zustandsdiagnose, also nicht mit Rücksicht auf etwa vorhandene Gemeingefährlichkeit, sondern allein aus Gründen der fehlenden, resp. nothwendigen Beherbergung oder Unterkunft. Der Geisteskranke, der zur Anstalt gebracht wird, ist von Hause entfernt, auf der Reise; er kann nicht in ein geräuschvolles Gasthaus einquartiert werden, seine Sicherheit und sein Zustand im weitesten Sinne erfordern eine schleunige und sachgemässe Unterbringung in eine Anstalt. Aus diesen nothwendigen und dringenden Gründen wird er aufgenommen. Dann wird binnen 24 Stunden der Physikus zitirt zur Ausstellung des gültigen Aufnahmeattestes, und dann vollzieht sich das einfachste Verfahren von der Welt ohne alle Schwierigkeit. Gewinnt der Physikus, nachdem er den Kranken gründlich untersucht hat, nachdem er das ärztliche Zeugniss, oder den mitgebrachten Krankheitsbericht gelesen, nachdem er womöglich mit den noch anwesenden Angehörigen oder Begleitern gesprochen hat, die Ueberzeugung von der Geisteskrankheit des Aufzunehmenden, so stellt er das Attest aus. Gewinnt er nicht die Ueberzeugung, dass die Aufnahme nothwendig ist, so lässt er in seiner Gegenwart den Kranken den Revers als „freiwilliger Pensionär“ unterschreiben und stellt selbst das Zweckmässigkeitsattest aus. Geht auch das aus irgend einem Grunde nicht, so stellt er ein sog. Interimszeugniss aus zur Beobachtung, und erscheint nach einigen Tagen wieder. Gehen dabei wirklich einmal ein oder zwei Tage verloren, bis die vorgeschriebenen Anzeigen erstattet werden können, so ist es doch ganz ausgeschlossen, dass hieraus irgend welche Unannehmlichkeiten entstehen. Die Meldung bei der Ortspolizei der Anstalt kann ja sofort nach der Aufnahme gemacht werden, denn sie ist von dem Aufnahmeattest unabhängig. Bei der Anzeige an die Staatsanwaltschaft und die Heimathspolizei des Kranken setzt man in aller Kürze den Sachverhalt auseinander, und erklärt ohne Rückhalt, weshalb die Verzögerung der Anzeige entstanden ist.

Der Fall, dass der Physikus einmal ein Zeugniss verweigert, resp. die Entlassung verfügt hätte, ist mir noch nicht vorgekommen. Ich würde aber in einem solchen Falle unter allen Umständen, also auch dann, wenn ich bezüglich der Diagnose anderer Meinung wäre als der Physikus, die Verfügung stillschweigend hinnehmen und die Abreise des Kranken veranlassen, denn 1) habe ich als Anstaltsarzt bei der Aufnahme überhaupt gar nicht mitzuwirken,

meine wissenschaftliche Ansicht kommt dabei gar nicht in Betracht, 2) trägt in solchem Falle der Physikus die Verantwortung und nicht der Anstaltsarzt und 3) habe ich keinen Grund, mich mit dem Revisionsbeamten meiner Anstalt zu entzweien.

5. Es steht fest, und muss allgemein bekannt sein, dass der Pfleger nicht dieselben Rechte hat wie der Vormund. Mithin können die Bestimmungen des §. 5 Nr. 1, die sich auf den Vormund beziehen, nicht auf den Pfleger bezogen werden. Wer in der Praxis solche Fehler macht, hat keine Berechtigung die ihm daraus mit Recht entstehenden Unannehmlichkeiten der Ministerial-Anweisung zur Last zu schreiben.

6. Die Aeusserungen Tippel's zu §. 7, der von der Uebernahme eines Kranken aus einer in die andere Anstalt handelt, finde ich nicht zutreffend.

Meines Erachtens liegt die Sache so: Es ist jeder weiteren Anstalt, in die der Kranke ohne Unterbrechung seines Anstaltsaufenthaltes übergeführt wird, von der vorhergehenden zuzustellen: 1) eine beglaubigte Abschrift des allerersten Aufnahmeattestes, 2) ein Uebergabeschein, und 3) ein Zeugniss über den Fortbestand der Krankheit. Die beiden letzten Aktenstücke sind von dem ärztlichen Leiter derjenigen Anstalt auszustellen, in welcher der Kranke zuletzt gewesen ist. Die beglaubigte Abschrift des ersten Aufnahmeattestes muss bei jedem weiteren Anstaltswechsel immer wiederholt und weitergegeben werden, weil ja jede Anstalt selbstverständlich die Aufnahmepapiere auch nach der Entlassung des Kranken in ihren Händen behalten muss. Beispielsweise hat bei der Aufnahme eines Kranken in vier Anstalten jede derselben dasselbe Aufnahmeattest bei ihren Akten, die erste Anstalt hat es im Original, die 3 anderen haben es in Abschrift — während die 2., 3. und 4. Anstalt verschiedene, von der vorhergehenden ausgestellte Uebergabescheine und Zeugnisse über den Fortbestand der Krankheit haben. Wenn Revisoren, wie Tippel sagt, diesen Paragraphen anders ausgelegt haben, dann haben sie sich im Unrecht befunden.

Tippel sieht keinen rechten Grund dafür ein, weshalb dem Zeugniss über den Fortbestand der Krankheit eine Erklärung darüber beigefügt sein muss, ob die Krankheit heilbar ist. Ich muss mich ihm in dieser Meinung anschliessen. Praktischer wäre die Bestimmung gewesen, eine Krankheitsgeschichte mit zu übergeben.

7. Die Bemerkungen Tippel's zu §. 8, demjenigen über die Anzeigen, enthalten einen prinzipiellen Irrthum. Er tadelt es, dass dieser Paragraph „grosse Unklarheit darüber enthält, in welcher Form, resp. Ausführlichkeit die Anzeigen erfolgen sollen", und er fügt die Bemerkung an, dass von „den einzelnen zuständigen Polizeibehörden die verschiedenartigsten Bestimmungen getroffen werden, welche das Schreibwerk zum Theil lästig vermehren". Darauf erlaube ich mir Folgendes zu erwidern: Eine Ortspolizeibehörde hat einer Privat-Irrenanstalt gar keine Vorschriften zu machen über die Art und Fassung ihrer Anzeigen und Meldungen.

Das ist einzig und allein Sache des betreffenden Regierungspräsidenten. Dieser kann für jede einzelne Anstalt diese Frage regeln. Die Konzession zu einer Privatirrenanstalt wird vom Bezirksausschuss ertheilt, sie wird dem Unternehmer zugestellt vom Regierungspräsidenten, und dieser kann eine erläuternde Instruktion zur Ausführung der Konzession hinzufügen, und darin Form und Ausführlichkeit der Anzeigen an Staatsanwaltschaft, Polizeibehörden u. s. w. genau vorschreiben. Fügt er sie nicht hinzu, dann kann der Unternehmer sie von ihm erbitten, und diese allein sind für den Unternehmer massgebend. Sollte eine Ortspolizeiverwaltung solche Vorschriften ergehen lassen, wie Tippel sie angiebt, dann wäre ja der Fall möglich, dass diese unterste Polizeibehörde sich mit ihrem Chef, dem Regierungspräsidenten, in Widerspruch setzte, was eigentlich a priori nicht denkbar ist. Geschieht es aber dennoch, dann ist immer zuerst an die Wahrscheinlichkeit zu denken, dass die Vorschrift erlassen wird im Auftrage des Regierungspräsidenten, und dass in solchem Falle die betreffenden Vorschriften in der Konzessions-Instruktion fehlen. Jedenfalls hat der Unternehmer oder der leitende Arzt einer Privat-Irrenanstalt das Recht, gegenüber derartigen Bestimmungen seiner Ortspolizeibehörde sich zunächst auf die in seiner Konzessions-Instruktion befindlichen Verordnungen des Regierungspräsidenten zu berufen, oder, wenn solche fehlen, bei der Ortspolizei nach der Provenienz ihrer Bestimmungen zu fragen. Desgleichen steht ihm das Recht zu, die Entscheidung des Regierungspräsidenten gegen die Ortspolizei anzurufen. Selbstverständlich ist es, dass hier immer nur derjenige Regierungspräsident und diejenige Ortspolizei gemeint ist, in deren Bezirk die betr. Privat-Irrenanstalt liegt. Die Polizeibehörden, höhere wie untere, haben einer in einem anderen Bezirke liegenden Privatanstalt nichts vorzuschreiben.

8. Eine Vorschrift unserer Ministerial-Anweisung, gegen die ich einmal sachliche Bedenken erheben möchte, ist diejenige über die Anzeige von der erfolgten Aufnahme an die Heimathspolizei des Kranken. Ich rede nicht darüber, welchen Werth, oder vielmehr Unwerth die Vorschrift in sich birgt, diese Anzeige „vertraulich“ zu machen, und wie trotz dieser Vorschrift gerade diese „vertraulichen“ Anzeigen der weitesten Indiskretion anheimfallen, und den Kranken auf diese Weise am allermeisten sozial zu diskreditiren pflegen, ich will nur den Gegensatz feststellen, der zwischen dieser Bestimmung über eine Polizeianzeige und derjenigen besteht, die für die Aufnahme das Attest eines beamteten Arztes vorschreibt. Wenn die Regierung in durchaus richtiger Wahrung ihrer Pflichten die Vorschrift erlässt, dass Geisteskranke in Irrenanstalten nur unter Mitwirkung einer Behörde oder eines Beamten aufgenommen werden können, dann stellt sich die Anzeige an die Heimathspolizei des Aufgenommenen mindestens als überflüssig dar. Ich glaube das Richtige zu treffen, wenn ich diese Verordnung als einen administrativen Atavismus bezeichne, einen Rückschlag in jene Zeit, als zur Aufnahme eines Geisteskranken in eine Privat-Irrenanstalt die Mit-

wirkung der Polizei nothwendig war. Gelegentlich schickt eine Polizeibehörde die Anzeige zurück mit der Frage, zu welchem Zwecke sie eingeschickt sei, oder die nach Vorschrift beigelegte Abschrift des Physikatsattestes wird mit dem Bemerken remittirt, dass diese Abschrift nicht verlangt worden sei. Es scheint doch also auch bei der Polizei nicht überall und nicht immer die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit dieser Verfügung zu existiren. Ich möchte deshalb dringend befürworten, diese Verfügung, die für den Kranken mit grossen sozialen Schädigungen verbunden sein kann, die dem Anstaltsarzt unverhältnissmässig grosses Schreibwerk verursacht, und die für die Polizei ohne Werth ist, aufzuheben.

Ich komme nun zum zweiten Abschnitte:

II. Entlassung und Beurlaubung.

Auch hier finde ich in dem Tippel'schen Aufsatz mehr selbstgeschaffene Schwierigkeiten durch eine zum Theil nicht ganz einwandfreie Interpretation der Anweisung:

1. Differenzen zwischen Anstaltsarzt und Physikus darüber, ob ein Kranker geheilt ist und nun nach §. 10 entlassen werden muss, können gar nicht vorkommen, weil der Physikus kein Recht hat, über diese Frage zu entscheiden. Nirgends, weder in dem Runderlasse vom 20. September 1895, noch in der Anweisung, noch in der Dienstinstruktion des Physikus steht darüber ein Wort. Der Physikus ist nur kompetent bei der Aufnahme, und da hat er in den Fällen, wo eine Aufnahme erfolgt ist auf Grund eines privatärztlichen Zeugnisses, und wenn er die Aufnahme nicht für nothwendig hält, das Recht, die Entlassung zu verfügen (§. 4). Ist aber ein Kranker einmal legal, d. h. auf Grund eines Physikatsattestes aufgenommen, und ist an die Staatsanwaltschaft über seine Aufnahme Anzeige erstattet, dann kann der Physikus nicht seine Entlassung verfügen. Dieses Recht steht allein in erster Linie dem Regierungspräsidenten, dann der Staatsanwaltschaft zu. Ueber die Mitwirkung der letzteren bei der in Rede stehenden Frage sind einige Bemerkungen nicht ganz überflüssig. Die Anzeige an die zuständige Staatsanwaltschaft, die erst seit der allgemeinen Verfügung der Minister des Innern und der geistlichen u. s. w. Angelegenheiten vom 6. Dezember 1879 resp. des Justizministers vom 10. Februar 1880 dorthin erfolgt, und früher an die Gerichte zu richten war, (cf. Allerhöchste Kabinetsordre vom 5. April 1804) hat den Zweck, die richterlichen Behörden in den Stand zu setzen, zu prüfen, ob zur Aufnahme des angeblichen Gemüthskranken eine hinlängliche Veranlassung vorlag, und welche Sicherheitsmassregeln für das Vermögen zu treffen sind. Die Hauptsorge der Staatsanwaltschaft ist nach Empfang der Anzeige die Ermittelung, ob eine solche Geisteskrankheit vorhanden ist, dass die Entmündigung gerechtfertigt wird. Für die äusseren Verhältnisse soll dadurch gesorgt, nicht die persönliche Freiheit überwacht werden. Freilich wird die Staatsanwaltschaft, welche Bedenken bekommt, ob Jemand wirklich geistesgestört ist, den

Geisteszustand durch die Gerichtsärzte feststellen lassen, und wenn die Gerichtsärzte den Betreffenden für gesund erachten, seine Entlassung fordern müssen; das geschieht aber wiederum durch die Verwaltungsbehörde, die Regierung. Die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft bei einer Meinungsdifferenz zwischen Physikus und Anstaltsarzt über eine Entlassung wird also immer abhängig sein von der weiteren Frage, ob eine strafbare Handlung vorliegt. Stellt sich eine solche, z. B. widerrechtliche, absichtliche Freiheitsberaubung, heraus, dann ist die Staatsanwaltschaft berechtigt ohne Vermittelung des Regierungspräsidenten, eventuell mit Gewalt (Polizei, Gensdarm) den Eingesperrten zu befreien, weil dann gegen die Schuldigen die Strafklage aus §. 239 des Strafgesetzbuchs angestrengt werden muss, ein Fall, der aber wohl exorbitant selten sein wird.

Bei Kranken, die unter Mitwirkung der Polizei aufgenommen sind, entscheidet diese Behörde bei Differenzen über die Entlassung.

Ob es in der Praxis je vorkommen wird, dass ein gesetzlicher Vertreter gegen die Ansicht der Polizei die Entlassung eines gemeingefährlichen Kranken verlangen wird, ohne sich zuvor dessen Aufnahme in eine andere Anstalt versichert zu haben, ist doch nicht wahrscheinlich. Ist er der anderen Anstalt sicher, dann wird die Polizei nichts einzuwenden haben, und in Fällen, dass keine Einigung erzielt werden kann, dürfte an die Staatsanwaltschaft zu appelliren sein.

2. Was die Beurlaubung anlangt, die zwei Wochen nicht überschreiten darf, so kann bei richtiger Handhabung der Anweisung der Urlaub so lange ausgedehnt werden, als der Arzt es für gut hält. Kranke, für die ein Urlaub wünschenswerth, also therapeutisch zweckmässig ist, bedürfen der Anstalt nicht mehr, wenigstens nicht mehr ihrer beschränkenden und überwachenden Einrichtungen. Man meldet sie also, wenn man ihnen einen längeren Urlaub geben will, bei der Staatsanwaltschaft ab, mit dem Bemerken, dass man sie unter die „freiwilligen Pensionäre“ versetze, und dann kann man ihnen Urlaub geben so oft und so lange als man will.

3. Die Ausführungen über den §. 12 der Anweisung bekunden, dass Tippel denselben vollständig missverstanden hat. Der erste Theil des Paragraphen handelt von der (beabsichtigten) Entlassung oder Beurlaubung eines gemeingefährlichen Kranken, also von seiner Uebersiedelung in Privatpflege. Dies darf nur geschehen, wenn die Polizei des zukünftigen Aufenthaltsortes der Entlassung oder Beurlaubung zustimmt. Dabei kann es doch absolut nicht zweifelhaft sein, dass es jeder Polizeibehörde völlig frei steht, die Anzeige der Privat-Anstalt über den Zustand des zu entlassenden Kranken durch ein amtliches Zeugniss legitimiren zu lassen; das steht jeder Behörde unter allen Umständen und in allen Verhältnissen zu. „Bedingungslos sich dem Urtheile des Anstaltsarztes — also eines nichtbeamteten Arztes — zu unterwerfen“ das hat keine Behörde nöthig. Ob die Ueberführung als sicher anzusehen ist, darüber

entscheidet weder der Anstaltsarzt, noch der Physikus — wie Tippel fragt —, sondern ganz allein die Polizei des zukünftigen Aufenthaltes des Kranken. Sie entscheidet überhaupt allein über die Entlassung, also auch über die Form und Massregeln derselben. Tippel fragt, ob „in solchen Fällen bei Laienunternehmungen der an der Spitze stehende Laie oder der leitende Arzt die Frage der Gemeingefährlichkeit zu vertreten habe"? Darauf antworte ich: An der Spitze von Laienunternehmungen steht niemals ein verantwortlicher Laie, denn nach §. 18 Nr. 1 der Anweisung müssen die Anstalten von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzte geleitet werden, und nach §. 19 Nr. 5 hat der Unternehmer dem leitenden Arzte „namentlich die Beantwortung aller Anfragen von Behörden zu übertragen, soweit die Anfragen sich auf den Zustand der Kranken beziehen (vergl. hierzu meien Ausführungen im IV. Abschnitt). Der zweite Theil des §. 12 handelt von der unmittelbaren Ueberführung eines gemeingefährlichen Kranken in eine andere Anstalt und bestimmt, dass davon vorher die Ortspolizei der entlassenden Anstalt zu benachrichtigen ist. Das soll heissen, dass diese letztere zu denselben Verrichtungen aufzurufen ist, wie in dem ersten Theile des Paragraphen die Polizei des zukünftigen Aufenthaltsortes des Kranken; sie soll 1) ihre Genehmigung geben zur Ueberführung überhaupt, und 2) bestimmen, ob für sichere Ueberführung gesorgt ist. Gemeingefährliche Geisteskranke können stets Objekte polizeilicher Intervention werden, deshalb sind Reisen oder Ueberführungen derselben ohne Mitwirkung der Polizei eigentlich nicht zulässig. Die Ministerial-Verfügung vom 8. Juli 1867 sagt ausdrücklich: „Die Fürsorge gegen gemeingefährliche Handlungen der Kranken ist Sache der Ortspolizei, und die Aufsichtsbehörde hat darüber zu wachen, dass die Ortspolizeibehörden die in dieser Beziehung ihnen obliegenden Pflichten erfüllen." In den Fällen des ersten Theiles des §. 12 würde die Polizei von dem neuen Aufenthalte des Kranken deshalb gar nichts erfahren, weil der Kranke dort nicht in eine Anstalt kommt, und weil über die nicht in Anstalten untergebrachten Geisteskranken noch keine regelmässige und genügende Aufsicht besteht. Aus diesem Grunde muss sie von der entlassenden Anstalt verständigt werden, denn erst dann kann sie ihre Massregel treffen. Im zweiten Falle, wo der Kranke unmittelbar in die Anstalt gebracht und von dieser der Polizei gemeldet wird, wird die Polizei der bisherigen Anstalt für die Ueberführung herangezogen. Ich finde den § 12 in voller Uebereinstimmung mit den bekannten polizeilichen Gepflogenheiten, ich finde ihn praktisch und seine Fassung so klar, dass zu allen den von Tippel aufgeworfenen Zweifeln eigentlich nicht der geringste Anlass vorliegt. Dazu kommt, dass schon in dem früheren Ministerial-Erlass vom 19. Januar 1888 diese Materie mit fast denselben Worten geordnet war (Nr. 3 d.), dass es sich also um nichts Neues, sondern im Gegentheil um eine Bestimmung handelt, die sich durch mehr als 10 Jahre in der Praxis bewährt hat.

4. Auch Tippel's Bemerkungen zu §. 13 der Anweisung

können vor einer sachlichen Kritik nicht bestehen. Die Entlassung der Ausländer ist in den von T. übersehenen Ministerial-Verfügungen geregelt. — Für die Anzeigen über die Entlassung gelten selbstverständlich die gleichen Fristen wie für die Aufnahmeanzeigen und dabei ist es absolut gleichgültig, in welcher Weise die Entlassung erfolgt ist, ob durch legale Entlassung, ob durch Tod, oder durch Entweichung; dabei kann es aber in keinem Falle auf einige Tage ankommen. — Schliesslich verwechselt Tippel die Bestimmungen über die Beurlaubung (§. 11) mit denen über die Entweichung. Bei letzteren ist auch mit keinem Worte gesagt, dass nach einer Entweichung eine durch neue Atteste zu belegende Neuaufnahme nöthig sei.

III. Bestimmungen über freiwillige Pensionäre.

Die Bestimmungen über „freiwillige Pensionäre" habe ich in meinem Buche über die „Reorganisation des Irrenwesens" einer eingehenden Besprechung unterzogen, und dort vor Allem den Nachweis geführt, dass die Bestimmungen der Ministerialverfügung vom 17. Juni 1874 viel besser waren, als die der Anweisung vom 20. September 1895, dass letztere also in diesem Punkte einen Rückschritt bedeutet.

Die „Zweckmässigkeit der Aufnahme vom medizinischen Standpunkt" soll nur heissen, dass die Aufnahme aus medizinisch-therapeutischen Gründen zweckmässig ist, und nicht etwa aus sozialen Gründen, aus Gründen der Familienverhältnisse. Von einer wörtlichen Wiedergabe dieser Bestimmung in dem Attest kann im Ernst doch wohl nicht die Rede sein.

Wenn bei einem bis dahin freiwilligen Pensionär das im §. 4 vorgesehene Verfahren eingeleitet wird, d. h. wenn er in die Kategorie der Zwangskranken versetzt wird, mit Physikus-Attest und Anzeige bei der Staatsanwaltschaft und Heimathspolizei, dann braucht m. E. keine erneute Anzeige bei der Polizeibehörde der Anstalt gemacht zu werden, denn diese Anzeige erfolgt ja ganz ohne jede Rücksicht auf die Qualität des Kranken, sie erfolgt lediglich aus Gründen der polizeilichen Vorschriften über das Meldewesen.

Ausser diesen, vom Kollegen Tippel hervorgehobenen Punkten geben mir die Bestimmungen über die „freiwilligen Pensionäre" noch zu einer anderen Bemerkung Anlass.

Zunächst würde es wohl selbstverständlich sein, auch wenn nicht in dem Runderlass vom 20. September 1895 ausdrücklich darauf hingewiesen wäre, dass als „freie Pensionäre" alle in der Ueberschrift der Anweisung genannten Kranken aufgenommen werden können, also Geisteskranke, Idioten und Epileptische. Negativ ausgedrückt heisst das: Es dürfen ausser diesen, den genannten, keine anderen Arten von Kranken als „freiwillige Pensionäre" aufgenommen werden. Es dürfen in einer Privat-Irren-Anstalt überhaupt nicht geistesgesunde Kranke aufgenommen werden, also auch nicht als „freiwillige Pensionäre". Die Bestimmung über die „freiwilligen Pensionäre" bedeutet also keines-

wegs eine Erweiterung der Aufnahmebefugniss in Bezug auf Krankheitsarten, oder Krankheitsformen, wie dies von manchen Seiten geglaubt wird, sie bedeutet nur eine Erweiterung und zwar eine Erleichterung der Aufnahmeformalitäten bei leichten Fällen derselben Formen, sie ist also, wenn ich mich kurz ausdrücken soll, eine Quantitätsbestimmung, keine Qualitätsbestimmung.

Eine Ausnahme besteht nur für die jugendlichen geistesgesunden Epileptischen, die nach der Erziehungsanweisung vom 13. Dezember 1898 als „freiwillige Pensionäre" aufzunehmen sind, vorausgesetzt, dass sie weder „gefährlich" noch „verbrecherisch" sind.

IV. Einrichtung und Leitung.

Tippel sagt, dass zu §. 18 mehrfach Klage geführt werde, dass die Heranziehung von Assistenzärzten mit grossen Schwierigkeiten verbunden sei, weil diese niemals eine selbstständige leitende Stellung einnehmen könnten. Dazu habe ich zu bemerken, dass in diesem ganzen Paragraphen nirgendwo die Rede ist von Assistenzärzten, sondern überall nur von dem leitenden, respektiv dem zweiten Arzte, für dessen Qualifikation bestimmte Forderungen gestellt sind (4 Abs. 2). Was nun die leitende Stellung der Assistenz-Aerzte anlangt, so kann eine solche doch nur bei einer Stellvertretung des leitenden Arztes in Frage kommen, und dabei ist, so will es mir scheinen, die Person des Assistenzarztes, sein Charakter und sein Wissen allein ausschlaggebend, aber nicht die Art und Weise, wie und wo er letzteres erworben hat. Ausserdem vollzieht sich eine derartige Stellvertretung doch immer nur unter der Verantwortlichkeit des Leiters, und die Aufsichtsbehörde wird sich immer nur an ihn halten.[1])

In dem Falle, den Tippel in Bezug auf die „Leitung" bemängelt, dass der leitende Arzt „1—2 Stunden und noch weiter von der allerdings meistens nur kleinen Anstalt entfernt wohnt und sie täglich einmal auf kurze Zeit besucht", hat diese Entfernung seines Wohnsitzes von der Anstalt, deren Leitung er einmal übernommen hat, an und für sich keinen Einfluss auf seine Verantwortlichkeit. Nach der Bemerkung des Runderlasses zu §. 18, 2 der Anweisung ist aber „bei der Entscheidung über die Genehmigung (für die Anstellung des leitenden Arztes) auch zu berücksichtigen, ob er nicht in zu grosser Entfernung von der Anstalt wohnt". Erklärt sich nun die Aufsichtsbehörde mit dem entfernten Wohnsitze einverstanden, so billigt sie damit stillschweigend und selbstredend alle die in Folge „plötzlicher Vorkommnisse" erforderlichen „sofortigen Anordnungen", die in Ab-

[1]) Die Ausführungen, die Springfeld in seinem Buche über den Begriff „Stellvertretung" (S. 31 ff.) macht, sind hinfällig; er hat übersehen, dass die Vorschriften des §. 45 der R.-G.-O. (Befugnisse der Stellvertreter) auf die Fälle der §§. 29 und 30 der R.-G.-O. keine Anwendung finden. — Auch seine Heranziehung des §. 151 (Verantwortlichkeit der Unternehmer) ist nicht glücklich, weil nach demselben nur bei Uebertretung polizeilicher Vorschriften Strafe eintritt, der Runderlass vom 20. September 1895 aber nicht die Qualifikation einer Polizeiverordnung hat.

wesenheit des leitenden Arztes von dem Laienunternehmer oder anderen Personen in der Anstalt ausgeführt werden resp. werden müssen. Will sie diese Art von Stellvertretung aber nicht zugeben, dann hat sie ja das Recht zu verlangen, dass der leitende Arzt in der Anstalt wohne. Jedenfalls gehört, um noch einmal auf die Tippel'schen Bemerkungen zu §. 12 zurückzuverweisen, die Entlassung, Beurlaubung oder Ueberführung eines gemeingefährlichen Geisteskranken in eine andere Anstalt niemals zu den „plötzlichen Vorkommnissen", über die auch in Abwesenheit des leitenden Arztes eine „sofortige Anordnung" getroffen werden muss, im Gegentheil, dabei handelt es sich um ein Verfahren, welches wohlweislich überlegt und erwogen sein will, und zu dessen Ausführung man sich Zeit zu nehmen pflegt.

Was die Genehmigung resp. Erlaubniss der Ortspolizeibehörde zur Anstellung des leitenden Arztes, und — ich füge das hier ein, weil es von Tippel bei diesem Gegenstande auch noch einmal hervorgehoben wird — zur Aufnahme „freiwilliger Pensionäre" betrifft (§. 14), so handelt es sich an beiden Stellen zweifellos um eine wenig glückliche redaktionelle Fassung. In Wirklichkeit wird sowohl die erstere Erlaubniss (freiwillige Pensionäre), wie die letztere Genehmigung (leitender Arzt) nur von dem Regierungspräsidenten, dem Chef der Landespolizeibehörde, ertheilt. Da nun die Ortspolizeibehörde dasjenige seiner unteren Organe ist, welches am nächsten und schnellsten mit der Privat-Irrenanstalt in Beziehung treten kann, und ausserdem der Instanzenweg eingehalten werden muss, so ist es ohne Weiteres klar, dass die Bestimmungen des §. 14 und des §. 18, 2 weiter nichts enthalten, als einen Hinweis auf diesen Instanzenweg. Das geht ja namentlich deutlich aus §. 14, 2 hervor. Dass dieselbe Behörde, die „erlaubt" und „genehmigt", also der Regierungspräsident, die Genehmigung auch wieder zurückzieht, darüber sollten eigentlich Zweifel nicht bestehen.

Im Uebrigen bin ich durchaus nicht der Ansicht des Herrn Kollegen Tippel, dass diese Bestimmung (§. 18, 2) von der Zurücknahme der Genehmigung eine „Strafandrohung" ist. Hier handelt es sich gewissermassen um die Konsequenz aus §. 30 der R.-G.-O., der vorschreibt: „Die Konzession ist nur dann zu versagen, wenn Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt darthun", — eine Bestimmung, die kein Mensch für eine Strafandrohung halten wird. Wenn gelieferte Nachweise sich nachträglich als falsch erweisen, oder wenn Massnahmen, die auf Grund richtiger Nachweise ausgeführt, aber trotz derselben unrichtig und unzuverlässig ausgeführt werden, dann kann die ganze Einrichtung, die auf Grund der Nachweise genehmigt worden ist, aufgehoben werden, aber darin wird doch nie und nimmer Jemand eine Strafandrohung erblicken.

Die Aufhebung der Genehmigung wird zweifellos begründet werden, wahrscheinlich sogar in einer Deutlichkeit, die dem Empfänger gerade nicht sehr angenehm sein dürfte.

Für Berufungen bestehen hier, wie bei allen Verwaltungsstreitigkeiten die gleichen Vorschriften und Instanzen.

Dass der Vertrag zwischen Unternehmer und leitendem Arzte von der Regierung genehmigt werden sollte, das habe ich schon in meinem Buche als eine zweckmässige Massregel bezeichnet.

Der zweite Arzt wird von dem Unternehmer angestellt, ebenso wie der leitende Arzt von ihm angestellt worden ist. Wie nun Tippel sich darüber wundern kann, dass die Ministerial-Anweisung diesem letzteren keine Betheiligung bei der Wahl des ersteren einräumt, dass also, allgemein ausgedrückt, die Ministerial-Anweisung keine Bestimmung enthält, die doch ganz und gar in das Privatrecht des Unternehmers hineingriffe, das ist schwer einzusehen. Ganz gewiss wird der Unternehmer seinen leitenden Arzt bei der Wahl eines zweiten Arztes zu Rathe ziehen, aber, dass die Ministerial-Anweisung dem leitenden Arzte ein Recht einräumen sollte dabei immer gehört zu werden, das ist doch eine unhaltbare Forderung.

Die Eintragung jeder Isolirung und jeder mechanischen Beschränkung in besondere Bücher kann ich nur wiederholt als ein Kontrolmittel ersten Ranges bezeichnen, und zwar als ein solches, mittelst dessen der Arzt sich selbst kontrolirt.

Wenn Tippel es rügt, dass eine Bestimmung über das Führen von Krankengeschichten fehlt, dann hat er übersehen, dass eine solche in §. 18 Nr. 6 ausdrücklich vorhanden ist.

Von diesem Kleinkram unwichtiger Bedenken abgesehen giebt der Abschnitt über die Einrichtung und Leitung zu einer etwas höher stehenden Kritik geeigneten Anlass. Hier kommt es nämlich zu einem interessanten Zusammenstoss von Reichsgesetz, einzelstaatlichen Ministerial-Anweisungen, Regierungsverfügungen und Polizeiverordnungen, und es entsteht die ebenso wichtige wie interessante Frage, wer in diesem Rangstreit vorangeht, wer zurückstehen muss. Das Reichsgesetz geht unter allen Umständen voran, und einzelstaatliche Verwaltungsverfügungen können niemals Bestimmungen des ersteren ausser Kraft setzen. Von diesem Gesichtspunkte aus erscheint die Rechtsgültigkeit des §. 18, Nr. 1 und 2 sehr bedenklich. Wenn der Bezirksausschuss nach §. 30 der R.-G.-O. die Konzession zum Betriebe des Gewerbes ertheilt hat, dann kann keine preussische Ortspolizei die Ausführung dieser auf Reichsgesetz beruhenden Konzession verhindern. Und da nach §. 1 der R.-G.-O. der Betrieb eines Gewerbes Jedermann gestattet ist, „soweit nicht durch die R.-G.-O. selbst Ausnahmen oder Beschränkungen vorgeschrieben oder zugelassen sind", so kann keine einzelstaatliche Verwaltungsverfügung für den Betrieb eines konzessionirten Gewerbes bestimmte Qualifikationen oder einen Befähigungsnachweis verlangen. Dass andererseits dieses Verlangen im Interesse der Sache einen ausserordentlichen und höchst erfreulichen Fortschritt bedeutet, den wir mit grösster Dankbarkeit angenommen haben, darüber sind wir uns ja alle einig. Ist der Unternehmer kein Arzt, so ist es auf Grund der R.-G.-O. frag-

lich, ob die Ortspolizei ihn an dem Betriebe seines konzessionirten Gewerbes hindern kann, wohl aber hat die Regierung als Landespolizeibehörde das Recht, von ihm die Anstellung eines leitenden Arztes zu verlangen, und für diesen bestimmte Kriterien zu fordern.

V. Beaufsichtigung.

In diesem Abschnitte spricht sich Tippel gegen die unvermuthete Revision aus. Dass ich ihm darin beistimme, ist selbstverständlich, denn ich war wohl der erste, der gegen sie öffentlich das Wort ergriffen hat.

Sehr richtig sagt Tippel, dass der Revisionsbeamte nur durch wiederholte Besuche den genauesten Einblick in die Verhältnisse der Anstalt bekommt, und ich füge in Anlehnung an das früher Gesagte hinzu, dass das am besten dadurch möglich gemacht wird, dass man zu jeder Aufnahme den Physikus der Anstalt kommen und ihn das Aufnahmeattest ausstellen lässt. Er lernt dabei die Kranken bei ihrer Aufnahme kennen, kann später ohne Schwierigkeit ihre Veränderungen während ihres Aufenthaltes beurtheilen, und gewinnt bei diesen häufigen Besuchen einen viel intimeren Einblick in den ganzen Betrieb und die Verhältnisse der Anstalt. Deshalb kann ich diesen Modus nur noch einmal dringend empfehlen, was ja auch einer der Kollegen gethan hat, die Herrn Kollegen Tippel durch Mittheilungen ihrer Erfahrung unterstützt haben.

Ueber die weiteren Ausführungen Tippel's ist nichts Besonderes zu sagen. Dass die Bücher und Listen, die geführt werden müssen, praktischer sein könnten, kann nicht geleugnet werden.

Zum Schluss will ich meine Meinung über die Ministerial-Anweisung vom 20. September 1895 dahin zusammenfassen, dass ich in ihr, von einzelnen redaktionellen Mängeln und Schwächen abgesehen, einen wesentlichen Fortschritt erblicke im Vergleiche mit ihren Vorgängerinnen, die sich mit derselben Materie befasst haben. Sie hat sich in 3jähriger Praxis bewährt, hat nirgendwo zu Missständen irgend welcher Art Anlass gegeben, und bei ihrer Anwendung haben sich weder sachlich begründete Bedenken, noch ernste Schwierigkeiten herausgestellt.

Beobachtungen über Impferfolg.

Von Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Wex in Düren.

In Nr. 12 dieser Zeitschrift vertritt Herr Kollege Dietrich-Merseburg die Ansicht, dass man zur Erzielung eines ausreichenden Impfschutzes mindestens zwei gut entwickelte Impfpocken fordern und bei Impflingen, welche nur eine Pustel zeigen, die Autorevaccination im Nachschautermin ganz fallen lassen soll. Ich kann dieser Ansicht nach meinen Beobachtungen nur beipflichten. Die Autorevaccinationen und Nachimpfungen im Nachschautermin bleiben in der weitaus grössten Mehrzahl erfolglos; dagegen sind

die im nächsten Jahre wiederholten Impfungen öfters von Erfolg gekrönt. Beobachtungen, wie sie Herr Kollege Hartisch-Schneidemühl in Nr. 3 dieser Zeitschrift beschreibt, habe ich wiederholt gemacht. Eines besonders charakteristischen Falles entsinne ich mich noch aus dem Jahre 1892. Im Mai des genannten Jahres impfte ich einen kräftig entwickelten, völlig gesunden, 11 Monate alten Knaben mit tadelloser Lymphe, deren Vollwerthigkeit ich durch den günstigen Erfolg bei den übrigen Impflingen kontroliren konnte. Es entwickelte sich bei dem Knaben nur eine Pustel; sofortige Nachimpfung blieb ohne Erfolg. Als ich das Kind im nächsten Jahre zum dritten Male impfte, war ich nicht wenig erstaunt, im Nachschautermin 6 wohl gebildete, völlig regelmässige Pusteln zu sehen, die sich in keiner Weise von den Impfpocken der Erstimpflinge unterschieden.

In anderen Fällen hatten sich bei der im nächsten Jahre wiederholten Impfung 1—2 regelmässige Impfpusteln gebildet; es handelte sich hier meist um Impflinge, deren Angehörige die Autorevaccination oder Nachimpfung im Nachschautermin verweigert hatten und die daher auf die nächstjährige Impfliste übertragen waren.

Die genannten Beobachtungen führen zu der Annahme, dass viele Impflinge durch die Entwickelung nur einer Pustel nicht ausreichend geschützt sind. Wenn nun aber die Erfahrung lehrt, dass ein erheblicher Theil dieser Impflinge — Dietrich spricht von 40 % — zwar nicht sofort, wohl aber nach Jahresfrist für die Impfung wieder empfänglich sind, so giebt diese Thatsache zu der Forderung Veranlassung, alle Erstimpflinge mit nur einer Impfpocke als ohne Erfolg geimpft anzusehen und im nächsten Jahre nochmals zu impfen, dagegen von einer Autorevaccination oder Nachimpfung in demselben Jahre grundsätzlich abzusehen.

Bericht über die VII. Sitzung des Vereins der Medizinal-Beamten des Reg.-Bezirks Gumbinnen am 7. Mai 1899 zu Insterburg im Gesellschaftshause.

Anwesend sind: Reg.- und Geh. Med.-Rath Herr Dr. Passauer und die Herren: Birkholz, Blumenthal, Brinn, Czygan, Doepner, Dubois, Forstreuter, Gustine, Herrendoerfer, Kehler, v. Kobylecki, Leistner, Liedtke, Ploch, Post, Schawaller, Schulz und Surminski.

Der Vorsitzende, Kreisphysikus und San.-Rath Dr. Surminski, eröffnete die Versammlung und begrüsste vor Eintritt in die Tagesordnung den Ehrenvorsitzenden Herrn Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Passauer, indem er in seinem und seiner Kollegen Namen in warmen Worten den Dank für die bisherige langjährige Führung der Medizinalgeschäfte an der Regierung zu Gumbinnen und die aufrichtigsten Wünsche für seinen Lebensabend ausspricht.

I. Nach Eintritt in die Tagesordnung berichtet der Vorsitzende zu Punkt 1 der Tagesordnung: **Geschäftliches**, dass der Vorstand gemäss dem Beschluss der vorigen Sitzung im Namen des Medizinalbeamten-Vereins dem Königlichen Regierungspräsidenten eine Petition überreicht hat, in der, hinweisend auf das Referat des Kreisphysikus Dr. Forstreuter und die Verhandlung in der Sitzung unter ausführlicher Begründung, eine Erhöhung der Hebammentaxe im Regierungsbezirk erbeten wurde. Hierauf ist unter dem 24. Februar 1899 I M. 741 an den Vorsitzenden folgender Bescheid ergangen:

„Auf das gefällige Schreiben vom 28. Januar cr. erwidere ich ergebenst, dass die Frage, ob es sich empfiehlt, eine neue Taxe für Hebammen aufzustellen, hier mehrfach in Erwägung gezogen, von Aufstellung einer solchen aber Abstand genommen worden ist. In wohlhabenden Gegenden erhalten die Hebammen stets eine höhere Gebühr, als die alte Taxe vorschreibt, in ärmeren Gegenden allerdings wohl meistens weniger. Das Liquidiren nach der Taxe würde ihnen im letzteren Falle nichts helfen, sie im Gegentheil beim Publikum nur unbeliebt machen.

In strittigen Fällen ist übrigens Abhülfe durch die Bestimmung zu Note III des Edikts, betreffend die Einführung einer neu revidirten Taxe für die Medizinalpersonen vom 21. Juni 1815 (Ges.-S. S. 109) geschaffen.

In den sehr seltenen Fällen, in welchen die Hebammen aus öffentlichen Kassen bezahlt werden, z. B. für Leistungen bei Gefangenen, werden ihnen hier stets die höheren Sätze zugebilligt.

Ich bemerke noch, dass im Regierungsbezirk Königsberg überhaupt keine Taxe für Hebammen besteht."

Eine Diskussion über die ertheilte Antwort wird nicht beliebt.

Ferner theilt der Vorsitzende mit, dass die Zahl der Mitglieder des Vereins, die bei der letzten Sitzung am 4. Dezember 1898 25 betrug, durch Beitritt der Kollegen Kreisphysikus Dr. Doepner-Gumbinnen und Kreiswundarzt Dr. Gustine-Schmalleningken auf 27 gestiegen ist.

II. Zu Punkt 2 der Tagesordnung: **Besprechung der in letzter Zeit ergangenen amtlichen Verfügungen**, referirt zunächst Kreisphysikus Dr. Doepner-Gumbinnen über den Erlass des Königlichen Regierungspräsidenten zu Gumbinnen vom 4. Oktober 1898 I M. 3330, betreffend das neue Verfahren bei Bekämpfung der Körnerkrankheit. Geh. Med.-Rath Dr. Passauer spricht über die, durch den Königlichen Regierungspräsidenten unter dem 22. Juni 1893 I M. 1732 mitgetheilten Direktiven und die Schwierigkeit der Klassifikation der einzelnen Formen der Granulose unter den Rubriken Gr. I und Gr. II, meint aber trotzdem, dass eine Aenderung der Eintheilung der Fälle, wie sie von anderer Seite vorgeschlagen, etwa in leichte, mittelschwere und schwere, noch viel weniger empfehlenswerth sei. Doepner stimmt letzterem bei und giebt an, dass durch Zufügung der Bezeichnung „suspekt" zu Gr. I am besten sämmtliche Schwierigkeiten gehoben werden würden. Es würde dann freilich die Behandlung der suspekten Gr. I Fälle angeordnet werden müssen. An der Diskussion betheiligten sich Forstreuter, Dubois, v. Kobylecki, Doepner und Passauer.

Dr. Doepner referirte hierauf über die Verfügung des Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 10. Dezember 1898, M. Nr. 4107, betr. Vermeidung von Fachausdrücken und Fremdwörtern bei amtsärztlichen Attesten und Berichten, sowie über eine Verfügung, betr Verleihung des „Titels Sanitätsrath" und „Geh. Sanitätsrath" an praktische Aerzte.

Forstreuter bringt zur Besprechung die Verfügung des Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 8. Dezember 1898. M. Nr. 6334 II, betr. das Verbot des Feilhaltens fabrikmässig hergestellter zusammengesetzter Tabletten in den Apotheken, und fragt an, ob unter diesen Tabletten auch die Pastillen, z. B. die Angerer'schen Sublimatpastillen, zu verstehen seien. Es sei doch kaum möglich, einem Landapotheker, der jahrüber etwa 100 solcher Pastillen verkaufe, die Verpflichtung aufzuerlegen, sich einen theueren Apparat zur Herstellung der Pastillen anzuschaffen; auf der anderen Seite sei aber gerade bei den Aerzten diese Form der Verschreibung des Sublimats zur Desinfektion eingebürgert und auch kaum durch eine andere Verschreibungsart zu ersetzen.

Doepner meint dass Sublimatpastillen nicht in der Verfügung verstanden sein können, da dieselben als selbstständige Arzneimittel in dem Nachtrage zum Deutschen Arzneibuche und in der Arzneitaxe aufgenommen sind.

III. **Ueber eine Muskelveränderung im Spätstadium der Trichinose**, (Autoreferat.) Der Vortragende, Kreiswundarzt Dr. Czygan-Benkheim, will nur eine ganz einfache Mittheilung aus der Praxis machen, von der er hofft, dass sie das Interesse der Kollegen erregen werde. Er erwähnt zunächst die von Prof. Dr. H. Curschmann in der medizinischen Klinik in Leipzig beobachteten und

in Nr. 47 der Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 1897 (Dezember) beschriebenen Fälle einer eigenthümlichen Muskelerkrankung. In dem einen Falle handelte es sich um einen 64jährigen, anamnestisch nach keiner Richtung hin belasteten, in seiner Jugend gesunden und besonders muskelkräftigen Händler, der schon seit langer Zeit über rheumatische Schmerzen geklagt hatte, die sich während der letzten 13 Jahre besonders in den Armen so stark geltend machten, dass er seine Beschäftigung als Schmied aufgeben und Handelsmann werden musste. Ueber den Beginn seines „Rheumatismus" wusste er ebensowenig etwas Bestimmtes anzugeben, als über die Ursache; in seinem 25. Jahre hatte er eine fieberhafte, mit Gliederschmerzen verbundene und sich mit ihren Folgezuständen fast $^3/_4$ Jahr hinziehende Krankheit überstanden. Bei der Untersuchung fanden sich die Zeichen eines mittelstarken Lungenemphysems mit chronischer Bronchitis, ferner mässige Arteriosklerose mit konzentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels. Gang und Muskulatur der Unterextremitäten waren völlig normal, dagegen hatten Form und Bewegungsfähigkeit der Muskulatur des Schultergürtels und Oberarmes erheblich gelitten. Auffallend war besonders eine beide Oberarme betreffende Formveränderung, die rechts entschieden mehr als links zu Tage trat. Der rechte Oberarm war im Ganzen wesentlich abgemagert und an die Stelle der oberen Parthie des Biceps eine Einsenkung getreten; auch die untere Parthie des Muskels war auffallend schwach und dünn. Die Betastung des Muskels ergab, dass er in seiner oberen Hälfte und auch eine bedeutende Strecke von seinem unteren Ansatz nach aufwärts in eine dünne, derbe, sehnige Masse verwandelt war. An der oberen Hälfte zeigten sich der lange wie der kurze Kopf in gleicher Weise schwielig entartet. In einen eben solchen derben Strang war sein unteres Ende verwandelt, so dass vom ganzen Muskel eigentlich nur eine kurze, mittlere, drei Finger breite Parthie verschont geblieben war. Sie hatte annähernd die Konsistenz des normalen Muskelfleisches und war allein noch kontraktionsfähig. Bei starker Beugung des Armes im Ellbogengelenk nahm die Bicepsgegend eine höchst sonderbare Gestalt an, indem das allein noch kontraktile mittlere Muskelstück zwischen den oberen und unteren sehnig entarteten Theilen als runder, derb anzufühlender Wulst vom Umfange eines halben Hühnereies hervorsprang. Der rechte Musc. deltoideus war gleichfalls atrophisch, in seiner vorderen Parthie dünn und derb, während sich die hintere, scheinbar besser erhaltene, weicher, fast schwammig anfühlte. Auch der Triceps war stark verdünnt, sehnig, bandartig, und seine Leistungsfähigkeit, ebenso wie die des Biceps und des Deltoideus, ganz wesentlich herabgesetzt. Weder die Betastung der erwähnten Muskeln, noch willkürliche Bewegungen waren schmerzhaft. Das elektrische Verhalten war mit Ausnahme der schwieligen Stellen, wo jede Reaktion fehlte, für den galvanischen wie den faradischen Strom normal. Der linke Oberarm zeigte ganz ähnliche Formveränderungen und Bewegungsstörungen, wie der rechte, sie waren hier nur etwas geringer ausgesprochen. Die beiden Vorderarme boten deutlich eine gewisse Schwäche, ohne dass die Untersuchung der Muskeln entsprechende Veränderungen ergab. Die Musculi pectorales waren beiderseits verdünnt, schlaff, stellenweise gleichfalls fibrös entartet. Die übrige Rumpfmuskulatur ergab keine Abweichung vom Gewöhnlichen. Nirgends am ganzen Körper Beeinträchtigung der Sensibilität, Blase und Mastdarm ohne Störung.

Aehnlich waren die Krankheitserscheinungen in den beiden anderen von Curschmann mitgetheilten Fällen. Bei allen drei Kranken liessen sich nun in den durch Exzision oder Harpunirung gewonnenen Stückchen des Biceps mehr oder weniger verkalkte Trichinen nachweisen.

Bald nach dem Erscheinen des Curschmann'schen Artikels beobachtete Czygan einen ähnlichen Fall. Ein alter Arbeiter meldete sich zum Invalidenattest und klagte besonders über rheumatische Schmerzen, Vertodtungsgefühl und Kriebeln in beiden Armen, sowie über zunehmende Leistungsunfähigkeit derselben. Er sagte, in der Nacht müsse er öfter die Lage der Arme verändern und mit den Händen auf das Deckbett schlagen, sonst könne er es vor Reissen und Vertodtungsgefühl nicht aushalten. Er selbst bezeichnete sein Leiden mit dem Namen „reissende Gicht". Trotz der gelehrtesten Deliberationen gelang es dem Referenten im Verein mit einem jüngeren Kollegen, der ihn damals vertreten hatte, zunächst nicht, das vorliegende Krankheitsbild befriedigend zu erklären und zu rubriziren. Neben deutlicher Atrophie und Schmerzhaftigkeit des linken

Beines war das hauptsächlichste Symptom, das sofort in's Auge fiel, eine deutliche, symmetrische, rechts mehr hervortretende Abmagerung der Schulter- und Oberarmmuskulatur. Als der Patient jedoch auf Geheiss den rechten Ellenbogen krümmte, trat das Curschmann'sche Bild so deutlich hervor, dass die Annahme eines gleichen Falles gerechtfertigt erschien. Eine genauere Vergleichung ergab dann die völlige Uebereinstimmung dieses Falles mit den Curschmann'schen. Die Abmagerung der Muskulatur des oberen Extremitätengürtels war zwar nicht so vorgeschritten wie bei jenen, aber vollkommen deutlich. Insbesondere war die Form des rechten Biceps eine äusserst charakteristische und sowohl die Atrophie der oberen und unteren Parthie des Muskels, als auch das Hervorspringen des noch unversehrt gebliebenen mittleren Theiles sehr deutlich. In Folge dessen wurde sofort eine Probeexzision gemacht, die im Hinblick auf die Invalidenrente gestattet wurde. Die Untersuchung des dadurch gewonnenen Stückchens des Biceps ergab 4 zweifellose, mehr oder weniger verkalkte Trichinen. Von seinem oben erwähnten Vertreter wurde dem Vortragenden bei dieser Gelegenheit mitgetheilt, dass vor kurzer Zeit zwei derartige Fälle in der medizinischen Klinik zu Königsberg vorgestellt seien.

Die Koïncidenz seltener Fälle ist bekanntlich ein Zufallsphänomen, das selten versagt. So auch hier. Nach ca. vier Wochen fand Referent einen zweiten Invalidenansprecher, der das Curschmann'sche Bild noch genauer als der erste Fall zeigte. Die Abmagerung der Muskulatur war bei ihm sehr viel weiter vorgeschritten und die charakteristische Form des Biceps sehr viel prägnanter. Mit diesem Falle ging es aber dem Referenten schlecht; denn erstens verweigerte der Kranke standhaft die Erlaubniss zur Probeexzision, und zweitens starb er noch vor der beabsichtigten photographischen Aufnahme und seinen Tod erfuhr Referent erst, als der Verstorbene schon beerdigt war, so dass von der Leiche eine Muskelprobe nicht mehr entnommen werden konnte.

Endlich ist dem Referenten vor Kurzem ein dritter Fall begegnet, der genau dasselbe Bild wie der erste zeigte. Die Probeexzision wurde gestattet; in dem exzidirten Stückchen fand sich zwar nur eine Trichine darin, aber dieselbe war über jeden Zweifel erhaben. Das Muskelstückchen war mehr nach der Mitte des Muskelbauches und nicht, wie es praktischer ist, dicht an der Sehne entnommen; daraus mag sich das geringe numerische Untersuchungsergebniss erklären.

Es liegen somit, wenn nicht inzwischen über neue derartige Fälle berichtet ist, 8 solche Beobachtungen vor, 3 aus Leipzig, 2 aus Königsberg und 3 vom Referenten. Letzterer hebt jedoch hervor, dass die Sache nicht ganz neu sei; denn schon in den 70er Jahren habe, wie auch Curschmann erwähnt, ein gewisser Wendt in amerikanischen Fachzeitschriften von mehreren instruktiven Fällen berichtet, in denen bei Trichinösen viele Jahre nach der Infektion anfallsweise sich steigernde, von Jahreszeit und Witterung ganz unabhängige Muskelschmerzen aufgetreten seien, die sich bei Betastung der Muskeln und nach Anstrengungen gesteigert und mithin nicht gut als Rheumatismus hätten betrachtet werden können.

Curschmann, der mit Recht die vor langen Jahren stattgehabte Trichineninvasion für die Ursache der beschriebenen Muskelveränderung hält, hat beobachtet, dass die Muskelbündel in der Nähe der einzelnen Trichinen eine gewisse Entartung in Form von Verdünnung, Undeutlichkeit der Querstreifung und Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes und der Zellkerne zeigten; er ist deshalb geneigt, die Entstehung dieser Veränderungen durch die Wirkung gewisser Stoffwechselprodukte der Trichine zu erklären. Nach Ansicht des Referenten lassen sich diese Veränderungen aber auch ungezwungen und vielleicht besser durch die fortdauernde mechanische Reizung erklären, die gerade eine verkalkte Trichine auf die ihr benachbarten Muskelfasern auszuüben im Stande sein dürfte. Dafür spreche zunächst der Umstand, dass die beschriebenen Veränderungen erst sehr spät, nämlich 10, 12 und mehr Jahre nach der Invasion entstehen; denn es sei wohl kaum denkbar, dass eine verkalkte Trichine dann noch Stoffwechselprodukte fabrizire, oder dass die Stoffwechselprodukte, die sie in ihrer Jugend hervorgebracht habe, erst so spät wirken sollten. Ausserdem werde diese Annahme durch die bis jetzt bei allen Fällen gemachte Beobachtung unterstützt, dass der betreffende Prozess auf der rechten, also auf der mechanisch meist mehr angestrengten Seite stets weiter vorgeschritten war, als auf der

linken. Der Vortragende kann sich auch nicht damit einverstanden erklären, dass Curschmann die beschriebene Erkrankung „eine besondere Form der schwieligen Muskelentartung“ nennt und sie in Verbindung mit der sogenannten „rheumatischen Muskelschwiele“ bringt, wie sie von Froriep im Jahre 1843 so ausführlich beschrieben und nach langem Unbeachtetbleiben erst neuerdings durch die Arbeit von Dr. H. Strauss (Berliner klinische Wochenschrift 1898, Nr. 5 und 6) wieder zu der ihr gebührenden Beachtung gebracht worden ist. Nach diesen beiden Autoren ist die „rheumatische Muskelschwiele“ als eine mehr oder weniger circumskripte Bindegewebswucherung, also als eine Volumenszunahme anzusehen, während es sich in den vorliegenden Fällen hauptsächlich um eine Volumensabnahme, nämlich um die Verwandlung von Muskelfleisch in weniger voluminöses, schwieliges, „sehniges“ Gewebe handelt; denn der Biceps sieht so aus, als wenn seine oberen und unteren Sehnen einfach nach der Mitte des Muskels hin verlängert sind und nur noch einen Theil des früheren Muskels übrig gelassen haben. Die veränderten Partien fühlen sich auch vollkommen als Sehnen an. Referent möchte sich deshalb den bescheidenen Vorschlag erlauben, die in Rede stehende Affektion nicht mit „rheumatische Muskelschwiele“ zu verquicken, sondern sie etwa „Myositis trichinosa tarda“ zu nennen. In dem Hauptpunkte stimmt er aber mit Curschmann vollkommen überein, nämlich darin, dass die Trichinen mit Sicherheit als die Ursache der beschriebenen Muskelveränderung anzusehen sind. Vieles bleibt aber noch bei dieser neu auftauchenden Erkrankungsform aufzuklären und zu erforschen. Die genauere Untersuchung und Beschreibung der histologischen Veränderungen bleiben wohl am besten der Pathologie überlassen; den Praktiker interessiren jedoch hauptsächlich folgende Fragen:

1. Sind in jedem Falle obiger Muskelveränderung Trichinen nachweisbar?
2. Welches sind die diese Veränderung begleitenden Symptome?
3. Findet sich bei Trichinösen im Spätstadium immer die beschriebene Veränderung; oder bei welchen Fällen findet sie sich und bei welchen nicht?

Vortragender hat bereits versucht, zur Beantwortung dieser Fragen Material zu sammeln und zwei Herren, die bestimmt vor etwa 17 Jahren an Trichinose gelitten hatten, darauf untersucht, bezw. den einen von ihnen durch einen befreundeten Kollegen untersuchen lassen. In beiden Fällen war jedoch von der betreffenden Muskelveränderung nichts zu finden. Er glaubt, dass die Ernährung und der Kräftezustand der Trichinösen auf das Zustandekommen dieser Veränderungen grossen Einfluss hat. Gut genährte, nicht besonders schwer arbeitende Trichinöse scheinen von dieser Affektion verschont zu bleiben; während Individuen, die durch schlechte Ernährung, schwere Arbeit oder erschöpfende Krankheiten in ihrem Kräftezustand reduzirt sind, vorzugsweise davon ergriffen werden. Jedenfalls sei es auffallend, dass sowohl in seinen, als in den Curschmann'schen Fällen derartige Krankheitsprozesse (Emphysem mit Arteriosklerose, Herzfehler, Lungenschwindsucht, Anämie in Folge von Magenleiden) bei den betreffenden Personen beobachtet seien.

Zum Schluss hebt Referent hervor, dass „Myositis trichinosa tarda“ neben ihrer Neuheit auch noch ein praktisches Interesse biete. Gerade von Seiten der Invalidenrentenbewerber werde sehr häufig über chronischen Muskelrheumatismus geklagt, ohne dass sich objektive Symptome nachweisen lassen. Da müsse man, um den Antragstellern nicht Unrecht zu thun, für jeden Anhaltspunkt dankbar sein, und einen solchen dürfte die vorliegende Affektion manchmal bilden. Czygan schliesst deshalb seine interessanten Ausführungen mit der Bitte, so viel wie möglich Material zu sammeln und ihm zur Verfügung zu stellen; vielleicht gelingt es dann, die angeregten Fragen genauer zu beleuchten. In allen Fällen, in denen sich das charakteristische Bild des Biceps, besonders bei alten heruntergekommenen Invalidenansprechern zeige, müsse man eine Probeexzision vornehmen, die sich mit Schleich'scher Anästhesie leicht und schnell ausführen lässt. Am zweckmässigsten wird ein ausgiebiger Schnitt (ca. 10 cm) gemacht, dessen Mitte an der Uebergangsstelle der unteren Bicepssehne in den Muskelbauch liegt, dem freigelegten Muskel dann ein längliches Stückchen, unmittelbar an dem Sehnenansatz etwas breiter beginnend und nach dem Muskelbauch spitz zulaufend, entnommen. Noch dankbarer aber würde Referent für

die Beobachtung und Beschreibung von notorisch Trichinösen sein, die die Trichineninvasion schon 10 Jahre oder länger hinter sich haben.[1])

Surminski fragt an, wie lange Zeit nach der Trichineninvasion die von Czygan geschilderten Erscheinungen auftraten?

v. Kobylecki erwähnt, dass er einen ähnlichen Fall in seiner Praxis gesehen, dass es sich aber in demselben um einen Muskelbruch der Biceps gehandelt habe.

Czygan berichtet, dass erst im Spätstadium, also erst nach Jahren und Jahrzehnten die von ihm geschilderten Veränderungen zu beobachten sind. Zum Unterschied von einem Muskelbruch könne bei der Veränderung nach Trichineninvasion die atrophische Sehne des Biceps nach dem Schulter- und Ellenbogengelenk, im Zusammenhang mit dem dann vorspringenden Muskel abgetastet werden.

IV. Punkt 4 der Tagesordnung: **Wasserversorgung durch öffentliche (Schul-, Markt-. Gastwirthschafts-) Brunnen**, wird wegen Erkrankung des Korreferenten, Herrn Dr. Wolffberg, abgesetzt.

Vor Schluss der Sitzung ergreift Geh. Med.-Rath Dr. Passauer das Wort, indem er dem Vorsitzenden für seine freundlichen Begrüssungsworte dankt, vor seinem Scheiden aus dem Amt sämmtlichen Kollegen, mit denen er so lange Jahre zusammengearbeitet, freundliche Worte des Abschiedes widmet und allen ein weiteres Wohlergehen, sowie dem Verein ein weiteres Gedeihen und Blühen wünscht. Dr. Forstreuter.

Bericht über die in Uelzen am 30. Mai abgehaltene IV. Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Regbez. Lüneburg.

Gegenwärtig sind: Reg.- und Med.-Rath Dr. Noeller als Vorsitzender, die Kreisphysiker Geh. San.-Rath Dr. Sonntag-Uelzen, San.-Rath Dr. Lohstöter-Lüneburg, San.-Rath Dr. Halle-Ebstorf, San.-Rath Dr. Langenbeck-Gifhorn, San.-Rath Dr. Dempwolff-Harburg, Dr. Meyer-Dannenberg, Dr. Drewes-Walsrode, Dr. Halle-Burgdorf und Dr. Plinke-Bleckede.

I. Es werden die seit der letzten Versammlung bekannt gegebenen wichtigsten Verfügungen und Erlasse vom Vorsitzenden besprochen:

1. **Betheiligung der Medizinalbeamten an der Gewerbeaufsicht.**

a. Erlass vom 24. September 1898 an den Bezirks- und die Kreis- und Stadtausschüsse.

b. Erlass an die Gewerbe-Aufsichtsbeamten.

c. Erlass des Vorsitzenden des Bezirksausschusses an die Landräthe und Magistrate der Stadtkreise vom 11. Oktober 1898.

An einige der Kollegen sind schon Anfragen bei Neukonzessionirung von gewerblichen Anlagen, bei denen sanitäre Verhältnisse in Betracht kommen, gerichtet. Ihr Gutachten ist auch berücksichtigt.

Es soll für jedes Mitglied des Vereins die „Technische Anleitung zur Wahrnehmung der den Kreisausschüssen hinsichtlich der Genehmigung gewerblicher Anlagen übertragenen Zuständigkeiten“ angeschafft werden.

2. Erlass vom 27. April d. J.: **Einschleppung der Granulose.**

Nach den Erfahrungen des Kollegen Halle-Burgdorf sind in seinem Kreise schon seit langer Zeit und erst kürzlich wieder mehrfach Fälle von Follikularkatarrh unter aus Russisch-Polen eingewanderten Arbeitern konstatirt.

Dieselben Beobachtungen haben in ihrem Amtsbezirk die Kollegen Halle-Ebstorf und Drewes-Walsrode gemacht. Letzterer hat in einer Familie, deren Mitglieder sämmtlich augenkrank waren, bei der Hausfrau echtes Trachom gefunden.

Uebrigens ist nach Ansicht der Versammelten die Gefahr der Verschleppung auf Einheimische nicht gross, weil die Eingewanderten aus verschiedenen Gründen fast nur unter sich verkehren.

Besondere Massregeln zur Abwehr der Granulose sind kaum nöthig. Nur müssen die aus dem Osten eingewanderten Arbeiter sofort auf die Granulose und die ihr verwandten Augenkrankheiten untersucht und, sofern etwas konstatirt ist, in ärztliche Behandlung gegeben werden.

---

[1]) Diese Bitte erlaubt sich der Unterzeichnete jetzt an den ganzen Leserkreis der Zeitschrift zu richten. Dr. Czygan-Benckheim.

3. Nach der Ober-Präsidial-Polizeiverordnung vom 11. Mai 1888 ist das **Annonciren von Geheimmitteln** verboten.

Meyer-Dannenberg theilt mit, dass der Kurpfuscher Brandmüller-Lüneburg seinen elektrisirten Wein und seine elektrisirte Hafergrütze annoncirt.

Der Vorsitzende bittet die Anwesenden, auf solche Annoncen Acht zu geben. Man könne bei einiger Mühe die letzteren, indem man den Polizeibehörden die betreffenden Blätter übergebe, aus den Zeitungen verdrängen.

II. In der nächsten Versammlung soll über eine **Desinfektions-Ordnung** gesprochen werden, mit besonderer Berücksichtigung der Desinfektion mit Formaldehyd.

III. Der Unterzeichnete beantragt, in Zukunft zwei Versammlungen im Jahre abzuhalten, auch eine im Herbste.

Die Anwesenden beschliessen, im nächsten September probeweise eine Zusammenkunft zu veranstalten.

Nach Schluss der Sitzung fand ein fröhliches gemeinschaftliches Essen statt.

Dr. Plinke-Bleckede.

Bericht über den vom 24. bis 27. Mai d. J. in Berlin abgehaltenen Kongress zur Bekämpfung der Lungentuberkulose als Volkskrankheit.

Zweiter Verhandlungstag, Donnerstag, den 25. Mai d. J.
Nachmittagssitzung.

III. Abtheilung: Prophylaxe.

Reg.- und Med.-Rath Dr. Roth-Potsdam sprach zunächst über **allgemeine Massnahmen zur Verhütung der Lungentuberkulose**: Das wichtigste Vorbeugungsmittel sei die Verhütung der Einathmung des feuchten oder getrockneten Auswurfes in zerstäubtem Zustande und demgemäss die möglichst schnelle und unschädliche Beseitigung des Auswurfes vom ersten Beginn der Erkrankung an, sowie die Verhütung der Verbreitung durch beim Husten, Niesen, Räuspern etc. verspritzte Tröpfchen. Vorbedingung hierfür sei allerdings die möglichst frühzeitige Feststellung der Krankheit, die nicht bloss im Interesse der Heilung des Einzelnen, sondern auch im Interesse der Allgemeinheit liege. Deshalb müsse auf die rechtzeitige Zuziehung ärztlicher Hülfe bei Erkrankungen an Lungentuberkulose und die möglichst frühzeitige Ueberweisung der Kranken in die Heilstätten hingewirkt sowie versucht werden, dies durch Verbreitung kurzgefasster gemeinverständlicher Belehrungen über die ersten Zeichen beginnender Lungentuberkulose und über das geeignetste Verhalten, sowohl während der Dauer der Krankheit, wie nach erfolgter Heilung zu erreichen. Namentlich müssten aber auch die Aerzte und das Pflegepersonal auf ein geeignetes Verhalten der Kranken, besonders hinsichtlich der Beseitigung des Auswurfs hinwirken; von besonderer Bedeutung hierfür sei die in den Heilstätten für Lungenkranke gegebene praktische Unterweisung und das Beispiel. Da ferner die Gefahr der Weiterverbreitung der Lungentuberkulose mit der Engigkeit des Zusammenwohnens und Zusammenarbeitens in geschlossenen Räumen zunehme, müsse in allen hier in Frage kommenden Aufenthaltseinrichtungen mit Einschluss der Schulen und Gefängnisse die Ueberwachung der erforderlichen Massnahmen eine besonders sorgfältige sein und ausser der möglichst schnellen und unschädlichen Beseitigung des Auswurfes, der Vermeidung schlechter, stauberfüllter Luft vor Allem für Isolirung Lungentuberkulöser und nach Erfordern für Ueberweisung in eine Heilstätte oder ein Krankenhaus Sorge getragen werden. Auch innerhalb der eigentlichen Familie sei die Durchführung der Isolirung seitens der Aerzte nach Möglichkeit anzustreben. Desgleichen verlangt Referent, dass Berufsarten, die eine besonders nahe, innige oder länger dauernde Berührung mit anderen, namentlich kranken und geschwächten Personen nothwendig machen (Beruf der Hebammen, der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen), sowie Berufsarten, die eine besonders nahe Berührung mit zum Genuss fertigen Nahrungs- und Genussmitteln mit sich bringen, von Personen, bei denen Tuberkelbazillen im Auswurfe nachgewiesen sind, nicht ausgeübt werden dürfen. Von grosser Wichtigkeit sei endlich eine rechtzeitige Desinfektion der von Lungentuberkulösen innegehabten Räume und ihres Inhaltes; um diese zu ermöglichen, müssten die Aerzte verpflichtet werden, Erkrankungen,

sowie Todesfälle an Lungen- (Kehlkopf-, Darm-) Tuberkulose, die sie in Privat-, Kranken- (Irren-) Anstalten, in Waisen-, Armen- und Sichenhäusern, in Aufenthaltseinrichtungen, die dem öffentlichen Verkehre dienen, behandeln, der Polizeibehörde innerhalb einer bestimmten Frist anzuzeigen. Vor stattgehabter Desinfektion dürfen ausserdem Räume, die von Lungentuberkulösen bewohnt waren, weder bezogen, noch von diesen getragene Kleidungsstücke, gebrauchte Betten u. s. w. in den Verkehr gebracht oder an Andere überlassen werden.

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Heubner-Berlin referirte über **die Verhütung der Tuberkulose im Kindesalter**: Von dem Grundsatze ausgehend, dass die Tuberkulose fast stets erworben und nicht ererbt ist — unter 800 Säuglingen seiner Klinik hat Referent im ersten Vierteljahr keinen, im vierten dagegen 26 % tuberkulös befunden — und die Erwerbung fast ausschliesslich durch Ansteckung (auf dem Wege der Einathmung, viel seltener durch die Nahrung) erfolgt, fordert er, dass die Kinder auf das Peinlichste vor Berührung mit tuberkulös Erkrankten oder deren Aufenthaltsort zu bewahren sind; denn ein wahrscheinlich nicht unerheblicher Theil der Tuberkulose der späteren Altersklassen sei ebenfalls auf Infektion während des Kindesalters zurückzuführen. Mit besonderer Aufmerksamkeit sind daher in dieser Beziehung alle Einrichtungen zu überwachen, wo zahlreiche Kinder verschiedener Herkunft in engere gegenseitige Berührung kommen, wie Kindergärten, Waisenhäuser, Schulen, Institute, Pensionate, Kinderkrankenhäuser; auch die Trennung von tuberkulösen Eltern, falls diese an ansteckender — offener — Tuberkulose leiden, sei geboten. Desgleichen sei dem Umstande, dass die Empfänglichkeit gegen die tuberkulöse Ansteckung verschieden und besonders gross bei Kindern tuberkulöser Abstammung zu sein scheine, Rechnung zu tragen und auf eine Verminderung dieser Empfänglichkeit durch diätetisch-hygienische Massregeln — Ernährung, Haut- und Lungenpflege, Ferienkolonien u. s. w. — anzustreben.

Die Gefahren der Eheschliessung von Tuberkulösen und deren Verhütung und Bekämpfung erörterte hierauf Geh. Med.-Rath Prof. Dr. M. Kirchner-Berlin an der Hand sorgfältiger statistischer Ermittelungen. Es muss darnach als feststehend angesehen werden, dass die Eheschliessung von Tuberkulösen Gefahren in sich birgt einerseits für den Erkrankten selbst, als der Geschlechtsverkehr, die Schwangerschaft und das Wochenbett eine schlummernde Tuberkulose leicht zum Ausbruch bringt und eine schon bestehende erfahrungsgemäss erheblich verschlimmert, andererseits für den Ehegatten und die Kinder, sowie des Dienstpersonals des Erkrankten, als Ansteckung zwischen Ehegatten überaus häufig, Uebertragung der Krankheit von tuberkulösen Eltern auf die Kinder, falls diese nicht rechtzeitig in eine gesunde Umgebung kommen, gleichfalls sehr häufig, und die Erkrankung von sonstigen Hausgenossen nicht selten beobachtet ist. Diese Gefahren sind um so grösser, in je beschränkteren wirthschaftlichen Verhältnissen die betreffenden Personen leben; sie können verhindert werden, wenn der Tuberkulose verdächtige Personen sich nicht in einem zu jugendlichen Lebensalter, und wirklich Tuberkulöse nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach völligem Stillstande der Schwindsuchtserscheinungen verheirathen; namentlich gilt das von denjenigen, die sich nicht in wirthschaftlich gesicherter Lage befinden und sich ihren Unterhalt durch schwere Arbeit oder durch Mitarbeit der Frau erwerben müssen. Allerdings lasse sich dies nicht auf dem Wege des Zwanges oder der Polizeiverordnung, sondern nur durch öffentliche und private Belehrungen erreichen. Handelt es sich dagegen um bereits verheirathete Tuberkulöse, so sei es dringend erforderlich, dass beide Gatten von sachverständiger Seite rückhaltlos dahin belehrt werden, dass der erkrankte Gatte auf unschädliche Beseitigung seines Lungenauswurfes und seiner sonstigen Absonderungen, sowie auf peinliche Reinhaltung seines Körpers unablässig bedacht sei, zu nahe Berührungen mit den Seinigen nach Möglichkeit meiden und eigene Gebrauchsgegenstände benutzen müsse; dass die Leib- und Bettwäsche des Erkrankten erst nach vorheriger Desinfektion mit der Wäsche der übrigen Familie zusammen gewaschen werden dürfe, seine Kleidung und sein Schlafzimmer aber in bestimmten Zwischenräumen zu desinfiziren und überhaupt für peinliche Sauberkeit, für Licht und Luft in der Wohnung zu sorgen sei. Desgleichen müsse darauf Bedacht genommen werden, die Widerstandsfähigkeit des Kranken sowohl, als seiner Angehörigen durch fleissige Waschungen, Spaziergänge und gute Ernährung möglichst zu heben, und bei Familien, in denen zu beschränkte Mittel oder eine zu enge Wohnung diese Vorsichtsmass-

regeln nicht zulassen, darauf hingewirkt werden, dass der an Tuberkulose erkrankte Ehegatte einer Lungenheilstätte zugeführt wird, so lange er reichlichere Mengen von Auswurf absondert. Die Beobachtung dieser Vorsichtsmassregeln trage nicht nur dazu bei, die gesunden Familienmitglieder zu schützen, sondern den erkrankten Gatten Linderung seines Leidens und Verlängerung seines Lebens zu bringen.

Der folgende Referent, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Rubner-Berlin sprach über die **Prophylaxe der Tuberkulose hinsichtlich der Wohnungs- und Arbeitsräume und des öffentlichen Verkehrs.** Nach seiner Ansicht steht die Sterblichkeit bei der Tuberkulose im direkten Verhältniss zu der Dichtigkeit der Bevölkerung, speziell zu der Wohnungsdichtigkeit. Die Wohnungen der armen Bevölkerung sind fast stets überfüllt; oft kommen nur 3—4 cbm Luftraum auf den Kopf. Die Wohnungen starren ausserdem häufig von Schmutz, sind dunkel und leiden nicht selten an Wassermangel. Je mehr die Wohnungen übervölkert sind, desto grösser ist die Gefahr der Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose, die eine Stubenkrankheit in des Wortes eigenster Bedeutung sei. Nur durch Verbesserung und Ergänzung der Bauordnungen, Aenderungen der Bauweise für Wohngebäude und Erlass eines Wohnungsgesetzes sei hier Hülfe zu schaffen. Die Ausführung eines solchen Gesetzes müsse aber durch Anstellung von Wohnungsinspektoren und ausserdem jede auf Besserung der Wohnungsverhältnisse der ärmeren Bevölkerung abzielende Wohlfahrtsbestrebung gesichert werden. Bezüglich der Arbeits- und Fabrikräume sei es zweckmässig, die Fabriken möglichst ausserhalb der Grossstädte zu verlegen, da sich auf diese Weise auch die Arbeiterwohnungen günstiger gestalten lassen. Die Luftverunreinigung durch Staub müsse in den Arbeitsräumen möglichst verhütet werden durch Vornahme staubender Arbeiten in besonderen Räumen und durch geeigneten Schutz der Arbeiter selbst bei solchen Arbeiten. Redner fordert ferner eine Betheiligung der Aerzte an der Fabrikinspektion, um zu verhüten, dass gesunde, aber nach ihrer körperlichen Beschaffenheit zu Tuberkulose disponirte Arbeiter in Betrieben beschäftigt werden, die den Ausbruch der Tuberkulose begünstigen. Er verlangt weiter, dass tuberkulöse Arbeiter, so lange sie eine Gefahr für die gesunden bilden, von der Fabrikarbeit ausgeschlossen werden. Durch Anschläge sei das Verbot, auf den Boden zu spucken, in stete Erinnerung zu bringen; dasselbe gelte betreffs der Eisenbahnwagen. Hier sei ausserdem auf grössere Sauberkeit, namentlich in den Schlafwagen, und für geeignete Beseitigung des Auswurfs Sorge zu tragen. Das Publikum müsse durch Belehrung erzogen und zu grösserer Reinlichkeit geführt werden.

Die **Prophylaxe der Tuberkulose in Spitälern** behandelte Professor Dr. v. Leube-Würzburg. Sie unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen bei Tuberkulose überhaupt. In erster Reihe steht die möglichst schnelle Unschädlichmachung der Exkrete von Tuberkulösen (durch Auffangen der Sputa in mit Wasser gefüllte Spuckschalen, sowie durch vor den Mund zu haltende faustgrosse Wattebäusche beim Husten, die nach dem Gebrauche zu vernichten sind). In zweiter Reihe ist der Wäsche Aufmerksamkeit zu schenken (häufiger Wechsel der Leib- und Bettwäsche, Desinfektion des Bettes und der Kleider u. s. w.). Viel weniger, als die Inhalationsinfektion ist die Kontaktinfektion zu fürchten. Immerhin empfiehlt sich für die Kranken eine tägliche gründliche Reinigung, und für Aerzte und Pflegepersonal, die mit Tuberkulösen in Berührung gekommen sind, eine Desinfektion der Hände, sowie beim Bettmachen und Zimmerreinigen das Tragen von Mullmasken. Eine strenge Absonderung der Tuberkulösen von anderen Kranken in Spitälern hält der Vortragende nicht für nöthig und erachtet es für ausreichend, wenn die Phthisiker in bestimmte Säle zusammengelegt werden. Als solche Phthisikerzimmer sind aber die besten Krankensäle des Spitals, d. h. diejenigen, welche am meisten Licht und Luft haben, zu wählen. An denselben sind womöglich Veranden anzubauen oder in den Gärten der Spitale Baracken als Liegehallen einzurichten.

Von lebhaftestem Beifall begrüsst, hielt zum Schluss Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Virchow-Berlin einen Vortrag über **Prophylaxe der Tuberkulose in Bezug auf Nahrungsmittel.** Die wesentlichsten Verbreiter der Krankheit bilden die Rinder und zwar einmal durch ihr Fleisch, weit mehr aber durch die Milch. Ferner tragen die Schweine zur Verbreitung der Tuberkulose bei und — in allerdings nur geringem Masse — das Geflügel. Da bei tuberkulösen

Rindern nicht das gesammte Fleisch tuberkulös ist, sondern nur einzelne Theilen so haben sich die Massnahmen auch nur hierauf zu erstrecken. Die bestehenden Gesetze und Verordnungen genügen, wenn sie verallgemeinert werden, für das Fleisch der unter Kontrole stehenden Schlachthäuser. Die bisherige Kontrole über das eingeführte Fleisch und die Privatschlachtungen genügt dagegen nicht und ist deshalb ausgiebiger zu gestalten. Da wir in der Tuberkulinprobe ein fast untrügliches Mittel zur Feststellung von Tuberkulose haben, so darf die Einführung von lebenden Thieren vom Auslande nur dann gestattet werden, wenn diese Probe keinen Verdachtsgrund ergeben hat. Der gefährlichste Träger der Tuberkelbazillen ist die Milch von Milchkühen. Einmal finden sich die Bazillen in der Milch selbst, dann aber gelangen sie vor allen Dingen leicht bei Tuberkulose des Euters der Kuh in diese hinein. Das einzig rationelle Mittel zur Beseitigung dieser enormen Gefahr wäre die Vernichtung der tuberkulösen Thiere. Da dies aber nicht möglich sei, so müssten die Milchkühe der Tuberkulinprobe unterworfen und der Verkauf ihrer Milch in rohem Zustande verboten werden, falls jene Probe positiv ausgefallen oder überhaupt nicht vorgenommen sei. Bei dem Schweinefleisch sei deswegen eine Verschärfung der Kontrolvorschriften bei der Schlachtung und bei der Verwerthung des Fleisches nothwendig, weil sich Tuberkulose sehr viel häufiger beim Schwein finde, als früher angenommen sei. Der Sitz derselben befinde sich hauptsächlich in den Lymphdrüsen in der Wand des Halses; diese Theile können bei genügender Kontrole aber leicht ausgeschaltet werden. Die Gefahr der Uebertragung der Tuberkulose durch Hühner und sonstiges Zuchtgeflügel sei dagegen viel geringer, da die Tuberkulose dieser Thiere nicht identisch sei mit der Menschentuberkulose. Zum Schluss wies der Vortragende das Dogma von der angeborenen und ererbten Tuberkulose auf Grund seiner pathologischen Untersuchungen zurück; bisher sei bei ungeborenen oder neugeborenen Kindern noch niemals Tuberkulose mit Sicherheit gefunden. Die Infektion erfolge immer erst nach der Geburt, könne dann aber schon in den ersten Lebenstagen einsetzen. (Lebhafter Beifall.)

Der vorgerückten Zeit wegen wurde ein Schlussantrag angenommen; eine Diskussion fand in Folge dessen nicht statt.

Unmittelbar an die Sitzung schloss sich ein vom Reichskanzler Fürst Hohenlohe im Park des Reichskanzleramtes veranstaltetes Gartenfest an, zu dem sämmtliche Kongressmitglieder eingeladen waren und das trotz des sich gegen Schluss einstellenden Regens einen glänzenden Verlauf nahm. Am Abend fand zu Ehren des Kongresses eine Festvorstellung im Opernhause statt.

Besprechungen.

Dr. O. Rapmund, Reg.- und Geh. Medizinal-Rath in Minden und **Dr. E. Dietrich**, Kreisphysikus in Merseburg, unter Mitwirkung von **Dr. J. Schwalbe** in Berlin: Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde. 2. (Schluss-) Lieferung. Leipzig 1899. Verlag von Georg Thieme. Kl. 8°. Das Ganze 820 Seiten. Preis: Geheftet 7,20 Mark.

Es hat zwar etwas länger gedauert, als ursprünglich gehofft worden war, aber nunmehr ist auch die Schlusslieferung des so verdienstvollen Werkes erschienen, dessen erste Lieferung wir auf S. 417 u. f. des vorigen Jahrganges dieser Zeitschrift schon so warm empfehlen konnten. Jetzt, wo das Ganze vor uns liegt, könnten wir zwar bedauern, dass es nicht schon längere Zeit — hoffentlich recht vielen — Kollegen und anderen um Rath und Auskunft Suchenden hat zeigen können, wie viele Antworten es auf alle möglichen Fragen zu ertheilen vermag, aber man kann sich auch trösten, dass nach dem bekannten Sprüchwort nunmehr „alles gut“ ist. Denn das nun erschienene „Ende“ reiht sich in seiner Güte dem fröhlichen Anfang würdig und ebenbürtig an Es ist wirklich ein Vergnügen, und es giebt zugleich ein wahrhaft angenehmes Gefühl beruhigender Sicherheit, wenn man die einzelnen Kapitel ansieht. Nehmen wir z. B. Kapitel 4 B 3a „Privat-Kranken- etc. Anstalten!“ Es wird uns zunächst an der Hand der genau bezeichneten gerichtlichen Urtheile der Begriff der Privatanstalt erläutert, wobei die massgebenden Stellen der Urtheile in deg

Fussnoten wiedergegeben werden. Es folgt, was für die Ertheilung und Versagung der Konzession und was für den Rekurs gegen die Versagung an verwaltungsrechtlichen, gesetzlichen und richterlichen Bestimmungen und Entscheidungen massgebend ist. Nicht vergessen sind die Angaben betreffend Ausübung, Erlöschen und Zurücknahme der Konzession und über die Strafbestimmungen. Nun erst kommen die einzelnen Kategorien der Anstalten dieser Art (Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstalten) in gleicher Ausführlichkeit an die Reihe. Und in dieser selben Vollständigkeit und zuverlässigen Ausführlichkeit sind, so weit wie wir gesehen haben, alle übrigen Kapitel behandelt worden. Der zweite Band setzt mit Abschnitt 4 ein und führt bis zum programmmässigen 10. Abschnitt. Ein recht eingehendes Sachregister bildet den Abschluss, während ein sehr detaillirtes Inhaltsverzeichniss am Anfang dem Suchenden schnell zeigt, wo er ein bestimmtes Hauptkapitel oder eine einzelne Nebenfrage zu suchen hat. Wie in der ersten Lieferung, so werden auch in dieser zweiten recht werthvolle Zusammenstellungen gebracht. Es sei z. B. auf die tabellarische Uebersicht der in den einzelnen Bundesstaaten geltenden Gebührensätze für die am häufigsten vorkommenden Gerichts- und sonstigen amtsärztlichen Geschäfte verwiesen, wo wir neben Preussen auch Anhalt, Lippe-Detmold u. s. w. vertreten finden. Wenn wir aus dem Vorworte erfahren, dass das Verdienst, die Herausgabe eines solchen Werkes angeregt zu haben, dem mitwirkenden Dr. Schwalbe zukommt, so halten wir es für unsere Pflicht, den beiden Herausgebern nicht geringere Anerkennung zu zollen für die Ausführung der Anregung und für den dabei entwickelten Bienenfleiss. Wir sind sicher, dass uns hierin Jeder beipflichten wird, der das Werk zur Hand nimmt und sich an seinen Vorzügen erfreut. Möge es darum viele Freunde finden! Es wird Niemanden gereuen, sich diesen treuen Rathgeber angeschafft zu haben.

Betreffs des Druckes und der äusseren Ausstattung sei auf die vorige Besprechung verwiesen! Es erübrigt nur noch — und damit kann es auch für dieses Referat heissen: Ende gut, Alles gut! — darauf hinzuweisen, dass der Verleger an seinem ersten Angebote, den zweiten Theil ebenfalls mit 3,60 Mark zu berechnen, festgehalten hat, obwohl der reichhaltige Stoff zwang, die in Aussicht genommenen 20 Bogen um nicht weniger als 11 Bogen zu vermehren. Zu allen anderen Vorzügen kommt also der einer wohl beispiellosen Billigkeit.

Dr. Schlegtendal-Aachen.

Dr. Martin Brasch, Nervenarzt in Berlin: Die Geisteskranken im Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. Berlin 1899. Verlag von Karger. 48 S. Preis: 0,80 Mark.

B. giebt eine kurze Uebersicht über die wichtigsten psychiatrischen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches. In dem Kapitel über die Entmündigung bemerkt er mit Recht, dass die Einfügung des Begriffs der Geistesschwäche, der im zweiten Entwurfe fehlte, eine wesentliche Verschlechterung des §. 6 bedeute; der Sachverständige sei gezwungen sein Urtheil, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliege a posteriori, d. h. aus dem noch bestehenden Grade von Handlungsfähigkeit abzugeben. Bei der Entmündigung von Trinkern betont B., dass es sich hier nur um die Gewohnheitstrinker handele, bei denen sich in Folge dauernden Alkoholkonsums die alkoholische Charakterdegeneration eingestellt habe, nicht aber um Deliranten u. a. m., bei denen eine Geisteskrankheit sui generis vorliege. Unerwähnt bleibt die Bestimmung, dass die Zuziehung von Sachverständigen bei Entmündigung von Trunksüchtigen nicht obligatorisch ist. Im III. Kapitel wird die Schadenersatzpflicht erörtert; die Fassung des §. 827 lehnt sich formell an die des §. 51 des St.-G.-B. an, jedoch wird der Betrunkene in gleicher Weise wie der Fahrlässige für den angerichteten Schaden verantwortlich gemacht. Besonders glücklich findet der Verfasser die Fassung des §. 1569 betr. die Ehescheidung bei Geisteskrankheit. Zum Schluss stellt B. die zahlreichen psychiatrischen Ausdrücke des Bürgerlichen Gesetzbuchs zusammen. Es wird unterschieden: geistige Gebrechlichkeit, Geistesschwäche, Geisteskrankheit, ferner Verfall in Geisteskrankheit, krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, vorübergehende Störung der Geistesthätigkeit, Bewusstlosigkeit und schliesslich durch geistige Getränke erzeugter vorübergehender Zustand von Bewusstlosigkeit.

Dr. Pollitz-Brieg.

Tagesnachrichten.

Das preussische Herrenhaus hat in seiner Sitzung vom 6. Juli 1899 **den Gesetzentwurf, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern**, in der Fassung, die ihn das Abgeordnetenhaus gegeben hat en bloc angenommen. Aus dem mündlich durch Geh. Med.-Rath Dr. Förster-Breslau erstatteten Kommissionsbericht ist noch hervorzuheben, dass zu §. 49, betreffend das Umlagerecht, der Regierungskommissar in der Kommission folgende Erklärung zu Protokoll gegeben ist:

„Die Bestimmung über die Umlagen, speziell über den Beitragssatz, soll der freien Entschliessung der Aerztekammern überlassen bleiben und nur, wenn in einzelnen Fällen das richtige Mass überschritten sein sollte, der Oberpräsident das Recht haben, korrigirend einzugreifen.

In derselben Sitzung hat das Herrenhaus auch **den Gesetzentwurf, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen**, berathen.

Der Berichterstatter Oberbürgermeister Zweigert-Essen führte aus, dass es sehr zweckmässig und richtig sei, die sogenannte Medizinalreform zunächst auf die unterste Instanz, die Stellung des Kreisarztes zu beschränken, weil in dem Kreisarzt der wesentlichste und einflussreichste, für die Praxis bedeutendste Medizinalbeamte getroffen werde, und man erst später den weiteren Aufbau der Regelung der Medizinalreform vornehmen könne. Die Kommission sei daher auch der Meinung gewesen, dass durch den Gesetzentwurf das Richtige getroffen werde, und dass insbesondere auch diejenigen Veränderungen, die das Abgeordnetenhaus in diesem Gesetze vorgenommen habe, im Wesentlichen als Verbesserungen des Entwurfs zu bezeichnen seien.

Zu §. 1 bemerkte der Berichterstatter, dass der Kreisarzt ex lege nicht der technische Berather der im Kreise belegenen Gemeinden sei, dass aber nichts im Wege stände, dass die Gemeinden mit ihm Verabredungen treffen, wonach er vertraglich auf Grund einer Vereinbarung auch die Stellung eines technischen Berathers der zu seinem Kreise gehörigen Gemeinden übernimmt. Eine Bestimmung, dies im Gesetze zum Ausdrucke zu bringen, sei als nicht unbedingt nothwendig erachtet, weil die Uebernahme von Nebenämtern dem Kreisarzt gestattet sei, der nicht voll beschäftigte Kreisarzt einer Genehmigung gar nicht bedürfe und die Ertheilung der Genehmigung für den voll beschäftigten Kreisarzt durch die letzten Worte im Abs. 4 des §. 3 garantirt sei. Die Königliche Staatsregierung und deren Vertreter hätten ausdrücklich bemerkt, dass auch sie es für das richtige Prinzip halten würden, dass der Kreisarzt nicht nur der technische Berather des Landraths, sondern auch derjenige der im Kreise selbst gelegenen Gemeinden sei.

Zu §. 2 habe in der Kommission der Standpunkt die Mehrheit gefunden, dass nach der Auffassung, speziell der weniger gebildeten Bevölkerungsklassen, ein Arzt, der nicht „Doktor“ sei, als eine minderwerthige Medizinalperson angesehen werde, und dass man vor einem solchen Eindruck den Kreisarzt, der innerhalb seines Kreises auch unter den Medizinalpersonen eine gewisse autoritative Stellung einnehmen solle, bewahren müsse.

Der §. 3 sei die sedes materiae; der wichtigste Paragraph des ganzen Gesetzes. Die Gründe für und wider, ob es wünschenswerth sei, dem Kreisarzt die Privatpraxis zu gestatten, oder ihn so zu stellen und zu besolden, dass er einer Privatpraxis nicht bedarf und ihm untersagt wird, will Referent nicht alle wiederholen. Die vom Abgeordnetenhause zu §. 3 angenommene Bestimmung, dass, wo besondere Verhältnisse es erfordern, vollbeschäftigte Kreisärzte angestellt werden können, und dass diesen dann, abgesehen von konsultativer Praxis und dringenden Fällen, die Uebernahme von Privatpraxis überhaupt untersagt werden muss, sei in der Kommission von Einzelnen als zu weitgehend erachtet und gefordert, dass die Privatpraxis nur „untersagt werden könne“, nicht: „untersagt werden müsse“. Die Mehrheit der Kommission habe sich dem jedoch nicht angeschlossen. Auch ein anderer Vorschlag dass die Königliche Staatsregierung nur in den alleräussersten Fällen von der Befugniss Gebrauch machen möge, vollbeschäftigte Kreisärzte anzustellen, und lieber gemäss §. 5

der Vorlage zu seiner Unterstützung Kreisarztassistenten anstellen möchte, um auf diese Weise es zu ermöglichen, den Kreisärzten die Privatpraxis zu belassen, fand nicht die Mehrheit der Kommission, dieselbe stimmte vielmehr dem Vorschlag des Abgeordnetenhauses bei, der die Wahl der Staatsregierung anheimstellt. Ganz besonders freudig wurde von einzelnen Seiten der Kommission die Möglichkeit begrüsst, die das Haus der Abgeordneten gegeben hat, die Stadtärzte nebenamtlich als Kreisärzte anzustellen. Es wurde hervorgehoben, dass nur dadurch, dass der Kreisarzt in lebendiger Verbindung mit den Organen der Selbstverwaltung stände und selbst Beamter der Stadtgemeinde sei, eine lebensvolle fruchtbringende Thätigkeit von ihm erwartet werden könne. Von Seiten der Vertreter der Städte wurde dabei bedauert, dass in dem Hause der Abgeordneten der Zusatz, dass er diese Thätigkeit nur „gegen Bezug einer angemessenen Remuneration aus der Staatskasse" übernehmen dürfe, aufgenommen sei. Gerade die Vertreter der Städte waren der Auffassung, dass der Stadtarzt, wenn ihm kreisärztliche Geschäfte übertragen würden, doch voll Beamter der Stadt bleiben müsse, dass diese seine Stellung dadurch, dass er eine angemessene Remuneration aus der Staatskasse bekäme, nicht verdunkelt werden dürfe und die Städte einer solchen Remuneration auch gar nicht bedürften. Man tröstete sich über den Ausfall damit, dass bei der Vorliebe, die der Finanzminister für Zuwendungen an die grösseren Städte habe, der so entstehende Ausfall nicht von allzu grosser Bedeutung sein würde. (Heiterkeit.)

Bei §. 4 sind besondere Wünsche nicht hervorgetreten. Ein Vorschlag, bei §. 5 die Geschäfte des Kreisarztes materiell zu theilen, indem man z. B. dem einen die bakteriologischen Forschungen übertrüge, dem anderen die Kontrole über die Flussverunreinigung und drgl., sowie die Assistenten dem Kreisarzt zu koordiniren und nicht ihm zu unterstellen, hat nicht die Zustimmung der Kommission gefunden, nachdem seitens der Königlichen Staatsregierung erklärt war, dass die Assistenten Untergebene des Kreisarztes sein müssten.

Zu §. 6 war die Kommission der Meinung, dass die Aenderung des Abgeordnetenhauses statt „zu beobachten" „kennen zu lernen" zu sagen, entschieden eine Verschlechterung und der Ausdruck „zu beobachten" dem jetzt eingesetzten zweifellos vorzuziehen sei. In Nr. 3 des §. 6 sei die Fassung „Einrichtungen im Interesse des Gesundheitswesens zu beobachten" unbestimmt; denn es könne ebenso gut heissen, dass der Kreisarzt die im Interesse des Gesundheitswesens getroffenen Einrichtungen beaufsichtigen, oder alle Einrichtungen beaufsichtigen soll, auch solche, die mit der Gesundheitspflege nichts zu thun haben, wenn er dies im Interesse des Gesundheitswesens für nöthig hält.

Zu §. 7 wurde ausdrücklich festgestellt, dass unter Ortspolizeibehörde nicht etwa nur die Polizeibehörde der Stadtkreise im Sinne des §. 1, sondern hierunter sämmtliche Polizeibehörden, auch die des Kreises, zu verstehen seien. Die §§. 8 und 9 haben zu erheblichen Bedenken nicht Veranlassung gegeben, wohl aber die in §. 10 vorgesehene Bestimmung, wonach der Kreisarzt geborenes Mitglied der Gesundheitskommission sein und Sitz und Stimme, sowie das Recht haben soll, die Kommission zusammenzuberufen. Zunächst sei jedenfalls die Absicht des Gesetzgebers, dass der Kreisarzt zu allen Sitzungen, auch zu denen, die auf seine Veranlassung nicht einberufen sind, eingeladen werden und Sitz und Stimmrecht haben soll; diese sei aber im §. 10 nicht genau ausgedrückt. Sodann sei eine grosse Anzahl von Petitionen (über 100) eingelaufen, in denen das dem Kreisarzt eingeräumte Stimmrecht als nicht mit der Selbstverwaltung der Städte vereinbar bezeichnet sei. Man habe es als in hohem Grade wünschenswerth erachtet, dass die Gesundheitskommission wirklich eine städtische Kommission sei, dass sie alle Monate oder noch öfter zusammenberufen werde. Solle dies der Fall sein, so müsse sie ausser der polizeilichen Thätigkeit, die ihr nach diesem Gesetze auferlegt wird, noch eine besondere Verwaltungsthätigkeit haben; dann dürfte man aber dem Kreisarzt nicht Stimmrecht geben; denn sonst hätte ein Beamter Stimmrecht über Vermögensrechte der Stadt, der nicht von der Stadt oder ihren Organen gewählt sei. Diese Gesichtspunkte wurden von der Kommission für vollkommen durchschlagend angesehen; nicht etwa der Wunsch, die Bedeutung der Gesundheitskommissionen herunterzudrücken, sondern im Gegentheil der Wunsch, ihre Bedeutung zu heben, war die Absicht für den Beschluss, den man gegen das Stimmrecht des Kreisarztes aussprach. Auch würde dieser selbst

viel grösseren Nutzen haben, wenn er mit berathender Stimme gehört und im Falle der Ablehnung nicht das niederdrückende Gefühl haben würde, eventuell niedergestimmt zu sein.

Die weiteren Paragraphen haben zu irgend welchen Bedenken keine Veranlassung gegeben, abgesehen von den zwei redaktionellen Aenderungen in den Interpunktionszeichen und der Aenderung eines Schreibfehlers in den §§. 16 u. 17.

Die von dem Abgeordnetenhause beantragten Resolutionen seien in der Kommission nur flüchtig gestreift. Die Tragweite ihres Inhalts sei eine so erhebliche, dass, wenn man über sie beschliessen wolle, erst vorher in eine besondere Prüfung eintreten müsse; dazu fehle es der Kommission aber an Zeit und an Material; und deshalb sei von ihr kein Antrag gestellt, die Resolution ebenfalls anzunehmen.

Referent schliesst mit dem Wunsche, dass die neue Instanz, die durch das Gesetz geschaffen wird, mit dazu beitragen möge, die hygienischen Verhältnisse des Vaterlandes zu heben.

Graf von Hutten-Czapki stellt zunächst den Antrag, die im Abgeordnetenhause einstimmig angenommenen Resolutionen anzunehmen; zieht diesen aber wieder zurück, nachdem er sich überzeugt hat, dass er keinen Anklang findet. Ausserdem schlägt er vor, im §. 10 zu sagen, „der Kreisarzt kann an allen Sitzungen der Gesundheitskommission theilnehmen und darf jeder Zeit die Zusammenberufung derselben verlangen"; nach seiner Ansicht kann man dem Kreisarzt nicht die Verpflichtung auferlegen, an allen Sitzungen theilzunehmen, da ihm dies gerade in den Augenblicken, wo Seuchen ausbrechen und an vielen Orten gleichzeitig Sitzungen von Gesundheitskommissionen stattfinden, einfach unmöglich sein werde.

Im Uebrigen sei jedoch die von der Kommission beschlossene materielle Aenderung nicht wichtig genug, um das ganze Gesetz noch einmal an das andere Haus zurückzuschicken. Welcher Ansicht man auch sei, möge das Gesetz ein Torso oder ein Embryo einer späteren Gesetzgebung sein: jedenfalls würden die Meisten darin einig sein, dass es gegen den jetzigen Zustand einen Fortschritt bedeute, deshalb solle man es vermeiden, in dieser Geschäftslage das Gesetz noch einmal an das andere Haus zurückgelangen zu lassen.

Oberbürgermeister Becker-Köln wünscht im §. 3 den Zusatz: „gegen Bezug einer angemessenen Remuneration" gestrichen zu sehen; die mit den Funktionen eines Kreisschulinspektors betrauten städtischen Schulinspektoren erhielten auch keine Remuneration; dies habe sich bewährt und lasse das Verhältniss des Beamten als eines städtischen, der nur widerruflich mit staatlichen Funktionen betraut sei, klarer und deutlicher erscheinen, als wenn er von beiden Theilen, von Gemeinde und Staat, entschädigt werde. Er lege jedoch auf die Abänderung nicht so grossen Werth, um deshalb die Vorlage nochmals an das Abgeordnetenhaus zurückgehen zu lassen, und halte deshalb seinen Antrag nur aufrecht, wenn durch die Abstimmung über §. 10 ein solches Zurückgehen nothwendig sei. Redner empfiehlt deshalb zunächst über §. 10 abstimmen zu lassen.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. Bosse hat gegen die Streichung der Worte in §. 3 „gegen Bezug einer angemessenen Remuneration" an und für sich nichts einzuwenden; denn streng genommen sei diese Frage nicht durch Gesetz, sondern durch den Etat zu regeln. Wichtiger erscheine die beantragte Aenderung des §. 10, immerhin aber nicht so bedeutsam, um das Gesetz deshalb nochmals an das Abgeordnetenhaus zurückzubringen; denn materiell sei es fast ganz gleichgültig, ob der Kreisarzt in der Kommission berathende oder beschliessende Stimme habe. Da aber die Gesundheitskommissionen zweifellos mit staatlichen Funktionen und staatlichen Aufgaben betraut sind, entspreche es der Würde des Staatsbeamten und mache seine Stellung in der Kommission wirksamer und förderlicher, wenn er das volle Stimmrecht hat wie die anderen Mitglieder der Kommission. Der Minister verkennt dabei nicht, dass es etwas Seltenes sei, wenn in einer nach den Grundsätzen der städtischen Deputationen gebildeten Kommission überhaupt ein staatlicher Beamter sitze, aber die Zusammensetzung der Kommissionen sei gerade auf Grund eines aus städtischen Kreisen entgegengebrachten Wunsches erfolgt. Jedenfalls sei es aber kein Unglück für die

Städte, wenn dieses einzige staatliche Mitglied der Kommission auch eine beschliessende Stimme habe; sollten wirklich einmal städtische Interessen gefährdet werden können, so würde der Kreisarzt doch stets überstimmt. Der Minister räth daher, mit Rücksicht darauf, dass der Kreisarzt eine festere, sichere und wirksamere Stellung in der Kommission bekommt, ihm eine beschliessende Stimme, die für die Stadt nicht gefährlich werden könne, zu belassen und damit das Gesetz zur Verabschiedung zu bringen.

Oberbürgermeister Bender-Breslau giebt zu, dass, soweit die Kommission staatliche Funktionen versieht, die beschliessende Stimme des Kreisarztes als eines besoldeten Staatsbeamten unbedenklich erscheint. In allen intrikaten Fällen, wo eine wirkliche Ausübung der staatlichen Kraft in Frage komme, würde aber der Kreisarzt von dem Polizeiverwalter ohnehin gefragt, und das Votum desselben sei dann wirksamer, als wenn es eventuell in dem Beschlusse der Kommission per majora begraben werde. Andererseits werde auch der Beschluss der Kommission an Gewicht gewinnen, wenn er ohne Einwirkung eines staatlichen Beamten nur von Vertrauensmännern der Gemeinde gefasst sei. Soll die Thätigkeit der Gesundheitskommission aber eine wirksame sein, so müsse diese so organisirt sein, dass ihr auch kommunale Aufgaben übertragen werden können. Jedenfalls sei es von erheblicher prinzipieller Bedeutung, einer solchen, ein Glied der städtischen Selbstverwaltung bildenden Kommission zum ersten Mal einen Staatsbeamten mit einem weit bevorzugten Stimmrecht zuzugesellen. Das praktische Interesse, welches Staat und Gemeinde an der Gesundheitskommission haben, sei durchaus dasselbe, nämlich dass die für sanitäre Aufgaben verfügbaren Kräfte der Gemeinde in möglichst bereitwilliger Weise wirklich dem öffentlichen Dienst zur Verfügung gestellt werden. Dies werde aber unzweifelhaft um so mehr der Fall sein, je mehr die Kommission als eine zu der Gemeinde gehörige angesehen und behandelt, also mit der Verwaltung der städtischen sanitären Interessen ohne Weiteres beauftragt werden kann. Das sei jedoch sicherlich nicht zu erwarten, wenn in der Gesundheitskommission ein staatlicher Beamter mit so wesentlichem Einfluss sitzt; die Folge davon werde nur sein, dass neben der staatlich eingesetzten Gnsundheitskommission noch eine städtische eingesetzt werde; dann wäre aber die staatliche Kommission nichts weiter, als was die jetzt nur alle 4—5 Jahre bei Epidemien zusammentretenden Sanitätskommissionen seien. Gerade das staatliche, polizeiliche Interesse erfordere dringend, dass die Gesundheitskommission, welche die Polizei, die staatliche Instanz, hören soll, vollständig frei in der Gemeinde stehe, damit die Beschlüsse der Kommission möglichst als Beschlüsse der Gemeinde gelten können. Redner findet es ausserordentlich förderlich, wenn der Kreisarzt als ganz selbstständige, staatlich autorisirte Behörde in der Deputation sitzt und dort selbstständig die staatlichen, öffentlichen Interessen wissenschaftlich und technisch vertritt, gelingt es ihm nicht, die Gesundheitskommission zu überzeugen, so theilt er seine Gründe dem Polizeiverwalter mit, während die Gesundheitskommission angehalten wird, ihre Gegengründe anzugeben. Dann kann der Polizeiverwalter entscheiden, wie er will.

Aus allen diesen Gründen sowie im Interesse der Vereinfachung und der weiteren Entwicklung des Gesundheitswesens empfehle es sich daher, die von der Kommission vorgeschlagene Fassung anzunehmen, auch wenn deshalb die Vorlage nochmals an das Abgeordnetenhaus zurück müsste, das dem Beschluss des Herrenhauses jedenfalls beitreten werde.

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. Bosse: Der §. 10 und die dort gegebene Bestimmung, dass die Gesundheitskommission nach den Vorschriften der Städteordnung gebildet werden solle, verdankt ihre Entstehung dem Rathe des Herrn Oberbürgermeisters Bender und dem Wunsche, den Städten dabei soweit wie irgend möglich entgegen zu kommen; denn es liegt im Interesse des Staates und einer guten Gesundheitspflege, die Städte dafür zu interessiren. Darauf beruht auch die weitere Bestimmung, dass städtische Aerzte mit den Funktionen des Kreisarztes sollen beauftragt werden können. Von dieser Vorschrift des Gesetzes wird der Minister im weitesten Umfange, soweit nur irgend möglich, Gebrauch machen, und in allen diesen Fällen kann es den Städten durchaus gleichgültig sein, ob der von ihnen angestellte Stadtarzt, der zugleich die Funktionen des Kreisarztes ausübt, in der Gesundheitskommission stimmberechtigt ist oder nicht. Damit erübrigen sich in der Hauptsache die geäusserten Bedenken. Im Uebrigen ist

der Minister nicht davon überzeugt, dass §. 10 irgendwie eine Gefahr für die Städte enthielte und dass das geltend gemachte städtische Interesse ein so dringendes und starkes sei, um das Gesetz abzuändern und den ganzen Apparat des anderen Hauses nochmals in Bewegung zu setzen.

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Küster** bittet für den Fall, dass der §. 10 im Sinne der Kommissionsvorschläge abgeändert werden sollte, im §. 6 Abs. 2 statt der Worte „aus eigener Anschauung kennen zu lernen" zu setzen: zu „beobachten", da die Fassung des Abgeordnetenhauses zu wenig sage und selbst zu Missverständnissen Anlass geben könne.

Dr. v. Levetzow ist der Meinung, dass es im Interesse des Kreisarztes selbst liegt, dass er kein Stimmrecht hat (Sehr richtig!); denn überstimmt zu werden, ist unter allen Umständen für einen Beamten unangenehm. Seine Meinung könne und werde der Kreisarzt eben so gut zur Geltung bringen, wenn er kein Stimmrecht habe. Andererseits werde die Wirksamkeit der Gesundheitskommissionen leiden und diese selbst ein todtgeborenes Kind sein, wenn in ihr ein Staatsbeamter dasselbe Stimmrecht habe, wie ihre Mitglieder (Sehr richtig!). Die Verleihung eines Stimmrechtes an einen staatlichen Beamten in einer Körperschaft der Selbstverwaltung sei auch eine vollkommene Anomalie. Im Kreisausschuss sei dem Kreisarzt auch kein Stimmrecht gegeben. Redner bittet daher um Annahme des Kommissionsantrages.

Oberbürgermeister **Bender**-Breslau betont nochmals, dass die Gesundkommissionen rein kommunal seien und wie jede andere Kommunal-Verwaltungsdeputation gebildet werden müssen, damit sie ein vollberechtigtes Organ der Selbstverwaltung und ihnen die Geldmittel der Gemeinde bereitwillig zur Verfügung gestellt werden können. Alles Reden und Beschliessen in der von der tadt bestellten Gesundheitskommission helfe nichts, wenn die Kommission das SGeld der Stadt nicht zur Verfügung habe bei sanitären Massregeln, die bekanntlich viel Geld kosten. Auch müsse grundsätzlich der Bestellung eines technischen Staatsbeamten zum Mitgliede einer Selbstverwaltungsbehörde als einen sehr bedenklichen Präzedenzfall entschieden widersprochen werden. Der Abänderungsvorschlag der Kommission liege also im Interesse der Verwaltung; die staatlichen Interessen würden dabei besser fahren und die Stellung des Kreisarztes gewinnen und nicht verlieren.

Nach Schluss der Diskussion wird zunächst über den Antrag der Kommission, den zwei letzten Sätzen des §. 10 folgende Fassung zu geben:

„Der Kreisarzt kann an allen Sitzungen der Gesundheitskommission theilnehmen und darf jederzeit die Zusammenberufung derselben verlangen.
In allen Verhandlungen der Gesundheitskommission hat der Kreisarzt berathende Stimme und muss jederzeit gehört werden"

abgestimmt und der Antrag angenommen.

Die Abstimmung über den ganzen §. 10 ergiebt beinahe Einstimmigkeit, ebenso wie diejenige über die Abänderung zu §. 17: anstatt „diesem" zu sagen: „diesen".

Hierauf folgt die Abstimmung über den Antrag Becker, im letzten Absatz des §. 3 die Worte „gegen Bezug einer angemessenen Remuneration zu streichen. Der Antrag wird angenommen, desgleichen der Antrag Küster, in §. 6 Abs. 2 statt aus eigener Anschauung „kennen zu lernen" zu setzen: „zu beobachten".

Auf Antrag des Freiherrn Lucius v. Ballhausen wird schliesslich das ganze Gesetz mit den beschlossenen Abänderungen en bloc angenommen. Wegen der letzteren muss es nochmals an das Abgeordnetenhaus zurückgehen.

Die vom Vorstande des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke eingereichte Petition um baldige gesetzliche **Regelung der Trinkerversorgungsfrage** gelangte am 3. d. Mts. im preussischen Herrenhause zur Berathung. Der von der Kommission gestellte Antrag, „die Petition der Regierung als Material zu überweisen mit der Aufforderung, auf dem Gebiete der Gesetzgebung und der Verwaltung dagegen Massnahmen herbeizuführen, welche

zu einer wirksamen Durchführung des §. 6 Nr. 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches (Entmündigung wegen Trunksucht, Unterbringung in Trinkerheilstätten) erforderlich sind", wurde nach einer Befürwortung durch den Oberbürgermeister Struckmann-Hildesheim, der die Nothwendigkeit der Errichtung von Trinkerheilstätten und die Uebernahme der Lasten dieser auf eine Mehrheit von Verbänden, wie bei den Irrenanstalten u. s. w. betonte, einstimmig angenommen. Freiherr v. Durant hielt eine Bestimmung, wonach Trinkerschulden nicht einklagbar wären und Trunksucht vor Gericht nicht als Milderungsgrund angesehen würde, für ebenso wichtig wie nothwendig.

In der am 3. Juni d. J. stattgehabten **Sitzung des Württembergischen ärztlichen Landesausschusses** ist der von dem Referenten Dr. Deahna ausgearbeitete Entwurf für eine Neuorganisation des ärztlichen Standes, der sich an den preussischen Gesetzentwurf über die ärztlichen Ehrengerichte, sowie an die in Sachsen bestehenden derartigen Bestimmungen anlehnte, einstimmig angenommen. Betreffs der Bezahlung der ärztlichen Gutachten für Berufsgenossenschaften fand ein Antrag, für alle Untersuchungen und Gutachten 6 Mark anzusetzen, fast einstimmige Annahme.

---

71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in München im Septemaer d. J. Magistrat und Gemeindebevollmächtigten-Kollegium Münchens haben in einer ihrer letzten Sitzungen den überaus dankenswerthen Beschluss gefasst, den Willkommengruss der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Gestalt einer Festschrift darzubieten über Münchens Entwickelung unter dem Einfluss der Naturwissenschaften während der letzten Dezennien.

Der erste Abschnitt der Schrift soll die Hygiene und Münchens hygienische Einrichtungen betreffen und mit dem Bildniss Pettenkofer's, als des Begründers der modernen Hygiene, ferner den Portraits von Zenetti und Ehrhard, welche die Assanirung Münchens durchgeführt haben, geschmückt werden.

Der zweite Abschnitt wird die Kraftanlagen der Stadt schildern und soll Georg Simon Ohm als Titelbild tragen.

Ein dritter Abschnitt endlich soll sich mit der wissenschaftlichen Seite von Münchens grösster Industrie befassen und eine Darstellung der Entwickelung der Brauereitechnik in den lezten 20 Jahren enthalten. Als einleitendes Titelblatt soll diesem Abschnitt das Bildniss von Gabriel Sedlmayr voranstehen, der zuerst die wissenschaftlichen Errungenschaften der Gährungschemie im Grossbetrieb der Technik verwerthet hat.

Ein engeres Komitee von Fachmännern hat sich schon vor mehreren Monaten gebildet und die genaue Disposition der Schrift vorgenommen.

Bekanntlich berufen sich die **Schrankdrogisten** bei Zuwiderhandlungen sehr häufig darauf, dass ihnen die liefernde Firma die Zulässigkeit des Feilhaltens aller im Schrank befindlichen Arzneiwaaren versichert habe, und bedienen sich mit Vorliebe des Einwandes des guten Glaubens, um bei Einleitung des Strafverfahrens Freisprechung zu erzielen. Demgegenüber hat jedoch das Oberlandesgericht zu Breslau durch Urtheil vom 27. Juni d. J. entschieden, dass in keinem Falle, möge der Angeklagte aus Unwissenheit oder auf die Versicherungen eines anderen hin den strafbaren Handel betrieben haben, die Uebertretung entschuldbar sei, denn er sei verpflichtet gewesen, sich über die betreffenden Gesetzesbestimmungen zu orientiren und wenn er dies unterliess, habe er eine grobe Fahrlässigkeit begangen, für die er verantwortlich bleibe.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.

J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 15. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Aug.

In der heutigen, um einen Bogen verstärkten Nummer sind mit Rücksicht auf die zahlreich vorliegenden Berichte und Referate nur solche aufgenommen, da gerade bei ihnen eine baldige Veröffentlichung geboten erscheint. Die Redaktion.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den vom 24. bis 27. Mai d. J. in Berlin abgehaltenen Kongress zur Bekämpfung der Lungentuberkulose als Volkskrankheit.

Dritter Verhandlungstag, Freitag, den 26. Mai d. J.

IV. Abtheilung: Therapie der Tuberkulose.

Nachdem der Vorsitzende, Geheimrath Prof. Dr. v. Ziemssen-München, dem Andenken Brehmer's, des eigentlichen Begründers des Heilstättenwesens, einige Worte gewidmet hatte, sprach als erster Referent Prof. Dr. Curschmann-Leipzig über Heilbarkeit der Tuberkulose. Heilung der Lungentuberkulose im strengsten anatomisch-histologischen Sinne gehöre zu den Seltenheiten; dagegen werde ein Stillstand des Prozesses mit mehr oder weniger ausgedehnter Narbenbildung oft auch Obliteration und Verödung des zunächst befallenen Abschnitts des Bronchialbaums und damit Absperrung der spezifischen Krankheitserreger gegen das noch gesunde Lungengewebe sehr häufig am Leichentisch beobachtet und zwar in steigendem Masse zu den Ergebnissen einer rationellen Behandlungsweise der Lungentuberkulose. Ein ansehnlicher Theil dieser Fälle könne im klinischen Sinne zu den Heilungen gerechnet werden, insofern die örtlichen Veränderungen nicht wieder eine Verschlimmerung, oft sogar weitere Rückbildung erfahren, die übrigen Lungenabschnitte sich unversehrt erhalten und die Befallenen bei dauernd günstigem Allgemeinbefinden wieder voll arbeits- und erwerbsfähig werden. Eine noch grössere Zahl bringe es jedoch nur zur „relativen Heilung", d. h. zu nicht völligem Stillstand des örtlichen Prozesses bei verhältnissmässig gutem Allgemeinzustand und ausreichender Leistungsfähigkeit. Eine sichere Statistik über das Verhältniss der klinisch und relativ Geheilten zu den mit nur vorübergehendem oder ganz ohne Erfolg Behandelten lasse sich, wenn auch sehr zahlreiche statistische Arbeiten bereits vorliegen, bis jetzt nicht geben; zweifellos seien aber die erzielten Erfolge der heute allgemein üblichen diätetisch-physikalischen Behandlungsweise zuzuschreiben und die sogenannten Dauererfolge

weit besser als früher; Redner schätzt sie in den Heilstätten auf 70 Prozent. Die Möglichkeit, auf den Erreger der Lungenschwindsucht, den Tuberkelbacillus und die mit ihm zusammenwirkenden anderen pathogenen Mikroorganismen im Sinne der Heilung einzuwirken, sei heute noch auf ein äusserst geringes Mass beschränkt, müsse aber gleichwohl allen Forschungen nach einer spezifischen Behandlungsweise als Ziel gelten. Die Aussicht auf Ausheilung der Krankheit hänge von zahlreichen allgemeinen und individuellen Verhältnissen ab und sei bei kurzem Bestehen, geringer Ausdehnung des Prozesses und Befallensein nur einer Seite besonders günstig. Hieraus ergebe sich die ausserordentliche Wichtigkeit der Frühdiagnose der Krankheit und der Vervollkommnung aller hierzu dienlicher diagnostischer Methoden. Besondere Aufmerksamkeit sei den „latenten" Formen, unter ihnen namentlich denjenigen zu widmen, die unter andersartigen Krankheitsbildern sich äussern Auch bei beiderseitigen und weiter vorgeschrittenen Erkrankungen selbst von längerer Dauer sei endgültige oder relative Heilung wohl möglich; dagegen trüben bestehende andere Krankheiten die Aussicht auf Erfolg, desgleichen Mischinfektionen, über die unsere Kenntnisse allerdings noch in den ersten Anfängen stehen.

Günstige äussere Lebensverhältnisse heben die Aussicht auf Heilung. Im mittleren und höheren Alter sei auf dauernde oder relative Genesung insofern mehr zu hoffen, als hier die akuten Verlaufsweisen der Krankheit und der Ausgang in allgemeine Miliartuberkulose seltener sind, als im Kindes- und jugendlichen Alter. Das Geschlecht sei fast nur als wichtiger Faktor für die äusseren Lebensverhältnisse oder die namentlich bei Frauen in Betracht kommenden Geschlechtsfunktionen (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) von Bedeutung für die Heilung; dagegen wirke die erbliche Belastung durch hereditäre Uebertragung der körperlichen Veranlagung meist ungünstig. Spezielle klimatische Verhältnisse haben nicht den ihnen früher zugeschriebenen Einfluss auf die Heilbarkeit; die Lehre von der immunen Zone sei heute nicht mehr haltbar, Aussicht auf Heilung sei überall gegeben, wo frische reine Luft bei nicht zu wechselnden Witterungsverhältnissen zu finden sei.

Der folgende Redner, Prof. Dr. R. Kobert-Rostock behandelte die **medikamentöse Therapie der Tuberkulose mit Ausschluss des Tuberkulins.** Gestützt auf zahlreiche eigene Beobachtungen und Sammelforschungsangaben von über 200 hervorragenden Praktikern, welche zusammen während des Jahres 1898 etwa 50000 Tuberkulöse behandelt haben, sowie auf kritisches Studium der einschlägigen experimentellen und klinischen Literatur, kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen:

„1. Die an Thieren mit den verschiedensten Mitteln angestellten Versuche haben ergeben, dass es ein wirkliches Specificum gegen die Lungentuberkulose nicht giebt.

2. Für chirurgische Tuberkulosebehandlung mit Ausschluss der Lunge leistet das Jodoform so Ausgezeichnetes, dass wir ein Specificum kaum noch bedürfen.

3. Die initiale Lungentuberkulose können wir durch die modifizirte Brehmer'sche Kur so sicher bekämpfen, dass wir Arzneimittel überhaupt nicht nöthig haben.

4. Bei miliarer Tuberkulose und bei galoppirender Schwindsucht vermögen wir zur Zeit mit keiner Art der Behandlung das tödtliche Ende abzuwenden oder auch nur sicher hinauszuschieben.

5. Bei den meisten nicht unter 3. und 5. fallenden Fällen von Tuberkulose und zwar speziell von Hals-, Lungen- und Darmtuberkulose bedürfen wir neben der modifizirten Brehmer'schen Kur auch noch der medikamentösen Behandlung."

Die medikamentöse Behandlung ist genau zu individualisiren. In der laryngologischen Praxis leisten die Narkotica, voran das Kodeïn, viel Gutes; ausserdem Orthoform neben Milchsäure. Bei Darm-Tuberkulose kommen Opiate neben Adstringentien in Frage; Blei ist zu meiden, Zink und Extractum ligni campechiani sind zu bevorzugen. Künstliche Nährmittel, sowie Blutmittel und Stomachica sind bei Abmagerung und Cachexie indizirt, für die Armenpraxis hat der Leberthran eine grosse Bedeutung. Kreosot ist mit grosser Vorsicht zu verwenden unter Berücksichtigung der individuellen Eigenthümlichkeiten jeden Falles, sowie des Umstandes, dass das Mittel die Neigung zum Bluthusten

begünstigt. Der Verwerfung der Fiebermittel kann sich der Vortragende nicht anschliessen und hält sie dann für angezeigt, wenn durch Bettruhe und hydropathische Massnahmen ein Sinken der Temperatur nicht zu erzielen ist; besonders geeignet erscheint ihm das Pyramidon. Zur Erleichterung des Hustens dienen Expektorantien (alkalische Wässer, Brustelixir u. s. w.); bei putridem Auswurf haben Inhalationen ätherischer Oele Werth. Die als Spezifica angesprochenen Mittel, Kampheröl, Zimmtsäure u. s. w. sind zwar keine eigentlichen Spezifika, wirken aber dadurch, dass sie eine heilkräftige Leukozytose anregen. Von desinfizirenden Mitteln kommt nur noch Formaldehyd in Betracht.

Prof. Dr. Brieger, Dirigent des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin, entwickelte in seinem Vortrage über die **Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin und ähnlichen Mitteln** zunächst die Lehre Koch's von der Spezifizität des Tuberkulins. Er hält den Pessimismus, welcher der Koch'schen Entdeckung im Jahre 1890 gefolgt sei, nicht für gerechtfertigt, da sowohl das alte, wie das neue Koch'sche Tuberkulinpräparat in der That spezifisch wirkende Mittel seien; das alte Tuberkulin habe ausserdem einen grossen diagnostischen Werth für die Feststellung der Diagnose bei Mensch und Thier. Von den Kranken des Berliner Instituts für Infektionskrankheiten reagirten z. B. 54% auf die Einspritzung. In Dänemark und Frankreich sei bereits die Tuberkulinimpfung für das Rindvieh eingeführt, um auf diese Weise die Verbreitung der Rindertuberkulose vorzubeugen; und kein Geringerer als Virchow habe für Deutschland die Einführung des gleichen Verfahrens empfohlen. Als spezifische Mittel seien die Tuberkuline aber nur auf Tuberkulose wirksam und nicht auf sekundäre Infektion; damit sei die Grenze für ihre Anwendung gezogen. Am grössten sei ihre Wirksamkeit bei beginnender Tuberkulose. Wenn ihr günstiger Einfluss mitunter ein sehr geringer oder schnell vorübergehender sei, so liege die Vermuthung nahe, dass dies auf der ungenügenden Anwendung resp. Dosirung beruhe. Selbst mit sekundärer Infektion komplizirte Tuberkulose, d. h. Phthisis, werde nicht selten durch Tuberkulin gebessert resp. zum Stillstand gebracht. Deshalb komme in den Heilstätten für Lungenkranke auch die Anwendung der Koch'schen Tuberkulinpräparate als Heilpotenz in Betracht; dagegen sei eine spezifische Wirkung der verschiedenen Tuberkuloseserumarten auf die Tuberkulose vorläufig in keiner Weise nachgewiesen.

Ueber **klimatische Therapie, einschl. Seereisen etc.** sprach Herm. Weber-London. Er erinnerte daran, dass er bei dem internationalen ärztlichen Kongress in Berlin 1890 in seinem Referat sich dahin ausgesprochen habe, dass in der Behandlung der Tuberkulose das Klima zwar wichtig, aber ohne genaue ärztliche Ueberwachung ungenügend sei; dass die Behandlung in Heilanstalten für die Mehrzahl der Kranken den Vorzug verdiene, für die unbemittelten Klassen aber die reine Nothwendigkeit sei. In dem gegenwärtigen Referat wolle er aber nur den Antheil bezeichnen, den das Klima bei der Behandlung einnehme. Gebirgs- und Höhenklima mit Heilanstaltsbehandlung gebe die besten Erfolge; bei Waldklima müsse der kältere und feuchte Boden, die Abschwächung des Sonnenlichts namentlich durch Laubwald in Betracht gezogen werden; weniger dichter Wald an südlichen Abhängen, besonders Tannenwald, üben einen günstigen Einfluss aus, sowohl durch den Windschutz, als durch die harzigen Ausdünstungen und Veränderungen in der Beschaffenheit der Luft. Das Wüstenklima verdanke seinen Ruf zum Theil der Thatsache, dass die wandernden Wüstenbewohner frei von Schwindsucht sind. Es zeichne sich durch Reinheit der Luft, hohen Ozongehalt, hohe Sonnenwärme, Fülle von Licht und Trockenheit der Luft und des Bodens aus, habe aber für Tuberkulöse den Nachtheil häufiger, oft mit Staub angefüllter Winde. Die Küsten- und Inselklimate, sowohl die feuchtwarmen, wie Madeira, welche warme sonnige Winter mit ziemlich hoher Luftfeuchtigkeit und gleichmässiger Temperatur haben, als die trockenwarmen, welche, wie die westliche Riviera, sich durch warme, sonnige, lichtreiche Winter, aber grosse Unterschiede der Temperatur zwischen Sonne und Schatten und Tag und Nacht auszeichnen und nicht frei von Staubwinden sind, haben nach des Referenten Erfahrung weniger günstige Heilerfolge als die der Höhenklimate aufzuweisen, besonders wegen der häufigen Fehler der Kranken, welche sich oft der ärztlichen Behandlung entziehen. Seereisen lassen sich gut verwerthen in der Behandlung und Verhütung der Skrophulose und in der Verhütung der Lungentuberkulose, sowie auch in der Behandlung

der früheren Stadien dieser Krankheit; Referent bemerkt jedoch, dass bei der Lungentuberkulose, mit Ausnahme gewisser Fälle, andere Kurmethoden ebenso grosse und oft grössere Vorzüge bieten. Als ein Vortheil der Seereisen dürfe der Umstand bezeichnet werden, dass die Kranken vor Ueberanstrengung und anderen Exzessen geschützt sind, die an vielen beliebten Kurorten die Genesung verhindern. Dauernde Schwäche der Konstruktion, grosse Neigung zur Seekrankheit und unüberwindlicher Widerwille gegen monotone Nahrung sollten jedoch als Gegenanzeigen betrachtet werden.

Bei der Verwendung der einzelnen Klimate in der Behandlung ist nach Ansicht des Referenten besonders die Konstitution des Kranken zu berücksichtigen; Kranke mit kräftiger Konstitution eignen sich mehr für Höhenklimate und lange Seereisen, schwächliche dagegen mehr für warme, besonders geschützte Plätze. Fieberlose Kranke mit beschränkten Spitzenaffektionen lassen sich in allen gesunden Klimaten behandeln; vorgeschrittene oder mit hohem Fieber behaftete Kranke sollten dagegen zuerst zu Hause bleiben oder geschützte in der Nähe der Heimath gelegene Orte aufsuchen. Fälle von chronischer, langsam fortschreitender Phthisis eignen sich für warme Winterkurorte oder in gewissen Fällen für Seereisen, während für stationäre Fälle mit ausgebreiteter Zerstörung besser mässig erhöhte Plätze im Binnenland oder trockenwarme Seeufer passen. Kranke mit Albuminurie sollten Höhenklimate vermeiden und trockenwarme Orte wie Aegypten und die Riviera aufsuchen; dasselbe gilt auch betreffs etwaiger Komplikation mit Diabetes. In allen Klimaten sei die der Wohnung von grosser Wichtigkeit; sie muss viel Sonne haben, vor kalten Winden geschützt und staubfrei sein; sie muss auf trockenem Boden liegen, entfernt von stehenden Gewässern, Morästen, die Luft verunreinigenden Fabriken und ähnlichen Schädlichkeiten.

Zur Verhütung der Skrophulose lassen sich alle gesunde Klimate verwenden, wenn nur für gute Ernährung und reichlichen Aufenthalt in frischer Luft gesorgt wird; Höhenklima empfehle sich jedoch mehr zum Schutz gegen Tuberkulose, Seeklima (besonders der Nordsee) mehr zum Schutz gegen Skrophulose. Ebenso sei die Heilung der Lungentuberkulose in Anfangsstadien überall möglich; das Klima allein genüge aber nicht, im Gegentheil, das blinde Vertrauen der Kranken auf das Klima führe oft zu Fehlschritten, zur Verschlimmerung der Krankheit und zum Tode. Für die Mehrzahl der Kranken sei deshalb die Behandlung in Heilanstalten vorzuziehen, für die Unbemittelten aber nothwendig.

Als letzter Referent behandelte Geh. San.-Rath Dr. Dettweiler-Falkenstein die **hygienisch-diätetische Behandlung der Lungentuberkulose und Anstaltsbehandlung.** Er betonte zunächst, dass die Lungentuberkulose, die Lungenschwindsucht, nicht als eine lokale Erkrankung, sondern als allgemeine, mit Störungen der lebenswichtigsten Organe verbundene Erkrankung anzusehen und demgemäss zu behandeln sei. Eine ätiologische Therapie, d. h. die sichere Beseitigung der eigentlichen Krankheitsursachen, gebe es bis heute nicht; die jetzt wegen ihrer überraschenden Heilerfolge allgemein anerkannte hygienisch-diätetisch-physikalische Behandlung sei lediglich auf empirischer Grundlage aufgebaut. Sie sei von dem Bestreben geleitet, den Organismus in seinem Kampfe gegen die Eindringlinge mit allen erdenklichen Mitteln zu unterstützen und bestehe in der sogenannten psychischen Hygiene, d. i. der bis in's Kleinste unablässig durchgeführten, auf den jeweiligen Kräftezustand des Kranken und das Stadium seiner Erkrankung genau angepassten Dauer-, Luft- und Ruhekur, auch während der Nacht. Sie ermögliche die wirksame Behandlung der Schwindsucht in allen von Extremen freien Klimaten und da Verbleiben der Kranken in der Heimath; in ihr liege ein grosser Theil der Lösung der Heilstättenfrage für alle Kulturländer. Dazu komme die Pflege und Abhärtung der Haut, vermittelst richtiger Anwendung der Luft, des Lichtes, des Wassers (Bäder, Douche, feuchte und trockene Abreibungen), die Verordnung von Massagen, die Gymnastik der Brust- und der ganzen Körpermuskulatur u. s. w. in einem nach allen Richtungen dem Individuum ganz angepassten Regime, das nur die Anstalt geben und überwachen könne. Einen wichtigen Bestandtheil der Behandlung bilde ferner die konsequent mit allen Hülfsmitteln geleitete, dem Einzelfall angepasste Ernährung des Kranken, die bis zur Ueberernährung gesteigert werden könne, sowie die richtige, ärztlich angeordnete und überwachte Verwendung des Alkohols; auch die Hygiene der Wohnung und Bekleidung

die Desinfektion aller Effekten, die Behandlung des Auswurfs, des Hustens und die Heranziehung des medikamentösen Heilschatzes bei den verschiedenen Krankheitserscheinungen kommen als Heilfaktoren in Betracht. Die Vermeidung der Schädlichkeiten, sowie die Gewöhnung an das ihm Nützliche sei dem Kranken Anfangs meist nur durch Zwang beizubringen; allmählich gewinne er aber Verständniss dafür und werde immer mehr sein eigener Leibarzt, so dass er auch ausserhalb der Anstalten diesen Gewohnheiten treu bleibe und sich dadurch vor Rückfällen schütze. Zur Durchführung der Massnahmen sei aber ein hervorragend gebildeter und begabter, auch durch längere Zeit bereits spezialistisch vorgeschulter Arzt als Leiter der Anstalt erforderlich. Er sei die unerlässliche Vorbedingung der Erfolge der ganzen Methode, mit ihm stehe und falle die ganze Anstaltsbehandlung, die ebenso hohe sittliche, wie wissenschaftliche und praktische Forderungen an ihn stelle. Referent fordert deshalb im Hinblick auf den voraussichtlich in nächster Zeit sich ergebenden grösseren Bedarf an derartigen Aerzten die Errichtung kleiner Sanatorien von etwa 30 Betten im Anschluss an die Universitätskliniken zur spezialistischen Vorbildung solcher Aerzte.

In der Diskussion betonte Prof. Dr. v. Schroetter-Wien mit Nachdruck die Möglichkeit der Heilbarkeit der Tuberkulose und illustrirte seine Anschauungen durch die Vorstellung von 2 seit 9 bezw. 14 Jahren geheilten Patienten, die an ausserordentlich schwerer Larynxphthise erkrankt waren. Prof. Dr. Landousy-Paris empfiehlt die Kombination von Sanatorium-Behandlung mit medikamentösen Agentien. Sinclair Coghill verbreitete sich über die Verhütung und rationelle Behandlung der Kachexie bei Tuberkulose.

Hierauf sprach Prof. Dr. Winternitz-Wien über die **Hydrotherapie der Lungenphthise.** Nach seiner fast vierzigjährigen reichen Erfahrung giebt es bisher kein wirksameres, sicheres, in allen Stadien der Tuberkulose und Phthise anwendbares, in der Wirkung von modernsten Gesichtspunkten rationell verständliches Heilmittel, als die Hydrotherapie, selbstverständlich in Verbindung mit allen hygienisch-diätetischen Methoden der Freiluftbehandlung. Sie wirkt als mächtiges Tonicum sowohl prophylaktisch, als direkt kurativ, beseitigt durch Abhärtung die Erkältungsgefahr mit allen ihren Konsequenzen, beeinflusst durch Herstellung wahrer Treibhausverhältnisse über den erkrankten Partien die lokalen Ernährungsbedingungen in günstiger Weise, ist allen anderen Methoden in der Bekämpfung des hektischen Fiebers und der Nachtschweisse weit überlegen und kräftigt alle bisher bekannten Schutz- und Wehrkräfte des Organismus zur Vernichtung, Ausscheidung und Unschädlichmachung von Mikroorganismen und deren giftigen Stoffwechselprodukten. Darum muss die systematische und methodische Hydrotherapie nicht nur in allen Lungenheilstätten, in den Haussanatorien eingeführt, sondern auch den breiten Schichten des bedrohten oder erkrankten Volkes zugänglich gemacht werden. Das zu verwendende Wasser muss das frischeste und kälteste zur Verfügung stehende sein, da es absolut nicht schonender, sondern vielmehr angreifender ist, wenn man laue Temperatur verwendet. Redner hat durch seine in über 400 Fällen angewandte Behandlungsmethode bei den chronischen Fällen in fast 80% Besserungen, Stillstände und relative Heilungen bewirkt, bei floriden Phthisen anfangs bei 27,% später bei 32% mehr weniger lange Stillstände und relative Heilungen zu verzeichnen gehabt, und selbst bei den verlorenen und unheilbaren Fällen subjektive Erleichterung und Erweckung neuer Genesungshoffnung erzielt. Ein grosser Werth und Vorzug der Methode liege auch darin, dass sie der Kranke erforderlichenfalls in seiner Heimath, im Kreise seiner Familie unter Leitung seines Arztes und fast ohne bedeutende Störung seines Berufes gebrauchen kann.

Prof. Dr. A. Landerer-Stuttgart berichtete über die **Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure** auf Grund 17jähriger experimentell-mikroskopischer und klinischer Untersuchungen und 9jähriger Beobachtungen am Krankenbette. Darnach übten die Zimmtsäure und ihre Salze keine schädliche Wirkungen aus; sie rufen aber bei den Tuberkulösen — Menschen und Thier — eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervor, die in die Tuberkelherde eindringen und die Aufsaugung der abgestorbenen käsigen Massen, sowie die Bildung von Narben bewirken. Die durch die Zimmtsäure bei Tuberkulösen verursachten Prozesse entsprechen somit vollkommen den bei der Naturheilung der Tuberkulösen beobachteten Vorgängen; nur sind sie energischer und

laufen rascher ab. Die Statistik ergiebt bei Lungentuberkulose im Inkubationsstadium: 85 % Heilungen und 5 % Besserungen; bei vorgeschrittenen und ausgedehnten Lungenveränderungen mit erheblich herabgesetztem Ernährungsstande, aber ohne Fieber: 44,8 % Heilungen und 41,5 % Besserungen, bei andauerndem Fieber: 37,5 % Heilungen und 29,2 % Besserungen; zusammen in 110 Fällen, ohne Wahl bis zu den schwersten, 51,8 % Heilungen und 23,6 % Besserungen, zusammen 75,4 % gute Ergebnisse. Von 20 Darm- und Peritonealtuberkulösen sind 80 % geheilt, 5 % gebessert; von Knochen- und Gelenktuberkulösen (78 Fälle) 82,2 % geheilt und 12,8 % gebessert, von 18 Lymphdrüsentuberkulösen 17 geheilt und 1 gebessert. Bei Gehirn- und Hirnhauttuberkulose ist jedoch nie ein guter Erfolg erzielt.

Ein Assistent von Prof. Dr. **Maragliano**-Genua verlas hierauf zwei kurze Abhandlungen dieses Forschers, von denen die eine einen **experimentellen Beitrag zur Kenntniss der wissenschaftlichen Grundlagen der hygienisch-diätetischen Behandlung der Tuberkulose** brachte, während die andere die **wissenschaftlichen Grundlagen der Serumtherapie der Lungentuberkulose** behandelte. Nach dem Ergebniss der in der ersten Abhandlung mitgetheilten Versuche und Beobachtungen verfügt der menschliche Organismus über mächtige Schutzkräfte gegenüber der Tuberkulose; die Hebung des Allgemeinzustandes hat auf die Entfaltung derselben einen wesentlichen Einfluss, so dass die günstige Wirkung der hygienisch-diätetischen Behandlung der Tuberkulose in der Weise verständlich wird, dass der Organismus durch sie zur Einleitung einer Autoserotherapie in Stand gesetzt wird.

In der zweiten Abhandlung wird ausgeführt, dass die Existenz von Tuberkulose-Antitoxinen heute durch **Maragliano, Behring** u. A. mit vollster Sicherheit erwiesen sei. Das bereits im Normalzustande im Serum des Menschen und gewisser Thiere nachweisbare Tuberkulose-Antitoxin kann durch methodische Giftinjektion bedeutend gesteigert werden. Diese Antitoxine schützen Meerschweinchen und Kaninchen vor tödtlichen Dosen Tuberkulosegift; bei tuberkulösen Menschen heben sie die febrile Reaktion auf Tuberkulin auf. Die Tuberkulose-Antitoxine sind für gesunde wie tuberkulöse Thiere und Menschen unschädlich; die bei gewissen tuberkulösen Individuen auftretenden Nebenerscheinungen sind auf eine besondere Ueberempfindlichkeit jener gegenüber Reizen verschiedenster Art, nicht aber als spezifische Serumwirkung aufzufassen. Auf den Tuberkelbacillus hat antitoxisches Serum in vitro eine abschwächende, weiterhin vernichtende Wirkung. Die Versuchsergebnisse der intraperitonealer Antitoxinbehandlung bei Kaninchen machen es in hohem Grade wahrscheinlich, dass das Antitoxin durch Aenderung des im Organismus gegebenen Nährsubstrats auf die Entwickelung der Tuberkulose einen hemmenden Einfluss auszuüben vermag.

Hieran schloss sich ein Vortrag des Prof. Dr. **E. A. v. Schweinitz**-Washington über die **Behandlung der Tuberkulose mit Serum.** Redner hat das Serum dadurch gewonnen, dass er die oben auf dem Nährboden schwimmenden Tuberkelbazillenkörper längere Zeit in einer Milchschüttelmaschine mit destillirtem Wasser behandelte und den so gewonnenen Extrakt dann Pferden, Maulthieren, Eseln u. s. w. injizirte. Das von diesen Thieren erhaltene Serum hat er dann an 90 Kranken probirt, von denen 19 % völlig gesund, 7 % erheblich gebessert, 57 % etwas gebessert wurden und 17 % ungebessert blieben. Redner hofft, durch weitere Versuche noch ein besseres, wirksameres Serum zu erhalten. Er schlägt die Einrichtung einer ständigen internationalen Kommission vor, welche alle wissenschaftlichen Methoden zur Behandlung der Tuberkulose auf ihren Werth sorgfältig zu prüfen und dann die wichtigsten Resultate zu veröffentlichen hätte. Schliesslich spricht er sich dagegen aus, dass wichtige Erfindungen Geheimnisse bleiben und von Fabriken angekauft und ausgebeutet werden, da dann nicht viel geleistet werden könne.

Prof. Dr. Vinc. **Cervello**-Palermo berichtete in Bezug auf die **Behandlung der Lungenschwindsucht**, dass er Versuche angestellt habe, um durch einen Aufenthalt in einer Atmosphäre von Formaldehyddämpfen auf die Lungentuberkulose einzuwirken. Nachdem es ihm gelungen sei, eine fast gleichmässige Atmosphäre herzustellen, in welcher die Formaldehyddämpfe ohne jede Störung ertragen werden, habe er 26 Kranke nach diesem System behandelt, die fast alle in einer bereits vorgeschrittenen Periode der Krankheit gewesen seien. Davon

seien 10 geheilt, 9 fast geheilt, 2 leicht gebessert, 1 stationär geblieben und 2 gestorben; bei 2 sei eine Verschlimmerung eingetreten. Nach seiner Ansicht beruht die Wirkung des Formaldehyds hauptsächlich auf einem Oxydationsprozess; das Mittel sei zwar kein spezifisches, aber wohl fähig, jenen Kräften nachzuhelfen, die die Natur so oft benutze, um von selbst die Ausheilung von tuberkulösen Prozessen hervorzurufen.

Dr. Maillart-Genf theilte die mit der **Luftkur im Kantonhospital zu Genf während des Winters 1898/99 erzielten Resultate** mit und betonte, dass die Wohlthat dieser Kur den Tuberkulösen auch ohne besonders kostspielige Einrichtungen in den Spitälern gesichert werden könne. Im Genfer Institut sei die Luftkur im Winter 6—8 Stunden täglich durchgeführt und der Erfolg ein sehr ermuthigender; namentlich würden die Beklemmungen, der Husten sehr günstig beeinflusst, desgleichen nehme der Appetit zu und dem gemäss auch das Körpergewicht.

Ueber die **Behandlung der knotigen Lungenschwindsucht** berichtete Prof. Dimitropol-Bukarest, über die **Koch'sche Tuberkulinbehandlung** Dr. Petruschky-Danzig. Nach seiner Ansicht kann durch diese bei sachgemässer Durchführung die dauernde Beseitigung aller tuberkulösen Krankheitserscheinungen erreicht werden. Eine einmalige Kur genüge aber nur relativ selten. In der Regel müsse die Kur etappenweise — etwa zwei Mal pro Jahr — wiederholt werden, um eine zuverlässige Beseitigung der Krankheit zu erreichen. Geeignet für die Tuberkulinbehandlung seien alle unkomplizirten Frühstadien der Tuberkulose, sowie Fälle mit bereits bestehenden Gewebszerstörungen bei chronischem, fieberlosem Verlauf, leidlichem Kräftezustande und ohne Sekundäraffektionen. Die Tuberkulinbehandlung lasse sich auch ambulatorisch in sachverständig geleiteten Zentren bei tuberkulösen Frühstadien ohne wesentliche Berufsstörung und mit geringen Kosten durchführen. Auf diese Weise könnten die Heilstätten erheblich entlastet und die Gesammtkosten der Tuberkulosebekämpfung vermindert werden. Die Behandlung sei jedoch nicht eine relativ leichte und einfache Sache, sondern müsse, wie jede andere wissenschaftliche Behandlungsmethode, sorgfältig studirt und praktisch eingeübt werden. Nachtheilige Wirkungen der Tuberkulinbehandlung hat Redner bei richtiger Anwendung niemals beobachtet.

Dr. de la Camp-Hamburg theilte die **Resultate der Lungentuberkulosebehandlung im neuen Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf auf Grund rationeller statistischer Verwerthung der Gewichtsverhältnisse** mit, bei der jedoch nur das Material vom 15. Lebensjahre an berücksichtigt war.

Dr. Seifert-Berlin sprach über **operative Behandlung der Lungenschwindsucht** und betonte dabei, dass nicht blos Leichtkranke, sondern auch Schwerkranke der Aufnahme in besonderen Anstalten bedürfen und zwar umsomehr, als sie gerade für Familie und Umgebung eine stete Gefahr der Infektion in Folge der hochgradigen Zerstörung ihrer Lunge und der Masse ihres Auswurfes bilden. Da bei solchen Kranken unter Umständen operative Eingriffe nöthig werden, müsse bei Lungenheilstätten auch auf die Einrichtung von Operationsräumen Bezug genommen werden.

Zum Schluss machte Privatdozent Dr. Egger-Basel einige **Bemerkungen zur Behandlung Lungenschwindsüchtiger im Hochgebirge.** Der Satz, dass ein praktischer Heilerfolg nur in dem Klima zu erreichen sei, in welchem der Kranke später leben soll, weil sonst bei der Rückkehr die vielleicht erreichten Vortheile schnell wieder verloren gehen, gelte in keiner Weise für das Hochgebirge. Das Verhalten des Körpergewichtes und der Blutbeschaffenheit bei den aus der Heilstätte in Davos Entlassenen und nach Basel Zurückgekehrten spreche absolut gegen diese Bestimmung, desgleichen beweisen tausendfache Erfahrungen die grosse Ueberlegenheit der Kuren im Hochgebirge über alle Methoden im Unterlande. Im Hochgebirge könne bei relativ schwer erkrankten Schwindsüchtigen, die jeden Versuch, in das Tiefland zurückzukehren, mit einer Zunahme ihres Leidens büssen müssen, ein Stillstand der Erkrankung eintreten, so dass sie wie Gesunde leben können. Man müsse deshalb über Mittel und Wege berathen, wie Unbemittelte auf längere Zeit im Hochgebirge untergebracht werden können; vielleicht lasse es sich durch Anlegung von

Kolonien und durch Beschäftigung der Kranken erreichen, um diesen so Gelegenheit zu bieten, einen Theil ihres Lebensunterhaltes zu verdienen.

Nach Schluss der Sitzungen fanden nach Wahl Besichtigungen der Lungenheilstätten am Grabowsee und Belzig, sowie der städtischen Heimstätten in Blankenfelde und Malchow unter sachverständiger Führung und unter grosser Betheiligung der Kongressmitglieder statt.

Vierter Verhandlungstag: Sonnabend, den 27. Mai d. J.

V. Abtheilung: Heilstättenwesen.

Vor Beginn der Verhandlungen wurde auf Antrag des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Liebreich unter allgemeiner Zustimmung beschlossen, dem verstorbenen Begründer der Heilstättenbewegung, Dr. Brehmer, ein Denkmal zu setzen.

Die Verhandlungen fanden unter dem Vorsitz des Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Gaebel statt, der die namentlich von Nichtärzten (Vertreter der Arbeitsgeber und Arbeitsnehmer) stark besuchte Sitzung mit dem Hinweis auf die praktische Wichtigkeit des zur Verhandlung stehenden Gegenstandes eröffnete. In einem einleitenden Vortrage gab, mit lebhaftem Beifall begrüsst, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Leyden-Berlin einen kurzen Ueberblick über die Entwickelung der Heilstättenbestrebungen, insbesondere in Deutschland. Wenn auch manche andere Punkte, vor Allem die Prophylaxe, im Kampfe gegen die Tuberkulose von Bedeutung seien, so bleibe doch dem Heilstättenwesen die Hauptaufgabe überlassen. Hier müssen sich die verschiedenen Interessenkreisen zu humanem Wirken vereinigen. Die Tuberkulose-Bekämpfung sei eine Frage der allgemeinen Kultur, die nur mit Hülfe weitester Volkskreise gelöst werden könne; durch die Verhandlungen des Kongresses werde hoffentlich diese Mitwirkung gewonnen werden. Die Heilstättenbestrebungen haben in Deutschland in den letzten Jahren eine lebhafte Entwickelung gefunden. Auch in anderen Ländern, wie England, Oesterreich, Frankreich, Russland, Amerika, Spanien, in der Schweiz und Schweden sei viel auf diesem Gebiet geschehen, wie Redner im Einzelnen ausführt. Mit Freude sei festzustellen, dass die erste Anregung von Aerzten ausgegangen ist. Vogt-Bern habe 1880 die ersten Vorschläge gemacht. Goldschmidt-Reichenhall und vor Allem Dettweiler haben in Wort und That für diese Ideen gekämpft. v. Leyden selbst hat 1888 in Berlin das Thema behandelt. Die Entdeckung des Tuberkulins im Jahre 1890 habe dann eine kurze Unterbrechung der Bestrebungen bedingt, aber schon im Jahre 1891 seien sie wieder lebhaft aufgenommen. In demselben Jahre (1892), in dem die Dettweiler-Volksheilstätte in Falkenstein eröffnet sei, habe der Direktor Gebhardt-Lübeck vorgeschlagen, den §. 12 des Invaliden-Versicherungsgesetzes für die Heilstättenbewegung nutzbar zu machen, und das Reichs-Versicherungsamt diesen Vorschlag aufgenommen. Die erste selbstständige Heilstätte der hanseatischen Versicherungsanstalt sei im Jahre 1897 in Andreasberg im Harz errichtet. Weitere Anregung für die Bewegung habe des Redners Vortrag auf dem Kongress in Budapest im Jahre 1894 gegeben und zur Bildung verschiedener Heilstättenvereine, sowie schliesslich zur Bildung des Zentral-Komitees für die Errichtung von Lungenheilstätten geführt, das in fruchtbarster Weise zur Zentralisirung und Zusammenfassung der ausgebreiteten Bestrebungen beigetragen habe. 33 Volksheilstätten seien jetzt in Deutschland theils im Betriebe, theils in der Errichtung begriffen, und das Interesse für die Bestrebungen in den breitesten Volksschichten wachgerufen. Neben der Heilstättenfrage trete weiter die Sorge für die Angehörigen der Kranken und für Arbeitsbeschaffung für die aus der Anstalt Entlassenen. (Lebhafter Beifall.)

Landesrath Meyer-Berlin sprach hierauf über finanzielle und rechtliche Träger der Heilstättenunternehmungen. Nachdem die medizinische Wissenschaft in der hygienisch-diätetischen Behandlung der Erkrankten in besonderen Heilstätten ein werthvolles, wirksames Heilmittel gegen die Tuberkulose gefunden habe, sei die Gründung einer erforderlichen Anzahl von Heilstätten eine unabwendbare Nothwendigkeit. Bei der grossen Verbreitung der Tuberkulose sei aber das Bedürfniss nach Lungenheilstätten ein so grosses, dass es nicht durch das aufopferungsvolle Bemühen Einzelner und der Liebesthätigkeit freier Vereinigungen, sondern nur unter finanzieller Unterstützung der

staatlichen und behördlichen krankenfürsorgepflichtigen Organe unter gleichzeitiger Benutzung der sozialen Organisationen erfüllt werden könne. Es bestehe zur Zeit für Niemanden, insbesondere auch für keinen der kommunalen Verbände und keine der sozialpolitischen Körperschaften eine gesetzliche Verpflichtung, die erforderlichen Anstalten in's Leben zu rufen; alle darauf abzielenden Vorschläge seien bisher vom Reichstag abgelehnt, es sei auch fraglich, ob sich eine reichs- oder landesgesetzliche Regelung der Heilstättenfrage empfehle. Eine solche sei ausserdem gar nicht nöthig, da die erforderlichen und bereiten Träger und Kräfte latent bereits vorhanden seien und es nur ihrer Organisation und zweckmässigen Nutzbarmachung bedürfe. Neben aller Humanität und Nächstenliebe sei und bleibe der mächtigste Hebel, die stärkste Triebfeder für Einrichtungen aller Art: das gesunde, berechtigte Interesse. Nur das allein biete zugleich die Gewähr der zweckmässigen Durchführung, sowie die Beständigkeit und Dauer des Geschaffenen. Ein besonders wesentliches Interesse daran, ihren Kranken Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu verschaffen, haben aber nicht nur die Arbeitgeber, die sich geschickte und tüchtige Arbeitskräfte zu sichern und zu erhalten suchen, sondern auch die Krankenkassen, um sich von den grossen, durch wiederholtes und langdauerndes Kranksein ihrer Mitglieder entstehenden Kosten zu entlasten, sowie die Invaliditäts- und Alters-Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften, die darauf bedacht sein müssen, dass die Krankheit nicht zu dauernder Erwerbsunfähigkeit und damit zur Rentenzahlung führt, oder dass diese Folge doch soweit als möglich hinausgeschoben wird. Auch die kommunalen Korporationen haben ein eigenstes, in Geldeswerth ausdrückbares Interesse, durch rechtzeitige geeignete Behandlung den Erkrankten die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder sie ihnen wiederzugeben; dasselbe gelte vom Staat mit Rücksicht auf die Schonung und Erhaltung der Volksgesundheit, sowie der damit eng zusammenhängenden Mehrung der Volkswehrkraft und des Volkswohlstandes. Wenn der Staat auch nicht selbst den Bau von Heilstätten in die Hand nehmen könne, so sei er doch in der Lage, die Bestrebungen durch Gewährung von Vergünstigungen, z. B. Fahrpreisermässigungen für Eisenbahnfahrt der Kranken zu und von den Heilstätten u. s. w., wirksam zu fördern. Neben diesen vorgenannten wichtigen Faktoren bleibe jedoch die ergänzende Thätigkeit gemeinnütziger Vereine unentbehrlich, die sich namentlich auf die Einrichtung von Freibetten, auf die Fürsorge für die Familie u. s. w. erstrecken müsse. Alle diese Massnahmen können aber nur dann zum Ziele führen, wenn sie gemeinsam wirken; nur dadurch sei eine gleichmässige und richtige Vertheilung der Kräfte möglich, sowie eine unnütze Verwendung und Vergeudung der Mittel zu vermeiden. Auf der ganzen Linie müsse der Kampf und zwar möglichst gleichzeitig aufgenommen werden. Welche der verschiedenen, zur Mitarbeit berufenen Stellen die Errichtung der Heilstätten unternehmen soll, sei nur eine Frage der grösseren Initiative und bleibe abhängig von den besonderen Verhältnissen des Einzelfalles. Jedenfalls werde ohne die Mitwirkung der Selbstverwaltungskörper der obligatorischen deutschen Arbeiterversicherung (Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen) die finanzielle Sicherung der Heilstätten-Unternehmungen in Bezug auf Herstellung und Betrieb nicht zu erzielen sein. Das Ziel müsse die Errichtung von mindestens je eine den Bedürfnissen entsprechend ausreichend grosse Heilstätte für Männer und Frauen in jedem grösseren Kommunalbezirke (in Preussen: in jeder Provinz) sein. (Lebhafter Beifall.)

Der folgende Redner, Dr. R. Friedeberg, Vertrauensarzt der Zentralkommission der Krankenkassen Berlins, erörterte die **Mitwirkung der Krankenkassen und Krankenkassenärzte bei der Heilstättenfürsorge.** Die bisherigen Verhandlungen haben erwiesen, dass die Tuberkulose heilbar sei und dass auf ihre Entstehung soziale und wirthschaftliche Verhältnisse, sowie die Berufsthätigkeit den allergrössten Einfluss haben. Die Arbeiter glauben zwar, dass ohne Koalitionsfreiheit eine Ueberwindung der Tuberkulosegefahr unmöglich sei; nichtsdestoweniger erkennen sie an, was die Regierung wie auch das Zentral-Komitee des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose geleistet habe, und die zahlreiche Betheiligung der Arbeiterkreise an dem Kongress beweise, dass die Arbeiter freudig mitarbeiten wollen. Die Krankenkassen haben an der Heilstättenfürsorge das allergrösste Interesse, weil gerade unter ihren Mitgliedern die Krankheit hochgradigere Verheerungen wie in den anderen Schichten

der Bevölkerung anrichte. Fast die Hälfte aller Todesfälle der Industriearbeiterschaft werde durch Schwindsucht verursacht. Ebenso der überwiegende Theil der Invaliditätsfälle. Die Krankenkassen seien allein finanziell zu schwach, um eine rationelle, wesentlich auf der Heilstättenbehandlung basirende Schwindsuchtsbekämpfung durchzuführen; hierzu sei vielmehr die Mitwirkung der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten erforderlich, die mit ihren reicheren Mitteln durch Verallgemeinerung des vorbeugenden Heilverfahrens der Volksgesundheit und Volkskraft unschätzbare Dienste leisten könnten. Sie müssen aber statt der ihnen gegenwärtig zustehenden Befugniss, ein Heilverfahren vor oder nach Ablauf der Verpflichtungen der Krankenkasse einzuleiten, gesetzlich dazu verpflichtet werden, auf Antrag eines Kassenarztes und nach erfolgter Begutachtung des Falles durch den eigenen Vertrauensarzt die Krankenfürsorge im unmittelbaren Anschluss an die gesetzliche Mindestleistung der Krankenkassen zu übernehmen. Die Krankenversicherung dürfe ferner durch das Eingreifen der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten in keiner Weise berührt werden. Es sei daher wünschenswerth, dass die letzteren ohne Einforderung der Krankenkassenbezüge die gesammten Kosten des Heilverfahrens einschliesslich der nach Aufhören der Krankenversicherung in Höhe des bisherigen Krankengeldes zu zahlenden Familienunterstützung selbst übernehmen, während die Krankenkassen die ganzen ihnen statutarisch obliegenden Leistungen, so lange der im Heilverfahren Befindliche der Kasse zugehöre, diesem und seiner Familie zukommen lassen. Eine absolut nothwendige Voraussetzung für ein gedeihliches Heilverfahren sei die sofortige Ueberführung des dazu als geeignet Bestimmten in eine Heilstätte. Durch das oft monatelange Warten werde der Seelenzustand des Erkrankten in ungünstigster Weise beeinflusst; wirthschaftlicher Ruin sei die Folge der langen Erwerbslosigkeit und des meistentheils inzwischen eintretenden Ablaufs der Krankenversicherung. Deshalb müsse für eine Vermehrung der Heilstätten in ausgiebigster Weise gesorgt werden. Bei der Heilstättenfürsorge sei die verständnissvolle Mitwirkung der Krankenkassenärzte unentbehrlich, welche die geeigneten Fälle der Heilstättenbehandlung rechtzeitig zuzuführen haben. Dabei dürfe der Begriff der „Erwerbsunfähigkeit" nicht so ausgelegt werden, dass darunter lediglich die physische Unmöglichkeit zur Weiterarbeit oder ein der Gesundheit des Erkrankten unmittelbar drohender wesentlicher Nachtheil zu verstehen sei, es müsse vielmehr der Fall der Heilstättenfürsorge auch dann als vorliegend anerkannt werden, wenn von dem Weiterarbeiten Beeinträchtigung oder Verlust der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit zu befürchten sei, dem eben durch die rechtzeitige Einleitung des Heilverfahrens vorgebeugt werden solle. Einen wichtigen Faktor im Kampfe gegen die Schwindsucht bilde endlich die Aufklärung der Bevölkerung und die Erziehung derselben zu hygienischer Denkweise und gesundheitsgemässer Lebensführung. Zu diesem Zwecke empfehlen sich: Vorträge der Krankenkassenärzte in Krankenkassenversammlungen — in Berlin haben sich dazu schon über 100 Krankenkassenärzte bereit erklärt —, Vorträge über hygienische Themata in den Heilstätten durch die Heilstättenärzte, die Verbreitung aufklärender Schriften unter den Versicherten durch die Krankenkassen, sowie die Anbringung von Plakaten mit leicht verständlichen hygienischen Vorschriften in Fabriken und grösseren Gewerbebetrieben und Ueberwachung dieser Massnahmen durch die Gewerbeinspektionen; alljährliche obligatorische Untersuchung der Krankenkassenmitglieder, Herausziehung der für ein Heilverfahren Geeigneten, eventuelle Veranlassung zum Berufswechsel, namentlich bei Jugendlichen; Ermöglichung unentgeltlicher Sputumuntersuchungen in Staatsinstituten, Universitätslaboratorien, Krankenhäusern etc. nach dem Beispiel des Königlich Preussischen Ministeriums für Medizinalangelegenheiten.

Wenn so Alles von Seiten der Krankenkassen wie auch aller anderen Betheiligten zum Kampfe geschehe, so sei zu hoffen, dass schon am Ende des Jahrhunderts der Samen gelegt würde, dessen Früchte in der Bekämpfung dieser mörderischen Krankheit das nächste Säculum pflücken werde. (Lebhafter Beifall.)

Bauliche Herstellung von Heilstätten lautete das von dem nächsten Referenten, Baurath Schmieden-Berlin, behandelte Thema. In Anlage und Betrieb einer Volksheilstätte für Lungenkranke ist bei möglichster Einfachheit und Sparsamkeit allen hygienischen Anforderungen der Neuzeit, darunter auch

einem für das Heilverfahren unerlässlichen Krankenkomfort Rechnung zu tragen. Für die beiden Geschlechter sind grundsätzlich von einander getrennte Anstalten herzustellen. Der auszuwählende Bauplatz muss gegen herrschende Winde, namentlich Nord- und Ostwinde geschützt und möglichst langer ausgiebiger Besonnung ausgesetzt sein. In nächster Nähe ist reichliche, nicht zu dichte Waldung, am besten ein gemischter hoher Bestand mit vielem Nadelholz dringend erwünscht. Benachbarte industrielle Unternehmungen sind zu vermeiden, Gegenden mit andauerndem Nebel ungeeignet. Auf leichte Zugänglichkeit mittelst Eisenbahn und Landstrasse ist Werth zu legen, doch die allzugrosse Nähe von Ortschaften, namentlich aber von Wirthshäusern, zu vermeiden. Reichliches und gutes Trink- und Gebrauchswasser sowie die Möglichkeit einer bequemen und einwandfreien Beseitigung der Abfallstoffe sind unerlässliche Vorbedingungen bei der Auswahl der Baustelle. Bei der Gesammtanlage ist auf Erweiterungsfähigkeit der Anstalt Bedacht zu nehmen. Mehr als zwei Geschosse über dem Erdgeschoss sind unzulässig. Auch bei kleineren Anlagen sollte mindestens ein Arzt in der Anstalt selbst wohnen. Vom Bureau und den Wohnungen der Aerzte, der Schwestern und des Aufsichtspersonals sollte die Anstalt thunlichst vollkommen übersehen werden können. — Die Kochküche darf nicht in das zur Unterkunft der Pfleglinge bestimmte Gebäude selbst, sondern höchstens in einen Anbau desselben gelegt werden. Die Räumlichkeiten für den Wäschereibetrieb sind dagegen stets in einem abseits gelegenen Gebäude unterzubringen und ebenso Familienwohnungen Angestellter von den Räumlichkeiten der Pfleglinge vollständig zu trennen.

Die Heilstätten sind für mindestens 80, und höchstens 200 Betten einzurichten; da sonst die Rentabilität bezw. die Uebersichtlichkeit leidet.

Die Räume für den Aufenthalt der Pfleglinge müssen auf die Sonnenseite gelegt und die Schlafräume lediglich als solche und nicht zugleich als Wohnräume eingerichtet werden. Auf 1 Bett sind mindestens 30 cbm Luftraum zu rechnen und für 10 Prozent der Pfleglinge Einzelzimmer vorzusehen. Bei höherer Belegung der Schlafräume als mit vier Betten ist eine kojenartige Theilung durch niedrige Zwischenwände anzuordnen; zwischen je zwei Betten ist ein Zwischenraum von 1 m zu lassen, mehr als 6 Kranke sollen in einem Zimmer nicht untergebracht werden. Die Liegehallen sollen mit beiden Langseiten freistehen, in Holz konstruirt sein und Fenster an der Rückseite haben. Für die Bäder müssen durchaus trockene und angemessen temperirte Räume geschaffen werden; ausserdem sind ein Untersuchungszimmer, ein Laboratorium und einige Räume für sonstige Spezialbehandlung vorzuschen.

Wände, Decken und Fussböden sind thunlichst undurchlässig und leicht abwaschbar herzustellen. Zentralheizung ohne Staubentwickelung, elektrische Beleuchtung, zweckmässige Vertheilung von Zapfstellen für gutes Trinkwasser, möglichst sofortige Unschädlichmachung der Sputa und der sonstigen Abgänge sind dringendes Bedürfniss. Alle Wäsche ist, bevor sie in die Waschküche gelangt, auszukochen bezw. zu sterilisiren.

Die Kosten berechnete der Vortragende auf 3—4000 Mark pro Bett; soll aber allen den von ihm gestellten Anforderungen genügt werden, dann wird dieser Betrag voraussichtlich nur dann ausreichen, wenn der Grund und Boden sehr billig ist.

Der folgende Redner, Stabsarzt Dr. Schulzen-Berlin schloss sich in seinem Vortrage über **Einrichtung und Betrieb von Heilstätten und Heilerfolge** in Bezug auf die Einrichtung der Heilstätten im Grossen und Ganzen den Forderungen des Vorredners an. Er empfiehlt das getrennte Pavillonsystem, und zur Erweiterung einer Heilstätte für die Sommermonate transportable Docker'sche Baracken. Bett- und Badewäsche ist seitens der Anstalt zu stellen, die zwangsweise Einführung einer gleichen Anstaltskleidung dagegen nicht empfehlenswerth. Die Beköstigung der Kranken hat gemeinsam stattzufinden unter dauernder Aufsicht des Pflegepersonals. Als Verabreichungsart ist im Interesse der Kranken die nicht portionsweise Verabreichung vorzuziehen. Die Volksheilstätten sind nicht nur in ärztlicher Hinsicht, sondern auch in jeder anderen Richtung dem leitenden Arzte allein zu unterstellen. Der leitende Arzt bedarf daher einer gründlichen klinischen Ausbildung, praktischer Erfahrung im Verwaltungsdienst und eingehender Kenntniss der sozialen Gesetzgebung. Die Aerzte, vor Allem der leitende Arzt müssen in der Anstalt wohnen.

Der Krankenpflegedienst wird zweckmässig durch Schwestern wahrgenommen, welche gebildeten Kreisen entstammen; 3—4 Schwestern genügen für 150 Kranke. Männliches Pflegepersonal eignet sich aus verschiedenen Gründen nicht. Die Gesammtkosten eines Heilstättenbetriebes, bei durchschnittlicher Belegung von 110 Betten, beziffert der Vortragende auf einen Tagesatz von 3 Mark pro Kopf. Inwieweit die Selbstübernahme landwirthschaftlichen Betriebes, insbesondere der Milchwirthschaft, eine Kostenminderung mit sich bringt, hängt von den örtlichen Verhältnissen ab. Was die Heilerfolge anbetrifft, so ist nur der Dauererfolg für die Beurtheilung massgebend; die Heilungen der Tuberkulose im strengen pathologisch-anatomischen Sinne kommen hier nicht in Betracht. Die bisherigen Ergebnisse der Volksheilstättenbehandlung gestatten vorläufig noch kein abschliessendes Urtheil, gewähren jedoch schon jetzt die Aussicht, dass die Volksheilstätten im Kampfe gegen die Tuberkulose eine gute Waffe bilden werden. Einen zahlenmässigen Ausdruck für die Heilerfolge der Heilstättenbehandlung giebt die vom Reichs-Versicherungsamt aufgestellte Statistik für die Jahre 1897 und 1898 an die Hand. Indessen ist diese doch zur Beurtheilung der Sache noch nicht ausreichend. — Die bisher feststellbaren Heilerfolge müssen an sich als günstig betrachtet werden, sind aber noch erheblich besserungsfähig durch sorgfältigere Auswahl der aufzunehmenden Kranken, ferner durch eine Verlängerung der Kurdauer und endlich durch Schaffung von Uebergangs-Anstalten, in welchen entlassene Kranke noch längere Zeit unter günstigen Ernährungsverhältnissen gesundheitsmässige Arbeit verrichten können. Um eine allen Anforderungen entsprechende Statistik zu gewinnen, müssten sämmtliche Volksheilstätten verpflichtet werden, ihre Behandlungsergebnisse sowohl bei der Entlassung, als auch alljährlich nach der Entlassung nach einheitlichen Gesichtspunkten aufzustellen. Die Ergebnisse jeder einzelnen Anstalt sind alljährlich nach dem festgestellten Muster an eine Zentralstelle zur Anfertigung eines Sammelberichts zu senden, in Deutschland am besten an das deutsche Zentral-Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke.

Hierauf sprach Stabsarzt Dr. Pannwitz, sehr beifällig begrüsst, über die **Fürsorge für die Familien der Kranken und die aus Heilstätten Entlassenen.** Von Dr. Friedeberg sei bereits anschaulich geschildert, wie schwer sich ein Familienvater zum Eintritt in die Heilstätten entschliesse, wenn für die Seinen nicht gesorgt sei. Auch das Ergebniss der Kur hänge wesentlich davon ab, ob er dieser Sorge enthoben sei; denn nicht nur Arznei und Luft, sondern auch psychische Einwirkungen seien dafür von wesentlicher Bedeutung. Es sei daher eine ergänzende Fürsorge für die Angehörigen der Heilstättenpfleglinge anzustreben und andererseits auch dem Kranken die Furcht zu benehmen, dass er nach der Entlassung aus den Heilstätten nicht wieder Arbeit finden werde. Betreffs des letzteren Punktes müsse darauf gerechnet werden, dass die Arbeitgeber, wie dies viele schon in entgegenkommenster Weise dem Zentral-Komitee in Aussicht gestellt haben, den Erkrankten die Stellen offen halten und ihnen auch später die Arbeit erleichtern. Es könnte auch in der letzten Zeit des Heilstättenaufenthalts ein Berufswechsel angebahnt werden. Vor Allem müsse aber angestrebt werden, dass die Diagnose auf Heilstättenbedürftigkeit und Heilstättenfähigkeit so frühzeitig gestellt werde, dass nicht erst Mittel vor Einleitung des Heilverfahrens erfolglos verabreicht werden und insbesondere die Versicherungsanstalten möglichst frühzeitig die Kosten des Heilverfahrens übernehmen, damit die Mittel der Krankenkassenfürsorge für die Unterstützung der Angehörigen erhalten bleiben. Ein Theil der Fürsorge werde jedoch stets der Wohlfahrts- und Wohlthätigkeitspflege überlassen bleiben, aber auch diese ergänzende Fürsorge müsse der öffentlichen Thätigkeit angegliedert werden. In Deutschland seien die Vereine vom Rothen Kreuz in erster Linie berufen, diese ergänzende Fürsorge planmässig zu betreiben und namentlich betreffs der Sorge für die Familie ein geordnetes Ineinandergreifen behördlicher und gemeinnütziger Fürsorge zu organisiren. Der schwierigste Theil des Weges zur Bekämpfung der Krankheit, so etwa schloss der Redner, sei schon zurückgelegt; man habe die Höhe des Berges überschritten, und über des Berges Spitze erscheine die Kirche der zu erreichenden Ortschaft, auf deren Spitze das goldene Kreuz der Nächstenliebe blinke. (Lebhafter Beifall.)

Pause von ½1—2 Uhr.

In der nach der Pause eröffneten **Diskussion** sprach Herr Rufenacht-Walters-London über die **Sanatorien und die hygienisch-diätetische Behandlung der Lungentuberkulose in England.** Die sogenannte Freiluftkur und die hygienisch-diätetische Behandlung der Lungentuberkulose wären in England schon lange Zeit üblich. Die Lungentuberkulösen würden daselbst zum Theil in den allgemeinen, zum Theil in besonderen Krankenhäusern für chronische Kranke, zum Theil in den sogenannten Heimstätten für Brustkranke untergebracht. Die wirklichen Heilstätten für Lungenkranke seien dagegen in England erst in der Entstehung begriffen.

C. A. Halbach-Barmen erörterte die **Mitwirkung gemeinnütziger Vereine bei der Bekämpfung der Tuberkulose** und machte dabei recht lehrreiche Mittheilungen über den Umfang und Bestrebungen des Bergischen Vereins für Gemeinwohl mit Rücksicht auf die Art und die Beschaffung der erforderlichen Mittel u. s. w. Von einer Zentralstelle können unmöglich alle Aufgaben hinreichend gelöst werden; es empfehle sich deshalb eine zweckmässige Dezentralisation. Als solche kleineren Zentren könnten die gemeinnützigen Vereine dienen, die sich je nach Bedürfniss in einzelne Ortsgruppen gliedern müssten. Die Aufgaben, die sich derartige Vereine stellen könnten, beständen in der Errichtung von Volksheilstätten, Sicherung des Betriebes solcher Anstalten, Sorge für geeignete Auswahl von Kranken zur Aussendung in Heilstätten, Beschaffung der Kurkosten für unbemittelte, namentlich nicht versicherte Kranke, Familienfürsorge und Fürsorge beim etwaigen Berufswechsel der Kranken. Nur auf solchen Boden gestellt, sei die Mitwirkung der gemeinnützigen Vereine bei der Bekämpfung der Tuberkulose eine gründliche und allseitige, ganz abgesehen davon, dass sie gleichzeitig versöhnend wirken, indem sie Arbeitgeber und Arbeitnehmer menschlich näher bringen. Ausserdem werde die ganze Angelegenheit zu einer volksthümlichen.

Rechtsanwalt Dr. Mayer-Frankenthal, der die **Aufgaben der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten im Kampfe gegen die Tuberkulose, insbesondere ihre Stellung zu den Volksheilstätten** besprach, stellte sich hierbei auf den Standpunkt des Dr. Friedeberg und hielt eine innige Verbindung der Träger der drei Arbeiterversicherungsarten für nöthig; will aber den Krankenkassen das Recht auf Zurückweisung Tuberkulöser oder zu Tuberkulose Disponirter in gefährlichen Betrieben gewahrt wissen. Ferner müsste eine innigere Verbindung der Arbeiterversicherung mit den Instituten des Arbeitsnachweises eingerichtet werden. Zum Schluss betonte er, dass nach seiner Ansicht das Reich und die Einzelstaaten zu Zuschüssen in der Heilstätten-Fürsorge verpflichtet seien. Eine von ihm in dieser Hinsicht beantragte Resolution konnte aus Gründen der Geschäftsordnung nicht zur Abstimmung gebracht werden.

Dr. Sanchez-Rosal (Guatemala) berichtete in fliessendem Deutsch über **die Einrichtungen des National-Sanatoriums von Porta-Coeli für arme Tuberkulöse,** während Geh. Med.-Rath Prof. Ewald-Berlin die Bedeutung **der Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten** in prophylaktischer Hinsicht hervorhob und gleichzeitig die dort erzielten Erfolge mittheilte. Auf Grund 20jähriger Erfahrung sei der Schluss gerechtfertigt, dass in den Seehospizen nicht nur die wirksamste Prophylaxe bei den zur Tuberkulose disponirten Kranken, sondern auch Heilung bei beginnender Tuberkulose erreicht werden könne; eine Vermehrung dieser Anstalten sei daher dringend erwünscht. Im Anschluss hieran schilderte Dr. Salomon-Berlin die innere Organisation und den Betrieb der von dem Vorredner erwähnten Hospize; bislang sind derartige Anstalten in Norderney, Wyck auf Föhr, Zoppot und Neufähr errichtet.

Prof. Dr. Baginski-Berlin betonte, dass die **Errichtung besonderer Kinderheilstätten** nöthig sei mit Rücksicht auf die physiologische Eigenart des kindlichen Organismus und die besondere Empfänglichkeit desselben für die tuberkulöse Infektion. Da bei der Tuberkulose der Kinder die Kontaktinfektion eine ebenso grosse Rolle als die Inhalationsinfektion spiele, so müsse in solchen Anstalten die Reinhaltung der Kinder und ihrer Umgebung besondere Sorgfalt gewidmet werden; ausserdem sei für einen gesundheitlich gestalteten Schulunterricht Sorge zu tragen, weil die Kinder bis zur vollen Wiederherstellung in der Anstalt verbleiben müssen und ihr Aufenthalt in dieser demgemäss längere Zeit dauere als bei Erwachsenen.

Dr. Weicker-Görbersdorf gab eine **kurze Statistik über das Schicksal der seit 1894 aus seinem Volkssanatorium „Krankenheim" entlassenen Tuberkulösen** und verlangte eine einheitliche nach wirthschaftlichen Gesichtspunkten bearbeitete Statistik, namentlich über die Dauer der Heilerfolge auf Grund von über das Befinden der Entlassenen einzuziehenden Erkundigungen. Eine von ihm selbst in dieser Weise über die aus seiner Anstalt entlassenen Kranken durchgeführte Statistik ergab einen von Jahr zu Jahr zunehmenden Prozentsatz der Dauererfolge. Am besten werde die Statistik vom Reichsversicherungsamt in der Hand genommen. Schliesslich warnt Redner vor der Aufnahme ungeeigneter Fälle, weil sonst die Anstalt leicht gänzlich diskreditirt würde. Im Anschluss hieran besprach Dr. Predöhl-Hamburg die **leitenden Gesichtspunkte bei der Auswahl und Nachbesichtigung der in Heilstätten behandelten Lungenkranken im Bezirke der Hanseatischen Versicherungsanstalt.** Die Auswahl geschieht am zweckmässigsten durch bestimmte Vertrauensärzte; bei der Entscheidung sind vor Allem die bisherige Dauer der Erkrankung, der augenblickliche Befund der Athmungsorgane und das Allgemeinbefinden massgebend; hier ist namentlich zu berücksichtigen, ob Fieber und Blutung besteht. Fälle beginnender Erkrankung sind die geeignetsten, jedoch giebt es noch darüber hinaus passende Fälle. Ungeeignet sind namentlich Komplikationen mit Kehlkopftuberkulose. Der spätere Verlauf des Kurerfolges wird von der Hanseatischen Versicherungsanstalt durch 5jährige Untersuchungen kontrolirt. Ein Unterschied in den Resultaten der Winter- und Sommerkur hat nicht festgestellt werden können.

Dr. F. Reiche-Hamburg theilte die **Kur- und Dauererfolge bei den von der Hanseatischen Versicherungsanstalten in Heilstätten untergebrachten Tuberkulösen** mit; die Erfolge sind recht günstig, von 1336 bis 1897 untergebrachten Kranken, waren Anfang 1899 noch 939 = 71,8% erwerbsfähig. Auffällig war, dass ein verhältnissmässig grosser Theil der Erkrankten von an Carcinom verstorbenen Eltern abstammten.

Prof. Dr. Brouardel-Paris sprach über die **Verhältnisse der Schwindsuchtsbehandlung in Paris.** Nur ein Drittel der Schwindsüchtigen, welche dort Aufnahme in den Spitälern verlangen, kann aufgenommen werden, während zwei Drittel mit weniger schweren Krankheitserscheinungen abwarten müssen, bis Plätze für sie frei werden. Für sehr nothwendig hält er es, Schwindsüchtige von anderen Kranken zu isoliren, um deren Infektion zu verhüten, andererseits bedürfen die ersteren auch einer ganz anderen Fürsorge in Bezug auf Luft, Ernährung u. s. w. wie die letzteren. Die Befürchtung, dass Phthisiker in besonders für sie bestimmte Anstalten nicht hineingehen würden, hält er für unbegründet; im Interesse der Schwindsüchtigen sowohl, wie der Gesunden sei aber die Errichtung zahlreicher derartiger Anstalten erforderlich, da jeder Tuberkulose eine Gefahr für die Allgemeinheit bilde. Zur Erreichung dieses Zieles bedürfe es allerdings einer mächtigen Organisation.

Dr. Cortezzo-Madrid empfahl die spanische Meeresküste als ganz besonders geeignet für die Errichtung von Sanatorien; Dr. E. Vollmer-Kreuznach machte Mittheilungen über die Kinderheilstätten in den deutschen Soolbädern, Dr. Vaughan-London über englische Sanatorien. — Dr. Hohe-München betonte, dass die Heilstättenbewegung auch zu Gunsten unseres Mittelstandes gepflegt werden müsse, der jetzt schutz- und hülflos sei. Er schliesst mit einem warmen Appell an den Kongress, für diese Idee zu wirken, indem er erwähnt, dass sich jetzt in München ein Verein zu diesem Zwecke gebildet habe, ein gleicher Verein bestehe auch in Wiesbaden. — San.-Rath Dr. Michaelis-Rehburg berichtete hierauf über die Leistungen der Bremer Heilstätte für unbemittelte Lungenkranke in Bad Rehburg, welche aus der Initiative eines Bremer Arztes hervorgegangen ist. Die Anstalt ist für 30 Betten eingerichtet. Die Kosten betragen nur 2,46 Mark pro Tag und Kopf, sind also verhältnissmässig gering und lassen derartige kleine Anstalten als recht empfehlenswerth erscheinen. — Moharrem-Bey (Kairo) ist der Ansicht, dass die Tuberkulose im Zunehmen begriffen ist. Er schlägt internationale Spitäler für Tuberkulöse vor und will sein ganzes Vermögen zu diesem Zwecke hergeben. — Es sprachen noch Dr. Breitung-Koburg und Dr. Mugdan-Berlin; letzterer hob hervor, dass der Kampf gegen die Tuberkulose hauptsächlich doch von den Aerzten zu führen sei, und dass diesen von den Kassenvorständen und den Re-

gierungen mehr als bisher Beistand gegen die Kurpfuscher gewährt werden müsste.

Es sollte noch eine Nachsitzung zur Erledigung der Diskussion über die Therapie der Tuberkulose abgehalten werden, mit Rücksicht auf die vorgerückte Zeit (5 Uhr Nachmittags) schloss aber der erste Vorsitzende, Herzog von Ratibor, den Kongress, indem er nochmals auf dessen Bedeutung hinwies und die Hoffnung aussprach, dass der Kampf gegen die Tuberkulose zum Segen führen möge. Er dankte hierauf allen denen, welche an dem Zustandekommen mitgearbeitet und den Kongress gefördert haben.

Prof. Dr. Brouardel-Paris sprach hierauf in warmen Worten den Dank der auswärtigen Delegirten für die freundliche Aufnahme in Berlin aus und rühmte die Hochherzigkeit Ihrer Majestät der Kaiserin sowie das Entgegenkommen der Reichsregierung, besonders auch die Gastlichkeit der Berliner städtischen Behörden. Redner gab ferner der Hoffnung Ausdruck, dass die hier geknüpfte Freundschaft fortdauern und im nächsten Jahre bei dem zugleich mit der Weltausstellung stattfindenden internationalen Aerztekongress in Paris neuen herzlichen Ausdruck finden möge. Er überreichte dem Präsidenten die Einladung zu diesem Kongress.

Mit einem begeisterten Hoch auf Se. Majestät den Kaiser und Ihre Majestät die Kaiserin schloss der Kongress, der seinen endgültigen Abschluss dann am Abend durch ein Festmahl im Saale des Zoologischen Gartens fand, dem etwa 500 Damen und Herren beiwohnten und das einen glänzenden Verlauf nahm.

Erwähnt zu werden verdient noch die während des Kongresses in der grossen Wandelhalle des Reichstagsgebäudes ausgestellte sehr lehrreiche **Sammlung von Zeichnungen** und anderen Darstellungen von den bisher in Deutschland erbauten und in der Herstellung begriffenen **Lungenheilstätten**, welche die Kongresstheilnehmer gewiss ebenso interessirt hat, wie die kurz vor dem Kongress eröffnete **Ausstellung für Krankenpflege** in der Philharmonie, die ein recht übersichtliches Bild über die Fortschritte bot, die gerade in dem letzten Jahrzehnt auf diesem Zweig humanitärer Thätigkeit gemacht sind.

Zum Schluss sei noch mitgetheilt, dass durch die Freigiebigkeit von zwei Mitgliedern des Ausschusses des Zentral-Komitees ein **Kongresspreis** für die beste populäre Schrift über die Tuberkulose als Volkskrankheit und deren Bekämpfung gestiftet ist. Die Arbeit muss 3—5 Druckbogen umfassen und bis zum 1. Dezember d. J. an Herrn Geh. Med.-Rath Professor Dr. B. Fränkel-Berlin W., Bellevuestrasse 4, mit einem Motto versehen, eingesandt werden. Der Preis beträgt 4000 Mark, die Preisrichter können jedoch 2 Preise zu 3000 und 1000 Mark oder zu je 2000 Mark festsetzen. Die preisgekrönten Arbeiten gehen in den Besitz des Deutschen Zentral-Komitees für Errichtung von Heilstätten über, das für deren Druck und billigste Verbreitung sorgen wird. Rpd.

Ausserordentliche Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamten-Vereins am Sonnabend, den 9. Juli 1898, Nachmittags 3 Uhr in Wismar, Hôtel „Stadt Hamburg“.[1])

Anwesend die Kreisphysiker Dr. Elfeldt-Gadebusch, Med.-Rath Dr. Havemann-Dobbertin, Ober-Med.-Rath Dr. Lesenberg-Rostock, Med.-Rath Dr. Mozer-Malchin, San.-Rath Dr. Reuter-Güstrow, San.-Rath Dr. Stephan-Dargun, San.-Rath Dr. Unruh-Wismar, Dr. Viereck-Ludwigslust und San.-Rath Dr. Wilhelmi-Schwerin.

Der neuernannte Kreisphysikus Dr. Elfeldt-Gadebusch ist dem Verein beigetreten, dagegen hat der Verein den Tod von zwei Mitgliedern, nämlich des San.-Rath Dr. Karsten-Waren und Med.-Rath Dr. Scheven-Malchin zu beklagen, von denen letzterer, seit einigen Jahren ausser Diensten, im September d. J. sein 50jähriges Doktor-Jubiläum gefeiert hätte. Der Vorsitzende, Dr. Lesenberg, widmet den Verstorbenen warme Worte des Nachrufs; durch Erheben von den Sitzen wird ihr Andenken von den Versammelten geehrt.

---

[1]) Verspätet eingegangen.

Die Rechnungslegung vom vorigen Vereinsjahr wird abermals wegen Behinderung des damaligen Schriftführers auf die nächste Versammlung verschoben.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden wird beschlossen, die diesjährige ordentliche Versammlung ausfallen zu lassen, dem bisherigen Vorstand wird die Amtsdauer auf ein zweites Jahr verlängert. Der Beitrag für 1898/99 wird auf 8 Mark festgesetzt.

Der Vorsitzende, Dr. Lesenberg, verliest ein Schreiben des Grossherzoglichen Medizinal-Kommissars zu Rostock, betr. **Signirung der Gifte in den Apotheken**; hiernach hat der Apotheker für entsprechend grosse vorschriftsmässige Standgefässe für Gifte zu sorgen, wenn er grössere Quantitäten von Giften bezieht.

Der Vorsitzende trägt ferner die zur Zeit geltenden Verfügungen betr. **Urlaubsbewilligungen** vor.

Dr. Havemann macht Mittheilung über die von Prof. Dr. Axenfeld in Rostock in einem an die Medizinalkommission erstatteten Gutachten über **Trachom** in Daschow entwickelten Anschauungen, die sich in folgender Weise zusammenfassen lasse:

1. Die Trachomkranken in Daschow haben geröthete, reichlich mit Körnern durchsetzte Schleimhaut, die erheblich absondert. Es handelt sich also um eine recht schlimme Form.
2. Es empfiehlt sich für die Zukunft, jeden Schnitter sofort bei seinem Zuzuge auf Trachom zu untersuchen.
3. Eine sorgfältige Trennung der Gesunden und Kranken und dann wieder der Kranken unter sich ist durchaus nothwendig. Diese Trennung wird sich auf Wohnung, Schlafgelass, Bett, Wasch- und Essgeschirr, Wäsche- und Arbeitsgeräth zu erstrecken haben.
4. Sorgfältige Schlusdesinfektion nach Abgang der Leute.
5. Für die schlimmeren Fälle erscheint Krankenhaus-Behandlung dringend geboten. Alle übrigen Fälle müssen in kurzen Zwischenräumen — spätestens jede Woche — ärztlich kontrolirt und mit Kupfer- oder Zinksulfat behandelt werden.
6. Eingreifendere, etwa operative Massnahmen, scheinen zur Zeit nicht geboten.

Dr. Viereck spricht über **Ausbildung, Prüfung, Ausrüstung und Revision ländlicher Trichinenschauer** in Verwerthung seiner Erfahrungen bei der Einführung der obligatorischen Trichinenschau im ganzen Dominialamte Neustadt im Herbst 1896. (Autoreferat.)

Bereits seit dem Jahre 1890 hatte die zwangsmässige Trichinenschau in 6 Gemeinden dieses Amtes bestanden; die Trichinenschauer waren von Anfang an der Aufsicht des Kreisphysikus unterstellt. Die regelmässig ausgeführten Revisionen hatten, abgesehen von kleinen Unregelmässigkeiten, günstige Resultate ergeben, nur eine Gemeinde machte nach Wegzug ihres Schauers energische Anstrengungen, die ihr lästig erscheinende Trichinenschau abzuschaffen und wurde schliesslich durch Geldstrafe vom Amte zur Ausführung des landesherrlich bestätigten Ortsstatuts gezwungen.

Als im Herbst 1896 nun die Trichinenschau im ganzen Amtsgebiet, das gegen 9600 Einwohner in 33 Ortschaften zählt, durch gemeinsames Amtsstatut eingeführt werden sollte, war Anfangs beabsichtigt, möglichst für jede Ortschaft einen Trichinenschauer zu bestellen. Weil aber nicht überall eine geeignete Person zu finden war, mussten schliesslich doch mehrere kleinere Gemeinden benachbarten grösseren angegliedert und für dieselben je ein „Probenehmer" angenommen werden. Es wurden im Ganzen 24 Schaubezirke gebildet und mussten daher 18 Trichinenschauer nebst 6 Probenehmer neu ausgebildet werden. Im Ortsstatut wurde auf Vorschlag des Vortragenden die frühere Vorschrift der Gemeindestatute, dass jedes trichinenfrei befundene Schwein abgestempelt werden solle, dahin abgeändert, dass die Abstempelung regelmässig nur bei den Schweinen der Schlächter und Fleischhändler, bei den von Privatleuten zum eigenen Gebrauch geschlachteten Thieren aber nur auf Antrag auszuführen sei. Es wurde hierdurch den Trichinenschauern ihr Amt erleichtert, da sie in der Regel nicht persönlich zum zweiten Male einen Gang zum Schlachthause zu machen haben, ausserdem war die zwangsmässige Abstempelung aller

Schweine den Leuten meist lästig gewesen und früher dort, wo sie eingeführt war, häufig umgangen worden.

Auch die Honorarfrage wurde durch Ortsstatut einheitlich geregelt, indem für Untersuchung jedes Schweines 50 Pf. ausgesetzt wurden; hiervon gehen, falls ein Probenehmer in Thätigkeit tritt, der gleichzeitig auf Finnen und sonstige krankhafte Veränderungen der geschlachteten Thiere zu achten hat, für diesen 20 Pf. ab.

Eine wichtige Aenderung wurde in den Vorschriften für die Trichinenschauer vorgenommen, nämlich auf Verschlag des Oberthierarztes Veterinärrathes Peters-Schwerin wurde den neuesten wissenschaftlichen Ergebnissen entsprechend angeordnet, dass an Stelle der bisher vorgeschriebenen 6 Proben fortab nur 4, nämlich aus Zwerchfell, Zwerchfellpfeilern, Zungen- und Kehlkopfmuskeln entnommen und anstatt bislang 30 jetzt nur 20 Präparate von jedem Schweine angefertigt werden sollen. Neu aufgenommen wurde ferner die Vorschrift, dass auf die Durchsicht dieser 20 Präparate mindestens 20 Minuten zu verwenden sind. Beide Veränderungen erscheinen recht wichtig, sie vereinfachen die Arbeit und bieten doch grössere Gewähr, dass auch vereinzelte Trichinen gefunden wrden. Wenn ein Schauer fortan jedes Präparat nicht mindestens eine Minute lang besieht, so arbeitet er flüchtig und weiss, dass er deswegen in Strafe genommen werden kann.

Bezüglich der Beschaffenheit des Mikroskopes wurde an Stelle der bei der Trichinenschau überflüssigen Mikrometerschraube, die bisher in Mecklenburg vorgeschrieben war, „Zahn und Trieb am Tubus" als zur bequemen Einstellung erforderlich, im neuen Amtsstatut verlangt. Da ganz einfache Mikroskope von genügeden Grössenverhältnissen, die nur die geforderte 30—100fache Vergrösserung durch 2 Okulare und 2 Objekten gewähren, im Handel nicht zu haben waren, so wurde das bekannte Trichinen-Mikroskop der Firma F. W Schiock-Berlin (Nr. Ic. mit festem Normalstativ A), das recht brauchbar ist, für alle Schauer angeschafft (Preis 52 M. nebst Nebenutensilien); letztere bestanden nur aus einer abgestumpften, auseinandernehmbaren Cooper'schen Scheere, einem in 20 Felder getheilten grossen rechteckigen Kompressorium, 8 grösseren geschliffenen und einigen kleineren Gläsern, 2 Trichinenpräparaten, Pinsel und Ledertuch.

Zum Auseinanderbreiten der Präparate wurden nur einfache Holzstäbchen benutzt. Das kleine Werk von Long „Die Trichine", das ausserdem den Mikroskopen noch beigeben war, wurde der Ausbildung und Prüfung thunlichst zu Grunde gelegt, doch auch Neuerforschtes mit berücksichtigt. Alle Schauer wurden beim Unterricht angewiesen, in der Regel 30fache Vergrösserung zu benutzen, stärkere nur im Zweifelfalle anzuwenden, da schon bei 50facher Vergrösserung das Durchmustern sehr zeitraubend ist und hierbei deshalb leichter einzelne Trichinen übersehen werden können. Vortragender würde sogar vorziehen, für gewöhnlich bei 15—20facher Linearvergrösserung zu untersuchen, doch verlangt die geltende Vorschrift bei den Trichinenmikroskopen eine 30—100 fache Vergrösserung.

Da aus äusseren Gründen, namentlich der Kosten halber die Ausbildung abgekürzt werden musste, so wurden die auszubildenden Schauer wenigstens veranlasst, sich vorher den Betrieb bereits thätiger Trichinenschauer anzusehen und das kleine Buch von Long durchzustudiren. Dann wurden sie meist zu zweien 3 Tage lang im Ludwigsluster Schlachthofe vom Schlachtinspektor und den unter ihm arbeitenden Trichinenschauern praktisch ausgebildet und theoretisch unterrichtet, da Vortragender eine derartige Unterweisung im Betriebe des Schlachthofes für nothwendig ansah. Bei der Prüfung, die am Abend des dritten und Morgen des vierten Tages abgehalten wurde, konnte dann dem Bildungsstande der meisten Prüflinge entsprechend, im theoretischen Abschnitte nur das Nothwendigste über den Entwickelungsgang der Trichinen und die Erscheinungen der Trichinose vorausgesetzt werden; es wurde aber dafür bei der praktischen Uebung verlangt, dass die Leute in den von ihnen selbst nach Vorschrift angefertigten Präparaten jede deutliche Trichine mit Sicherheit erkannten und fanden. Bei der Durchsicht der Präparate wurde ferner von den Prüflingen erforscht, ob sie die Bestandtheile des Fleisches und dessen gewöhnlichste Veränderungen und Verunreinigungen kannten und dann festgestellt, ob sie ihr Mikroskop in den verschiedenen Vergrösserungen gewandt und sicher

zu benutzen gelernt hatten. Bei erheblichen Mängeln in einzelnen Prüfungsabschnitten wurde nachunterrichtet, auch weiteres Studium verlangt und nach 8—14 Tagen die Prüfung wiederholt, wobei dann alle ausreichende Fähigkeiten und Kenntnisse zeigten. So konnten in der Zeit vom 15. November bis Weihnachten alle 18 Schauer ausgebildet und geprüft werden.

Von den jetzt vorhandenen 24 Trichinenschauern des Amtes Neustadt sind in ihrem Hauptberufe 2 Lehrer, 6 Handwerker, 4 Gastwirthe und Krämer, 3 Erbpächter, 6 Büdner, 2 Häusler und Arbeiter, 1 Altentheiler. Die neuerdings Ausgebildeten stehen im Alter von 29—46 Jahren. Vorwiegend die Dorfschullehrer zu diesem Posten heranzuziehen, bestand beim Amte keine Neigung. Vortragender hält im Allgemeinen Handwerker (Tischler, Stellmacher, Maurer), die zum Theil etwas gebildeter sind und im Winter genügend Zeit zu solchen Nebengeschäften haben, für die geeignetsten ländlichen Trichinenschauer, während die Erbpächter und Büdner meist durch ihren landwirthschaftlichen Betrieb auch in der kälteren Jahreszeit zu sehr in Anspruch genommen sind und deswegen bei der Trichinenschau zu leicht lässig werden.

Auch die Probenehmer werden einen Tag lang im Schlachthofe unterwiesen (bezüglich vorschriftsmässiger Entnahme der Proben und Erkennen der Finnen) und dann nach beigebrachter Bescheinigung des Thierarztes hierüber durch Handschlag in Pflicht genommen.

Da Referent Anfangs kein frisches Trichinenfleisch erhalten konnte, so musste die Ausbildung zum Theil mit Spiritusfleisch vorgenommen werden, das trocken fein zerzupft und dann vorsichtig aufgehellt wurde. Später wurde aber Allen Gelegenheit zur Untersuchung frischen trichinenhaltigen Fleisches gegeben. Als Konservirungsmethode für das Fleisch bewährte sich am besten das Einlegen in Kochsalz (Einpökeln). Gut auseinander gebreitet und mit einem Tröpfchen Wasser aufgehellt lässt auch längere Zeit so aufbewahrtes Fleisch die Trichinen noch gut erkennen.

Um zu prüfen, ob die kurze Lernzeit genügt hatte, die Trichinenschauer zum selbstständigen Arbeiten zu befähigen, und ob die erworbenen Kenntnisse auch festhaften würden, nahm Vortragender bereits im Winter 1897/98 Gelegenheit, die meisten Trichinenschauer in ihrem Wohnorte unvermuthet zu revidiren und zwar meist 2—3 in nahe gelegenen Dörfern auf einer Reise. Die Mikroskope wurden sämmtlich in tadellosem Zustande angetroffen, alle Schauer waren auch im Stande in mitgebrachten oder von ihnen schnell angefertigten Präparaten Trichinen mit Sicherheit wie bei der Prüfung zu erkennen. In der Theorie hatten Einzelne manches wieder vergessen; auch fiel auf, dass eine Anzahl von ihnen mit der Einstellung der stärkeren Vergrösserungen nicht mehr fertig werden konnte; dieselben hatten augenscheinlich ihre 50—100fache Vergrösserung nie weder zur Kontrole noch der Uebung halber benutzt. Referent hält es für dringend erforderlich, dass die Kenntnisse der ländlichen Trichinenschauer öfters wieder aufgefrischt werden und dass die vorgeschriebenen Revisionen seitens des Kreisphysikus, die alle 2 Jahre vorgenommen werden sollen, in möglichst ausgedehntem Umfange mit theoretischer und praktischer Nachprüfung und Belehrung verbunden werden. Diese Revisionen müssen aber thunlichst in der kälteren Jahreszeit ausgeführt werden, da auf dem Lande in den meisten Dörfern während des Sommers oft lange Zeit hindurch kein Schwein geschlachtet wird und der Betrieb des Trichinenschauers dann ganz ruht.

Dr. Wilhelmi spricht sodann über „**Vertretung von Aerzten durch nicht approbirte Personen, die Befugnisse der letzteren und die Meldepflicht approbirter Vertreter beim Kreisphysikus**". Nach der Gewerbe-Ordnung ist die Ausübung der Heilkunde für Jedermann frei (§. 6), verboten ist nur die Führung arztähnlicher Titel (§. 29 und §. 147,3) und die gewerbsmässige Ausübung der Geburtshülfe durch nicht approbirte weibliche Personen (§. 147). Daraus folgt, dass ein Arzt in seiner gesammten Praxis sich durch Jedermann vertreten lassen kann, auch — wie solches ja häufig geschieht — durch einen Kandidaten der Medizin. Ein Unterschied zwischen dem letzteren aber und einer sonstigen nicht approbirten Person besteht vor dem Gesetz nicht. Der Cand. med. darf chirurgische Operationen aller Art ausführen, darf die Geburtshülfe im vollen Umfange betreiben, darf Alles, was jeder Kurpfuscher darf, er muss sich nur hüten, mit dem §. 222 (fahrlässige Tödtung) und §. 230 (fahrlässige Körperverletzung) des Strafgesetz-

buchs in Konflikt zu kommen, darf sich nicht Arzt oder dem ähnlich nennen und — darf nicht impfen! Denn das Reichsimpfgesetz bestimmt im §. 8: „Ausser den Impfärzten sind ausschliesslich Aerzte befugt, Impfungen vorzunehmen“ und bedroht im §. 16 denjenigen, der „unbefugter Weise Impfungen vornimmt“, mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bis zu 14 Tagen. Ob der betr. Cand. med. bereits an einem Impfkursus theilgenommen hat oder nicht, ist gänzlich ohne Bedeutung; er ist nicht „Arzt“ oder gar „Impfarzt“ und daher zur Vornahme von Impfungen „unbefugt“.

Desgleichen darf ein Cand. med. an inneren Medikamenten alles verordnen und verschreiben, was er will; denn es giebt keinerlei gesetzliche Bestimmungen, durch welche das Verschreiben gewisser Arzneimittel eingeschränkt oder verboten wäre; vielmehr ist es Sache des Apothekers, die eingehenden Rezepte bezüglich ihrer Unterschrift zu prüfen und sich seinerseits nach der Mecklenburgischen Verordnung vom 11. Dezember 1891, betr. die Abgabe stark wirkender Arzneimittel, zu richten. Der Apotheker verfällt in die Strafe des §. 367,3 des Strafgesetzbuches, wenn er die in der Anlage A. gedachter Verordnung verzeichneten Drogen und Präparate als Heilmittel an das Publikum abgiebt, anders als auf schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Thierarztes. Hat der Apotheker im konkreten Falle Zweifel, ob eine ihm vorgelegte Unterschrift diejenige einer approbirten Medizinalperson ist, so wird er sich bei dem zuständigen Kreisphysikus zu erkundigen haben. Der Kreisphysikus muss wissen, wer in seinem Bezirke approbirt ist bezw. die Rechte einer Approbation für sich in Anspruch nimmt, da ihm gegenüber jede approbirte Medizinalperson durch Vorlegung ihrer Qualifikations-Atteste sich zu legitimiren hat (Min.-V. vom 13. Februar 1835). So lange etwa ein Arzt dieser Verpflichtung nicht nachgekommmen ist, gilt er dem Physikus (und dem Apotheker) gegenüber als „nicht approbirt“. Daraus folgt, dass ein approbirter Vertreter eines Arztes sich beim Physikus zu melden hat, sobald er von diesem und vor dem Gesetz als Arzt angesehen werden will. Diese Auffassung ist nach Ansicht des Referenten die einzig mögliche und auch auf seine Anfrage von der Grossherzoglichen Medizinal-Kommission bestätigt worden in einem Reskript vom 2. März d. J., worin es heisst:

„Falls die betreffenden Herren bezüglich Rezeptur, Zeugniss vor Gericht u. s. w. die Rechte approbirter Aerzte für sich in Anspruch nehmen wollen, haben sie auch bei nur vorübergehender Niederlassung beim zuständigen Physikus ihre Qualifikations-Atteste vorzulegen.“ Dr. Viereck-Ludwigslust.

Bericht über die 55. Konferenz der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Düsseldorf am 3. Juni 1899.

Anwesend: Oberregierungsrath Grüttner, der Vorsitzende, Reg.- und Med.-Rath Dr. Meyhoefer, die Kreisphysiker: Racine-Essen, Beermann-Duisburg, Niemeyer-Neuss, Räuber-Lennep, Paffrath-Kleve, Schrakamp-Kempen, Carp-Wesel, Strauss-Barmen, Kimpen-Düsseldorf; die Kreiswundärzte: Hartcop-Barmen, Siepen-Neuss, le Blanc-Opladen, Claren-Krefeld, Wolff-Elberfeld, Ewers-Sonsbeck, Hofacker-Düsseldorf; die Oberärzte von Irrenanstalten, Peretti-Grafenberg, Neuhaus-Düsseldorf, Weiland-Neuss, Esser-Neuss, Beelitz-Lüttringhausen; die pro physicatu approbirten Aerzte: Renner-Neuss, v. Brincken-Düsseldorf.

Den ersten Theil der Tagesordnung bildete wie gewöhnlich eine kurze Besprechung mehrerer in jüngster Zeit erlassenen Verfügungen.

Das Verbot des Feilhaltens von Arzneitabletten in Apotheken hat hier und da Staub aufgewirbelt, aber mit Unrecht, da der Sache keine so grosse Wichtigkeit beizulegen ist; denn es wird durch das Verbot hauptsächlich die ausländische Industrie getroffen, und über den praktischen Werth von komprimirten Arzneimitteln sind die Ansichten verschieden.

Für den Laien unverständliche Fremdwörter in Gutachten und Berichten sollen möglichst vermieden werden; zur Erleichterung wird das von Oberstabsarzt Dr. Kunow herausgegebene Schriftchen über die Verdeutschung der Fremdwörter in der Heilkunde empfohlen.

Nachdem das Reichsgericht entschieden hatte, dass nicht den Kreisphysikern, sondern nur dem Regierungspräsidenten das Recht zusteht, behufs Bekämpfung des Kindbettfiebers einer Hebamme die Praxis zu untersagen, hat der Regierungspräsident den Physikern gestattet, dieses Verbot auf höchstens 8 Tage auszusprechen.

Bezüglich der Granulose, die hier noch selten ist, besteht die Gefahr, dass sie durch polnische Arbeiter eingeschleppt wird.

Die Apotheken sollen Rezeptabschriften auf die Signaturen vermerken.

Die Entziehung des Prüfungszeugnisses der Hebammen gehört vor den Bezirksausschuss. Dieser wird die Entziehung nicht auf Grund einer allgemeinen Schilderung der Hebamme und ihrer Mängel aussprechen, sondern verlangt eine genaue Wiedergabe der bei der Prüfung gestellten Fragen und Antworten.

Die Vorträge von

Wolff: „Ueber Pankreasblutungen",

Claren: „Ein Fall von Vergiftung mit Natronlauge",

Weiland: „Die für die psychiatrische Beurtheilung von fraglichen Geisteszuständen vor Gericht wichtigen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches",

sollen in dieser Zeitschrift oder anderwärts in extenso veröffentlicht werden.

Niemeyer hielt eine Einigung der Medizinalbeamten über die für amtliche Atteste und Gutachten zu erhebenden Gebühren für wünschenswerth und empfahl die von den Medizinalbeamten des Regbez. Aachen vereinbarte Taxe, welche in dieser Zeitschrift, 1896, S. 694, abgedruckt ist. Auf Vorschlag des Vorsitzenden soll die Beschlussfassung auf die nächste Sitzung vertagt werden, nachdem der Referent mit Schrakamp, als Korreferenten, die Angelegenheit weiter bearbeitet hat.

Zum Schluss vereinigte ein gemeinschaftliches Mittagessen die Theilnehmer zu fröhlicher Tafelrunde. Dr. Hofacker-Düsseldorf.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Die Kunstfehler in der Geburtshülfe. Von Alphons Fuld. Berliner Klinik. März 1899.

Die vorliegende Monographie behandelt die Kunstfehler in der Geburtshülfe. Gestützt auf ein vorzugsweise aus der Deutschen einschlägigen Literatur zusammengestelltes Material von 341 Kunstfehlern überhaupt, welche von Medizinalpersonen begangen sind, konstatirt Verfasser zunächst, dass unter diesen die Kunstfehler in der Geburtshülfe mit 38,2 % an erster Stelle stehen. Interessant ist die Betheiligung der einzelnen Klassen von Medizinalpersonen an diesen Fällen. Am häufigsten werden die Aerzte beschuldigt, nämlich in 38,3 % der Fälle, es folgen die Hebammen mit 35,3 %, die Wundärzte mit 14,3 % und Pfuscher mit 12,1 %. Der hohe Prozentsatz von Aerzten erklärt sich nach dem Verfasser daraus, dass diese meist nur zu Geburten mit anormalem Verlauf hinzugezogen werden und daher ohne Weiteres viel leichter in die Lage kommen, Kunstfehler zu begehen. Als begründet stellte sich die Beschuldigung in durchschnittlich 43,6 % der Fälle heraus, und zwar wurde bei Aerzten in 37,3 % ein Verschulden erwiesen, bei Hebammen in 31,9 %, bei Wundärzten in 57,9 % und bei Pfuschern in 81,3 %. Wenn auch die für die Wundärzte und Pfuscher angeführten Zahlen mit Vorsicht zu verwerthen sind, weil die absoluten Zahlen derselben nur gering sind, so geht doch aus diesen Berechnungen die erfreuliche Thatsache hervor, dass die eines Kunstfehlers überführten Aerzte mit 37,3 % unter der Durchschnittszahl von 43,6 % nachgewiesener Verschuldung zurückbleiben.

Ueber die Art der Kunstfehler geben uns folgende Zahlen Aufschluss. Von 130 Fällen betrafen 23,1 % Schädigungen des Kindes, 76,9 % Schädigungen der Mütter; unter letzteren waren 7 % Schwangere, 93 % Kreissende oder Wöchnerinnen. In der letzten Kategorie wird bei 10,7 % Vernachlässigung und

Ungeschicklichkeit angegeben, bei 12,9 % Infektion, bei 15,1 % Verblutung, bei 55,9 % Verletzungen der weichen Geburtswege nebst Nachbarorganen, bei 5,4 % Tödtung aus verschiedenen Ursachen. Von den Verletzungen der weichen Geburtswege kamen wieder 51,7 % auf Zerreissungen, wovon 45,2 % Zerreissungen der weichen Geburtswege und Nachbarorgane und 6,5 % Herausreissen der Gebärmutter; je 2,1 % kamen auf Inversion der Gebärmutter und auf Verletzungen der Blase und Harnröhre.

Was ist ein geburtshülflicher Kunstfehler in gerichtsärztlichem Sinne? Verfasser plaidirt dafür, dass nicht die Lehren oder Regeln der Schule, oder noch so gewichtiger Autoritäten, sondern lediglich die allgemeine ärztliche Erfahrung als Kriterium massgebend sein muss. Indessen scheint er doch der Unzulänglichkeit dieser Begriffsbestimmung sich bewusst zu sein, wenn er erläuternd hinzufügt, man solle den Arzt für unglückliche Folgen seiner Behandlung nur dann zur Verantwortung ziehen, wenn er aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht sich solche Handlungen oder Unterlassungen zu Schulden kommen lässt, die nach der ärztlichen Erfahrung einen nachtheiligen Einfluss auf den ihm anvertrauten Kranken auszuüben im Stande sind. Es ist gewiss richtig, dass man, wie in der Medizin überhaupt, so auch in der Geburtshülfe nicht nach der Schablone handeln darf, und Niemand wird ein bewusstes, mit wissenschaftlich stichhaltigen Gründen motivirtes Abweichen von den Schulregeln in einem geeigneten Falle bei unglücklichem Ausgang als eine fahrlässige Körperverletzung, bezw. Tödtung hinstellen wollen. Aber es ist doch auch zu berücksichtigen, dass grade die „Schulregeln" sich aus der allgemeinen ärztlichen Erfahrung, erweitert durch die wissenschaftliche Forschung, ableiten, dass sie gewissermassen den Niederschlag derselben bilden. Der gerichtliche Sachverständige wird daher, so meinen wir, auch vor dem forum bei der Beurtheilung, ob ein geburtshülflicher Kunstfehler vorliegt oder nicht, sich in erster Reihe an die Schulregeln, die in der Geburtshülfe erprobten Normen halten müssen.

Auf die folgende gerichtsärztliche Würdigung der Kunstfehler im Einzelnen hier näher einzugehen, müssen wir uns versagen und verweisen in dieser Beziehung auf das Original, dessen Studium wir jedem Arzt, der in die Lage kommt vor Gericht als geburtshülflicher Sachverständiger zu fungiren, auf das Angelegentlichste empfehlen. Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber ein neues Strophantinpräparat und die Beziehungen der subpleuralen Ecchymosen zum primären Herztod. Von Dr. A. Schulz. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III F., XVII. Bd., 2. H., S. 252, 1899.

Von Vielen wird den subpleuralen Ecchymosen für die Diagnose des Erstickungstodes immer noch eine ungebührlich grosse Bedeutung beigelegt, die ihnen nach der Anschauung anderer Forscher nicht zukommt. Im Berliner gerichtlich-medizinischen Institut unternahm Schulz auf Anregung Strassmann's Untersuchungen, welche zur Aufgabe hatten, eine Klärung dieser Frage auf experimentellem Wege herbeizuführen. Er arbeitete mit einem von Thoms aus Strophantus bispidus dargestellten Strophantin und stellte zunächst fest, dass der Tod der Versuchsthiere nach Injektion dieses Präparates durch Lähmung des Herzens herbeigeführt wurde; der Blutdruck, durch ein Hg-Manometer gemessen, sank unter Einwirkung des Giftes stetig ab, bis er im Moment des Lähmungsstillstandes im rechten Ventrikel den Nullpunkt erreichte. Dahingegen überdauerte die Athmung den definitiven Herzstillstand regelmässig noch eine gewisse Zeit. Es folgt hieraus, dass der Tod der Thiere nicht ein primärer Athmungstod, ein Erstickungstod, sondern ein primärer Herztod war. Und dennoch fanden sich bei allen Thieren, zum Theil über linsengrosse subpleurale Ecchymosen. Sonach ist erwiesen, dass die subpleuralen Ecchymosen den primären Herztod nicht nur nicht ausschliessen, sondern ihn unter Umständen sogar regelmässig begleiten können; von einer spezifischen Bedeutung derselben für den Erstickungstod kann also, wie Schulz's Experimente einwandsfrei beweisen, keine Rede sein. Ders.

Ueber Veränderungen des Nervensystems beim Hungertode. Von Dr. Placzeck-Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., XVII. Bd., 2. H., S. 274, 1899.

Sichere, für den Hungertod in forensisch wichtigen Fällen charakteristische Organveränderungen giebt es bekanntlich nicht; die allgemeine Abmagerung und die Atrophie der Organe lässt sich nur mit Vorsicht und nach Ausschluss anderer Ursachen in dieser Richtung verwerthen. Placzek glaubt nun an Thieren, welche er verhungern liess, am Rückenmark spezifische Veränderungen gefunden zu haben. Er beobachtete in den Hintersträngen das Auftreten kleiner schwarzer Körnchen, welche zu beiden Seiten des Septum dorsale medianum dicht gedrängt lagen und die er als degenerative Veränderungen des weissen Markmantels auffasst. An den Ganglienzellen sah er das Tigroid in regelloser Anordnung und ein Undeutlichwerden der Nissl'schen Körperchen; auch ein Fehlen derselben in den Randzonen der Zellen konnte er häufig beobachten. Ohne die Bedeutung dieser Befunde zu unterschätzen, lässt Verfasser die Frage, ob dies unzweifelhaft charakteristische Veränderungen beim Hungertode sind, noch so lange offen, bis der Nachweis gleicher oder ähnlicher Befunde beim Menschen gelungen ist. Ders.

Sur un nouveau signe de mort par submersion. Von Camille Moreau. Annales de la société de medicine légale de Belgique; 1899, Nr. 4.

Verfasser macht auf zwei neue Zeichen des Todes durch Ertrinken aufmerksam, die er, wenn auch nicht durchweg in allen, so doch in einer grossen Zahl von Fällen beobachtet hat. Das sind 1. das Vorhandensein einer grösseren Menge (20—25 ccm) einer wasserklaren Flüssigkeit in der Bauchhöhle bei feuchtem glänzenden Aussehen des die Eingeweide bedeckenden Netzes, 2. die Anfüllung der Blase mit einer reichlichen Menge klaren, sehr hellen Harns. Wenn diese beiden Erscheinungen gefunden werden, so kann man daraus mit Sicherheit schliessen, dass der Verstorbene noch lebend unter Wasser kam; denn nur während des Lebens erfolgt die Resorption des Wassers in das Blut, und hierin sieht Verfasser die Erklärung beider Symptome. Er nimmt an, dass die in beträchtlicher Menge in die Athmungswege und den Magen gelangende Flüssigkeit durch die Zirkulation schnell aufgenommen, der Blutdruck also erhöht wird und entsprechend diesem erhöhten Druck auf die Nieren und das ausgebreitete Kapillargebiet des Bauchfells die Transsudation der Flüssigkeit erfolgt. Die Richtigkeit der Moreau'schen Beobachtungen vorausgesetzt, dürfte die vom Autor gegebene Erklärung dieser Vorgänge zu Zweifeln Anlass geben. Es lässt sich dagegen einwenden, dass es unwahrscheinlich ist, dass in der kurzen Zeit, in der bekanntlich der Tod beim Ertrinken eintritt, eine so reichliche Wasseraufsaugung und Ausscheidung möglich ist, wie sie die beschriebenen Symptome voraussetzen und dass die supponirte Blutdruckerhöhung nur bei erhaltener Herzkraft eintreten kann, während diese in Wirklichkeit sehr schnell versagt. Ders.

Ein neues Todeszeichen und der Einfluss der Respiration und der Verwesung auf die Radiographie der Lungen. Von Salvatore Ottolenghi. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., XVII. Bd., 2. H., S. 282, 1899.

Nach Versuchen Ottolenghi's kann die Röntgenphotographie dazu dienen, die Lunge, welche geathmet hat, von der fötalen Lunge, welche noch nicht geathmet hat, zu unterscheiden. Der Schatten der letzteren ist einförmig und wird je weiter nach den Rändern, je weniger intensiv; der Schatten der ersteren hingegen ist im Allgemeinen weniger intensiv und nicht einförmig, sondern zeigt hellere und dunklere Flecken, welche den verschiedenen mit Luft gefüllten Lungenbläschen entsprechen. Die Lungenradiographie kann also unter normalen Verhältnissen die geschehene Athmung beweisen. Die Verwesung kann die Röntgenbilder bis zu einem gewissen Grade verdunkeln; eine Lunge, die geathmet hat, wird durch die Verwesung den X.-Strahlen gegenüber undurchdringlicher gemacht, so dass an einem bestimmten Punkt der Verwesung angelangt das Radiogramm derselben von dem einer fötalen, nicht geathmet habenden Lunge nicht mehr zu unterscheiden ist. Ders.

Ueber das Prinzip der Konservirung anatomischer Präparate in den „natürlichen" Farben mittelst Formaldehyd nebst Bemerkungen über die Verwerthbarkeit dieses Mittels beim forensischen Blutnachweis. Von Privatdozent Dr. Puppe-Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; 1899, III. F., Bd. XVII, 2. Heft, Seite 263.

Durch das von Kaiserling angegebene Verfahren ist für die Konservirung anatomischer Präparate eine neue Aera angebrochen. Während wir uns bisher mit den Alkohol-Präparaten in anatomischen Sammlungen begnügen mussten, welche neben manchem anderen Uebelstand vorzüglich den besassen, dass ihnen die Blutfarbe verloren ging, sind wir jetzt in der Lage Eigenfarbe und Blutfarbe, die „natürliche" Farbe der Organe an Sammlungspräparaten zu erhalten, was für Demonstrationszwecke von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Puppe suchte durch entsprechende Untersuchungen mit dem Spektroskop zu eruiren, worauf die eigenthümliche Erscheinung des Verschwindens und Wiederkehrens der Blutfarbe bei dem Kaiserling'schen Verfahren, das Prinzip der Methode, beruht und fand dabei Folgendes: Durch die Einwirkung des Formols auf das in den Organen enthaltene Blut wird der Blutfarbstoff in saures Hämatin umgewandelt, welches den Organen eine schmutzig braune Färbung giebt. Die zweite Behandlungsflüssigkeit, der absolute Alkohol, welcher eine Wiederkehr der natürlichen Farbe beweist, führt das saure Hämatin in die alkalische Modifikation des Blutfarbstoffes über und diese Wirkung wird durch das dritte der Flüssigkeitsgemische, die Kaliaceticum-Glyzerinmischung noch wesentlich unterstützt. Die Erhaltung der „natürlichen" Farbe beruht also auf der Umwandlung des Hämoglobins in das alkalische Hämatin. Für den forensischen Blutnachweis lässt sich nach weiteren Untersuchungen des Verfassers das Formol insofern mit Vortheil benutzen, als es ein gutes Extraktionsmittel für alte Blutflecke bildet, wenn es mit absolutem Alkohol zu gleichen Theilen gemischt wird. Selbst 30 Jahre altes getrocknetes Blut und blutgetränkte auf 150° bis 160° erhitzte Leinewand gab so behandelt noch positive Resultate. Zum mikroskopischen Nachweis der Formelemente in allen Blutflecken verwandte Verfasser mit gutem Erfolg eine Mischung von Formol und offizineller Kalilauge zu gleichen Theilen. Nach 24 bis 48 Stunden waren die Blutkörperchen häufig ganz ausserordentlich deutlich in ihren Konturen zu erkennen. Ders.

Aethermissbrauch in Ostpreussen. Von Direktor Sommer in Allenberg. Neurologisches Zentralblatt; Nr. 5, 1899.

S. berichtet über die ungewöhnliche Verbreitung des Aethergenusses als Ersatz für Alkohol in den ärmeren Kreisen von Ostpreussen und den angrenzenden russischen Gouvernements. Aehnliche Aetherkonsumption findet in Irland statt und in den grösseren Städten wird der Aether nicht selten als Excitans in verschiedener Form (Hoffmannstropfen etc.) dauernd gebraucht. In den ärmeren Klassen der genannten Gegend soll der Missbrauch erst seit 1887, also seit Erhöhung der Branntweinsteuer so sehr zugenommen haben. Der Aether, der aus steuerfreiem Alkohol zubereitet wird, auch der im Kleinhandel verkäufliche Schwefeläther, ist billiger als Trinkbranntwein, namentlich wenn man die wesentlich stärkere Wirkung des Aethers in Betracht zieht. Das Liter Trinkbranntwein dürfte 1,30 Mark, das Liter Aether 1 Mark kosten. In der Stadt Memel werden allein jährlich zu Trinkzwecken 69 Ballons à 60 Liter verkauft, abgesehen davon, dass dieses nur die den Behörden bekannten Einfuhrmengen sind. Im Kreise Heydekrug soll der Verbrauch noch grösser sein, wie aus den Mittheilungen des Kreisphysikus Dr. Cohn in Heydekrug (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 3. Folge, XV. Bd., H. 2) hervorgeht. Die Betäubung tritt nach Aether schneller ein und man sieht auf dem Memeler Wochenmarkt nicht selten ätherberauschte Individuen, die man schon an dem penetranten Geruch erkennt. Die Schädigungen, die nach dem Aethermissbrauch beobachtet sind, bestehen in Lebercirrhose, Nierencirrhose, Atheromatose, fettiger Degeneration der Herzmuskulatur und anderer Organe u. s. w. Von Einwirkungen auf das Nervensystem werden peripherische Neuritiden, Aufregungszustände etc. beschrieben. Ob der Aethermissbrauch auf den Charakter so depressirend und auf die Nachkommenschaft so deletär wirkt, wie der Alko-

holmissbrauch, ist noch unentschieden. Staatlicherseits ist eine wesentlich höhere Besteuerung oder eine Einreihung des Aethers unter die Arzneimittel wünschenswerth, die nur auf Grund eines ärztlichen Rezepts an das Publikum abgegeben werden dürfen. — Was die Entwöhnung vom Aethermissbrauch anbetrifft, so konnte der Referent bei einem an Aether-Inhalation gewöhnten Neurastheniker durch roborirende Behandlung des Nervensystems schnell einen Erfolg erzielen, ohne dass Abstinenzsymptome zu beobachten waren.

Dr. S. Kalischer-Schlachtensee bei Berlin.

Die suggestive Behandlung des konträren Geschlechtstriebes und der Masturbation. Von Prof. W. v. Bechterew (St. Petersburg). Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Februar 1899.

B. berichtet über die Wirkung der suggestiven Behandlung bei einem mit konträren Geschlechtstrieb behafteten Mann, der zugleich an mannigfachen neurasthenischen Beschwerden litt. Doch trat nach dem Aussetzen der Behandlung und des psychischen Einflusses des Arztes bald eine Rückkehr der früheren Symptome ein. Im zweiten Fall wurde die suggestive Behandlung mit Hypnose angewandt. Die Hypnose war keine tiefe und die Sitzungen fanden alle 2 bis 4 Tage statt. Auch hier wirkte die moralische Unterstützung wie die fortgesetzte suggestive Behandlung günstig ein; desgleichen erwies sich diese Methode gut gegen die gleichzeitig vorhandene Onanie. Die hypnotische Suggestion mit mehr oder weniger ausgesprochener Hypnose zeigte sich auch in einfachen Fällen von Onanie günstig. Auch für andere Zustände mit krankhaften Neigungen und vorhandener Willensschwäche, wie für den chronischen Alkoholismus, den Morphinismus, Zwangsvorstellungen u. s. w. eignet sich die hypnotische Suggestion. Die Dauer der suggestiven Behandlung steht dabei in direkter Abhängigkeit von der Schwere und Individualität des Krankheitsfalles, wie auch von dem Grade der Suggestibilität des Individuums. Wo eine tiefe Hypnose nicht zu erzielen, muss mit Wach- oder Halbwachsuggestion versucht werden. Eine Kombination der Suggestion mit anderen therapeutischen Massnahmen, Medikamenten, Hydrotherapie etc. steigert die Aussicht auf Erfolg. Ders.

Ueber einen merkwürdigen pathologischen Schlafzustand. Von F. Holzinger. Neurologisches Zentralblatt; 1899, Nr. 1.

Die Beobachtung betrifft einen 60jährigen Greis aus Schod (Aethiopien), der seit 2 Jahren an Schlafsucht litt. Während der Antworten, die er auf Fragen gab, verfiel er in einen tiefen Schlaf, der auch stets eintrat, sobald man ihn allein liess. Gleichzeitig bestand eine Gemüthsdepression und eine Neigung zu lebhaften Träumen und Sinnestäuschungen, über die der Kranke jedoch ruhig und klar sprach. Es handelte sich hier weniger um eine Narkolepsie, die in Schlafattaquen besteht und oft bei Hysterie und Epilepsie auftritt, sondern um eine permanente Somnolenz, die an die sogenannte afrikanische Lethargie erinnert, eine Krankheit, die an der Westküste Afrikas nicht selten ist.

Ders.

Beiträge zu den Gesichtstäuschungen (Halluzinationen, Illusionen etc.) bei Erkrankungen des Sehorgans. Von Prof. Dr. Uhthoff in Breslau. Monatsschrift für Psychiatrie; 1899, H. 4 u. 5.

U. theilt neun bemerkenswerthe Beobachtungen mit, in denen sich bei Erkrankung des peripheren wie zentralen Sehapparates Halluzinationen resp. Illusionen eingestellt hatten, ohne dass den Patienten jedoch das Bewusstsein des Krankhaften ihrer Täuschungen abging. In den meisten Fällen handelte es sich um hereditär belastete Individuen. In einem derselben sah ein 67 jähriges, sehr intelligentes Fräulein an den Stellen zentraler Skotome die verschiedensten Figuren und Bilder, deren Auftreten jedoch vom Willen und Vorstellungen unabhängig waren. Hier ruft nach U.'s Ansicht die periphere Veränderung des Sehapparats die zentral entstandene Gesichtstäuschung hervor; dass Gesichtsfelddefekte, Glaskörpertrübungen, Sehnervenatrophie u. s. w. das Auftreten von Illusionen veranlassen, beweisen weitere Beobachtungen des Verfassers. Wesentlich seltener sind derartige Störungen bei Erkrankung des retrobulbären und

intrakraniellen Sehnerventheils bezw. des Sehzentrums, in letzterem Falle treten die Halluzinationen in den hemianopischen Gesichtsfelddefekten auf. Neben einseitigen Gesichtshalluzinationen werden doppelseitige mit verschiedenem Inhalt des Gesehenen beobachtet. Nach U.'s langjährigen Untersuchungen sind die Gesichtshalluzinationen wesentlich seltener an Augenveränderungen gebunden, als Gehörstäuschungen an Ohrerkrankungen. Die U.'schen Angaben sind für die irrenärztliche Praxis von grosser Bedeutung, da Gesichtstäuschungen, abgesehen von deliranten Zuständen, verhältnissmässig selten beobachtet werden. Ihre Entstehung dürfte daher in manchen Fällen nicht in einer Psychose, sondern in einer Augenaffektion zu suchen sein. Dr. Pollitz-Brieg.

Ueber periodische akute Psychose simplex als besondere Form periodischer Psychose. Von Prof. v. Bechterew in Petersburg. Monatsschrift für Psychiatrie; 1899, 5. H.

B. bringt einen Beitrag zu der zuerst von Ziehen dargestellten periodischen akuten Paranoia (conf. diese Zeitschrift Jahrg. 1898, S. 181). Er beobachtete 3 einzelne Anfälle, in denen die Kranke ohne dauerndes Auftreten von Halluzinationen Grössen- und Verfolgungswahnideen produzirte bei gehobenem Selbstgefühl und meist reizbarer Stimmung. Der Wahninhalt blieb in den einzelnen Anfällen im Wesentlichen stets der gleiche. Charakteristisch für das Krankheitsbild ist ferner das unvermittelte Auftreten und Aufhören der Anfälle, die Kürze der freien Intervalle, das Auftreten ohne besonderen äusseren Anlass. Der Fall bietet, wie B. zum Schluss betont, überaus viel Analogien mit dem Ziehen'schen und muss daher zu der gleichen Krankheitsgruppe gerechnet werden. Ders.

Statistische Mittheilungen über die Verbreitung der Dementia paralytica in dem Regierungsbezirk Kassel und den Fürstenthümern Waldeck und Pyrmont. Von Privatdozent Dr. Buchholz-Marburg. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Bd., 1. und 2. H., 1899,

Auf Grund umfangreicher und höchst eingehender Untersuchungen stellte B. fest, dass die Zahl der Paralysen im Aufnahmebezirk der Marburger Anstalt im Zeitraume 1877 bis 1897 zugenommen hat und zwar in stärkerem Maasse bei den Frauen als bei den Männern. Ferner zeigte sich, dass Gebiete, die bis zum Jahre 1886 paralysefrei waren, nunmehr von der Krankheit ergriffen sind, entsprechend einer Zunahme des Verkehrs und der Industrie. In der abgeschlossenen ländlichen Bevölkerung ist die Paralyse dagegen selten. B. kommt, indem er die Wirkung der verschiedenen Schädlichkeiten erörtert, die die Stadt- und Landbevölkerung treffen, zu dem — allerdings nicht mehr ganz neuen — Ergebniss, dass nur die Prostitution und die mit ihr verbundene Syphilis die Häufigkeit der Paralyse in der Stadtbevölkerung erklären. In diesem Nachweise liegt das bemerkenswerthe Verdienst der mühsamen Arbeit des Verfassers. Ders.

Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurtheilung der höheren Stufen der Imbezillität. Von Dr. Deiters, Assistenzarzt an der Provinzial-Irren-Anstalt in Andernach. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Bd., 1. und 2. H., 1899.

D. theilt drei Fälle mit, in denen das Vorwiegen des moralischen Defekts die Annahme einer moralischen Idiotie rechtfertigen dürfte, indem er auf die Uebereinstimmung hinweist, die derartige Individuen mit den von Lombroso als Reo nato bezeichneten bieten. Während die allgemeinen geistigen Fähigkeiten derselben nur einen geringen, oft gar keinen Ausfall zeigen, tritt der ethische Mangel ganz besonders in den Vordergrund. Bemerkenswerth ist in dieser Hinsicht der erste der von D. mitgetheilten Fälle; es handelt sich um einen jungen Mann, dessen Leben eine ununterbrochene Kette von Lug und Trug bildet, während die intellektuellen Fähigkeiten — abgesehen von einer bedeutenden Ueberschätzung seiner Leistungen — nicht wesentlich herabgesetzt waren. §. 51 des St.-G.-B. konnte nicht auf ihn angewendet werden. In einem zweiten Fall bestand neben der moralischen eine intellektuelle Imbezillität, so dass Freisprechung auf Grund des §. 51 des St.-G.-B. erfolgte. Der

dritte Fall hatte nach Ansicht des Verfassers grosse Aehnlichkeit mit dem ersten; Referent kann die Vermuthung nicht unterdrücken, dass der viel vagirende, explosiv reizbare, verlogene Patient ein Epileptiker gewesen sei. Dass die Irrenärzte derartigen moralisch defekten Individuen gegenüber bei Abmessung ihrer Zurechnungsfähigkeit kritischer sind, als im Allgemeinen angenommen wird, betont der Verfasser mit voller Berechtigung. Ders.

Die Verantwortlichkeit des Irrenarztes. Von Dr. Gustav Aschaffenburg, Privatdozent der Psychiatrie in Heidelberg. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Bd., 1. u. 2. H.

Den Anlass sich mit der Frage der irrenärztlichen Verantwortlichkeit zu befassen, gab A. ein verhältnissmässig unbedeutender Vorfall: Ein Polizeibeamter war von einem sehr reizbaren Epileptiker durch einen Wurf in geringfügiger Weise verletzt worden. Die vorgesetzten Ministerien machten — auf Beschwerde des Verletzten — die Leitung der Klinik für den Vorfall verantwortlich, da ein so gemeingefährlicher Kranker die geschlossene Abtheilung nicht verlassen dürfe. Dem gegenüber wurde seitens der Anstalt betont, dass die Beschäftigung des bereits mehrfach entlassenen Kranken in seinem und der Umgebung Interesse gelegen habe und eine Bewahrung in geschlossenen Räumen den ärztlichen Anforderungen nicht entsprochen hätte. A. untersucht im Anschluss an diesen Vorfall die Verantwortlichkeit des Irrenarztes und Wärters für Vorfälle in seiner Abtheilung. Nach §. 222 des D. St.-G.-B. hat der Arzt bei erkannter Gefährlichkeit eines Kranken die nothwendigen Vorsichtsmassregeln zu treffen, damit er nicht anderen oder sich selbst gefährlich wird. Die französische Literatur enthält, wie A. mittheilt, eine nennenswerthe Anzahl von Morden, die innerhalb der Anstalten seitens der Kranken ausgeführt wurden, während die deutsche nur einen einzigen aufweist. Sehr schwierig ist die Lage des Arztes gegenüber den auf Grund des §. 81 der C.-Pr.-O. eingelieferten Untersuchungsgefangenen, für deren sichere Bewahrung die Anstalt haftbar ist. Nach A.'s Auffassung dürften derartige Patienten nicht ausserhalb der geschlossenen Abtheilungen beschäftigt werden, wodurch die Beobachtung allerdings recht erschwert würde. Zu einem weiteren Konflikt zwischen ärztlicher Thätigkeit und Sorge für die öffentliche Sicherheit führt die Bewahrung geisteskranker Verbrecher, deren absolute Unschädlichmachung einen Verzicht auf sachgemässe Pflege bedeutet. Für Nachlässigkeiten und Roheiten des Personals kann der Arzt, wie eine Reihe französischer Fälle erweist, ebenfalls verantwortlich gemacht werden, wenn er unfähiges Personal mit schwierigen Aufgaben betraut oder Misshandlungen nicht in jeder Weise verhindert. Eine sehr ernste Frage bildet in diesem Zusammenhang die Entlassung von Irren, die, auf Grund des §. 51 freigesprochen, später gebessert entlassen werden sollen. Die Entscheidung ist oft recht verhängnissvoll. A. meint sehr treffend: „Wir Irrenärzte wären herzlich froh, wenn die Laienkommissionen, mit denen wir beglückt werden sollen, uns einen Theil grade dieser Verantwortung abnehmen wollten.“ In dieser Hinsicht enthalten die Entlassungsvorschriften für die badischen Anstalten sehr nachahmenswerthe Bestimmungen: Bei Entlassung von gefährlichen Kranken hat nämlich der Bezirksrath, der die Familienverhältnisse des Zuentlassenden beurtheilen kann, unter Anhörung des Bezirksarztes auf Grund eines Gutachtens der Irrenanstalt die Entscheidung zu treffen. Auf diese Weise wird die schwere Verantwortung des Anstaltsarztes gemindert und gleichzeitig die Entlassung mancher Elemente im Interesse einer Entlastung der übermässig in Anspruch genommenen Anstalten ermöglicht, vor der der Arzt bei alleiniger Verantwortlichkeit in vielen Fällen Bedenken tragen würde. Dr. Pollitz-Brieg.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Entstehung „traumatischen Irreseins“ durch Sturz von einer Trittleiter, wobei der Verunglückte mit dem Hinterkopf auf den Steinboden aufschlug. Obergutachten, erstattet unter dem 1. August 1898 von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Meyer in Göttingen.

Der am 10. Oktober 1860 geborene W. stürzte an einem Tage des Früh-

jahrs 1895 von einer Trittleiter, schlug mit dem Hinterkopfe auf und zog sich dabei eine fingerlange Wunde an der Aufschlagstelle (linken Seite des Hinterkopfes) zu.

Nach dem Unfall hat W. zunächst wieder gearbeitet. Sodann aber, im Sommer 1895, scheint er sich psychisch verändert zu haben. Vor seinem Umzuge nach H., anscheinend 1892, ist W., wie der Gemeindevorstand bescheinigt, ganz gesund gewesen. Der Arbeiter Co. erklärt: „Ich habe wohl bemerkt, dass W. in letzter Zeit nicht ganz zurechnungsfähig war, denn er lief häufig von der Arbeit weg.“ Noch genauere Angaben kann der Arbeiter L. machen. Nach Aussage dieses Zeugen hat W. bis etwa Mitte Juli 1895, mit Ausnahme von 3 Wochen, wo er um Ostern an einem Bruchschaden krank war, gearbeitet. Aber bereits etwas nach Ostern konnte L. feststellen, dass W. öfter ganz verwirrt war, in der Fabrik umherging, um sich mit den Leuten wieder zu vertragen, obgleich er sich mit Niemand erzürnt hatte, auf den Strassen umherliegende Stöcke und dergleichen sammelte, die Sachen in's Taschentuch wickelte und mit nach Hause nahm. In der Zeit vor dem 2. August 1895 lief W. auch häufig („immer“) von der Arbeit fort. Vor dem Unfall sind dergleichen Krankheitserscheinungen dem L. nicht aufgefallen. W. war vielmehr stets ein nüchterner, fleissiger und „vernünftiger“ Mann.

W. selbst erkärte am 2. August 1895 Folgendes: Drei Wochen nach dem Unfall habe er heftige „Brustschmerzen“ bekommen; diese seien nach dreiwöchentlicher Behandlung durch Dr. S. wieder zurückgegangen. Als W. nun die Arbeit wieder aufnahm, bekam er gleich am ersten Tage heftige Kopfschmerzen, die sich immer wiederholten; auch wurde ihm „ganz wirr“ im Kopfe. Er wurde in Folge dessen in das städtische Krankenhaus aufgenommen und von dort nach vierzehntägiger Behandlung als geheilt entlassen. Die Kopfschmerzen blieben indessen bestehen, und bei der geringsten körperlichen Anstrengung, z. B. beim Gehen, traten Schwindelanfälle auf.

Nach Aussage des Zeugen Co. hat W. seiner Zeit bei dem Unfall die Besinnung nicht verloren. Co. hat W. nach dem Unfalle die Wunde ausgewaschen und erklärt, dass er schon öfter den W. abgewaschen habe, wenn derselbe Nasenbluten gehabt habe. Auf den Arbeiter K. hat W. schon vor dem Unfall den Eindruck eines „schwermüthigen Menschen“ gemacht. W. soll, wenn man mit ihm sprach, zur Erde gesehen und den zu ihm Sprechenden nicht angesehen haben.

Auch dem Arbeiter Cu. ist W. wie ein „tiefsinniger“ Mensch vorgekommen. Cu. traf W. häufig still vor sich hinbrütend. Wenn er denselben dann fragte, was er mache, erklärte derselbe: „Ich weiss nicht“ und ging dann ruhig seiner Arbeit nach. Cu. hat auch bemerkt, dass W. häufig die Nase blutete, namentlich im Sommer nach heissen Tagen. Eine Veränderung des W. nach dem Unfall hat Cu. erst einige Tage vor dem Weggange des W. aus der Fabrik bemerkt. W. schien an Wahnideen zu leiden, indem er durchaus nicht bei der Arbeit zu halten war, immer hinter anderen Personen herlief und um Verzeihung bat, wo nichts um Verzeihung zu bitten war.

Zeuge Co. ist es schon vor dem Unfall aufgefallen, dass W. zeitweilig nicht bei der Arbeit bleiben konnte, sondern unruhig umherlief und auf Befragen, was er treibe, nicht antwortete, sondern lachte. Dasselbe hat der Arbeiter R. beobachtet. Auch hat Co. den W. zeitweise „tiefsinnig und in sich gekehrt“ gesehen. Magdalene U., welche drei Jahre bei dem W. gewohnt hat und zwar bereits zwei Jahre vor dem Unfall, hat „nichts bemerkt, was auf eine absonderliche geistige Beschaffenheit“ hinweisen könnte. Arbeiter D. hat in den Jahren 1894 und 1895 ein Jahr lang mit W. in einem Hause zusammengewohnt und erst, als W. aus dem Krankenhause entlassen war, eine Veränderung bemerkt, indem W. häufier über Kopfschmerzen klagte. Arbeiter Ki. hat vom Jahre 1893 ab mit W. in demselben Hause gewohnt und die ganze Zeit hindurch Verkehr gehabt. Er hat in psychischer Beziehung nichts Auffallendes bei W. bemerkt. Erst später, wahrscheinlich nach dem fraglichen Unfall, habe W. über Kopfschmerzen geklagt. In den Jahren 1892 und 1893 hat Arbeiter De. mit W. zusammen gearbeitet, ohne dass ihm Etwas aufgefallen ist. Auch der Arbeiter M. hat nichts Auffälliges in der Zeit vor dem Unfall bemerkt. Dem Arbeiter L., welcher vor dem Unfall mit W. zusammen gearbeitet hat, ist es aufgefallen, dass W. verhältnissmässig schweigsam war, und dass er mehr-

fach, wenn in einiger Entfernung Arbeiter mit einander sprachen, fragte, was die gesagt hätten. Wenn dann L. erwiderte, er wisse es nicht, meinte W., L. wisse es doch. Dem Arbeiter B. sind Zeichen geistiger Gestörtheit bei W. erst nach dem Unfall aufgefallen. So hat er beobachtet, dass W. rückwärts die Treppe nach dem Boden hinauf und auch wieder herunter ging. Bis zum Sommer 1894 hat Arbeiter Kr. mit W. zusammen gearbeitet, ohne dass ihm je irgend Etwas in psychischer Beziehung bei W. aufgefallen wäre.

Nach Angabe seiner Frau hat W. nach dem Unfall stets über Kopfschmerzen geklagt und sich etwa drei Wochen von Dr. S. behandeln lassen. Nach Wiederaufnahme der Arbeit sind angeblich die Kopfschmerzen heftiger geworden, so dass W. oft ganz wirr im Kopfe wurde. Am 28. Juli 1895 kam W. in das Krankenhaus zu H. Auch dort klagte er über Kopfschmerzen und Schwindel. Nach seiner Entlassung kam er wiederholt zu Kreisphysikus Dr. D., erklärte, dass er unfähig sei, zu arbeiten, und machte den Eindruck eines hülflosen, körperlich und geistig geschwächten Mannes. Nach Angabe seiner Frau klagte er damals stets über Kopfschmerzen mit dem Ausdruck, der Kopf wolle ihm zerspringen; auch war er zeitweise unruhig, führte thörichte Reden, machte verkehrte Handlungen, sprang auf den Tisch, sammelte unnütze Gegenstände (Eierschalen, Sand und dergl.). Bei diesen Anfällen erschien er blass, sein Gesicht verzerrte sich.

Am 23. März 1896 kam W. zur Beobachtung in die Diakonissenanstalt N. zu H. Dr. B., welcher W. dort beobachtete, hat Zeichen geistiger Störung nicht feststellen können. Körperlich machte dieser einen elenden Eindruck und sah sehr blass aus. Irgend welche Abnormitäten liessen sich aber auch bei einer genauen körperlichen Untersuchung nicht nachweisen. Am 1. April 1896 wurde W. bereits wieder entlassen. Er war zunächst einige Zeit ruhiger, arbeitete aber nicht. „Wenn ich auch arbeiten will, ich kann nicht", erklärte er stets. Dann traten wieder Zeiten auf, in denen er aufgeregt wurde; er erschien zerstreut, aufgebracht, war des Nachts unruhig und zeigte Zeichen von Verfolgungswahn: „Sie kommen und wollen dich und mich holen."

Am 11. November 1896 machte W. seinem Leben durch Erschiessen mit einem Revolver ein Ende. Wie ich aus dem von Dr. D. mitgetheilten Protokoll über die Sektion der Schädelhöhle entnehme, hat sich W. nicht in den Kopf geschossen. Ich vermuthe daher, dass er sich in die Brust geschossen hat. Es ist dieser Umstand zur Beurtheilung des von Dr. D. erhobenen, allerdings fast negativen Gehirnbefundes von Werth. Das Einzige, was als pathologisch gedeutet werden kann, ist die leichte Trübung der Pia an einzelnen Stellen und die starke Füllung der Blutgefässe derselben. Ferner sei bemerkt, dass auch bei der Sektion die Narbe im Hinterhaupt festgestellt wurde. Eine Affektion des Knochens fand sich unter der Narbe nicht.

Aus Vorstehendem ergiebt sich, dass W. bis zum Frühjahr 1895, also bis zu der Zeit, in der er den Unfall erlitt, arbeitsfähig gewesen ist. Dass er bis zu seiner Uebersiedelung nach H., welche wohl 1892 stattgefunden hat, ganz gesund gewesen ist, können wir aus dem Zeugnisse des Gemeindevorstandes in T. entnehmen. Bereits vor dem Unfall hat er öfter an Nasenbluten gelitten ist gelegentlich seinen Mitarbeitern „tiefsinnig" erschienen und ist Einzelnen seiner Bekannten durch sein merkwürdiges Verhalten aufgefallen. Sehr erheblich können alle diese Erscheinungen nicht gewesen sein; denn sonst müssten sie W. in seiner Arbeitsfähigkeit behindert haben, und W. müsste auch den anderen Zeugen, welche zum Theil in demselben Hause mit ihm zusammengewohnt haben, aufgefallen sein. „Wenn einer nicht recht richtig ist", wie der Laie sagt, spricht sich das bei dem engen Zusammenwohnen und dem nahen Verkehr in den Arbeiterbehausungen rasch herum.

Wir dürfen also nach Vorstehendem nicht weiter gehen, als annehmen, dass W. vor dem Unfall ein etwas eigenthümlicher, vielleicht auch etwas nervöser Mensch gewesen ist.

Ein Wort wäre noch über das Nasenbluten zu sagen. Nasenbluten wird nicht selten bei organischen Gehirnerkrankungen, namentlich bei solchen des Vorderhirns beobachtet. Aus dem von Dr. D. mitgetheilten Sektionsbefunde können wir indessen entnehmen, dass eine schwere organische Erkrankung des Gehirns nicht vorgelegen hat. Wir sind also nicht berechtigt, das Nasenbluten mit der später bei W. aufgetretenen Geistesstörung in Zusammenhang zu bringen.

Es ist vielmehr wahrscheinlicher, dass das Nasenbluten durch eine andere accidentelle Ursache bedingt worden ist.

Nach dem Unfall ist W. sicher ein geistig und körperlich schwer leidender Mann gewesen; das geht aus dem Gutachten des Dr. D. und den zahlreichen Zeugenaussagen, sowie aus dem schliesslichen Ende durch Selbstmord mit Sicherheit hervor. Welcher Art seine geistige Erkrankung gewesen ist, ist nach dem vorhandenen Material schwer festzustellen. Soviel aber scheint mir festzustehen, dass der Symptomenkomplex ein sehr wechselnder gewesen, und dass er erst nach dem Unfall und im Anschluss an den Unfall deutlich aufgetreten ist. Wir hören, dass W. nach Art eines Melancholischen mit Unwürdigkeitsideen seine Mitarbeiter um Verzeihung bat; wir erfahren, dass er andererseits wieder gelegentlich ohne Grund lachte; es wird uns mitgetheilt, dass er gelegentlich sich verfolgt glaubte, und es ist aufgefallen schliesslich, dass er wie ein verblödeter Geisteskranker allerlei werthlose Gegenstände sammelte. Nehmen wir dazu noch seine Klagen über Kopfschmerzen und Schwindel und das Trauma, das vorausgegangen ist, so erscheint uns die Diagnose „traumatisches Irresein" am wahrscheinlichsten. Denn es ist ein sehr wechselvoller Symptomenkomplex für das traumatische Irresein charakteristisch. Dass gelegentlich bei einer achttägigen Beobachtung krankhafte Erscheinungen nicht beobachtet worden sind, darf uns in unserer Annahme nicht hindern; denn solche Remissionen, wo alle Krankheitserscheinungen zurücktreten, kommen namentlich im Beginn des traumatischen Irreseins nicht selten vor.

Ich bin also nach alledem überzeugt, dass, allerdings bei etwas vorbereitetem Boden, der Unfall im Frühjahr 1895 die geistige Störung des W. herbeigeführt hat. Ich kann demnach unter Berücksichtigung der in den Protokollen enthaltenen Zeugenaussagen und insbesondere des Umstandes, dass der verstorbene Adolf W. schon vor der durch den Unfall im Jahre 1895 erlittenen Kopfverletzung mehrfach an Nasenbluten gelitten hat, der aus dem Gutachten vom 5. Dezember 1896 ersichtlichen Annahme zustimmen, dass zwischen dem vorbezeichneten Unfall und dem geistigen Leiden des am 11. November 1896 durch Selbstmord verstorbenen W. ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

Da das vorstehende Obergutachten — ebenso wie die im Anschluss an die Leichenöffnung von dem Kreis- und Stadtphysikus Dr. D. in H. erstattete gutachtliche Aeusserung — zur Bejahung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Unfall und der geistigen Störung gelangt ist, in welcher der Verstorbene, wie von keiner Seite bezweifelt wurde, den Selbstmord verübt hat, so hat das Reichs-Versicherungsamt den Hinterbliebenen unter Aufhebung der Vorentscheidungen die gesetzliche Entschädigung zugesprochen.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes; 1899, Nr. 4.

Aerztliches Obergutachten über den Zusammenhang zwischen Betriebsunfall, einer sich später ausgebildet habenden sarkomartigen Geschwulst und dem $^3/_4$ Jahre nach dem Unfall eingetretenen Tod. Erstattet von Prof. Dr. Czerny in Heidelberg unter dem 23. November 1898.

Als aktenmässig festgestellt darf gelten, dass H. vorher vollkommen gesund und arbeitsfähig, am 1. Juli 1897 einen schweren Wagen zur Seite geschoben und dabei einen Schmerz in der rechten unteren Bauchgegend empfunden hat, welcher ihn zwar nicht hinderte, noch bis zum 26. Juli schwere Arbeit zu verrichten, ihn aber doch veranlasste, schon am 4. Juli den Rath des Herrn Dr. B. in Anspruch zu nehmen. Derselbe fand eine taubeneigrosse Muskelhernie in der rechten unteren Bauchgegend, die durch Umschläge verschwand. Mitte August fand Herr Dr. Sch., welcher den H. in Vertretung des Herrn Dr. B. behandelte, eine kleinfaustgrosse, krebsartige Geschwulst über der Mitte des rechten Poupart'schen Bandes, welche unbeweglich in der Beckentiefe festsass. Dieselbe wuchs allmählich, führte unter zunehmender Körperschwäche zur Entstehung von metastatischen Knoten in der Leber und veranlasste am 16. April 1898 den Tod des H. Bei der Sektion fand sich handhoch oberhalb des Tumors eine innige Verwachsung des Blinddarmes mit der Bauchwand, entsprechend der früher von Dr. B. daselbst beobachteten Muskelhernie. Da dieselbe durch um-

schläge verschwunden ist, dürfen wir wohl annehmen, dass dieselbe aus einer Blutgeschwulst an Stelle einer Muskelzerreissung bestanden hat.

Damit wäre ein Zusammenhang des erlittenen Unfalles mit der Krankheit im Sinne des ausführlichen Gutachtens des Herrn Geh. Rath B. festgestellt: „Die Verwachsung des Blinddarmes mit der Bauchwand wurde durch das Ueberlupfen am 1. Juli 1897 veranlasst."

Viel schwieriger zu entscheiden ist die Frage über das Entstehen und den Zusammenhang mit der Verletzung der bei der Sektion festgestellten krebsartigen Geschwulst (Sarkom), welche die eigentliche Todesursache abgegeben hat. Die Meinungen der Aerzte in dieser Beziehung sind auch getheilt. Dr. B., der den Kranken von Angang an behandelt hat, war Anfangs zweifelhaft, scheint aber später an einen Zusammenhang der Geschwulst mit der Verletzung gedacht zu haben. Erst einige Zeit nach dem 26. Juli stellte er das Emporwachsen einer Geschwulst aus der Tiefe des Beckens fest, welche er früher nicht beobachtet hatte. Herr Dr. Sch., der von Mitte August bis Mitte September den H. behandelte, sprach in seinem Gutachten vom 31. Juli 1898 die Meinung aus, dass der Tumor jedenfalls schon viel länger bestanden habe, und dass die Aneinanderfolge der Erscheinungen von Seiten des erwähnten Leibschadens und von Seiten des heranwachsenden Tumors eine rein zufällige sei. Medizinalrath S., welcher den H., wie es scheint, von Mitte September bis zu dem am 16. April 1898 erfolgten Tage behandelte und die Sektion ausführte, ist nicht der Meinung, dass das dreiwöchentliche Arbeiten des H. nach dem Unfalle die Entwickelung eines etwa früher vorhandenen Krebskeimes weiter gefördert habe, wenn man nicht geradezu sagen kann, dass der Unfall nnd die nach diesem noch geleistete schwere Arbeit die direkte Krankheitsursache war.

Geh. Rath B. nimmt an, dass das Sarkom wahrscheinlich schon vorher bestand. Er giebt zwar an, dass er selbst mehrere Fälle gesehen habe, in denen äussere mechaniche Einwirkungen zur Entstehung bösartiger Geschwülste beigetragen hätten; er hält es aber in diesem Falle für ausgeschossen, weil die Kraftanstrengung sich an einem anderen Punkte, etwa handbreit von der Geschwulst entfernt sich geäussert und den Muskelbrnch verursacht habe. Demgegenüber möchte ich nochmals auf den ärztlichen Bericht des Dr. B. vom 31. Oktober 1897 hinweisen, der bei dem früher offenbar gesunden und kräftigen Menschen Anfangs kein Zeichen von der Gegenwart einer Geschwulst im Becken nachweisen konnte, sondern erst nach dem 26. Juli dieselbe entdeckte und mit ihrem raschen Wachsthum gleichzeitig ausstrahlende Schmerzen, Stauungserscheinungen im rechten Bein und kachektische Erscheinungen (Abmagerung, Leichenblässe) auftreten sah. Es handelte sich also um eine rasch wachsende, bösartige Geschwulst, für deren Vorhandensein bei dem Eintreten des Unfalls wir absolnt keinen Anhaltspunkt haben, welche aber sehr wohl in 5—6 Wochen nach demselben sich entwickelt haben konnte. Nun ist es ja richtig, dass wir über die eigentliche Entstehungsursache bösartiger Geschwülste nichts Sicheres wissen; allein es ist vielfach festgestellt, dass lokale Traumen für die Entshehung namentlich von Sarkomen (und um diese Form bösartiger Geschwülste handelte es sich bei H.) relativ häufig den ersten Anstoss geben. Wenn auch das Trauma allein keine ausreichende Ursache für die Entstehung von Sarkomen abgiebt, so hat meines Wissens das Reichs-Versicherungsamt doch den ursächlichen Zusammenhang dann als bestehend angenommen, wenn die Entstehung der Geschwulst zeitlich und örtlich mit der Verletzung in Zusammenhang gebracht werden konnte. Ueber den zeitlichen Zusammenhang kann nach obiger Auseinandersetzung kaum ein Zweifel bestehen. Der ursächliche Zusammenhang wird von Geh. Rath B. bezweifelt. Allein ich glaube, dass es sich bei dem Muskelbruch nicht um eine örtliche Verletzung durch Stoss, Druck oder Schlag gehandelt haben kann, sondern dass derselbe indirekt bei dem Heben des Wagens dnrch Muskelzerreisung entstanden ist. Die dabei stattfindende Zerrung des Muskels konnte sich aber wohl noch handbreit tiefer bis an seine Ansatzstelle am horizontalen Schambeinast erstrecken und durch eine Abreissung der Beinhaut, welche in der Tiefe nicht erkannt werden konnte, den lokalen Boden schaffen, auf welchem sich dann die bösartige Geschwulst entwickelte.

Wenn ich zum Schluss mein Gutachten zusammenfasse, so halte ich es nicht blos für festgestellt, dass zwischen dem am 1. Juli stattgehabten Unfall, dem am 4. Juli von Dr. B. beobachteten Muskelbruch, den später vorgefundenen

Verwachsungen und dem am 26. Juli in der Blinddarmgegend beobachteten Störungen ein direkter Zusammenhang besteht, sondern halte es auch für sehr wahrscheinlich, dass die Geschwulstbildung, welche schliesslich den Tod des H. verursacht hat, in ursächlichen Zusammenhang mit dieser Verletzung gebracht werden muss.

Lungenleiden und Betriebsunfall. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 14. Februar 1899. Nr. 7429/98.

Das Rekursgericht ist dem Schiedsgericht zwar nicht überall in der Begründung seiner Entscheidung, so doch im Endergebnisse beigetreten. Nach den ärztlichen Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. E. vom 29. Januar, 23. April und neuerdings vom 8. August 1898, sowie des Königlichen Kreisphysikus, San.-Rath Dr. H. vom 31. Mai 1898 ist der Kläger an einem Lungenleiden erkrankt und dadurch erwerbsunfähig geworden. Nach der feststehenden Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes liegt ein Unfall beim Betriebe dann vor, wenn entweder das Lungenleiden durch den Unfall unmittelbar verursacht worden oder wenigstens der Unfall eine von mehreren zusammenwirkenden Ursachen für das Leiden ist und als solche in's Gewicht fällt, derart, dass wegen des schon bestehenden Lungenleidens die Folgen der Verletzung in wesentlich erhöhtem Masse schädigend wirken oder den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erheblich beeinflusst haben. Es genügt also nicht, wenn die verantwortlich gemachte Betriebshandlung lediglich die zufällige Gelegenheit oder in diesem Sinne die äussere Veranlassung für das Hervortreten des Lungenleidens in dessen natürlicher Fortentwickelung bilden (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung, Anmerkung 35 c zu §. 1 und Anmerkung 2 zu §. 5 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884.) Es ist deshalb unzutreffend oder wenigstens missverständlich, wenn das Schiedsgericht zur Begründung des ursächlichen Zusammenhanges das Heben des Wagens lediglich als die äussere Veranlassung für die Beschädigung der Lunge bei dem Kläger bezeichnet. Das Reichsversicherungsamt hat seinerseits den ursächlichen Zusammenhang in dem richtigen Sinne als erwiesen angenommen, nämlich in dem Sinne, dass der Betriebsvorfall vom 17. Juli 1897 mindestens eine in's Gewicht fallende mitwirkende Ursache für die Entwickelung des Lungenleidens bildet. Die Gutachten der beiden genannten Aerzte weichen zwar in dieser Hinsicht von einander ab. Dr. E. nimmt eine allmähliche Entwickelung des Leidens unter Mitwirkung nicht eines bestimmten Unfallereignisses, also eines in einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum eingeschlossenen Vorfalles, sondern höchstens unter dem Einflusse der längeren nachtheiligen Betriebsweise an, in welchem Falle ein Unfall im Sinne der Unfallversicherungsgesetzgebung überhaupt nicht vorliegen würde. Dr. H. dagegen findet in dem vom Kläger behaupteten Vorfalle die mögliche Ursache des Lungenleidens überhaupt, mindestens aber den Grund für die Verschlimmerung des etwa schon vorhanden gewesenen Leidens. Für diese letztere Auffassung spricht auch der vom Zeugen Hauer Johann Adam M. glaubwürdig bestätigte Verlauf des Vorfalls. Danach wollten der Kläger und der Zeuge gemeinsam einen entgleisten beladenen Förderwagen, dessen linkes Rad unter eine Schwelle des Geleises gerathen war, wieder einheben, was ihnen erst nach wiederholten Bemühungen gelang. Der Kläger hat bei dem Heben des unter die Schwelle gerathenen Rades plötzlich losgelassen und dem Zeugen gegenüber sofort über Schmerzen in der Seite geklagt, auch alsbald darauf, noch während der Arbeit, Blut ausgespieen, während bei der früheren längeren Zusammenarbeit der Zeuge niemals etwas Krankhaftes an dem Kläger bemerkt hat. Auch für die im Bescheide der Beklagten vom 4. März 1898 ausgesprochene Annahme, das Lungenleiden des Klägers sei erblicher Natur, ergeben die Akten durchaus keinen irgendwie erheblichen Anhalt und ein Grund für diese Annahme ist um so weniger erkennbar, als der Kläger sich demgegenüber im Einzelnen über die Gesundheitsverhältnisse seiner Eltern und Grosseltern auslässt, ohne dass die Beklagte diese gegen ihre Annahme sprechenden Behauptungen auch nur bestritten hat. Bei dieser Sachlage musste das Rekursgericht dem Gutachten des Kreisphysikus Dr. H. von demjenigen des Knappschaftsarztes Dr. E. den Vorzug geben und hat den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem geschilderten Betriebsvorfalle und dem Lungenleiden des Klägers in der Weise, dass jener Vor-

fall dieses Leiden in erheblicher Weise mindestens beeinflusst hat, für erwiesen erachtet. Kompass; 1899, Nr. 11.

Selbstmord als Unfallfolge? Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. November 1898.

Der Arbeiter H. hat am 5. Oktober 1897 seinen Tod unter Umständen gefunden, die es als zweifellos erscheinen lassen, dass er, was auch von keiner Seite bestritten wird, sich das Leben genommen hat. Das Schiedsgericht hat unter Anlehnung an die in der Rekursentscheidung 1161 (Amtl. Nachr. 1892, S. 320) ausgesprochenen Grundsätze den ursächlichen Zusammenhang des Selbstmordes mit dem am 30. oder 31. Juli 1896 erlittenen Betriebsunfalle des H. verneint, und diese Auffassung muss nach Lage der Sache als zutreffend erachtet werden.

Die Anführungen, durch welche die Kläger diesen Zusammenhang darzuthun versuchen, zielen dahin, dass die durch den Unfall bedingten, allmählich gesteigerten und schliesslich unerträglich gewordenen Schmerzen und die mit der Nahrungsaufnahme verbundenen Beschwerden den Selbstmord veranlasst hätten. Die Annahme, dass diese Schmerzen und Beschwerden einen nicht unwesentlichen Einfluss auf den Entschluss des H. ausgeübt haben, findet auch in den bisher ermittelten Umständen eine gewisse Unterlage, genügt aber nicht, um den erhobenen Entschädigungsanspruch zu begründen. Denn wenn der Verletzte nicht die zur Ertragung der Unfallsfolgen erforderliche Standhaftigkeit und Selbstüberwindung besitzt und deshalb Hand an sich legt, so bildet der Unfall mit seinen Folgen zwar die äussere Veranlassung, nicht aber die Ursache des Selbstmordes, welcher vielmehr auf die eigene freie Willensmeinung des Verletzten zurückzuführen ist. Einer anderen Beurtheilung würde die Sache unterliegen, wenn H. den Selbstmord in einem durch den Unfall herzorgerufenen Zustande der Unzurechnungsfähigkeit, also unter Ausschluss der freien Willensbestimmung begangen hätte. Für die Annahme bieten aber weder die Anführungen der Kläger, noch die sonstigen Ermittelungen einen ausreichenden Anhalt. Die in der Rekursschrift enthaltenen Behauptungen weisen vielmehr auf das Gegentheil hin, weil hiernach H. schon längere Zeit vor Ausführung der That den Entschluss gefasst und reiflich überlegt zu haben scheint, sich den durch den Unfall hervorgerufenen Schmerzen durch Selbstmord zu entziehen.

Verlust der Endglieder der drei ersten Zehen bedingt keine Erwerbsverminderung. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 28. Februar 1899. Nr. 9810/98.

Nach dem von der Beklagten überreichten Gutachten der Aerzte Dr. R. und Dr. S. liegen die Narben in den Zehenstumpfen so, dass sie beim Auftreten und Knieen nicht gedrückt werden können. Wenn also auch zugegeben werden kann, dass der Kläger in der ersten Zeit nach Wiederaufnahme seiner Arbeit noch Unbequemlichkeiten empfunden haben möge, so ist doch die Angewöhnung an den veränderten Zustand, wie aus der Auskunft der Zechenverwaltung vom 7. September 1898 entnommen werden muss, schon nach kurzer Zeit eingetreten und der als einzige Folge des Unfalls vom 21. April 1898 bestehende Verlust der Endglieder der drei ersten Zehen des linken Fusses keine Verstümmelung von solcher Erheblichkeit, dass eine nennenswerthe Beschränkung des Klägers in seiner Erwerbsfähigkeit anerkannt werden könnte. Die Gewährung einer Rente ist deshalb nicht gerechtfertigt und der Rekurs der Beklagten begründet. Kompass; 1899, Nr. 11.

Auf Grund des blossen Augenscheins kann sich das Schiedsgericht bei Feststellung der dauernden Erwerbsunfähigkeit nicht über ein entgegenstehendes ärztliches Gutachten hinwegsetzen. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. März 1899.

Das Schiedsgericht gründet seine Feststellung, dass der Kläger bereits dauernd erwerbsunfähig im Sinne des §. 9 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes sei, ausschliesslich auf seine äussere Erscheinung und sein Verhalten in der mündlichen Verhandlung vom 14. Mai 1898. Danach ist der Kläger von zwei Personen gestützt und halb getragen vor das Schiedsgericht

geschleppt worden, hat kraftlos im Stuhl gehangen und sich nur mit schwacher, gebrochener Stimme verständlich machen können. Dem gegenüber wird der Kläger in dem Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. L. zu S. vom 12. Oktober 1897 als ein im Wesentlichen gesunder Mann geschildert, der nur an unbedeutenden Krampfadern an den Unterschenkeln und einer alten Muskelzerreissung am linken Oberarm leide und zu allen Arbeiten, welche nicht gerade ausnahmsweise Kräfte, insbesondere des linken Armes, erforderten, fähig sei.

Für die auffallende Verschiedenheit der beiden Befunde hat das Schiedsgericht keine Erklärung zu geben versucht, sie wird in den Gründen der angefochtenen Entscheidnng mit Stillschweigen übergangen. Hierin muss ein wesentlicher Mangel, nämlich eine Verletzung des §. 16 Abs. 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 1. Dezember 1890, erblickt werden. Das Schiedsgericht durfte sich nach Lage der Sache über die Frage der Erwerbsunfähigkeit nicht schlüssig machen, ohne dass wenigstens ein Versuch vorangegangen war, die Wahrnehmungen des Schiedsgerichts und die des gehörten, übrigens vom Kläger selbst benannten Sachverständigen zu vereinigen. Allerdings verweist die angeführte Vorschrift, indem sie die Amtspflicht des Schiedsgerichts zur Klarstellung des Sachverhalts durch Beweiserhebung ausspricht, zugleich auf das „Ermessen" eben dieses Gerichts. Indessen kann hiermit, wenn die Vorschrift nicht sich selbst wieder aufheben soll, nur ein sachliches, mit Gründen gestütztes, nicht willkürliches Ermessen gemeint sein.[1]) Mag daher auch das Recht der freien Beweiswürdigung unter Umständen so weit gehen können, dass das Schiedsgericht entgegen dem Gutachten der ärztlichen Sachverständigen das Vorhandensein der Erwerbsunfähigkeit im gesetzlichen Grade seinerseits feststellen darf, so legt doch ein solcher Widerspruch zwischen der Auffassung des Arztes und der des Gerichts, wie er im vorliegenden Falle obwaltet, dem Gericht jedenfalls zunächst die Pflicht auf, eine weitere Aufklärung des Sachverhalts anzustreben. Das Schiedsgericht musste sich sagen, dass auf seiner Seite ein Irrthum untergelaufen sein konnte. Dazu kommt noch ein anderer Gesichtspunkt. Ist es schon an sich im Allgemeinen bedenklich, die Annahme der Erwerbsunfähigkeit lediglich auf das Urtheil von Nichtärzten, wie es die Mitglieder des Schiedsgerichts regelmässig zu sein pflegen und auch im vorliegenden Falle gewesen sind, zu stützen, so muss sich dieses Bedenken um so stärker geltend machen, wenn es sich, wie hier, auch um die Prüfung der Frage handelt, ob die Erwerbsunfähigkeit sich als eine „dauernde" darstelle, ob also eine Heilung der sie bedingenden Leiden und damit eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bis zu dem in §. 9 Abs. 3 a. a. O. bezeichneten Grade nach menschlichem Ermessen in absehbarer Zeit ausgeschlossen sei.

Die Aufforderungen an minderjährige Unfallverletzte, sich einer Krankenhausbehandlung im Sinne des §. 7 des Unfallversicherungsgesetzes zu unterwerfen oder sich behufs anderweiter Feststellung der Unfallfolgen durch einen bestimmten Arzt untersuchen zu lassen (§. 5 des Gesetzes) sind, wenn sie eine Rechtswirkung begründen sollen, an den gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen und nicht an diesen selbst zu richten. Rekurs-Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 1. Februar 1899 bezw. 8. Dezember 1898.

Die Anordnung stellt sich als eine Verfügung dar, die in mehrfacher Hinsicht für den Unfallverletzten nachtheilige Rechtswirkungen in Bezug auf sein Vermögen — den Rentenanspruch — an sich zu ziehen geeignet ist.

---

[1]) In einem anderen Falle, in dem das Schiedsgericht einen Einstellungsbescheid auf Grund des Augenscheins bestätigt hatte, obwohl die verletzte Hand nach dem Gutachten des Arztes noch dadurch sehr behindert sein sollte, dass der 3. und 4. Finger angeblich nicht völlig gestreckt werden konnten und die Sehnen noch schmerzhaft waren, hat dagegen das Reichsversicherungsamt dieses Urtheil durch Rekurs-Entscheidung vom 25. Januar 1899 bestätigt, weil es hier um so weniger bedenklich sei, von einer weiteren ärztlichen Untersuchung abzusehen, als die schiedsgerichtlichen Beisitzer praktisch erfahrene Handwerksmeister seien und als solche hinreichend Sachkunde besässen, um die Leistungsfähigkeit der rechten Hand des Klägers zuverlässig und zutreffend beurtheilen zu können.

Hieraus folgt weiter, dass eine solche Verfügung, wenn der Verletzte minderjährig ist, an seinen gesetzlichen Vertreter, dem die Sorge für sein Vermögen obliegt, gerichtet werden muss, wenn anders sie jene Rechtswirkung begründen soll. Es mag in vielen Fällen, namentlich wenn der Verunglückte dem Alter der Grossjährigkeit nahe ist, zweckmässig sein, die Aufforderung zunächst ihm selbst zugehen zu lassen. Kommt er aber dem Verlangen der Berufsgenossenschaft nicht oder nicht vollständig nach, so muss die Aufforderung an seinen gesetzlichen Vertreter gerichtet werden. Nur wenn die an diesen gerichtete Verfügung nicht befolgt wird, ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, einen nach Lage der Verhältnisse ungünstigen Schluss bezüglich der Unfallfolgen zu ziehen.

Inwieweit sind Unfallrentner zur Duldung von Operationen verpflichtet? Rekurs-Entscheidung des Königl. Württembergischen Landesversicherungsamts vom 7. März 1899.

Das Landesversicherungsamt ist bisher davon ausgegangen, dass die Träger der Unfallversicherung berechtigt sind, von den durch Unfall verletzten und von ihnen zu entschädigenden Personen zu verlangen, dass sie sich einem zweckentsprechenden Heilverfahren behufs möglichster Hebung der Unfallfolgen und Wiederherstellung der früheren Erwerbsfähigkeit unterziehen, und dass dieses Verlangen von den Verletzten nur abgelehnt werden kann, wenn es sich um die Vornahme einer Operation handelt, welche einerseits gefährlich ist, insbesondere eine allgemeine Narkose voraussetzt, andererseits nicht mit genügender Sicherheit einen Erfolg in Aussicht stellt. Von dieser Auffassung abzugehen, dem Verletzten also zu gestatten, zum Nachtheil des Trägers der Versicherung jede, auch eine leichte und ungefährliche Operation abzulehnen, hat das Landesversicherungsamt keinen Grund gefunden.

Die Anwendung dieser Grundsätze auf den vorliegenden Fall ergiebt aber die völlige Berechtigung der von der Rekursklägerin an den Rekursbeklagten gestellten Forderung, die am rechten Knie vorhandene Geschwulst entfernen zu lassen. Nach den Gutachten des Prof. Dr. X. kann durch Entfernung des Schleimbeutels mit Sicherheit die völlige Herstellung des Rekursbeklagten erreicht werden. Diese Operation erfordert keine Betäubung, sondern nur eine lokale Anästhesie, d. h. eine solche, welche die Empfindlichkeit der Operationsstelle aufhebt; sie ist völlig schmerzlos und absolut ungefährlich. Irgendwelche Gefahr für den vorhandenen Brust- und Lungenkatarrh schliesst sie nicht in sich. Ein so leichter Eingriff setzt kein grösseres Maass von Selbstbeherrschung und Willenskraft voraus, als solches einem in den besten Jahren stehenden Mann, wie es der Rekursbeklagte ist, billigerweise zugemuthet werden kann und als es innerhalb des ordentlichen Heilverfahrens bei der Wundbehandlung, bei Massagekuren und bei der Heilgymnastik alltäglich gefordert wird. Dass bei der Wahl des Zeitpunktes für die Operation auf die bestehende Krankheit des Rekursbeklagten Rücksicht zu nehmen ist, ist selbstverständlich.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

1. **Die Verbreitung der Phthise durch staubförmiges Sputum und durch beim Husten verspritzte Tröpfchen.** Von Geh. Med.-Rath Professor Dr. Flügge-Breslau. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; XXX. Bd., 1. Heft, 1899.

2. **Ueber Luftinfektion durch Husten, Niesen und Sprechen verspritzter Tröpfchen.** Von Dr. Laschtschenko, Privatdozenten in Charkow. Ibidem.

3. **Ueber die Ausstreuung infektiöser Tröpfchen beim Husten der Phthisiker.** Von Dr. Br. Heymann. Ibidem.

4. **Ueber die Infektiösität in die Luft übergeführten tuberkelbazillenhaltigen Staubes.** Von Dr. Roland Sticher. Ibidem.

5. **Vortrag zur Kenntniss der Verbreitung der Phthisis durch verstäubtes Sputum.** Von Dr. Max Beninde. Ibidem.

Die vorstehenden Abhandlungen hängen eng zusammen und beruhen sämmtlich an eingehende Untersuchungen und Versuche, die auf Anregung und unter Leitung von Flügge im Breslauer hygienischen Institut über die Verbreitungs-

weise der Phthise angestellt sind; sie bilden gleichsam die Fortsetzung der s. Z. von Flügge veröffentlichten „Abhandlung über die nächsten Aufgaben zur Erforschung der Verbreitungsweise der Phthise“,[1]) in der er die Behauptung aufstellte, dass ein vollgültiger Beweis für die Infektiosität des trockenen Sputums bis jetzt noch nicht gebracht und die Gefahr einer Infektion durch die beim Husten verspritzten flüssigen Sputumtheilchen jedenfalls viel grösser sei. Die Richtigkeit dieser Behauptung wird durch die Ergebnisse der betreffenden Untersuchungen bestätigt.

Zunächst weist Sticher nach, dass zwar die feinsten, leichtesten Stäubchen, welche sich für längere Zeit schwebend in der umgebenden Luft zu halten vermögen, virulente Tuberkelbazillen führen können, dass aber der Keimgehalt dieses Staubes mit der Geschwindigkeit der Luftströme stark abnimmt und dass deshalb die Wahrscheinlichkeit einer Luftstaubinfektion mit Tuberkulose bei den in unserer Umgebung gerade am häufigsten vorkommenden minimalen Luftströme selbst eine um so geringere ist, als sie vollkommene Trockenheit des zur Verstäubung gelangten Sputummateriales voraussetzt und diese unter praktischen Verhältnissen nicht häufig stattfindet. Die in dieser Hinsicht von Beninde ausgeführten Versuche mit von Phthisikern benutzten und mit dem Sputum verunreinigten Taschentüchern, die Cornet als die gefährlichste Quelle verstäubter Tuberkelbazillen bezeichnet, ergaben nämlich, dass dieselben, sobald sie reichliches, frisches Sputum enthalten, keine staubförmigen Partikel mit Tuberkelbazillen loslassen, die selbst durch kräftige Luftströme eine Strecke weit durch die Luft fortgeführt werden können. Erst dann, wenn die Tücher wenig Sputum enthielten und etwa einen Tag unbenutzt in der Tasche getragen werden, können sie soweit austrocknen, dass tuberkelbazillenhaltige Theile fortbewegt werden; es bedarf aber dazu stärkerer Luftströme, die in der Praxis kaum annähernd erreicht werden. Nur wenn das Tragen des unbenutzten Tuches in der Tasche noch länger dauert oder vorher künstliches Trocknen der Taschentücher im Exsiccator stattgefunden hat, erfolgt auch durch schwache Ströme (1 cm pro sec.) eine Fortbewegung. Es ergiebt sich daraus, dass eine Infektion mit verstäubtem, trockenem Sputum, z. B. in Räumen, in welchen phtysisches Sputum auf dem Fussboden oder Gegenständen angetrocknet und die Luft sichtbar mit gröberem Staube erfüllt ist, sei es durch trockene Reinigung des Wohnraumes und Zugluft, sei es durch den Verkehr und die Hantirungen zahlreicher Menschen (Werkstätten) oder durch fortgesetzte mechanische Erschütterungen (Bahnwagen), wohl möglich, aber relativ selten und nur bei fortgesetztem längerem Aufenthalt zu befürchten ist. Eine gelegentliche Entleerung des Sputums in's Taschentuch erhöht die Infektionsgefahr nicht in nennenswerther Weise; nur wenn mässig beschmutzte Taschentücher mehrere Tage unbenutzt getragen werden und dann durch Reiben und Zerren an den Tüchern die Ablösung unterstützt wird, können sich Sputumtheilchen loslösen und ausnahmsweise durch die Luft zu anderen Menschen fortgetragen werden. Weit ungünstiger liegen dagegen die Verhältnisse hinsichtlich des zweiten Infektionsmodus: der Tröpfcheninfektion, d. h. der Ausstreuung feinster bazillenhaltiger Tröpfchen beim Husten der Phthysiker. Die Versuche von Laschtschenko haben in dieser Hinsicht den unumstösslichen Beweis dafür gebracht, dass der Phthysiker die ihn umgebende Luft durch die Hustenstösse mit Tröpfchen flüssigen Sputums füllen kann, welche lebende und virulente Tuberkelbazillen enthalten; desgleichen hat Heymann einwandsfrei nachgewiesen, dass diese von Phthysikern beim Husten abgeschleuderten, tuberkelbazillenhaltigen feinsten Tröpfchen im Stande sind, auf grössere Entfernungen in den Inspirationsstrom von Meerschweinchen zu gelangen, eingeathmet zu werden und in der Lunge eine Infektion zu erzeugen. Was aber für diese Thiere mit ihrem schwachen Athmungsorganismus gilt, das gilt ganz zweifellos in erheblich höherem Masse auch für den Menschen. Man muss daher ohne Weiteres zugeben, dass ein in der Nähe eines Phthysikers sich aufhaltender Mensch tuberkelbazillenhaltige Tröpfchen, die von jenem bei den Hustenanfällen in der Luft ausgestreut sind, einathmen kann; jedoch bestehen nach den Breslauer Untersuchungsergebnissen glücklicher Weise noch für diese Art der Infektion gewisse Bedingungen und Grenzen. Zunächst streuen bei Weitem nicht alle Phthysiker Tröpfchen aus (Heymann fand unter 39 Kranken 14 = 40 %,

[1]) S. Referat darüber in Nr. 21 der Zeitschrift, Jahrg. 1897.

die tuberkelbazillenhaltige Tröpfchen beim Husten verspritzten); individuelle Verschiedenheiten, der wechselnde Gehalt des Sputums an Bazillen, die Tageszeit u. s. w. spielen dabei eine gewisse Rolle. Ferner findet nur bis auf 50 cm Entfernung eine ziemlich starke Ausstreuung statt; weiterhin nimmt die Menge der schwebenden Tröpfchen rasch ab; in $1^1/_2$ m Entfernung blieben bei den Versuchen die Objektträger fast ausnahmslos frei. Endlich bildet die Dauer des Aufenthalts in der Nähe des Hustenden ein einflussreiches Moment für die Möglichkeit der Infektion. Durch andauerndes Zusammenleben mit häufiger Annäherung an den Hustenden, z. B. bei Eheleuten, Krankenwärtern, in dicht besetzten Arbeitsräumen u. s. w. werden die Chancen für eine Tröpfchendesinfektion stark steigen, bei vereinzelten Besuchen und Gesprächen, sowie bei einer Annäherung auf höchstens 1 m dagegen fast auf Null absinken.

Flügge betont am Schluss, dass beide Infektionsgelegenheiten durch einfache prophylaktische Massregeln auszuschalten oder doch stark zu reduziren sind. Zur Verhütung der Luftstaubinfektion ist es nach Cornet's Vorschlägen nothwendig, alles Sputum in mit etwas Wasser angefüllte Spucknäpfe oder Spuckfläschchen oder in Taschentücher, die nach beendeter Benutzung zu desinfiziren bezw. zu vernichten sind, zu entleeren und ausserdem die trockene Reinigung von Räumen, in denen Phthysiker verkehren, möglichst zu vermeiden. Der Infektion durch Hustenstösse, Tröpfcheninfektion, lässt sich dadurch begegnen, dass der Hustende während des Hustens das Taschertuch vor den Mund hält, um ein Hinausgelangen der Tröpfchen über die allernächste Umgebung zu verhindern. Ferner ist jede unnöthige Annäherung an den Phthysiker auf weniger als 1 m zu unterlassen, namentlich so lange dieser hustet oder nicht in der Lage ist, ein Taschentuch vorzuhalten. Deshalb sollte auch in Bureaux, Werkstätten u. s. w. die Entfernung zwischen den Köpfen der Arbeitenden mindestens 1 m betragen. Liegt Grund zu der Annahme vor, dass in bestimmten Räumen eine weitere und bedenkliche Ausstreuung vor Tuberkelbazillen in Staub- oder Tröpfchenform stattgefunden hat, so sind jene mit Formaldehyd nach der Breslauer Methode zu desinfiziren. Rpd.

---

1. Die Wohnungsdesinfektion durch Formaldehyd. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C. Flügge in Breslau. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. XXIX. Bd., 1898 (Dezember).

2. Formaldehyddesinfektion durch Verdampfung verdünnten Formalins. (Breslauer Methode.) Von M. von Brunn, Assistent am hygienischen Institut. Ibidem. XXX. Bd., 2. H.; 1899.

Dass die bisherige Art der Wohnungsdesinfektion viele Unvollkommenheiten hat, sich insbesondere bei dem Publikum einer sehr grossen Unbeliebtheit erfreut und in Folge dessen häufig ansteckende Krankheiten verheimlicht oder infektionsverdächtige Gegenstände bei Seite geschafft werden, darüber besteht in den betheiligten Kreisen kein Zweifel. Seit Jahren ist man daher fortgesetzt auf der Suche nach einem einfacheren, besseren und gleichwohl ebenso wirksamen Desinfektionsverfahren gewesen und glaubte schliesslich ein solches in der Desinfektion mit Formaldehyd gefunden zu haben; aber alle bisher vorgeschlagenen Desinfektionsverfahren mit diesem gasförmigen Desinficiens stellten sich schliesslich immer wieder als nicht völlig wirksam und praktisch heraus. Erst nachdem man dazu überging, gleichzeitig auf ausreichende Luftfeuchtigkeit des zu desinfizirenden Raumes Bedacht zu nehmen, d. h. die Luft desselben mit Wasserdampf zu übersättigen, so dass eine das Eindringen des Desinficiens ermöglichende Durchfeuchtung der Objekte eintritt und gleichzeitig die Polymerisirung des Formaldehydgases durch den reichlichen Wasserdampfgehalt der Luft hintangehalten wird, besserten sich die Ergebnisse der Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd sehr erheblich. Auf diesem Grundprinzip beruht auch das von Flügge als sogenannte Breslauer Methode empfohlene Verfahren, das allen Anforderungen nach dieser Richtung hin: Handlichkeit und Einfachheit des Apparates, leichte und sichere Herstellung des Desinficiens in bestimmter, kontrolirbarer und für den zu desinfizirenden Raum geeigneter Konzentration, genaue Zeitbestimmung der Einwirkung sowie möglichst kurze Dauer dieser Einwirkung, Eindringen in eine gewisse Tiefe der Objekte, keine Beschädigung der zu desinfizirenden Gebrauchsgegenstände und keine erhebliche Unzuträglichkeiten oder gesundheitsschädliche Wirkungen für die Bewohner der

betreffenden Räume, sowie mässige Anschaffungs- und Verbrauchskosten, zu entsprechen scheint.

Dasselbe setzt sich aus folgenden Faktoren zusammen:

1. Sachgemässe Vorbereitung des zu desinfizirenden Raumes für die Desinfektion durch sorgfältige Abdichtung des Zimmers, Abrücken der Bettstellen etc., Oeffnen der Schränke etc., freies, möglichst faltenloses Aufhängen von Betten Kleidern, Decken etc.

2. Sonderdesinfektion gewisser Objekte (Einlegen von Wäsche etc. in Sublimatlösung, Anfeuchten grobbeschmutzter Stellen des Fussbodens mit Sublimatlösung). Bei gewissen Krankheiten Desinfektion der Matratzen und Betten durch Wasserdampf.

3. Entwickelung der erforderlichen Formalingasmengen in Kombination mit Wasserdämpfen.

4. Beseitigung des Formalingeruches durch Ammoniak.

Für je 100 cbm Raum sind nach sorgfältiger Abdichtung und unter gleichzeitiger Sättigung der Luft mit Wasserdampf 250 g Formaldehyd durch Verdampfen von 660 ccm 40 %tigem mit 4 Theilen Wasser verdünntem Formalin zu entwickeln; dieselben müssen 7 Stunden Zeit zur Einwirkung haben. Soll die Zeit der Einwirkung auf die Hälfte herabgesetzt werden, so ist die doppelte Menge Formaldehyd zu entwickeln. Darnach erfolgt die Ammoniakentwicklung, die am besten durch Verdampfen von käuflicher 25%tiger Ammoniaklösung, 800 ccm. für je 250 gr. Formaldehyd gelingt. Nach derselben werden Thüren und Fenster Wohnraumes geöffnet, der dann sofort wieder, auch zum Schlafen, benutzt des werden kann. Die Anschaffungskosten für die zu dem vorstehenden Verfahren erforderlichen Geräthschaften, die von der chemischen Fabrik auf Aktien (vormals E. Schering) in Berlin geliefert werden, betragen etwa 100 Mark, die Kosten pro cbm. Luftraum 4—7 Pfg. Auch bei der Breslauer Methode ist zu berücksichtigen, dass nur diejenigen Krankheitserreger abgetödtet werden, welche an zugänglichen Stellen auf der Oberfläche der Gegenstände sich befinden, da das Gas nicht in die Tiefe grosser Stoffe, in Falten, an die untere Fläche von lose aufliegenden Objekten u. s. w. dringt. Deshalb ist die Formaldehyddesinfektion bei Cholera, Abdominaltyphus, Ruhr, Pocken, Wochenbettfieber oder septischen Erkrankungen, bei denen die Krankheitserreger häufig in tiefere Schichten der Betten, Wäsche u. s. w. gelangen, nicht angebracht, sondern hier nach wie vor die Dampfdesinfektion indizirt. Flügge betont aber mit Recht, dass bei diesen Krankheiten, abgesehen von den Pocken, eine umfassende Wohnungsdesinfektion gar nicht erforderlich sei, sondern die Desinfektion der Betten, Wäsche, Kleider u. s. w., sowie Desinfektion der Bettstelle und deren näheren Umgebung (Fussboden und Wand) durch reichliches Befeuchten mit Sublimat- oder Karbollösung genüge. Bei den übrigen ansteckenden Krankheiten, insbesondere bei Diphtherie, Scharlach und Masern, Tuberkulose, die bei weitem die häufigsten Wohnungsdesinfektionen erforderlich machen, wird dagegen mit der Breslauer Methode ein voller Erfolg erzielt. Nothwendig ist allerdings, dass Objekte, die bis in einer gewissen Tiefe Krankheitserreger enthalten können, z. B. Wäsche, mit flüssigen Desinfizienten behandelt (in einem Eimer mit Karbolseifen- oder Sublimatkochsalzlösung) eingelegt und die übrigen Gegenstände im Zimmer so aufgestellt bezw. ausgebreitet werden, dass alle ihre Flächen dem Gase leicht zugänglich sind. Ueber die Ausführung der Desinfektion giebt Flügge schliesslich eine genaue Anweisung, die auch für den Laien leicht verständlich ist und bei Bezug der erforderlichen Geräthschaften von der Fabrik diesen stets beigegeben wird. Jedenfalls bedeutet das von ihm vorgeschlagene Verfahren insofern einen bedeutenden Fortschritt auf dem Gebiete der Wohnungsdesinfektion, als in den meisten Fällen keine Sachen mehr aus dem Hause fortgeschafft zu werden brauchen, eine Beschädigung der Gebrauchsgegenstände und Möbel ausgeschlossen und das ganze Verfahren auch mit verhältnissmässig wenigen Unbequemlichkeiten für die betreffenden Familien verbunden ist.

Dass sich thatsächlich aus den verdünnten Formaldehydlösungen durch Verdampfen Formaldehyddämpfe entwickeln, ohne dass Polymerisirung eintritt, hat v. Brunn nachgewiesen und zwar ist nach seinem Berichte über das Ergebniss der in dem Breslauer hygienischen Institut mit der Formaldehyddesinfektion durch Verdampfung verdünnten Formalins angestellten Versuchen die Ausbeute von Formaldehyd relativ grösser, je verdünnter

die Ausgangslösung ist. Der grösste Theil der in einem Zimmer enthaltenen Formalindämpfe kondensirt sich binnen kurzer Zeit an den kalten Flächen des Zimmers und der darin befindlichen Gegenstände; demnach scheint es, dass durch die Vergasung bezw. Verdampfung von Formaldehyd nur eine bessere und regelmässigere Vertheilung des Desinficiens im Raume erregt wird, dass aber das eigentlich Wirksame nicht das gasförmige Formaldehyd, sondern die auf den Flächen allenthalben sich kondensirende Formaldehydlösung ist.

Auf Grund seiner Versuche kommt v. Brunn zu dem Schluss, dass die desinfektorische Wirksamkeit der Breslauer Methode eine mindestens ebenso gute wie die bisher probirten, auf Erzeugung von Formaldehyd beruhenden Methoden ist, sich diesen gegenüber aber durch ihre Einfachheit und Billigkeit, sowie durch die Aufstellbarkeit der Apparate inner- oder ausserhalb des Zimmers und durch die Möglichkeit auszeichnet, sowohl mit geringerem Formalinverbrauch in 7 Stunden, als auch mit grösseren Formalinmengen in 3½ Stunden die Desinfektion zu bewirken. Hierdurch unterscheidet sie sich von den neuerdings viel empfohlenen Sprayapparaten (Walter-Schlossmann, Czaplewski (s. Jhg. 1898, Nr. 29, S. 734) und Praussnitz (s. hierunter); der Praussnitz'sche Apparat hat ausserdem nach Ansicht v. Brunn's den Nachtheil, dass die hier zur Ergänzung eines feineren Sprays getroffenen Vorrichtungen im Betriebe leicht versagen dürften. Die von Praussnitz erhobenen Einwände gegen die Breslauer Methode, dass sie theuerer sei und trotz der Verdünnung des Formalins Polymerisirung eintrete, seien ausserdem hinfällig. Zum Schluss kommt v. Brunn noch auf das von Petruschky in Nr. 1 der Gesundheit (Jhg. 1899) empfohlene sog. Danziger Verfahren zu sprechen, das er als „Fortschritt in der Wohnungsdesinfektion durch Verwendung von Formaldehyd" nicht anerkennen kann, da bei demselben die mechanische und die Dampfdesinfektion genau so wie bisher beibehalten wird und nur die Kleider in einem fest verschlossenen Schranke mit einer gewaltigen, durch ein Loch in der Rückenwand mittels eines Trillat'schen Autoklaven eingeleiteten Menge Formaldehyd (400 gr = 1000 ccm Formalin) desinfizirt werden. Die Kosten dieses Verfahrens stellen sich demgemäss so theuer wie die früheren und die Formaldehyddesinfektion zusammengenommen, ausserdem werde es schwierig sein, die grossen Mengen Formaldehyd, selbst bei Anwendung von Ammoniak, aus den Kleidern wieder vollständig zu entfernen, so dass die vorher wirksame mechanisch desinfizirte Wohnung durch Ausströmen des Formaldehyds beim Oeffnen des Schrankes wieder auf längere Zeit unbewohnbar würde. Rpd.

Ueber ein einfaches Verfahren der Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. Von Prof. Dr. Prausnitz. Münchener med. Wochenschrift; Nr. 1, 1899.

Vielfache praktische Erfahrungen befestigen den Verfasser immer mehr in der Ueberzeugung, dass es unrichtig ist, bei Bekämpfung von Infektionskrankheiten höchst unwahrscheinliche Möglichkeiten in's Auge zu fassen. Die Hygieniker würden in praxi viel mehr erreichen, wenn sie im Allgemeinen nach einfachen, leicht und sicher ausführbaren Methoden streben würden, welche in der bei Weitem grössten Zahl der Fälle ausreichen.

Von diesem Grundsatze ausgehend empfiehlt Verfasser seine Methode der Wohnungsdesinfektion mittels Formaldehyd durch einen einfachen Versprayungs-Apparat.

„An einem Papin'schen Topfe, wie er in jeder Eisenhandlung zu haben ist, wird ein T förmig gebogenes Rohr angebracht. Das eine Ende des Rohres schliesst ein Sicherheitsventil ab, das andere läuft in zwei Spitzen aus, welche senkrecht über den Spitzen zweier anderer dünner Röhren stehen, die die zu verstäubende Formollösung aufsaugen. Die Sprayvorrichtung lässt sich durch eine Schraube an- und abschrauben.

Der Topf wird durch ein untergesetztes Spiritusgefäss geheizt."

Mit derartigen Apparaten wurden vom Verfasser mehrere und verschiedenartige, d. h. unter verschiedenen Bedingungen in's Werk gesetzte Versuche ausgeführt, welche ein sehr günstiges Resultat ergaben, so dass z. B. in einem Zimmer von 220 cbm Raum, in welchem sich verschiedene Möbel befanden und 1100 ccm Formal in zwei Papin'schen Töpfen, d. i. 20 ccm Formol pro cbm bei einer Einwirkungsdauer von 24 Stunden und unter Verdampfung von ca. 5

Liter Wasser und Verbrennung von 1850 ccm Spiritus, versprayt wurden, Diphtheriebazillen abgestorben waren, welche sich in einem Bette mit doppelten Decken gelagert befanden.

Auch bei der Desinfektion von Kleidern erhielt Verfasser gute Resultate, wenn diese Effekten in einem dicht verschlossenen Kasten oder Schranke der Einwirkung versprayten Formols ausgesetzt wurden. Es wurden hierbei die Kontrolproben auch dann abgetödtet, wenn sie, in Filtrirpapier eingewickelt, in die Taschen dieser Kleider gesteckt waren.

Bei der Desinfektion der Kleider wurde ein kleiner Sprayapparat mit 50 ccm Formol im Kasten aufgestellt, während der Dampf ausserhalb des Kastens entwickelt und durch einen Schlauch zum Spray geleitet wurde.

Die günstige Wirkung der Methode des Verfassers dürfte hauptsächlich darin begründet sein, dass durch dieselbe eine ausgiebige und gleichmässige Vertheilung der mit Formaldehyd geschwängerten Wasserdämpfe in der Luft der Versuchsräume erzielt wird. Durch die Sprayapparate werden kräftige Dampfströme nach den verschiedenen Richtungen hervorgerufen, was eine so intensive Luftbewegung zur Folge hat, dass auch die verhältnissmässig äusserst ungünstig disponirten Kontrolproben abgetödtet werden.

Es ist durch die Versprayung gelungen, die ganze verdünnte Formolmenge geradezu quantitativ der Zimmerluft beizumengen. Endlich ist durch ein derartiges Verfahren erst die Möglichkeit gegeben, die Formaldehyddesinfektion in der Praxis allgemein einzuführen, da nunmehr die Kosten ganz erheblich reduzirt werden.

Nach den vom Verfasser in der verschiedensten Weise ausgeführten Versuchen ist es zweifellos, dass, wenn man durch Verdampfen und Versprayen 7—8 ccm Formol und ca. 40 ccm Wasser auf 1 cbm Raum vertheilt, auch die widerstandsfähigsten Mikroorganismen (Sporen ausgenommen) abgetödtet werden.

Verfasser hat die Firma St. Baumann in Wien VIII beauftragt, Apparate nach der von ihm angegebenen Weise zu verfertigen.

Dr. Waibel-Günzburg.

Zur Kenntniss der Wirkung von Kresolen bei deren Verwendung zur Desinfektion. Von Dr. C. B. Schürmayer-Hannover. Archiv für Hygiene, XXXIV. Bd., S. 31—42.

Die Frage nach der Art der desinfizirenden Wirkung von Kresolen, zumal auf eiweishaltige Nährmedien, veranlasste Schürmayer eine Reihe von Versuchen anzustellen, bei denen er zu folgendem Ergebnisse gelangte:

Das Wesen der Desinfektionswirkung der Phenole bezw. Kresole liegt im Zustandekommen einer chemischen Verbindung zwischen jenen und dem Substrate, die in todten Substraten relativ rascher eintritt als bei Einwirkung der Desinfizienten auf lebende einzellige Wesen. Hier ist es der Stoffwechsel der Zellen bezw. dessen Chemismus, der bis zu einem gewissen Grade das Zustandekommen einer chemischen Verbindung hintan halten kann. Innerhalb gewisser Grenzen wirkt das Desinficiens als Reiz derart, dass in der Folge höhere Konzentrationen, die früher unbedingt tödtlich waren, schadlos ertragen werden. Geht aber die Reizstärke (d. i. der „Konzentrationsgrad") über eine gewisse Grenze hinaus, dann treten hier die Eiweiss-Desinfiziensverbindungen sofort ein, die je nach den verwendbaren Kresolmengen bis zur Vernichtung alles lebenden (und todten) Eiweisses führen können. Der Grad der Wirkung eines Kresolpräparates hängt ab von der Labilität seiner Atomgruppen, die wiederum bedingt wird von der Natur des „aufschliessenden Mittels" bezw. der Labilität der Kresol-Molekule im betreffenden ferigen Präparate. Mit dem Alter der einzelnen Desinfizientien kommt es in der Stammlösung selbst zu Aenderungen der molekulären Lagerung unter Auftreten von Niederschlägen und Verfärbungen. Das sonst durchsichtige Solveol wird lehmfarben, schlecht oder kaum löslich; das wasserklare Kres. pur. liqu. Nördlinger nimmt die für Phenol bekannte Braunfärbung an und giebt undurchsichtige, schlechter herstellbare Mischungen.

Die Wirkungsweise der Phenole bezw. Kresole auf lebendes oder todtes Eiweiss bezw. Protoplsma ist nicht nur die der reinen Wasserentziehung (nach Hoppe-Seyler und Zapalsky), vielmehr entsteht, wenn der Gehalt an Desinficiens ausreicht, eine feste Verbindung (Kresoleiweiss bezw. Phenoleiweiss)

unter dem Bilde der Eiweissfällung; in schwächeren Lösungen können Phenol und Eiweis nebeneinander bestehen.

Verf. fand die Ansicht Behring's bestätigt, dass die Desinfizientien sowohl auf die Mikroorganismen selbst, als auch auf das sie enthaltende Substrat wirken. Hierdurch werden Verhältnisse geschaffen, die mit dem Ablaufe der Lebensäusserungen der Mikroorganismen unvereinbar sind. Sowohl die Anschauung Pasteur's, als die entgegengesetzte Hoppe-Seyler's könne bestätigt werden, da sowohl die lebenden Zellen als deren Ausscheidungsprodukte (Fermente Hoppe-Seyler, aktives Eiweiss Hueppe), ebenso wie vorhandenes todtes Eiweiss in einer chemischen Desinficiens-Eiweissverbindung vorübergehend oder dauernd festgelegt werden können.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Die Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus. Von Prof. Dr. Mikulicz in Breslau. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1899, Nr. 24.

Die strengen Anforderungen, welche eine strenge Asepsis nothwendig machen und die sich wohl in gut eingerichteten, grossen Krankenanstalten, aber nicht oder nur sehr schwer im Felde oder in der Landpraxis erfüllen lassen, haben Mikulicz veranlasst, nach Mitteln zu einer Vereinfachung des Verfahrens zu suchen. Sterilisirung der Instrumente u. s. w. durch Auskochen lässt sich selbst in einer Bauernhütte ermöglichen; grosse Schwierigkeiten verursacht aber eine sichere Haut- und Händedesinfektion nach den bisher üblichen Methoden, von denen wohl die Reinigung mit möglichst warmem Wasser, Seife und Bürste unter nachfolgender Alkoholwaschung als die wirksamste anzusehen ist, aber viel Zeit und Sorgfalt beansprucht. Es lag daher nahe, dieses Verfahren in einem Akte zu vereinigen. Mikulicz hat hierzu den offiziellen Seifenspiritus saponatus gewählt und dabei in folgender Weise verfahren: Sind die Hände mit sichtbarem Schmutz verunreinigt, so wird zunächst ein Stückchen Mull in den Seifenspiritus getaucht und damit die Hand abgerieben, bis sie für das Auge gereinigt erscheint. Dann werden mit dem Nagelreiniger die Unternagelräume gesäubert und hierauf die Hände fünf Minuten lang mit einer in Wasser ausgekochten Bürste fünf Minuten lang mit Seifenspiritus bearbeitet. In gleicher Weise wird das Operationsfeld behandelt ohne vorhergehende Wasserwaschung. Auf Grund seiner zahlreichen Versuche kommt Mikulicz zu dem Schluss, dass wir im Seifenspiritus ein Mittel besitzen, das sich, ohne Mitwirkung von Wasser, zur Desinfektion der Haut und der Hände vorzüglich eignet und den bisher bekannten besten Desinfektionsmethoden als ebenbürtig an die Seite stellen lässt. Die Desinfektion mit Seifenspiritus bedeutet ausserdem einen Zeitgewinn, da, wie schon erwähnt, fünf Minuten genügen, um das zu desinfizirende Objekt keimfrei, resp. so keimarm zu machen, wie es durch die bisherigen Desinfektionsmittel überhaupt möglich ist. Ein grosser Vorzug des Verfahrens besteht ferner darin, dass der offizielle Seifenspiritus ungiftig und geruchlos ist; er desodorirt und reizt die Haut selbst an den empfindlichsten Stellen nicht, wenn die Einwirkung auf fünf Minuten oder weniges darüber beschränkt bleibt. Wenigstens hat Mikulicz bisher an der Haut der Operirten weder Ekzeme, noch andere Formen der Dermatitis gesehen, die sich nach anderen energischen Desinfektionsverfahren gelegentlich zeigen.

Der Seifenspiritus scheint weiterhin eine gewisse Tiefenwirkung zu haben, indem er auch die tieferen Epidermisschichten durchsetzt und hier längere Zeit festhaftet. In Folge dessen bleiben die Hände im Verlaufe von aseptischen Operationen unter den Zwirnhandschuhen längere Zeit keimfrei als es bei den früheren Desinfektionsverfahren, speziell mit Alkohol und Sublimat der Fall ist.

Endlich stellt sich die Desinfektion mit Seifenspiritus erheblich billiger als die bisherigen kombinirten Desinfektionsverfahren, namentlich mit Alkohol. Nach der Rezepturtaxe ist der Seifenspiritus zwar relativ theuer; es kostet das Kilogramm 2,40 Mark. Im Grossen bezogen kostet das Kilogramm aber nur 88 Pfennig, wenn der hierzu verwandte Spiritus versteuert ist, und bei Verwendung von unversteuertem Spiritus sogar nur 38 Pfg. Er ist somit noch billiger als der einfache Spiritus (90—91,2 %), welcher 45 Pfg. pro Kilo-

gramm kostet. Da der Verbrauch an Seifenspiritus bei der Desinfektion gewiss nicht grösser ist als der Verbrauch an Alkohol allein, so ergiebt sich daraus von selbst, dass sich die Seifenspiritusdesinfektion billiger gestaltet, als jedes Desinfektionsverfahren, bei dem einfacher Weingeist verwandt wird. Rpd.

Verschmutzung der Wasserläufe und Infektionsgefahr. Aerztliche Mittheilungen aus und für Baden; 1899, Nr. 12.

Die bezüglich der Kanalisation der Stadt Mannheim seitens des Grossherzoglichen badischen Ministeriums des Innern bestellte Sachverständigen-Kommission (bestehend aus den Herren Oberbaudirektor Prof. Honsell aus Karlsruhe [Vorsitzender], Geh. Rath Dr. Battlehner, Medizinalreferent im Grossherzoglichen Ministerium des Innern, a. o. Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes aus Karlsruhe, Geh. Hofrath Prof. Dr. Gärtner, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität von Jena) spricht sich in dem von ihr erstatteten Gutachten über die Verschmutzung der Wasserläufe und die Infektionsgefahr wie folgt aus:

„Es kommen in Betracht die Cholera und der Typhus, möglicherweise auch die Pest; die übrigen Krankheiten können zur Zeit ausser Betracht bleiben. Es lässt sich nicht bestreiten, es ist vielmehr eine erwiesene Thatsache, dass die Krankheiterreger sich längere Zeit im Wasser zu halten vermögen; eine Vermittelung durch Wasser ist also möglich. Wie die Statistik lehrt, ist es eine Ausnahme, dass die Seuchen, vor Allem die Cholera, die Flüsse hinuntergehen; aber diese Ausnahme kann sich jeder Zeit wiederholen und man muss mit ihr rechnen, um so mehr, als Worms 12 Kilometer unterhalb des Auslasses sein Wasser aus dem Rhein entnimmt. Aber auch die weiter unterhalb liegenden Orte verdienen Berücksichtigung. Cholera- und Typhusbazillen sind Parasiten, die zu ihrem Fortkommen einer reichlichen Ernährung bedürfen; diese finden sie im blanken freien Wasser nicht, wohl aber, wenn sie mit Koththeilchen, Papierfetzen, kurz an sogenannten „Nahrungszentren“ in das Wasser gelangen. Werden somit die Schwimm- und Schwebestoffe, die Nährzentren, entfernt, so wird eine Hauptbedingung für das Absterben der Krankheitskeime im Wasser geliefert.

Nach eingehender Prüfung der Verhältnisse ist die Sachverständigen-Kommission dazu gelangt, die Frage, ob die im bezirksräthlichen Bescheid zur Bedingung gemachte mechanische Reinigung als ausreichend zu erachten sei, zu verneinen, und Vorkehrungen zu bezeichnen, welche hinsichtlich einer weitergehenden mechanischen Reinigung angezeigt sind und zugleich geeignet erscheinen, für den möglichen Fall des Bedürfnisses bei einer Epidemie eine allgemeine Desinfektion des Schmutzwassers zeitweilig vorzunehmen.

Im Einzelnen gehen die Vorschläge der Kommission dahin:

„Das Kanalwasser ist vor seiner Einleitung in den Rhein einer Reinigung zu unterwerfen. Diese Reinigung hat darin zu bestehen, dass die Sinkstoffe sowie die schwimmenden und schwebenden Stoffe bis zu einer Grösse von 3 bis 2 mm im kleinsten Durchmesser herab entfernt werden.

Zu diesem Zweck sind in einem Vorraum Rechen, Siebe, oder andere ähnlich wirkende Vorrichtungen anzubringen, an welchen die gröberen Stoffe abgefangen werden.

Ferner sind Klärbecken herzustellen, welche die Kanalwassermenge während eines Zeitraums von 40 Minuten mit geminderter Geschwindigkeit zu durchlaufen hat. Die Geschwindigkeit darf bei dem Höchstbetrage des unverdünnten Schmutzwassers, 1000 Sekundenliter, 2 cm in der Sekunde nicht übersteigen.

Für die abgefangenen Massen und für die aus den Klärbecken sich ergebenden Rückstände müssen geeignete, soweit erforderlich wasserdichte hinreichend geräumige Lagerstätten, sowie gut eingerichtete Hubvorrichtungen und ebensolche Transportmittel vorgesehen werden.

Ein freier Auslass aus der Kläranlage darf nur zu dem Zwecke bestehen, bei stärkeren Niederschlägen und gleichzeitig niedrigem Wasserstand im Neckar die 2000 Sekundenliter übersteigende verdünnte Wassermenge nach dem Neckar abzuführen; die Abzweigung dieses Auslasses vom Klärbecken muss deshalb als

Ueberfall derart eingerichtet sein, dass der Auslass nur in Wirkung tritt, wenn und so lange die Kanalwassermenge 200 Sekundenliter übersteigt.

Es sind Vorkehrungen zu treffen, um neben Durchführung der schon durch bestehende gesundheitspolizeiliche Vorschriften gesicherten häuslichen Desinfektion bei Cholera- und Typhusepidemien eine allgemeine Desinfektion der Abwasser vornehmen zu können."

Besprechungen.

Lehmann's medizinische Handatlanten.

Dr. **Oskar Schäffer**, Privatdozent in Heidelberg: Anatomischer Atlas der geburtshülflichen Diagnostik und Therapie. Mit 160 meist farbigen Abbildungen auf Tafeln nach Originalen von den Malern A. Schmitson und C. Krapf, und zahlreichen Text-Illustrationen. Zweite vollständig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Bd. II der Atlanten. München 1899. Kl. 8°, 317 Seiten Text. Preis: 12 Mark.

1. Prof. Dr. **Helferich** in Greifswald: Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. Mit 68 Tafeln und 137 Figuren im Text vom Maler B. Keilitz. Vierte verbesserte und vermehrte Auflage. München 1898. Bd. VIII der Atlanten. Kl. 8°, 293 Seiten Text. Preis: 12 Mark.
2. Prof. Dr. **Franz Mraceck** in Wien: Atlas der Hautkrankheiten mit einem Grundriss der Pathologie und Therapie derselben. Mit 43 farbigen Tafeln nach Originalaquarellen vom Maler A. Schmitson, und 39 schwarzen Abbildungen. München 1898. Bd. V der Atlanten. II. Ausgabe. Kl. 8°, 173 Seiten Text. Preis: 14 Mark.
3. Prof. Dr. **Haab** in Zürich: Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges nebst Grundriss der Pathologie und Therapie derselben. Mit 76 farbigen und 6 schwarzen Abbildungen nach Originalen des Malers Johann Fink. München 1899. Bd. XVIII der Atlanten. Kl. 8°, 228 Seiten Text. Preis: 10 Mark.

Die unter Nr. 1 und 2 aufgeführten medizinischen Handatlanten von Schäffer: geburtshülfliche Diagnostik und Therapie, und Helferich: traumatische Frakturen und Luxationen sind bereits bei den früheren Auflagen in dieser Zeitschrift besprochen; sie haben aber in den jetzt vorliegenden neueren Auflagen so vollständige Umarbeitungen und so umfassende Erweiterungen durch zahlreiche Zusätze und neue Abschnitte erhalten, dass sie sich beide als völlig neue Werke charakterisiren, in denen die Fortschritte der Wissenschaft bis in die neueste Zeit volle Berücksichtigung gefunden haben. Diese Umarbeitung und Erweiterung bezieht sich nicht nur auf den begleitenden Text, der ein vorzügliches, so recht für den Gebrauch des praktischen Arztes sich eignendes, kurz gefasstes Handbuch darstellt, sondern vor allem auf die dem Texte beigegebenen, meist farbigen Abbildungen, die fast sämmtlich neu und in Folge der Verbesserung der Technik und der Verwerthung neu gewonnener Erfahrungen, von kunstgeübter Hand unter den Augen der Verfasser nach Originalpräparaten so vorzüglich ausgeführt sind, dass dadurch die den früheren Auflagen beigegebenen Abbildungen weit überflügelt sind. In dem Atlas von Helferich fehlen auch die gerade für die Diagnostik der Luxationen und Knochenbrüche sehr werthvollen photographischen Aufnahmen mit Röntgenstrahlen nicht; desgleichen ist das Gebiet der Unfall-Heilkunde entsprechend berücksichtigt.

Die Vorzüge der vorgenannten Atlanten theilen die beiden anderen, neu erschienenen in vollstem Maasse. Der Atlas der Hautkrankheiten von Mraceck schliesst sich dem von demselben Verfasser herausgegebenen Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten, sowohl was den Text, als die Abbildungen anbetrifft, würdig an; bei der Auswahl des Materials ist namentlich den Bedürfnissen der Praxis Rechnung getragen. Dasselbe gilt betreffs des Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges von Haab, der gleichsam die Fortsetzung des von demselben Verfasser herausgegebenen Atlas u. Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik bildet. Trotz der sehr grossen Schwierigkeiten, welche die figurliche Darstellung der äusserlich an den Augen sichtbaren Erkrankungen in sich birgt, ist es unter Leitung des Verfassers dem betreffenden Maler vortrefflich gelungen, die hauptsächlichsten Krankheitsbilder naturgetreu festzuhalten und wiederzugeben. In dem Grundriss hat sich Haab mit Recht auf das Wichtigste, was der praktische Arzt in erster Linie braucht, beschränkt und namentlich auf die Darstellung der Untersuchungsmethoden, der Diagnose und die nicht operative Therapie den Hauptwerth gelegt.

Ebenso wie alle ihre Vorgänger können somit auch die vorgenannten Atlanten aufs Wärmste empfohlen werden. Einen besonderen Dank verdient auch die Verlagsbuchhandlung, die keine Kosten gespart hat, um die Atlanten durch Gewinnung geeigneter Künstler in so vollkommener Weise auszustatten, dass die wiedergegebenen Bilder sich nicht nur durch tadellose und sorgfältige farbige Ausführung, sondern auch durch grosse Naturtreue und Klarheit bis in die feinsten Details auszeichnen. Rpd.

Dr. Ludwig Pfeiffer, Geh. Hof- und Med.-Rath, früherer Lehrer an der Grossherzogl. Kunstschule zu Weimar: Handbuch der angewandten Anatomie. Genaue Beschreibung der Gestalt und der Wuchsfehler des Menschen nach den Mass- und Zahlenverhältnissen der Körperoberflächentheile. Für Bildhauer, Maler und Kunstgewerbetreibende, sowie für Aerzte, Orthopäden und Turnlehrer. Mit 11 Tafeln und 419 Abbildungen, wovon 340 Originalzeichnungen. Leipzig 1899. Verlag von Otto Spamer. Gr. 8°, 487 Seiten. Preis: geheftet 18 Mark, elegant gebunden 20 Mark.

Das vorliegende Handbuch soll auf alle Fragen, die auf die Körperoberfläche des gut gebauten, wie des mit einem Wuchsfehler behafteten bekleideten und unbekleideten Menschen Bezug haben, Antwort geben. Es sind deshalb in der Darstellung des Stoffes alle Theile der gesammten Körperoberfläche berücksichtigt. Im ersten Theil wird eine Charakteristik der Wuchseigenthümlichkeiten des aufrechtstehend proportionirt gebauten Menschen in Anlehnung an den Masszirkel und an bestimmte Messpunkte gegeben. Es folgen dann im zweiten Theile die Mass- und Zahlenverhältnisse der Körperoberfläche (Wirbelsäulen-, vordere Brust- und Bauchgegend, Umfangsmasse, Schultergürtel- und Hals- bezw. Armensitz, Arm und Hand, Gesäss-, Schritt- und Beingegend, Fuss und Kopf) und die Betheiligung der einzelnen Körpertheile an den Bewegungen der Gesammtoberfläche. Der dritte Theil ist der Proportionslehre für den nackten und bekleideten Menschen gewidmet; während im letzten Abschnitt die Wuchsfehler des Menschen mit den Massen und Zahlen der Körperoberfläche behandelt werden. Wenn das Werk auch in erster Linie für Künstler und Kunstgewerbetreibende bestimmt ist, so hat es doch auch für Aerzte und zwar nicht nur für Anatomen und Orthopäden, sondern auch für alle ärztlichen Sachverständigen einen sehr grossen Werth; denn die darin enthaltenen, zuverlässigen Massangaben bilden ein ungemein werthvolles Hülfsmittel, aus dem sie für ihre Sachverständigenthätigkeit grossen Nutzen ziehen können. Sie finden in dem Buche den Einfluss geschildert, den jeder einzelne Wuchsfehler, z. B. am Hals, am Rücken, am Fuss etc. auf die ganze Körpergestalt ausüben muss, wodurch ihnen die Feststellung und Beurtheilung des durch mangelhafte Entwickelung, Krankheitsprozesse, Trauma u. s. w. fehlerhaft gebauten Menschen umsomehr erleichtert wird, als alle häufig vorkommenden Wuchsfehler und Ver-

krüppelungen mittelst Photographie und einheitlich durchgeführter Messungen übersichtlich nebeneinander in Vergleich gestellt sind. Mit geringen Ausnahmen sind die dem Werke beigegebenen überaus zahlreichen und vorzüglich ausgeführten Abbildungen Originalzeichnungen, welche der Verfasser während seiner langjährigen Arbeit meist nach dem Leben photographisch aufgenommen oder von tüchtigen Künstlern hat zeichnen lassen und mit den Massen, sowie mit Mess- und Merkpunkten versehen hat. Ueberhaupt hat die Verlagsbuchhandlung bei Ausstattung des Werkes keine Kosten gespart. Wer dasselbe aufmerksam durchstudirt, der wird staunen über den unermüdlichen Fleiss und die ausserordentliche Sorgfalt, welche von dem Verfasser darauf verwandt ist; er wird sofort den Eindruck gewinnen, dass das Werk die Frucht vieler Jahre angestrengter Arbeit ist, andererseits aber auch, dass bei seiner Abfassung eine überaus kundige, das einschlägige Gebiet durch hervorragende Kenntnisse, eingehende wissenschaftliche Forschungen und durch praktische Erfahrungen völlig beherrschende Hand die Feder geführt hat. Möge das Werk deshalb auch in ärztlichen Kreisen die weiteste Verbreitung finden, die es in vollstem Masse verdient! Rpd.

Dr. A. Baginski, Prof. der Kinderheilkunde an der Universität in Berlin: Handbuch der Schulhygiene. Zum Gebrauche für Aerzte, Sanitätsbeamte, Lehrer, Schulvorstände und Techniker. Dritte vollständig umgearbeitete Auflage. I. Band. Mit 238 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1898. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°; 748 S. Preis: 16 Mark.

Das schon seit Jahren vergriffene Handbuch des Verfassers über Schulhygiene hat mit der vorliegenden Auflage eine vollständige Umarbeitung erfahren, bei welcher der auf demselben Gebiete schon seit Jahren literarisch thätige Lehrer Otto Janke-Berlin und bei dem bautechnischen Theil des Kapitels der Schulgebäude auch der Kreisbauinspektor Wendorff als Mitarbeiter mitgewirkt haben.

Der bis jetzt erschienene erste Band beschäftigt sich ausschliesslich mit dem Schulgebäude und seiner Einrichtung, die Hygiene des Unterrichts mit den Schädigungen der Jugend innerhalb des Schullebens und deren Beseitigung, sowie die ärztliche Ueberwachung der Schuljugend werden in dem noch ausstehenden zweiten Band behandelt werden. Nach einer kurzen Einleitung, in der ein Ueberblick über die Geschichte der Schulhygiene gegeben ist, werden die Anforderungen in Bezug auf den Bauplatz und auf das Schulgebäude unter Beifügung zahlreicher Bauzeichnungen für die verschiedenen Schulsysteme erörtert. Es folgt dann ein sehr ausführlicher Abschnitt über das Schulzimmer (Fussboden, Wände, Decken, Flächen- und kubischer Raum u. s. w.), in dem die Tages- und künstliche Beleuchtung und deren hygienische Wichtigkeit, die Quellen der Luftverderbniss und die Massregeln zur Luftverbesserung (natürliche und künstliche Ventilation), sowie die Heizung der Schulzimmer besonders eingehend besprochen und die verschiedenen hierbei in Betracht kommenden Systeme kritisch beleuchtet sind. Dasselbe gilt betreffs des Kapitels über Schulbänke, in dem die hauptsächlichen Subsillienarten beschrieben und ihre Vortheile wie Nachtheile hervorgehoben sind. Die sich hieran anschliessenden Kapitel über Abtritte, Brunnen und Trinkwasser, Schulhof, Turn- und Schulplatz, Turnhallen, Badeeinrichtungen und sonstige Nebenanlagen gehören streng genommen nicht unter den Hauptabschnitt „Schulzimmer", sondern besser unter einem besonderen Abschnitt: „Nebenanlagen". In einem kurzen Anhang finden schliesslich noch Alumnate, Pensionate und Internate, sowie Kindergärten, Ferienkolonien und Erholungsschulen eine kurze Besprechung.

Aus dieser Uebersicht wird der Leser ermessen können, dass die Vertheilung des Stoffes eine zweckmässige ist und die bei dem Schulgebäude und dessen Einrichtung von hygienischen Standpunkten aus in Betracht kommenden Gesichtspunkte auch sämmtlich berücksichtigt sind. Dass hierbei nicht nur den Fortschritten der Wissenschaft, sondern auch den praktischen Erfahrungen in vollstem Masse Rechnung getragen ist, dafür bürgt der Name des Verfassers.

Die neue Auflage des Handbuches wird daher sicherlich in ihrem fast völlig neuem Gewande eine ebenso freundliche Aufnahme und weite Verbreitung als die frühere finden und ihre nutzbringende Wirkung nicht ausbleiben!

Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche und sein Werth durch die Wiedergabe zahlreicher erläuternder Abbildungen wesentlich erhöht.

Rpd.

Dr. H. Eulenberg, Geh. Ober-Med.-Rath in Bonn und **Dr. Theod. Bock**, Direhtor des Falk-Realgymnasiums in Berlin: Schulgesundheitslehre. Das Schulhaus und das Unterrichtswesen vom hygienischen Standpunkte für Aerzte, Lehrer, Verwaltungsbeamte und Architekten. Zweite umgearbeitete und erweiterte Ausgabe. Berlin 1897/99. Verlag von J. S. Heine. 4—8. Lieferung. Gr. 8°. Preis pro Lieferung (160 S.): 3 Mark.

Die Lieferungen zur zweiten Auflage des vorstehenden Werkes sind in langsamerem Tempo erschienen, als Verfasser und Verleger jedenfalls beabsichtigt hatten. In den vorliegenden Lieferungen 4—8 werden erörtert: Die Nebenanlagen des Schulgebäudes (Aborte, Wasserversorgung, Badeeinrichtungen, Turnhallen, Vorkehrungen für Jugendspiele, Sport u. s. w. mit einem Anhang, in dem die preussischen Bestimmungen vom 15. Nov. 1895 über die Errichtung ländlicher Volksschulhäuser gebracht sind), die Schulstubenluft und ihre hygienische Bedeutung (Lüftung, Feuchtigkeitsverhältnisse, Heizung, künstliche Beleuchtung u. s. w.) sowie die Beziehung zwischen den Gesundheitsstörungen der Schule und dem Schulbesuch (das Lesen, Schreiben, Zeichnen und deren Beziehung zu Schulkrankheiten, Kurzsichtigkeit und sonstige Funktionsstörungen der Augen, ansteckende und andere Krankheiten [Masern, Scharlach, Rötheln, Blattern (Impfung), Varicellen, Typhus, Recurrenz, Cholera, Ruhr, Diphtherie, Influenza, Keuchhusten, Kopfgenickkrampf, Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Tuberkulose und Skrophulose, Nasen-, Mund-, Rachen- und Zahnleiden, Ohrenkrankheiten u. s. w.]. Wie erschöpfend und ausführlich diese einzelnen Abschnitte behandelt sind, geht schon daraus hervor, dass sich ihr Umfang im Vergleich zu der vorhergehenden Auflage oft um das Doppelte und Dreifache vermehrt hat; z. B. umfasst der letzte Abschnitt nicht weniger als 300 Seiten gegen 100 Seiten in der früheren Auflage. Ob das gerade dem Werke zum Vortheil gereicht, möchte Referent bezweifeln; denn so vorzüglich auch die betreffenden Abschnitte bearbeitet sind und allen wissenschaftlichen Forschungen Rechnung tragen, so dürfte es doch für den Zweck des Buches nicht erforderlich sein, dass die verschiedenenen Gebiete der Hygiene und praktischen Medizin, welche für die Schulgesundheitspflege besonders in Betracht kommen, fast so eingehend dargestellt werden, wie in einem Spezial-Handbuche dieser Wissenschaften. Allerdings hat das Werk dadurch, z. B. für den Schularzt, den nicht zu unterschätzenden Vorzug, dass dieser in ihm für seine schulärztliche Thätigkeit einen ihm das Nachschlagen in verschiedenen Spezialwerken ersparenden Rathgeber findet. Jedenfalls zeichnen sich auch die jetzt erschienen Lieferungen durch klare Darstellungsweise aus; die hygienischen und pädagogischen Gesichtspunkte kommen gleichmässig zur Berücksichtigung, so dass das Werk allen betheiligten Kreisen Aerzten und Pädagogen, Medizinal- und Verwaltungsbeamten empfohlen werden kann. Nach einer Mittheilung der Verlagshandlung steht übrigens das Erscheinen der Schlusslieferungen in allernächster Zeit zu erwarten.

Rpd.

Prof. Dr. Ahlfeld, Geh. Med.-Rath in Marburg: Lehrbuch der Geburtshülfe. Zur wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung für Aerzte und Studirende. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Mit 338 Abbildungen und 16 Kurventafeln im Text. Leipzig 1898. Verlag von W. Grunow. Gr. 8°, 615 Seiten Preis: gebunden 6 Mark.

Die Vorzüge, welche wir bei der Besprechung der vor 4 Jahren erschienenen ersten Auflage des Ahlfeld'schen Lehrbuches hervorgehoben haben: ungemein fesselnde und lebendige Darstellungsweise, kritische Sichtung des überreichen Materials auf Grund eigener langjähriger praktischer Erfahrungen, Beobachtungen und Forschungen, besitzt die vorliegende völlig umgearbeitete und erheblich (um nicht weniger als 150 Seiten) erweiterte Auflage in noch höherem Grade. Das Interesse des Lesers wird durch diese eigenartige Behandlung des Stoffes, die uns den Verfasser als selbstständigen Forscher gleichsam persönlich näher bringt, auf das Lebhafteste wachgerufen und auch derjenige, der mit manchen von Ahlfeld vertretenen Ansichten nicht übereinstimmt, wird gleichwohl von dem Studium seines Werkes voll befriedigt sein. Mit voller Berechtigung kann der Verfasser daher in der Vorrede sagen, „dass sein Lehrbuch nicht nur dazu bestimmt sei, Anfänger in die Geburtshülfe einzuführen, sondern auch dem praktischen Arzt ein gewissenhafter Rathgeber in schwierigen Geburtsfällen und dem wissenschaftlich weiter arbeitenden Spezialisten behülflich sein soll, wichtige Tagesfragen an der Hand des kritisch gesichteten Materials der Publikationen bis auf die neueste Zeit zu verfolgen". Auch den Medizinalbeamten und ärztlichen Sachverständigen bietet die neue Auflage in forensischer Hinsicht weit mehr, als die frühere, in der die gerichtsärztlichen Fragen auf dem Gebiete der Geburtshülfe nicht in dem Masse wie jetzt berücksichtigt waren. Namentlich werden die Medizinalbeamten aber die vortrefflich bearbeiteten Kapitel über die Massnahmen zur Verhütung des Kindbettfiebers (Händedesinfektion), über die puerperalen Wundinfektionskrankheiten, (Bakteriologie der puerperalen Wundinfektion, Herkunft, Eintrittsstellen und Verbreitungswege der puerperal-pathogenen Mikroorganismen, Schutzmassregeln des weiblichen Körpers zur Abwehr der puerperalen Mikrokokkenvergiftung, die eine Infektion begünstigenden Fälle allgemeiner und spezieller Disposition, Modus der puerperalen Infektion und Selbstinfektion u. s. w.) interessiren. Ahlfeld versteht unter Wochenbettfieber durch Selbstinfektion diejenigen Fälle, „wo schon vor der Geburt oder während derselben, in einzelnen Fällen vielleicht auch erst nach derselben die pathogenen Mikroorganismen spontan oder durch Hülfe eines aseptischen Fingers oder Instrumentes in die keimfreien Parthien des Genitalschlauches oder in die Gewebe gelangen und so Intoxikation oder Infektion hervorrufen". Begünstigt wird nach seiner Ansicht die Entstehung der Selbstinfektion durch langdauernde Austreibungsperioden, tiefe Cervixeinrisse, Zurückbleiben von Placenta- oder Eihautresten, Einwanderung von Scheidenkeimen in die keimfreie Uterushöhle im Laufe des Wochenbettes in Folge ungenügender Involution des unteren Uterussegmentes, Retention mortifizirter Geburtsparthien im Uterus, begünstigt durch Ante- oder Retroflexion, Rezidiviren alter entzündlicher Prozesse der Uterus- und Tubenschleimhaut wie der Adnexa und der Umgebung.

Ebenso wie die erste, kann somit auch die zweite Auflage des Ahlfeld'schen Lehrbuches allen betheiligten Kreisen nicht warm genug empfohlen werden. Die Ausstattung, die ihr die Verlagsbuchhandlung hat zu Theil werden lassen, ist eine vorzügliche und trotzdem der Preis ein ausserordentlich billiger.

Rpd.

Tagesnachrichten.

Die in dem Gesetzentwurf über die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w. geforderte **Doktorpromotion auf einer preussischen Universität** als Vorbedingung für den **künftigen Kreisarzt** hat die medizinischen Fakultäten der übrigen deutschen Universitäten zu einer Erklärung veranlasst, in der sie die Bestimmung als geeignet bezeichnen, eine werthvolle Institution der Reichsgesetzgebung, die Einheitlichkeit der ärztlichen Prüfungen und ärztlichen Approbationen, bis zu einem gewissen Grade illusorisch zu machen. Schon seit Jahren beständen keine sehr erheblichen Differenzen in Bezug auf die Handhabung der medizinischen Doktorpromotionen an reichsdeutschen Universitäten und soweit solche existirten, seien es nicht die preussischen Universitäten gewesen, die schwerere Bedingungen dafür hatten. Unterschiede der Promotionsordnungen, die eine Differenz im wissenschaftlichen Werthe des Doktorgrades begründeten, seien z. Z. überhaupt nicht vorhanden. In Folge dessen müsste gegen die Ausführungen des Herrn Ministers im Abgeordnetenhause

um so entschiedener Verwahrung eingelegt werden, als diese, amtlich und öffentlich gemacht, eine schwere Gefährdung des Ansehens der ausserpreussischen Universitäten bedeuten.

Zu ihrer „amtlichen Autoritätsstellung" haben die Medizinalbeamten die lediglich ein äusseres und nebenbei noch kostspieliges Decorum darstellende Doktorwürde sicherlich ebensowenig nöthig, als die Militär- und Marineärzte; was sie nöthig haben, ist eine mit entsprechenden amtlichen Befugnissen ausgestattete und mit ausreichendem Gehalt dotirte Stellung nur diese allein und nicht die Doktorwürde sichert ihnen die für ihre amtliche Thätigkeit erforderliche Autorität und Unabhängigkeit dem Publikum gegenüber. Aber hier hapert es eben!

Das neue Lepraheim in der städtischen Plantage bei Memel ist am 20. Juli d. J. in Gegenwart des H. Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten D. Dr. Bosse, des H. Oberpräsidenten, zahlreicher Regierungs- und Medizinalbeamten aus Berlin, Königsberg und Gumbinnen, sowie des Vertreters der russischen Medizinalbehörde, Staatsrathes Prof. Dr. v. Petersen-Petersburg eingeweiht worden. Das Lepraheim liegt in einem Kiefernwalde und ist für 16 Kranke bestimmt, für die zwei durch überdeckte Gänge mit einander verbundene einstöckige Pavillons und ein Wirthschaftsgebäude vorgesehen sind. Jeder Pavillon enthält 4 Zimmer zu je 2 Betten, einen Tageraum, ein Bade- und Wärterzimmer, Aborte u. s. w. Auch eine Desinfektionsanstalt ist vorhanden. Auf dem 6 Morgen grossen Grundstücke sind ferner noch Stallungen für Kühe, Schweine, Geflügel u. s. w. eingerichtet, um einen landwirthschaftlichen Betrieb und dadurch eine geeignete Beschäftigung der aus den einfachsten ländlichen Verhältnissen stammenden Pfleglinge zu ermöglichen. Die ärztliche Leitung ist dem Kreisphysikus Dr. Urbanowicz in Memel übertragen; die Krankenpflege wird von 2 Diakonissen besorgt.

Die durch Vertreter der preussischen Aerztekammern erweiterte **Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen** wird wie alljährlich auch in diesem Jahre, im Oktober zu einer Sitzung zusammentreten. Im Anschluss hieran wird auch der **Aerztekammerausschuss** eine Sitzung abhalten, auf deren Tagesordnung das Ergebniss der Kurpfuscher-Enquête, ärztliche Standesordnung, das Verhältniss der Aerzte zu den Krankenkassen und die Grundzüge einer Reform der geburtshülflichez Ordnung in Preussen gestellt sind. Hierzu wird jedenfalls aus Anlass eines Schreibens des H. Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 14. Juli 1899 noch die Arzneitablettenfrage kommen, da der Aerztekammerausschuss in diesem Schreiben zur Aeusserung darüber aufgefordert wird. Dem Schreiben sind die von der Technischen Kommission für pharmazeutische Angelegenheiten vom 28. April d. J. und von der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 31. Mai d. J. erstatteten Gutachten beigefügt und gleichzeitig bemerkt, dass der Vorschlag gemacht sei, den betreffenden Erlass in der Weise einzuschränken, dass nur Tabletten, welche Arzneimittel der Tab. B. und C. des deutschen Arzneibuches enthalten, in fabrikmässiger Herstellung in Apotheken weder vorräthig gehalten, noch an das Publikum abgegeben werden dürfen.

Im Grossherzogthum Hessen hat jetzt auch die erste Kammer in ihrer Sitzung vom 17. Juli den **Gesetzentwurf überdie fakultative Feuerbestattung** in der von der zweiten Kammer beschlossenen Fassung angenommen.

In Folge des Ausschreibens der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin betreffend **Preisschrift behufs Aufklärung des Volkes über die Gemeingefährlichkeit der Kurpuscherei** sind 15 Bewerbungsschriften eingegangen, von denen der von Dr. Karl Alexander in Breslau verfassten Schrift einstimmig der Preis von 300 Mark zuerkannt worden ist. Die der Aerztekammer von den Herren Prof. Dr. Carl Fränkel in Halle und Dr. Liebreich in Berlin für denselben Zweck überwiesenen 200 Mark sind einstimmig zu je 100 Mark den Arbeiten von Dr. Reissig in Hamburg und von Dr. A. Grill in Sebnitz in Sachsen

zuerkannt. Die preisgekrönte Schrift wird von der Aerztekammer veröffentlicht werden.

Eine Anzahl hervorragender Persönlichkeiten sind vor Kurzem in Berlin unter Vorsitz des früheren Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Dr. Boedicke zusammengetreten, um einen **Deutschen Verein für Volkshygiene** in's Leben zu rufen, der den Zweck hat, die Ergebnisse der hygienischen Forschungen und Erfahrungen allen Kreisen zugänglich zu machen und den praktischen Gewinn der Wissenschaft in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen. Dieser Zweck soll erreicht werden durch öffentliche Vorträge hygienischen Inhalts, regelmässige Sitzungen, die sich mit hygienische Fragen beschäftigen, Herausgabe von populären hygienischen Schriften, durch Eintreten in Wort und Schrift für die Abstellung von Missständen auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege und für den Erlass bessernder vorbeugender Vorschriften, sowie durch Unterstützung der auf den Schutz und die Hebung der Volksgesundheit abzielenden Einrichtungen, durch Ertheilung sachkundiger Rathschläge und eventuell auch durch Zuwendung von Geldmitteln. Um dem Ziele gerecht zu werden, ist die Bildung von Ortsgruppen, Provinzialverbänden und eines für ganz Deutschland bestimmten Zentralvorstandes in Aussicht genommen.

Die am 5. Juli d. J. in der Hamburger Bürgerschaft stattgehabte Berathung einer **neuen Hamburgischen Medizinalordnung** hat noch nicht zum Abschluss geführt. Die Verhandlung bewegte sich hauptsächlich um die Frage der Beaufsichtigung der Irrenanstalten, für welche der Ausschuss vorgeschlagen hatte, dass sie durch das Medizinalkollegium erfolgen solle, bei den Besichtigungen aber zwei von der Bürgerschaft gewählte Mitglieder und ein weiterer Arzt hinzutreten sollten. Demgegenüber verlangte ein Theil der Bürgerschaft die Einführung einer rein Bürgerschaftlichen Revisions-Kommission ohne Mitwirkung des Medizinalkollegiums, um zu verhüten, dass geistesgesunde Personen in Irrenanstalten aufgenommen würden. Dieser Antrag wurde jedoch von der Bürgerschaft mit grosser Majorität abgelehnt. Schliesslich wurde die Vorlage an den Ausschuss zurückgewiesen, da sich erhebliche Meinungsverschiedenheiten über die Zusammensetzung des Medizinalkollegiums ergaben.

In Lübeck ist unter dem 26. Juli 1899 eine **neue Medizinalordnung** erlassen, in der die Zusammensetzung und die Thätigkeit des Medizinalkollegiums, die Geschäfte des Medizinalamtes, die Thätigkeit des Physikus und des Polizeiarztes neu geregelt werden, und die gleichzeitig Bestimmungen über die Pflichten der Aerzte, Apotheker, Zahnärzte und Hebammen enthält. Die Verordnung wird in der Beilage zur nächsten Nummer in extenso zum Abdruck gelangen.

Grössere **Typhusepidemien** durch Verseuchung der Wasserleitung eines Ortes gehören in jüngster Zeit nicht zu den Seltenheiten. Eine in Löbtau (Königreich Sachsen) ausgebrochene derartige Epidemie mit etwa 200 Erkrankungen, von denen bis jetzt 12 tödtlich verlaufen sind, wird ebenfalls durch Infektion der einen Theil dieser Stadt versorgenden Wasserleitung zurückgeführt.

Auf die Eingabe des Vorstandes des deutschen Apotheker-Vereins vom 6. März d. J. um Errichtung einer freigewählten, aus Apothekern bestehenden **Standesvertretung** und Anstellung besonders vorgebildeter **pharmazeutischer Beamten** bei den Bezirksregierungen hat der Herr Minister für u. s. w. Medizinalangelegenheiten nachstehenden Bescheid ertheilt:

„Auf die Eingabe vom 6. März d. J. verordne ich ergebenst, dass ich die Frage, ob es rathsam ist, für die Apotheker eine Standesvertretung ins Leben zu rufen, zunächst dem Apothekerrathe zur Begutachtung vortragen werde und dass bei dieser Gelegenheit auch die von dem Vorstande unterbreiteten Vorschläge mit zum Gegenstande der Einreichung gemacht werden sollen.

Die Frage der Anstellung sellstständiger pharmazeutischer Apothekenrevisoren vermag ich dagegen zur Zeit einer weiteren Folge nicht zu geben. Ich werde jedoch auch diese Angelegenheit im Auge behalten."

Die Antwort war nach Lage der Sache vorauszusehen.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 16. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Aug.

Zur Schularztfrage.

Nach einem am 21. Februar 1899 in der medizinischen Gesellschaft zu Giessen gehaltenen Vortrage von Kreisassistenzarzt Dr. **Tjaden**, Schularzt in Giessen.

Die in den beiden letzten Jahren auch bei uns in Deutschland mehr in Fluss gekommene Schularztfrage ist nicht so jungen Datums, wie gewöhnlich angenommen wird. In Frankreich[1]) und Belgien sind schon seit 20 Jahren Schulärzte angestellt, aber auch in der Schweiz, in England, Schweden, Russland und Ungarn sind längst Schulärzte, in Edinburg und einzelnen Städten Russlands auch Schulärztinnen thätig. In Aegypten besteht die Einrichtung seit 16 Jahren und Kairo kann sich rühmen, den bestbezahlten Schularzt der Welt zu haben, es zahlt demselben, dem noch zwei Assistenten beigegeben sind, 12 000 Francs Gehalt. Japan hat, wie Dr. Mischina in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege mittheilt, seit 1883 Schulärzte. In Deutschland gebührt der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau der Ruhm, die Schulhygiene schon vor 30 Jahren mehr in den Vordergrund gerückt zu haben; es war dies vorwiegend der Thätigkeit Hermann Cohn's zu verdanken, welcher seit jener Zeit nicht aufgehört hat auf die Schäden in den Schulen hinzuweisen und seine Mahnrufe erschallen zu lassen.

Friedrich Falk in Berlin, ebenso Virchow, ferner Ellinger in Stuttgart schlossen sich den Bemühungen Cohn's an; auf einer Reihe von Kongressen wurden in dem Sinne der Anstellung von Schulärzten Resolutionen gefasst. Ich will hier nur erwähnen,

[1]) Die historischen Angaben sind zum Theil Cohn entnommen.

dass im Jahre 1877 auf der Jahresversammlung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege anf Antrag Finkelnburg's die These angenommen wurde: „In allen Schulbehörden müssen auch Aerzte Sitz und Stimme haben." Der internationale hygienische Kongress in Genf nahm im Jahre 1883 18 Thesen Cohn's, welche die Nothwendigkeit der Anstellung von Schulärzten betonten und deren Thätigkeit im Grossen und Ganzen regelten, einstimmig ohne Debatte an. In demselben Sinne sprach sich die hygienische Sektion des internationalen Kongresses in Wien im Jahre 1887 aus. Im Jahre 1897 hat sich dann der deutsche Aerztevereinstag in Eisenach mit dieser Angelegenheit beschäftigt und hat nach eingehenden und lichtvollen Referaten des Dr. Thiersch in Leipzig und eines praktischen Schulmannes, des jetzigen Oberschulrathes Dettweiler in Darmstadt, seine Ansicht in der Forderung niedergelegt, dass die Anstellung von Schulärzten dringend erforderlich sei, und dass die Thätigkeit derselben sich sowohl auf die Hygiene der Schulräume und Schulkinder, wie auf eine sachverständige Mitwirkung hinsichtlich der Hygiene des Unterrichtes zu erstrecken habe.

Vereinzelte einsichtsvolle Behörden hatten sich übrigens in der Zwischenzeit ebenfalls mit der Schulhygiene und der Schularztfrage beschäftigt. So nahm im Jahre 1881 das hessische Medizinalkollegium zu der Frage Stellung und sprach sich für einen Schularzt mit ausreichenden Kompetenzen aus; dasselbe that 1882 in Strassburg eine medizinische Kommission, welche Feldmarschall Manteuffel mit der einschlägigen Frage betraut hatte. In demselben Jahre erschien ein Erlass der Breslauer Regierung, welcher das Gutachten von Aerzten bei allen neuen Schulen, aber auch bezüglich der bestehenden in Betreff der die Gesundheit benachtheiligenden Verhältnisse verlangt. Im Jahre 1883 wünschte auch die preussische Deputation für das Medizinalwesen eine Betheiligung der Aerzte an der Beaufsichtigung der Schulen, da die Schulhygiene viel zu wünschen übrig lasse. In allerneuester Zeit scheint auch das preussische Kultusministerium sich der Sache energisch annehmen zu wollen.

Praktisch ist auf diesem Gebiete zuerst Dresden vorgegangen, dort sind seit dem Jahre 1867 drei Schulärzte thätig, dann kam Leipzig und Nürnberg, seit dem Jahre 1896 auch Wiesbaden. Seit 1897, eben seit jenem Eisenacher Aerztetag haben sich dann eine ganze Reihe von Stadtverwaltungen zur Anstellung von Schulärzten entschlossen.

Fragt man nun nach den Gründen, die eine für die Entwickelung unseres Volkes so wichtige Einrichtung in dieser Weise zurückhalten konnten, so sind es vor Allem die, dass die Stellung und zukünftige Thätigkeit des Schularztes nicht hinreichend scharf umschrieben war und die moderne Hygiene als junge Wissenschaft sich erst nach und nach das Ansehen und die Stellung erwerben musste, die ihren gerechten Forderungen den nöthigen Nachdruck verliehen. Diese Verhältnisse bedingten den aktiven und passiven Widerstand der Verwaltungsbehörden, des Gros der Aerzteschaft

selbst und nicht zum Geringsten des Lehrerstandes. Die Verwaltungsbehörden mochten zum Theil die Aufdeckung schwerer hygienischer Missstände in den Schulen für unzeitgemäss halten, zum Theil, und wohl nicht mit Unrecht, die Art und Weise scheuen, wie dieses Klarlegen derselben ausgenützt werden würde und zum Theil mochten sie eine stärkere Belastung der städtischen Haushaltungen befürchten. Wie allerdings der Magistrat von Breslau die Ablehnung des Anerbietens Breslauer Aerzte, sich freiwillig an der ärztlichen Schulaufsicht zu betheiligen, vorwiegend damit motiviren konnte, dass durch die ärztliche Schulaufsicht leicht ein gewisses Misstrauen gegen die Schulen in Elternkreisen geweckt und genährt werden könne, ist mir nicht klar und ich kann mir dieselbe nur durch eine totale Verkennung der ärztlichen Thätigkeit in der Schule erklären.

Der passive Widerstand einer grossen Anzahl praktizirender Aerzte erklärt sich durch die Befürchtung der Einrichtung von Schulpolikliniken, wenn ich mich so ausdrücken darf, und die damit verbundene eventuelle weitere Beschneidung der hausärztlichen Thätigkeit.

Die Lehrerschaft endlich sah in dem Schularzte vielfach einen unbequemen Aufpasser und besorgte Uebergriffe desselben in die Pädagogik, ein Gebiet, das sie als ihre ureigendste Domäne glaubte in Anspruch nehmen zu müssen.

Eine Erörterung der Thätigkeit und der Stellung des Schularztes, bei der ich hauptsächlich diejenige des Schularztes in den Volksschulen im Auge habe, wird die Haltlosigkeit der oben skizzirten Befürchtungen am besten darthun.

Meines Erachtens hat sich der Schularzt in erster Linie mit der Hygiene des Schulgebäudes, in zweiter mit der Hygiene der einzelnen Schulkinder und erst in dritter Linie mit der des Unterrichtes zu beschäftigen.

Ich stelle die Hygiene des Schulgebäudes voran und verstehe darunter alle die physikalischen Faktoren, welche auf das Kind während seines Aufenthaltes in der Schule einwirken, also Licht, Luft, Temperatur, Einwirkung der Schulbänke u. s. w. Die Beherrschung der hierbei in Frage kommenden festgelegten hygienischen Grundsätze, sowie der hygienischen Untersuchungsmethoden und der betreffenden Literatur muss man natürlich von dem Schularzte verlangen. Und doch ist das gar nicht so einfach. Sehen wir von der allgemein anerkannten Forderung, dass das Schulhaus trockenen Untergrund haben und gegen das Aufsteigen von Grundluft und Bodenfeuchtigkeit geschützt sein soll, ab, so ist schon die Frage, nach welcher Himmelsrichtung die Fenster der Schulsäle gerichtet sein sollen, eine viel umstrittene. Ich will hier nicht auf die Gründe, die für die sonnenarme oder sonnenreiche Seite sprechen, näher eingehen, Namen wie Reclam, Förster, Nussbaum auf der einen und Cohn, Eulenburg, Baginski, Schubert auf der anderen Seite zeigen Ihnen, dass das für und wider reichlich erwogen ist. Der Schularzt wird freilich nicht sehr häufig in die Lage kommen, zu dieser Frage

Stellung nehmen zu müssen, sondern meistens genöthigt sein mit gegebenen Verhältnissen zu rechnen, er wird sich aber klar darüber sein müssen, wie viel Licht in den ihm anvertrauten Schulen im Allgemeinen die einzelnen Plätze bekommen, wie sich dieselben in Bezug auf diesen Punkt zu einander verhalten und wie eventuell die Lichtmenge zu vermehren ist. Er wird sich weiter fragen müssen, aus welchen Faktoren setzt sich das Licht zusammen, bekommt der einzelne Platz hinreichend direktes Licht vom Himmelsgewölbe, oder ist das Licht von gegenüberliegenden Häusern oder von den Wänden des Schulzimmers selbst reflektirt. Dass alle diese Momente ausser für die Augen auch für den ganzen Stoffwechsel des Kindes eine grosse Bedeutung haben, brauche ich hier nicht auseinanderzusetzen. Ich erinnere nur an die Untersuchungen Moleschott's und anderer.

Von eben so grossem Einflusse auf die Entwickelung des Kindes ist die Beschaffenheit der Luft, die es einathmet. Hier stelle ich unbedingt als wesentlichsten Faktor für die Herstellung einer guten Schulluft, der die vollste Aufmerksamkeit des Schularztes erfordert, die Reinhaltung der Schulsäle voran. Pettenkofer sagt schon im Jahre 1858 in seinem Buche über Luftwechsel: Ohne durchgreifende Reinlichkeit helfen uns alle Ventilationseinrichtungen wenig, während eine strenge Handhabung der Reinlichkeit die Ventilation auf das Kräftigste unterstützt und zur Geltung bringt. Dass der Schularzt zur Feststellung der im einzelnen Falle vorhandenen Luftbeschaffenheit in der Lage sein muss, dieselbe auf ihren Gehalt an Kohlensäure, welche uns in Ermangelung eines Bessern immer noch als Gradmesser der Luftverschlechterung dient, zu untersuchen, braucht nicht bewiesen zu werden, ebenso dass er die bei der Ventilation zur Geltung kommenden physikalischen und technischen Gesetze beherrschen muss. Seine Thätigkeit in diesen Fragen wird immer sehr wirksam sein, denn, um nochmals mit Pettenkofer zu reden, wenn wir auch nicht glauben, dass das Einathmen verdorbener Luft direkt krank macht, so ist es doch unbestritten, dass sie im Stande ist, die Widerstandsfähigkeit gegen jede Art von krankmachenden Agentien herabzustimmen und zu schwächen. Dass zu hoher Feuchtigkeitsgehalt der Luft auf den Stoffwechsel schädigend einwirken kann, zumal wenn die Entwärmung des Körpers zugleich durch zu hohe Temperatur beeinflusst wird, ist eine feststehende Thatsache, dazu kommen Schädigungen der Schulkinder durch einseitige Wärmeabgabe gegen kalte Wände, andererseits wieder durch schlechte Oefen, kurz, es ist eine ganze Reihe von Momenten, die vom Gesundheitsbeamten beachtet werden müssen. Der bedeutende Einfluss der eigentlichen Schulutensilien, Bänke, Wandtafeln u. s. w. auf die Entwickelung des Kindes und seiner Organe, ist so viel erörtert, dass ich darauf nicht weiter einzugehen brauche.

Schon diese kurz ausgeführten Erörterungen beweisen nicht nur die Bedeutung der Hygiene des Schulgebäudes, sondern auch die Richtigkeit meiner vorhin aufgestellten Forderung, dass der Schularzt vollkommen hygienisch geschult sein und sich durch

eigene Untersuchungen über die Verhältnisse in seinen Schulen orientiren muss; trotzdem zweifle ich nicht, dass diese Forderung vielfach Widerspruch finden wird, dass sie manchmal nur beschränkt durchgeführt werden kann. Derartige Untersuchungen verlangen nämlich einerseits eine gewisse Uebung, wenn ihre Resultate verwerthbar sein sollen, andererseits erfordern sie einen grossen Zeitaufwand und ein zum Theil recht komplizirtes und kostspieliges Instrumentarium.

An zweiter Stelle kommt für das Thätigkeitsfeld des Schularztes die Hygiene der Schulkinder in Betracht. Hier möchte ich in erster Linie die Einwirkung betonen, welche der Arzt auf die Reinlichkeit derselben bekommen muss. Das unreine Kind schädigt nicht allein sich selbst dadurch, dass es die Funktionen seiner Haut herabsetzt, es schadet auch den anderen; denn abgesehen von der Verschleppung von Ungeziefer von einem zum andern, tragen die an der Haut solcher unreinen Kinder stattfindenden Zersetzungsvorgänge nicht unwesentlich dazu bei, die Schulzimmerluft zu verschlechtern. Man könnte ja nun meinen, die Sorge für die Reinlichkeit der Kinder sei alleinige Aufgabe des Lehrer, aber einerseits ist das Erkennen von Läusen und deren Eiern für einen Laien manchmal gar nicht so leicht, andererseits ist die Autorität des Arztes bei den Schülern sowohl, als bei den Eltern in Betreff der hier in Frage kommenden Verhältnisse eine grössere. Weiter wird der Arzt durch frühzeitiges Erkennen ansteckender Krankheiten häufig in der Lage sein, sowohl den Erkrankten, wie den Kameraden derselben erspriessliche Dienste zu leisten. Dass ein grosser Theil der Verbiegungen der Wirbelsäule sich vermeiden lässt, wenn früh genug die Aufmerksamkeit darauf gelenkt und die nöthigen Gegenmassregeln getroffen werden, bedarf hier weiter keiner Ausführung. Ebenso verhält es sich mit Gehörstörungen, mögen dieselben nun durch Erkrankung des Ohres selbst, oder durch solche des Nasenrachenraumes bedingt sein. Bei der rationellen Behandlung der Sehstörungen der Schüler fällt dem Schularzte eine grosse Aufgabe zu; ich verstehe hier natürlich unter Behandlung nur die Beseitigung von Einflüssen der Schule, welche schädigend auf das Sehorgan einwirken können. Nimmt man z. B. an, unter 50 Schülern einer Klasse seien 15 mit verminderter Sehleistung — es ist dies ein Prozentsatz, wie er gar nicht so selten vorkommt —, so wird der Schularzt schon durch das richtige Vertheilen der Schüler in der Klasse sehr viel dazu beitragen können, das noch vorhandene Sehvermögen, soweit es an der Schule liegt, zu erhalten. Er wird derartige Kinder dort hin setzen, wo sie das meiste Licht bekommen und die Wandtafel möglichst nahe haben, andererseits wird er aber wieder Kinder mit lichtempfindlichen Augen zwar ebenfalls auf die vordersten Bänke setzen, aber in derjenigen Hälfte der Klasse, welche von dem Fenster abgelegen ist. Die Fensterplätze auf den hintersten Bänken würden dagegen für Kinder zu reserviren sein, welche blutarm sind, oder sonstige Zeichen eines verlangsamten Stoffwechsels bieten. Schon dieses Beispiel zeigt, dass der Schularzt, welcher

seine Schulkinder kennt, oft allein durch geschickte Ausnutzung der gegebenen Verhältnisse in der Lage ist, einzelnen Kindern direkte Vortheile zu verschaffen. Derartige Beispiele liessen sich noch vermehren, doch will ich mich nicht in Einzelheiten verlieren. Hier heisst es eben, wie überall in der ärztlichen Praxis, individualisiren, und es wird bei der speziellen Hygiene der einzelnen Schulkinder derjenige am meisten erreichen, welcher neben seinem hygienischen Können über ein reiches Mass von Erfahrungen aus der praktischen Thätigkeit verfügt.

Bevor ich diesen Punkt verlasse, will ich noch kurz auf die Frage eingehen, soll der Schularzt die erkrankten Schulkinder behandeln? Es ist dies nothwendig, weil gerade in der letzten Zeit sich die Thätigkeit des Schularztes etwas nach dieser Richtung hin verschoben hat. Ich halte eine Behandlung der erkrankten Schulkinder durch den Schularzt weder für die Stellung desselben für erspriesslich, noch glaube ich, dass für die Kinder viel dabei herauskommt. Der Schularzt würde den Laien gegenüber einen Theil seiner unparteiischen Stellung verlieren und mit seinen Kollegen, deren Unterstützung ihm von nicht gering anzuschlagendem Werthe ist, in schwer zu vermeidende Konflikte gerathen; andererseits gehört zu einer wirklichen Behandlung mehr als das Ertheilen eines gelegentlichen Rathes und um weiteres kann es sich bei dem Schularzte nicht handeln, weil ihm für eine sachgemässe Behandlung wesentliche Grundlagen abgehen, da er von den häuslichen Verhältnissen der Kinder kaum oberflächlich unterrichtet ist und die Eltern in der Sprechstunde nicht anwesend sein können. Dass zu einer solchen Thätigkeit des Schularztes die Einwilligung der Eltern gehören würde, sei nur nebenbei erwähnt. Etwas anders ist es, wenn einzelne Städte Spezialisten, wie Zahnärzte u. s. w. angestellt haben, das sind keine Schulärzte, sondern von der Stadt zur Verfügung gestellte Aerzte zur Behandlung ganz bestimmter Krankheiten der Schulkinder. Königsberg hat übrigens in der Instruktion für die Schulärzte ausdrücklich betont, dass von einer Behandlung der Schulkinder nur ausnahmsweise die Rede sein könne.

Den dritten Punkt der Thätigkeit des Schularztes, seine Einwirkung auf den Unterricht, halte ich zunächst noch für relativ unwesentlich; sie muss sich vorerst auf den äusseren Rahmen desselben beschränken. Dass man in schlecht belichteten Klassen im Winter solche Stunden, bei denen eine stärkere Inanspruchnahme des Sehorgans nöthig ist, nicht auf die ersten Morgenstunden oder auf die letzten Nachmittagsstunden verlegt, braucht einem denkenden Schulleiter, der seinen ihm anvertrauten Kindern wohl will, nicht erst gesagt zu werden. Für eine wirkliche Hygiene des eigentlichen Unterrichtes aber fehlen uns trotz der von einer Reihe von Pädagogen sowohl wie Medizinern gemachten Ermüdungsmessungen noch beinahe alle Grundlagen. Hier ist Alles noch im Werden; jedoch auch hier werden jahrelang durchgeführte exakte Beobachtungen der Schulkinder seitens der Schulärzte fruchtbringend wirken.

Wenn ich die schulärztliche Thätigkeit in Bezug auf die eigentliche Hygiene des Unterrichtes zunächst noch für relativ unwesentlich halte, so bin ich neben der Erkenntniss des Mangels exakter Grundlagen hauptsächlich dadurch zu dieser Ansicht gekommen, dass meines Erachtens die Thätigkeit des Schularztes vorwiegend in die Volksschule verlegt werden muss. In dieser tritt aber die auf gesunder Grundlage aufgebaute erzieherische Thätigkeit des Lehrers gegenüber der den Lehrstoff übermittelnden mehr in den Vordergrund. Eine eigentliche Ueberbürdungsfrage für die Schüler wenigstens kennen wir hier nicht. Die Besucher der höheren Schulen stellen gewissermassen eine Auslese dar; ich meine damit, um Missverständnissen vorzubeugen, dass unter ihnen der Prozentsatz schwächlicher und kranker Kinder ein geringerer ist, als unter den Schülern der Volksschulen; ausserdem stehen sie durchschnittlich zu Hause unter günstigeren hygienischen Verhältnissen als diese. Die Gymnasien und höheren Schulen können daher vorläufig der fortwährenden ärztlichen Mithülfe viel eher entbehren als die Elementarschulen.

Was schliesslich die Stellung des Schularztes anbetrifft, so ist früher vielfach die Frage erörtert, soll der beamtete oder der praktische Arzt Schularzt sein? Ich halte diese Frage für vollständig irrelevant, stehe vielmehr auf dem Standpunkte, den Spiess in Frankfurt schon im Jahre 1888 eingenommen hat, wenn er sagte, jeder Arzt ist mir als Schularzt willkommen, der über das nöthige hygienische Können und über die ebenso nöthige praktische Erfahrung verfügt. Im Uebrigen muss man sich nach den in den einzelnen Städten vorliegenden Verhältnissen richten. Ist es ein praktischer Arzt, so wird es eben seinem Takte und dem des beamteten Arztes, der ja immer einen gewissen Einfluss auf die Schule haben muss und haben wird, überlassen bleiben, unnöthige Reibereien, welche nur der Sache schaden können, zu vermeiden. Ich sehe in dem Schularzt den dem Schulleiter beigegebenen koordinirten ärztlichen Berather und halte daher an der Forderung fest, dass derselbe Sitz und Stimme im Schulvorstand haben muss. Es ist das einerseits nöthig, um seine Autorität gegenüber dem einzelnen Lehrer zu sichern, andererseits ist die Schulvorstandssitzung der gegebene Ort, wo der Schularzt jeden irgendwie weitergehenden Vorschlag zu machen und zu begründen hat. Hier kommt er mit den Verwaltungsbeamten in nähere Berührung, hier bekommt er einen gewissen Einblick in das Getriebe eines grossen Gemeinwesens, von dem das Schulwesen doch immerhin nur einen Theil darstellt, und hier wird er sehr bald lernen, wenn er vorher noch nicht die Klugheit besass, mit den vorhandenen Mitteln zu rechnen und sein Wirken nicht dadurch zu untergraben, dass er Forderungen stellt, welche zwar schön und nützlich, aber mit den aufzuwendenden Mitteln nicht im Einklange stehen. Auf der anderen Seite wird der Verwaltungsbeamte, der sieht, dass der Schularzt bei seinen Vorschlägen und Anträgen sämmtliche Faktoren sorgfältig überlegt und alles, was er thut und verlangt, wohl begründet, sehr bald jene oben erwähnten Be-

fürchtungen, welche sich an die Schularzteinrichtung knüpften, fallen lassen. Hier in Giessen hat man sich der Wichtigkeit der Thätigkeit des Schularztes auch im Schulvorstande nicht verschlossen, sondern unter ausdrücklicher Betonung derselben die erste frei gewordene Stelle im Schulvorstande dem betreffenden Arzte übertragen. Leider steht Giessen, soweit ich orientirt bin, mit diesem Vorgehen allein da.

Beschränkt der Schularzt weiter seine direkte Thätigkeit in der Schule auf diese selbst und schont mit der grössten Vorsicht die Stellung des Hausarztes, so wird er bald an der Mehrzahl seiner Kollegen Mitarbeiter haben, welche auch ihn in seiner Thätigkeit unterstützen.

Die Lehrer endlich werden einsehen, dass der Schularzt nicht als Aufpasser, sondern als Berather da ist und dass an jeder schulhygienischen Verbesserung nicht allein der Schüler, sondern auch der Lehrer seinen direkten Antheil hat. Reibereien und Kompetenzstreitigkeiten werden leicht vermieden, wenn beide des Montesquieu'schen Wortes eingedenk sind: „Wir erziehen nicht einen Leib und erziehen nicht einen Geist, sondern wir erziehen einen Menschen."

Uebertragung des Schweinerothlaufs auf den Menschen.

Von Dr. Hillebrand, Kreisphysikus in Bergheim.

Der Schweinerothlauf ist eine in der Rheinprovinz seltene, in den östlichen und südlichen Theilen des Deutschen Reiches, wo grössere Schweinezucht getrieben wird, häufiger auftretende, kontagiöse Erkrankung, welche in den einzelnen Schweinebeständen grosse Verluste verursacht. Von den erkrankten Schweinen gehen 50—85 % zu Grunde; der Gesammtschaden für das Deutsche Reich wird auf jährlich $4^1/_2$ Millionen Mark berechnet (Beisswänger, Stuttgart).

Die Erkrankung führt den Namen Rothlauf, weil sie sich zuerst durch eine Röthung bestimmter Hautstellen charakterisirt. Diese bevorzugten Hautstellen finden sich an den Ohren, an der vorderen Seite des Halses, am Bauche und zwischen den Hinterschenkeln; bald zeichnen sie sich durch eine streng umschriebene, bald durch eine diffuse Röthung aus, welche sich allmählich von den bevorzugteren Stellen auf weitere Hautflächen ausdehnt, ja manchmal über die ganze Körperoberfläche läuft. Die Thiere gehen meist nach kurzer Zeit, nach 6 bis 8 Tagen, unter Schläfrigkeit, Hinfälligkeit, Fieber und Darmreizungserscheinungen ein; bei stürmischem Verlauf kann die Röthung fehlen oder nur so kurze Zeit dauern, dass sie nicht bemerkt wird; dann treten die Darmerscheinungen sogleich in den Vordergrund.

Die Obduktion ergiebt intensive Röthung der Haut und des darunter liegenden Fettgewebes, des Speckes, Schwellung und blutige Infiltration der Darmschleimhaut, Follikelschwellung, Darmgeschwüre, Petechien in den serösen Häuten und Erkrankung der Herzklappen. (Koch's Encyklopädie der gesammten Thierheilkunde, Wien; Beisswänger, Stuttgart.)

Lydtin, Schottelius und Schütz stellten als Erreger des Schweinerothlaufs einen 0,6 bis 1,5 μ langen, sehr dünnen Bacillus in dem Blute erkrankter Thiere fest; er ist erheblich dünner und kleiner als der Tuberkelbacillus. Der rein gezüchtete Bacillus auf Schweine übertragen erzeugt wieder Rothlauf; dasselbe geschieht bei Verimpfung auf Mäuse, Tauben und Kaninchen. Die geimpften Thiere sterben nach 2 bis 6 Tagen; in ihrem Blute lässt sich der Bacillus nachweisen. Eine Uebertragung auf den Menschen wurde bisher nicht angenommen. Um so interessanter war es für mich, eine solche in einem von mir beobachteten Falle nachweisen zu können.

Am 9. Juni 1898, Morgens 10 Uhr, schlachtete ein Metzger auf einem Gutshofe in der Nähe von Berghein ein an Rothlauf erkranktes Schwein. Die Erkrankung war amtlich konstatirt. Am folgenden Tage, Abends 6 Uhr, zeigte sich bei ihm auf der Dorsalseite des rechten Daumens über dem ersten Gelenk eine runde, 5-Pfennigstück grosse, geröthete Stelle, welche teigig und etwas fluktuirend anzufühlen war. Nach einem Einschnitte entleerte sich eine seröse, hellgelbe, klare Flüssigkeit; die Schnittfläche klaffte auseinander. Am dritten Tage (11. Juni) erschien eine gleiche Röthung und Schwellung über dem zweiten rechten Daumengelenk. Nach fünf Tagen (14. Juni) war ausser dem Daumen auch der Zeigefinger und die Mittelhand im Bereiche der Finger-Handgelenke geröthet und geschwollen. Die Röthung verbreitete sich nicht diffus, sondern ging in halbrunden Kreisen, in Bandform, terrassenförmig, in einzelnen Zonen voran. Nach weiteren drei Tagen (17. Juni) acht Tage nach der Infektion, griff die Röthung und Schwellung auf die Innenseite der Hand, zunächst auf den Daumenballen über und hatte hier eine 10-Pfennigstück grosse, mit klarem, hellem, serösem Inhalt gefüllte Blase gebildet. Nach zwölf Tagen (21. Juni) war die ganze Hohlhand und der Handrücken geröthet; in der Hohlhand befanden sich einzelne dunkele, blaugefärbte, erbsengrosse runde Flecken; auch der Unterarm war bereits bis 4 cm über dem Handgelenk in Mitleidenschaft gezogen. Nach zwanzig Tagen (29. Juni) war ein Stillstand eingetreten; eine weitere Verbreitung der Röthung auf den rechten Unterarm hinauf wurde nicht mehr beobachtet; nur die Röthung und Schwellung der rechten Hohlhand schien noch intensiver zu sein. Am 30. Juni, also einundzwanzig Tage nach der Infektion, war jede Schwellung und Röthung spurlos verschwunden. Die Haut war abgeblasst, gerunzelt und begann sich, ebenso wie bei Scharlach und anderen Hauterkrankungen, in Schuppen und Fetzen abzulösen.

Das Allgemeinbefinden des Kranken war, abgesehen von einer gewissen Niedergeschlagenheit in den ersten Tagen, verbunden mit einem wohl berechtigten Angstgefühl, gut. Temperatursteigerung wurde an keinem der oben datirten Tage konstatirt. Der Patient ging vom vierten Tage ab mit hochgebundenem Arm und Sublimatkompressen (1 : 1000) spazieren.

Das charakteristische dieser Hauterkrankung war demnach

1. die Anfangs zirkumskripte Röthung und Schwellung über dem Daumengelenk;
2. die sich im Anschluss hieran über die ganze Hand bis zum Unterarm hinauf verbreitende Röthung und Schwellung;
3. die Blasenbildung am achten Tage;
4. Heilung und Abschälung der Haut am 21. Tage;
5. das wenig gestörte Allgemeinbefinden.

Auf dem betreffenden Gehöfte waren ausser dem hier in Frage kommenden Schwein noch mehrere erkrankt und geschlachtet worden; bei sämmtlichen Schweinen war durch den Kreisthierarzt, mit welchem ich über die Angelegenheit konferirte, Rothlauf festgestellt. Aehnliche Röthungen und Schwellungen an Händen von Metzgern, welche aber aus leicht begreiflichen Gründen eine Hantirung mit erkranktem Fleisch in Abrede stellten, hatte ich schon früher in zwei Fällen beobachtet. Mein Verdacht, dass hier eine Uebertragung von Schweinerothlauf auf den Menschen vorliege, wurde in Erinnerung an diese Fälle bestärkt. Zur Feststellung eröffnete ich die am achten Tage gebildete Blase und fing deren Inhalt zwischen mehreren Deckgläschen auf. Die weitere Untersuchung in Gemeinschaft mit Herrn Kreisthierarzt Cremer in Bergheim ergab nach Färbung mit Methylviolett ein überraschendes mikroskopisches Bild von gleichartigen Bazillen in so grosser Menge, wie sie, als Reinkultur gezüchtet, nicht klarer und schöner hätten in die Erscheinung treten können. Der Vergleich mit einem Kontrolpräparat ergab deutlich das Vorhandensein von Rothlaufbazillen. Die Identität wurde von den Herren Kreisthierärzten am Schlachthofe in Köln Bollfarth und Frank gleichfalls bestätigt.

Eine Ueberimpfung auf Tauben konnte wegen verzögerter Beschaffung erst vier Tage nach Entnahme des Blaseninhalts stattfinden, zeigte aber keinerlei Erfolg, jedenfalls weil die Blasenflüssigkeit mittlerweile zu stark eingetrocknet war. Nach zwei bis vier Tagen wird der Bacillus, wenn er trocken aufbewahrt wird, vernichtet (Beisswänger). Eine weitere Impfung derselben Tauben mit dem Blute des erkrankten Metzgers, zufällig am Tage vor der Abschälung der Haut, hatte auch keinen Erfolg. Eine Taube ging zwar nach zwölf Tagen ein unter Erscheinungen von Starrkrampf mit ausgeprägtem Opisthotonus, jedoch liess sich in dem Blute beider Tauben ein Bacillus nicht nachweisen. Es waren junge Tauben, welche leicht, zumal bei längerer Einsperrung, eingehen. Die Impfversuche scheiterten daher an äusseren Umständen, welche nicht vorgesehen werden konnten.

Trotzdem dürfte der Krankheitsverlauf und der Nachweis von Rothlaufbazillen in der Blasenflüssigkeit wohl zu dem Schlusse berechtigen, dass hier eine Uebertragung von Schweinerothlauf auf den Menschen durch Infektion am Daumen vorlag.

Ausser den beiden von mir erwähnten ähnlichen Fällen aus meiner Praxis findet sich in der Literatur kein Hinweis auf die Möglichkeit einer Uebertragung von Schweinerothlauf auf den Menschen; wohl liesse sich der von Kreisphysikus Kornfeld in

Nr. 4 dieser Zeitschrift 1899 geschilderte Fall von Fleischvergiftung oder Pemphigus bei der Frau eines Hundezüchters, welche Gelegenheit hatte, sich mit verdorbenem Fleische — Hundefutter — zu infiziren, einreihen, ebenso die am Schlusse seiner Arbeit zitirten Fälle von G. Pernet in England, wo die Rothlaufseuche sehr verbreitet ist. Pernet erwähnt nach Kornfeld sechs Fälle von Pemphigus bei Fleischern, von denen der eine 16 Tage nach einer Fingerverletzung, nachdem sich am zehnten Tage Blasen gebildet hatten, starb. Beachtenswerth bleibt, dass diese Erkrankungen fast immer bei Metzgern zur Beobachtung kamen.

Zum Schlusse erstatte ich den Herren Kreisthierärzten Cremer, Bollfarth und Frank für ihr Interesse und Entgegenkommen meinen Dank.

Fall von traumatischer Herzruptur ohne Verletzung des Brustkorbes.

Von Kreisphysikus Dr. **Kuhnt** in Beeskow.

Fälle von Zerreissung einzelner Herzklappen oder einzelner Kammer- oder Vorkammerwandungen oder der Aorta sind in den letzten Jahrzehnten mehrfach veröffentlicht worden; konnte doch Heimann in seiner Dissertation (Berlin 1895) 101 derartige Fälle zusammenstellen. Viele der bekannt gewordenen gingen mit Verletzungen der äusseren Bedeckungen des Brustkorbes und seines Knochengerüstes einher, andere liessen solche vermissen. Bei mehreren der Verletzten wurde die Muskulatur des Herzens krankhaft verändert gefunden, bei anderen nicht. Fast ausschliesslich gaben grosse Gewalteinwirkungen die Veranlassung zu der Verletzung, so z. B. ein Fall aus der Höhe des zweiten Stockwerks (bekannt gegeben von Langenbusch in seiner Dissertation; Berlin 1869), eine Quetschung zwischen den Puffern zweier Eisenbahnwagen (Fall von Rosenthal; Berliner klin. Wochenschr., 1883, Nr. 15), ein Schlag von dem Hinterhufe eines Pferdes (Fall von Webersberger; Milit. ärztl. Zeitschr., 1895) u. s. w. Nach alledem könnte es fast überflüssig erscheinen, einen neuen hierher gehörigen Fall zu veröffentlichen; indess ist der nachstehend beschriebene wegen der Geringfügigkeit des Traumas, welches eine so schwere, schnell tödtlich verlaufende Verletzung herbeiführen konnte, der Beachtung werth.

Ein 4jähriger, kräftig gebauter, bisher nicht ernstlich krank gewesener und aus gesunder Familie stammender Knabe W. im benachbarten Glienicke stand auf dem vorderen Ende des hinteren von zwei an einander gekoppelten, mit Gartenerde beladenen, von zwei Pferden in ganz langsamer Gangart gezogenen Arbeitswagen, mit dem Rücken an die linke Seitenwand gelehnt, so dass seine linke Seite nach vorn gerichtet war. Der Fussboden des Wagens lag etwa 80 cm über der Strassenoberfläche. Als sich der Knabe auf einen Anruf umwenden wollte, verlor er das Gleichgewicht, fiel auf das durchaus nicht tief ausgefahrene, sondern noch gut erhaltene Kopfsteinpflaster der Dorfstrasse und schlug mit seiner Vorderfläche, die Gliedmassen von sich gestreckt, auf. Er kam nach aussen vom linken Vorderrade und längs desselben, welches ihn an der linken Seite streifte, zu liegen, hatte alsbald das Bewusstsein verloren, athmete schwer und war nach etwa 20 Minuten eine Leiche. Da aus

Mund und Nase Blut geflossen war, wurde bei der gerichtlichen Leichenschau als nicht unmöglich erklärt, dass ein Bruch der Schädelgrundfläche dem Leben des Knaben ein Ende gemacht habe. Jedoch ergab die gerichtliche Leichenöffnung einen ganz anderen Befund. Aeusserlich war an der linken Körperseite und zwar in der Höhe der 8. und 9. Rippe und an der Hüfte je eine 5 cm lange und 2 cm breite Hautabschürfung vorhanden, welche eingeschnitten je einen Bluterguss darbot. Der Herzbeutel war prall gefüllt und enthielt 120 ccm theils geronnenen, theils flüssigen Blutes. Als Austrittsstelle des Blutes aus dem Herzen wurde eine Oeffnung etwa in der Mitte des äusseren Umfanges der rechten Kammer gefunden. Sie hatte eine Länge von 11 mm und verlief mit der Längsausdehnung in der Längsrichtung der Kammer. Ihre unebenen gefranzten Ränder und Flächen waren blutig durchtränkt. Die Kammerwandung war 3 mm dick und rothbraun. Das Herz hatte die Grösse der Faust des Kindes.

Der Tod war im vorliegenden Falle jedenfalls dadurch herbeigeführt werden, dass das Herz durch das in den Herzbeutel ausgetretene Blut in seiner Thätigkeit behindert wurde. Wenn man eine Erklärung dafür zu finden sucht, wesshalb die Wandung der rechten Kammer im äusseren Umfange geborsten ist, wird man von der Annahme ausgehen müssen, dass der Knabe mehr mit der linken, als mit der rechten Brusthälfte aufgeschlagen ist, dass ferner die Herzkammern im Augenblicke des Aufschlagens im Zustande praller Füllung sich befanden, und dass die im Kindesalter noch mehr als später biegsamen und elastischen Rippen den Druck von aussen auf die inneren Organe durch die Brustwand sich fortsetzen liessen, ohne zu zerbrechen. Bekanntlich liegt nach Luschka die rechte Herzhälfte der vorderen Brustwaed näher als die linke, zum grossen Theile allerdings geborgen hinter dem Brustbeine, das Ostium arteriosum dextrum jedoch an weniger geschützter Stelle im zweiten linken Zwischenrippenraum neben dem Brustbeine. Während der Systole, in welcher der dicke Durchmesser des Herzens auf Rechnung des Längsdurchmessers zunimmt und eine Drehung des Herzens um Quer- und Längsaxe nach vorn stattfindet, nähert sich das genannte Ostium noch mehr der Brustwand; ein Druck, ein Stoss gegen die linke Thoraxhälfte unweit des Brustbeines in der Höhe der zweiten und dritten Rippe muss daher einmal mehr das rechte Herz, als das linke, sodann mehr das Ost. arter. dextr. als Kammer und Vorhof treffen, und demgemäss den Blutabfluss aus der rechten Kammer erschweren. Das Blut musste somit im vorliegenden Falle einen Ausweg durch die Kammerwand im äusseren Umfange suchen, weil die Zwischenwand zwischen den beiden Kammern einen Gegendruck durch das Blut in der linken Kammer erfuhr, und weil in Folge Fortpflanzung des auf das Ostium arter. dextr. ausgeübten Angriffs auf das dahinter liegende Ostium venos. sinistrum eine Stauung in den Lungen und im Körpervenensysteme stattfand, welche die Klappen zwischen rechter Vorkammer und Kammer widerstandsfähig machte.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Aerztliche Verschwiegenheit und Lebensversicherung. Bull. méd. 1899, Nr. 46 enthält folgendes interessante Urtheil des Kassationshofes: Die Versicherungsgesellschaft N. N. hatte sich geweigert, die Police von 70 mille Fr. für

das Leben des bald nach der Aufnahme verstorbenen F. auszuzahlen, weil dieser seine Urinfistel verschwiegen hatte. Das Handelsgericht hatte auf Grund der Aussage des Dr. X., dass er den Verstorbenen 12 Jahre vorher an einer Urinfistel behandelt habe, die Gesellschaft zur Zahlung verurtheilt. Der Kassationshof hob aber dieses Urtheil auf mit der Begründung, dass ein richterliches Urtheil sich nicht auf die Aussage Jemandes gründen könne, der durch Verletzung der Berufs-Verschwiegenheit sich strafbar mache.

Dr. Kornfeld-Grottkau.

Ohnmacht bei der Geburt als seltene Ursache. Von Perrin de la Touche. Ann. d'hyg. publ. u. de méd. lég., Avril 1899.

Bei einem Neugeborenen hatte die Sektion als Ursache des Todes Erstickung angegeben. Die Mutter, 1para, war — nach zunehmenden Schmerzen, als das Kind schon mit dem Kopf in der Vulva stand und Hilferufe Niemanden herbeiführte, von Angst befallen worden. Da die Geburt nicht vorrückte, nahm sie ihre Scheere und führte die beiden Blätter, das eine zwischen unteren Vulva-Rand und Kinderkopf unter Leitung des Fingers, ein, schloss mit beiden Händen die Scheere und durchschnitt den Damm. Durch den Schmerz verlor sie das Bewusstsein. Zu sich gekommen, sah sie das Kind und Mutterkuchen zwischen ihren Schenkeln. Sie machte eilig einen Knoten in die Nabelschnur und unterband. Beim Abtrocknen des Kindes bemerkte sie, dass dasselbe kein Lebenszeichen mehr von sich gab. Den endlich zurückgekehrten Nachbaren erzählte sie dann, was vorgefallen war.

Der Damm zeigte in der That eine scharfe Schnittwunde von der Vulva bis zum Anus, die indess nicht den Sphincter noch das Rectum betraf.

Von Verfolgung wurde auf Grund des Gutachtens Abstand genommen.

Ders.

Der Bewusstseinszustand im epileptischen Anfalle. Von Dr. S. Salgó, Primararzt und Dozent in Budapest. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Bd., 1. und 2. H.; 1899.

S. wendet sich gegen die falsche Auffassung, die über einzelne Symptome der Epilepsie gehegt werden. So sei die Annahme allgemein, dass der psychische Rückgang des Epileptikers eine Folge der Anfälle sei, während umgekehrt beide Symptome in gleicher Intensität von dem krankhaften Prozess des Nervensystems beeinflusst werden. Viel wichtiger ist die Frage nach dem Bewusstseinszustand im epileptischen Anfalle. Man nimmt im Allgemeinen an, dass das Bewusstsein in diesem Zustande aufgehoben ist und betrachtet die nachfolgende Amnesie als objektives Zeichen desselben. Beide Sätze sind nur mit einiger Einschränkung richtig. Nicht selten kann der Epileptiker über Handlungen, die einem Anfalle unmittelbar folgten, kurze Zeit später richtige und detaillirte Auskunft geben, während bei einer zweiten Vernehmung gänzliche Amnesie besteht. Die Kenntniss dieser Spät-Amnesie ist naturgemäss für den Gerichtsarzt von grosser Wichtigkeit. Man hat dieses eigenthümliche Phänomen dadurch zu erklären versucht, dass man die erste Vernehmung des Kranken noch als in die Zeit des Anfalles fallend darstellt. Neben diesen Zuständen kommen solche vor, in denen der Kranke noch „eine summarische", lückenhafte Erinnerung an die Vorgänge des Anfalles besitzt. S. weist auf die zahlreichen Analogien hin, die die epileptischen Bewusstseinsstörungen mit dem Schlaf- bezw. Traumzustande haben. Das Bewusstsein ist in allen diesen Zuständen nicht aufgehoben, sondern verändert. In diesem veränderten Bewusstseinszustand erscheinen die Handlungen eines Epileptikers ohne „organischen" Zusammenhang mit seinem psychischen Leben und den begleitenden Umständen der That.

Meist fehlt allerdings die Erinnerung an die That, das Vorhandensein derselben beweist jedoch nichts gegen die Bewusstlosigkeit des Thäters. Nicht selten imponirt die Handlung eines Epileptikers durch eine besondere Verkettung von Umständen als bewusste und wohl überlegte und doch liegt sie ausserhalb der Bewusstseinssphäre: „sie entspricht weder dem Angreifer, noch dem Verhältniss desselben zum Angegriffenen, noch auch den auslösenden psychischen Momenten".

Dr. Pollitz-Brieg.

Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. Von Dr. Mönkemöller-Herzberge. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Bd., 1. und 2. H., 1899.

M. hat seine Untersuchungen an ca. 400 Knaben der Berliner Zwangserziehungsanstalt vorgenommen. Das Material setzt sich aus Knaben unter 12 Jahren zusammen, die nach einer strafbaren Handlung mit Rücksicht auf die Familienverhältnisse auf Grund des Gesetzes vom 13. März 1878 der Zwangserziehung überwiesen werden, und aus solchen über 12 Jahren, die bei Begehung einerstrafbaren Handlung genügende Einsicht besitzen und nach verbüsster Strafe der Besserungsanstalt zugewiesen werden, ferner aus einer Reihe sittlich verwahrloster Kinder und einiger Waisenkinder der gleichen Kategorie. Nach der kriminellen Seite wird am häufigsten Vagabondage und Betteln und einfacher Diebstahl erwähnt: Nur bei 15 war ein Delikt noch nicht nachgewiesen.

M. suchte dieses in mehrfacher Richtung interessante Material kriminalanthropologisch zu verwerthen. Von vornherein zeigte sich jedoch, dass sowohl Untersuchungen über die Abstammung, wie Schädelmessungen bei den Zöglingen nur sehr geringen Erfolg versprachen. Auch über die hereditären Verhältnisse fehlten sichere Unterlagen: in 31 Fällen fanden sich insgesammt bei den nächsten Angehörigen Geisteskrankheiten, in 33 Epilepsie, in 85 hochgradiger Alkoholismus. Das Milieu und die Erziehung wirkten allgemein höchst ungünstig; auffallend selten war dagegen eine gerichtliche Strafe der Eltern nachgewiesen; ein Umstand, der wohl beweisen dürfte, dass „in Berlin kein von Generation zu Generation sich fortpflanzendes Verbrecherthum existirt." — Unter den psychischen Anomalien, die M. bei seinem Material eingehend studirte, steht der angeborene Schwachsinn mit 68 Fällen obenan. Es ist allgemein anerkannt, dass die verschiedenen Formen geistiger Schwäche unter den Insassen von Korrektionshäusern und Besserungsanstalten überaus häufig sind. M. fand bei einem an sich recht niedrigen Niveau allgemeinen Wissens sämmtlicher Zöglinge bei den Imbezillen nicht nur einen grösseren Ausfall an Wissen, sondern auch einen bemerkenswerthen Mangel an Interesse, Denkvermögen und geistiger Regsamkeit. Dieser Kategorie schliesst sich diejenige der Epileptiker mit 24 Fällen an. Es handelt sich hier nur um Fälle sog. psychischer Epilepsie, die sich in der verschiedensten Weise äussert: bald in reinen Dämmerzuständen oder länger dauernde Bewustseinsstörungen, bald in Enuresis nocturna oder schweren Angstzuständen u. s. w. Hysterische Symptome fanden sich bei 7 Zöglingen, paranoische bei 5. M. betrachtet 83 seiner Zöglinge als „normal"; bei allen diesen liess sich der Mangel häuslicher Erziehung bestimmt nachweisen. Bei 4 von 13 Knaben, die man der sog. moral-insanity zurechnen dürfte, fehlte jeglicher ungünstiger Faktor in der Anamnese. Es handelt sich hier um Fälle, die die italienische Schule als „geborene Verbrecher" bezeichnet, und — entgegen einer weit verbreiteten falschen Auffassung — besonders schwer bestraft wissen will. Auf derartige Individuen wirkt weder der psychische Einfluss der Irrenanstalt, noch die Bemühungen der Zwangserziehung oder des Gefängnisses.

M. giebt weiterhin eine Reihe Schädelmaasse, eine Statistik über die Degenerationszeichen und Mittheilungen über die Tätowirungen und betont in längerer Ausführung, auf die hier nur verwiesen werden kann, wie nothwendig eine dauernde und wirksame Thätigkeit des Psychiaters grade für Zwangserziehungsanstalten sei. Dr. Pollitz-Brieg.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ueber die zunehmende Arbeitswiderwilligkeit der Unfallverletzten. Inwiefern ist dieselbe durch Mängel im Unfallversicherungsgesetz veranlasst, und in welcher Weise müsste Abhülfe geschehen? Von San.-Rath Dr. M. Vogel in Eisleben. Sonderabdruck aus Nr. 2 „Der Kompass", Organ der Knappschafts-Berufsgenossenschaft für das Deutsche Reich, vom 20. Januar 1899.

Verfasser ist seit mehr als einem Menschenalter Arzt an einem Knappschaftskrankenhause und daher auf Grund seiner Unfallpraxis besonders berufen, zu obiger Frage Stellung zu nehmen. Er klagt darüber, dass viele Aerzte Simulation und Arbeitswiderwilligkeit überhaupt nicht zu kennen scheinen in der Befürchtung, dem arbeitenden Mitmenschen Unrecht zu thun. Und zwar

seien dies nicht Aerzte, denen die genügende Erfahrung fehle, sondern auch solche, denen ihre hervorragende Stellung in der Wissenschaft und das Ansehen, das sie deshalb geniessen, alljährlich ein bedeutendes Material von Unfallverletzten zur Begutachtung zuführe.

Nach Verfassers Beobachtung ist allen diesen „Idealisten" eines gemeinsam, das deren Irrthum begreiflich macht: sie stehen nicht mitten unter der Arbeiterschaft, sondern sie bekommen den Arbeiter meist fern von dem Felde seiner Thätigkeit zu sehen, oder, wenn sie doch mit ihm einen gemeinsamen Wohnsitz haben, so entgeht ihnen der Einblick in die täglichen Arbeitsverhältnisse, wie ihn der erfahrene Kassenarzt mit der Zeit an Ort und Stelle gewinnen kann.

Vielfach wachse das günstige Urtheil über die Aufrichtigkeit des angeblich arbeitsunfähigen Verletzten mit der Entfernung des Beurtheilers vom Arbeitspunkte des Verletzten und der Länge der Zeit, nach der untersucht wurde. Am geringsten seien meist die Mitarbeiter in ihrem Urtheil über die Arbeitsfähigkeit des Verletzten beeinträchtigt. Mit der Länge der Zeit lerne ein Unfallverletzter die nach seinem Unfall möglichen Folgeerscheinungen immer besser kennen. Selbst mit Hülfe der Röntgendurchleuchtung könne man kein einwandfreies Urtheil gewinnen: Viele gut funktionirende Gelenke würden grössere oder geringere Abnormitäten zeigen, wenn man sich einmal die Mühe nähme, grössere Massen arbeitsfähiger Menschen darauf hin mittelst Röntgen-Strahlen zu untersuchen. Dass aber eine abnorme, lange Zeit durchgeführte Ausschaltung eines Körpertheiles aus dessen Funktionen abnorme Veränderungen zur Folge hat, könne man überall sehen, und es wäre eine der Jetztzeit sehr entsprechende physiologische Aufgabe, durch Röntgenbilder den Gang der Inaktivitätsveränderungen darzustellen.

Leider sei es jetzt so weit gekommen, dass es fast zu den Ausnahmen gehöre, wenn ein durch Unfall ernstlich Verletzter nach seiner Heilung anders als unter Bewilligung einer Rente die Arbeit wieder aufzunehmen den Willen zeige. Im Gegensatz zu diesen Ausführungen hat Referent vor Jahren in dieser Zeitschrift [1]) darauf hingewiesen, dass man im Suchen nach der Simulation nicht selten zu weit geht, dass selbst Aerzte, die in der Nerven- und Unfallheilkunde eine reiche Erfahrung besitzen, durch den Gedanken an die Simulation im Erkennen der Krankheit gestört werden und dass durch Verkennung der Krankheit unendlich viel mehr Schaden angerichtet werde, als durch Nichtbeachtung der Simulation. Damals stand Referent schon jahrelang mitten in einer ausgedehnten Kassenpraxis (Knappschafts-, Eisenbahn-, Orts-Betriebs- und Gemeindekrankenkassen). Heute nach 5 Jahren neigt er der Ansicht zu, dass die Wahrheit in der Mitte liegt. Es ist unbedingt anzuerkennen, dass zu häufig und zu viel Rente bewilligt wird, aber auch solche Fälle können noch beobachtet werden, in denen das Schiedsgericht oder Reichsversicherungsamt einem als Simulanten abgewiesenen Unfallverletzten zu seinem Rechte verhilft.

Wenn demnach die etwas pessimistische Ansicht Vogel's über die Verbreitung und den Umfang der Arbeitswiderwilligkeit nicht uneingeschränkt gelten wird, so werden die weiteren Ausführungen des Verfassers allgemeinere Zustimmung finden:

Die edlen Beweggründe, die das Unfall-Versicherungs-Gesetz verursachten, werden verkannt, statt der erwarteten Versöhnung der Arbeiter zeigen diese jenen grossen Wohlthaten gegenüber nur Geringschätzung und Hohn. Der Bezug einer Rente stellt anscheinend für die Arbeiterbevölkerung das höchste irdische Glück dar, dem bisweilen auch alle moralischen Bedenken geopfert werden müssen. Wittwen von durch Unfall zu Tode gekommenen Arbeitern heirathen nicht wieder, sondern leben mit dem Manne, den sie sonst heirathen würden, in Konkubinat, um die Rente nicht zu verlieren. Geht die Widerwilligkeit zur Wiederaufnahme der Arbeit in der Steigerung wie bisher weiter, dann finden sich in verschiedenen Betrieben nur noch Rentenempfänger als mehrjährige Arbeiter, denn in manchen Betrieben bleibt doch fast kein Arbeiter auf die Dauer unverletzt.

Auch die Wehrfähigkeit des Vaterlandes wird leiden, da die Militärpflicht bei denjenigen nicht in Anwendung kommen kann, die sich z. B. Gelenkversteifungen zugezogen haben — und derer werden immer mehr.

---

[1]) Z. f. M.; 1894, S. 236.

Die Berufsgenossenschaften haben Unfallkrankenhäuser gebaut, um Abhülfe zu schaffen. Doch auch mit der mediko-mechanischen Behandlung wusste der widerwillige Arbeiter sich abzufinden, nachdem die erste Verblüffung über diese neue Behandlungsart überwunden war. Trotz der bedeutenden Fortschritte in der Behandlung der Unfallverletzten nimmt die Zahl der Rentenempfänger über Erwarten zu.

Alle Hülfsmittel der ärztlichen Kunst scheinen nichts zu fruchten, wenn sie nicht durch den ehrlichen Willen des Verletzten unterstützt werden. Verfasser wünscht als Gegenmittel einerseits, dass §. 5 Abs. 7 des Unfall-Versicherungsgesetzes so abgeändert werde, dass er lautet: „Dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen steht ein Anspruch nicht zu, wenn er den Betriebsunfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit und Ausserachtlassen der Betriebsvorschriften herbeigeführt hat.“ Anderseits werde die Einführung einer Kapitalabfindung an Stelle der Rentenzahlung die Erwerbsfähigkeit der Unfallverletzten erheblich steigern.

Habe die Kapitalabfindung stattgefunden, so habe kein Verletzter mehr ein Interesse daran leistungsunfähig zu sein, vielmehr werde er nach besten Kräften etwas durch Arbeit verdienen wollen. Er werde sich daher in Arbeit üben und mit diesem besten aller Heilmittel für steife Glieder, dem weder Massage, noch mediko-mechanische Behandlung gleichkomme, diejenige Arbeitsfähigkeit erreichen, die er nach seiner Verletzung noch erreichen kann. Sollte sich dann wirklich bisweilen zeigen, dass ein Verletzter zu reichlich entschädigt worden sei, so komme ein Verlust an Kapital gar nicht in Betracht gegenüber der Erwägung, dass der Arbeiter andernfalls nach dem jetzt üblichen Brauche ein Krüppel geblieben, der unnütz Geld verzehrt und das ihm verliehene Pfund vergräbt.

Das beste Mittel jedoch, dem Arbeiter Interesse daran einzuflössen, dass er selber wie sein verletzter Mitarbeiter bald wieder die ihm nur irgend mögliche Erwerbsfähigkeit erlange, sei, die Arbeiter theilnehmen zu lassen an der Aufbringung der Kosten für die Unfallversicherung. Wenn der Arbeiter nur ein Drittel oder Viertel zu den Kosten der Unfallentschädigungen beitragen müsse, so würde die Gesammtheit der Arbeiter dem enormen Anwachsen dieser Kosten nicht gleichgültig gegenüber stehen, und der Verletzte würde dementsprechend .sein Betragen ändern müssen. Der Werth der erziehenden Einwirkung der Mitarbeiter sei hoch anzuschlagen, man kann ihn kaum entbehren. Recht charakteristisch zeige sich bei den sozialdemokratischen Krankenkassen der Unterschied zwischen Krankheit und Unfallverletzung. Während bei Krankheit hier die Patienten streng angehalten würden, sobald als möglich die Arbeit wieder aufzunehmen, werde nach Unfällen die grösste Ausbeutung derselben von den Parteiorganen empfohlen.

Man könnte ja den Vorschlag der Beitragspflicht der Arbeiter dadurch annehmbarer machen, dass man hierfür dem Arbeiter besondere neue Vortheile biete. So z. B. könnte man bei den schwersten Verletzungen die Vollrente erhöhen, denn für manche Verletzte sei auch eine Rente von 100 Proz. zu wenig. Wenn ein Wirbelbruch mit Rückenmarksverletzung vorliege, so bedürfe ein solcher hülfloser Unglücklicher so vieler Pflege, dass er auch von den 100 Proz. Vollrente dieselbe sich nicht verschaffen könne.

Wer ein wahrer Freund des Arbeiters sei, der könne dem Arbeiter nur wünschen, dass der zunehmenden Gefahr der Arbeitswiderwilligkeit, die wie ein Krebsschaden an der Kraft und Arbeitsfähigkeit der deutschen Arbeiterschaft zehre, mit allen geeigneten Mitteln entgegengetreten werde.

Verfasser schliesst seinen bemerkenswerthen Artikel, der gewiss jedem ärztlichen Sachverständigen hohes Interesse bieten wird, mit folgenden Worten: „Für die Pflicht der Aerzte, welchen in dem fortwährenden Verkehr mit Unfallverletzten diese Gefahr mehr als Anderen vor Augen tritt, halte ich es, ihre warnende Stimme nicht nur in ihren Fachjournalen, sondern auch in den weiteren Kreisen zugängigen Organen zu erheben, zumal ihr unparteiischer Standpunkt in diesen Fragen deshalb ausser Zweifel steht, weil sie dabei nicht als Arbeitgeber interessirt sind.“

Dr. Dietrich-Merseburg.

Zusammenhang tuberkulöser Lungenerkrankung mit einem Sturze von einem Heuwagen. Gutachten des Obermedizinalraths Dr. Grashey in München vom 26. September 1898 und Rekursentscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamtes vom 8. November 1898.

Jede tuberkulöse Erkrankung ist eine Infektionskrankheit und ist bedingt durch die Aufnahme von Tuberkelbazillen in den Organismus und Vermehrung derselben in dem Organismus.

Nicht jeder menschliche Organismus, welcher Tuberkelbazillen in sich aufnimmt, erkrankt an Tuberkulose; die Erkrankung erfolgt vielmehr nur dann, wenn der Organismus die hierzu erforderliche Disposition hat, d. h. wenn er so beschaffen ist, dass die aufgenommenen Bazillen in ihm sich ansiedeln und in ihm sich vermehren können.

Da heut zu Tage die Tuberkelbazillen nicht nur in Städten, sondern auch auf dem Lande ausserordentlich stark verbreitet sind und da deshalb fast jeder Mensch oftmals Tuberkelbazillen einathmet oder mit der Nahrung verschluckt, so erkrankt fast jeder, der die Disposition zur Erkrankung auf irgend eine Weise erworben hat.

Bei der Erforschung der Genese der tuberkulösen Erkrankung eines bestimmten Individuums hat man daher nicht die Frage zu beantworten, wo und für welche Weise die Bazillen in seinen Organismus gelangt seien, sondern bei Weitem wichtiger ist die Frage, wie und wann er sich die Disposition zur tuberkulösen Erkrankung erworben habe, ob er dieselbe von den Eltern ererbt, oder ob er erst später durch bestimmte den Organismus schwächende Schädlichkeiten dieselbe erworben habe.

Da Schmied S. vor dem Unfalle körperlich gesund und bei dem Unfalle schon 72 Jahre alt war, so kann von einer ererbten Disposition keine Rede sein; es kann auch nicht angenommen werden, dass er durch seine Lebensweise und die Art seiner Beschäftigung schon vor dem Unfalle diese Disposition erworben habe; denn sonst müsste er, da Lebensweise und Beschäftigung sich in den letzten Jahren nicht geändert haben, lange vor dem Unfall der Tuberkulose anheimgefallen sein. Da die ersten Zeichen der tuberkulösen Lungenerkrankung erst nach dem Unfalle auftraten, so ist zu untersuchen, ob der Unfall der Art war, dass er den Organismus des S. zu tuberkulöser Erkrankung disponiren konnte, oder ob nach dem Unfall zufällig und von diesem unabhängig eine andere erlittene Schädlichkeit disponirend wirkte.

Der Unfall bestand darin, dass S. auf einer Weise beim Aufladen von Heu von einem beladenen Heuwagen rücklings kopfüber auf den Boden stürzte, als die Zugthiere unversehens den Wagen angezogen hatten. Die hierdurch erlittene Kontusion traf zunächst die Haut und die Muskulatur des Rückens und des Nackens; es unterliegt aber auch keinem Zweifel, dass durch den Sturz auch der ganze Brustkorb und die in demselben befindlichen Organe, insbesondere aber die Lunge und das Rippenfell eine Erschütterung und eine Zerrung erfahren haben. Ob es hierbei zu einer Zerreissung von Blutgefässen kam, ist nicht festgestellt, ist aber auch nicht ausschlaggebend; die Erschütterung des Lungengewebes genügt, dasselbe für eine pneumonische oder für eine tuberkulöse Infektion oder für beide Infektions-Arten zu disponiren; mit anderen Worten: der erlittene Vorfall war der Art, dass S. in Folge der erlittenen Erschütterung der Lunge, also in direkter Folge an Lungentuberkulose erkranken konnte. Der erlittene Unfall konnte aber auch indirekt zu tuberkulöser Lungenerkrankung führen, indem er den alten Mann durch die erlittene Kontusion der Haut und der Muskulatur des Halses und des Rückens zwang, mehrere Wochen lang zu liegen, indem ferner die kontusionirten Athemmuskeln des Brustkorbes und wohl auch Schmerzhaftigkeit des Rippenfells nur oberflächliches Athmen gestatteten und indem durch Krankenlager die Ernährung und Widerstandskraft des ganzen Organismus herabgesetzt wurde.

Wenn man nun bedenkt, dass eine andere zufällige und von dem Unfall unabhängige Schädlichkeit, welche den gleichen Effekt hätte haben können, auf S. nach Lage der Akten nicht eingewirkt hat, so müssen die oben erwähnten direkten und indirekten Folgen des Unfalls als die einzig nachweisbaren Ursachen der tuberkulösen Erkrankung bezeichnet werden.

Der Umstand, dass zwischen dem Unfall und der eklatanten tuberkulösen Erkrankung ein relativ grosser Zeitraum liegt, beweist nicht, dass die tuberkulöse Infektion nicht gleich nach dem Unfall eintrat; denn ein vorher gesunder

Organismus fällt bei tuberkulöser Infektion erfahrungsgemäss langsam und allmählich und anfangs unmerklich dem tückischen Feinde anheim. Diese langsame Entwickelung der Tuberkulose bei S. beweist andererseits aber auch, dass die etwaige Abnahme, er könnte schon vor dem Unfall einen tuberkulösen Herd im Lungengewebe gehabt haben, der durch den Unfall zu weiterer Ausbreitung gelangte, nicht zulässig ist; denn in diesem Falle wäre es zu einer rascheren und stürmischeren Entwicklung der tuberkulösen Erkrankung gekommen.

Demnach beantworte ich die gestellte Frage gutachtlich dahin, dass die tuberkulöse Lungenerkrankung, an welcher Joseph S. starb, als Folge des von ihm am 6. Juli 1896 erlittenen Unfalls zu betrachten sei.

Auf Grund des vorstehenden Gutachtens hob das k. Landesversicherungsamt in München mit Rekursentscheidung vom 8. November 1898 die gegentheiligen Entscheidungen der Vorinstanzen auf und erklärte die betreffende land- und forstwirthschaftliche Berufsgenossenschaft für schuldig, der Wittwe des Joseph S. die Beerdigungskosten zu bezahlen und die gesetzliche Wittwenrente zu gewähren. Unfallversicherungspraxis; 1899, Nr. 18.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Die Krippen und ihre hygienische Bedeutung. Von Dr. E. Hagenbach-Burkhardt, o. ö. Professor der Kinderheilkunde an der Universität in Basel. Jena 1899. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 35 Seiten. Preis: 0,75 Mark.

Unter Krippen versteht Verfasser Anstalten für Kinder vom ersten Säuglingsalter an bis etwa zum dritten Lebensjahre, die während des Tages zur Entlastung der arbeitenden Mütter in diesen Anstalten gewartet und beköstigt, für die Nacht aber ihren Müttern zurückgegeben werden. Für Kinder über das Alter von 3 Jahren hinaus soll durch Kindergärten und Kleinkinderschulen gesorgt werden. Wo Krippen, Kindergärten und Kinderasyle zu einem Institut verbunden sind, wie in England vielfach, kann man solche Anstalten vom gesundheitlichen Standpunkt aus nicht als zweckentsprechend bezeichnen; denn je mehr Kinder in denselben Räumen bei einander sich aufhalten, um so mehr Anlass zur Ansteckung ist vorhanden. Deshalb müssen auch die sehr grossen Krippen im eigentlichen Sinne des Wortes als unzweckmässig bezeichnet werden. Krippen mit 15—25 Kindern sind solchen mit 40 und mehr durchaus vorzuziehen. Zuweilen werden auch solche Anstalten als Krippen bezeichnet, wo die Kinder nicht bloss während des Tages, sondern auch in der Nacht verpflegt werden. Auch diese Anstalten müssen vom sozialen und hygienischen Standpunkt aus nach Verfassers Ansicht als unzweckmässig bezeichnet werden.

Hagenbach-Burkhardt ist Professor der Kinderheilkunde in Basel und hat als solcher sich um die Hygiene des Säuglingsalters sehr bemüht. In Basel bestehen vier Krippen, eine davon steht unter Verfassers besonderer Leitung. Sie befindet sich in einem für den in Rede stehenden Zweck errichteten Neubau mit einem kleinen Garten in einem gesund gelegenen Aussenquartier der Stadt. Die Statuten dieser Krippe (zu St. Leonhard) enthalten folgende bemerkenswerthe Paragraphen:

§. 1. In der Krippe werden gesunde Kinder im Alter von 4 Wochen bis zum zurückgelegten 3. Jahre aus braven, arbeitsamen, seit wenigstens einem Vierteljahre in Basel niedergelassenen Familien aufgenommen und zwar nur in Fällen, wo die Mutter bei geringem Verdienst ihres Mannes genöthigt ist, ausser dem Hause zu arbeiten. Auch bei Krankheits- und Todesfällen, über die Zeit einer Niederkunft und in Unglücksfällen können Kinder für kürzere oder längere Zeit in die Anstalt aufgenommen werden. In der Regel werden bloss eheliche Kinder aufgenommen.

§. 4. Das in der Krippe aufgenommene Kind ist von der Mutter oder von einer von ihr beauftragten Person jeden Morgen zwischen 6 und 8 Uhr in reinlichem Zustande in die Anstalt zu bringen und jeden Abend rechtzeitig, sobald die Arbeitszeit von Vater oder Mutter vorüber, jedenfalls nicht später wie 8 Uhr, am Samstag aber nicht später wie 7 Uhr abzuholen. Kein Kind darf in der Krippe übernachten. So lange die Mutter ihr Kind stillt, soll sie, so oft als nöthig, in die Krippe kommen, um ihm die Brust zu reichen. Falls die Mutter beabsichtigt, ihr Kind aus irgend welchen Gründen einen Tag nicht in

die Krippe zu bringen, so soll sie das womöglich Tags vorher in der Anstalt anzeigen. Falls in der Nacht ein Kind zu Hause erkrankt, so wird gewünscht, dass am folgenden Tage in der Anstalt hiervon Meldung gemacht werde.

§. 6. Wenn ein Kind erkrankt, so muss dasselbe sofort den Eltern zurückgegeben werden. Jede Mutter soll daher angehalten sein, den Ort anzugeben, wo sie arbeitet, damit man sie nöthigenfalls zu jeder Stunde des Tages holen könne. Wenn Geschwister eines die Anstalt besuchenden Kindes zu Hause an ansteckenden Krankheiten (Scharlach, Masern und dergl.) erkrankt sind, so darf dasselbe während der Dauer dieser Krankheiten, um einer Ansteckung gesunder Krippenkinder zu verhüten, nicht in die Anstalt gebracht werden.

§. 7. Die Mutter oder die Angehörigen der Kinder sollen sich im Interesse der Ordnung nicht länger als nothwendig in der Krippe aufhalten.

§. 8. Die Krippe sorgt für alle nöthige Nahrung und Pflege, sowie auch für die Wäsche und Kleidung der Kinder während des Tages.

§. 9. Die Krippe ist geöffnet von 6 Uhr Vormittags bis 8 Uhr Abends, Samstag bis 7 Uhr. An Sonn- und Feiertagen bleibt dieselbe geschlossen.

Man ersieht schon aus diesen Bestimmungen, wie sehr Verfasser bestrebt ist, in seiner Krippe den verschiedenen Einwänden zu begegnen, die man gegen den Betrieb der gewöhnlichen Krippen zu erheben pflegt. In den Baseler Krippen versucht man möglichst zu verhüten, dass ein frühzeitiges Entwöhnen der Säuglinge und eine Entfremdung von Mutter und Kind eintritt. Neben diesem mehr sozialen Gesichtspunkt beachtet man die Verhütung der Ansteckung in den Krippen auf das Sorgfältigste. Anderseits wirken die Krippen positiv nutzbringend dadurch, dass sie vernünftigere Grundsätze über Ernährung und Pflege der Säuglinge verbreiten und endgiltig eine grosse Anzahl von Vorurtheilen, abergläubischen Anschauungen, die tief eingewurzelt sind, allmählich ausrotten helfen. Sie wecken den Sinn für Reinlichkeit, saubere Kleidung, für Waschungen, Baden, Lufterneuerung und dergl. mehr. Gerade in diesen Punkten müssen sich die jetzigen von den früheren und von den heute noch bestehenden veralteten Krippen unterscheiden, „wo die Kinder in ihren eigenen schmutzigen Kleidern in der Krippe behalten wurden, wo die gesammte Kinderschaar mit einem Schwamm gewaschen wurde, wo dieselbe Saugflasche mit langem Schlauch als Friedenspfeife von einem Kindermunde zum anderen wanderte etc.“

Der beste Gradmesser für die Zweckmässigkeit einer Krippe ist die Kindersterblichkeit in derselben verglichen mit der allgemeinen Kindersterblichkeit des Orts der Krippe. Auch hierfür giebt Verfasser befriedigende Zahlen aus seiner Krippe. Im Jahre 1896 starben von 59 Krippenkinder im Ganzen 5. Das ist eine Gesammtsterblichkeit von etwa 8,5 %, während die Gesammtkindersterblichkeit in Basel damals etwa 16 % betrug. Ueber das Jahr 1897 sagt der Krippenbericht: „Der Gesundheitszustand darf als ein sehr günstiger bezeichnet werden, die meisten Kinder zeigten während ihres Aufenthaltes in unserer Anstalt eine gedeihliche körperliche Entwickelung. Von Epidemien war die Krippe vollständig verschont, so dass wir nie gezwungen waren, dieselbe zu schliessen. Von allen Kindern sind einige erst lange Zeit nach dem Krippenaufenthalte gestorben, 2 an Diphtherie, 1 an Lungenentzündung, 1 an Hirnentzündung, 1 an Rhachitis und 2 an chronischen Ernährungsstörungen. Soviel kann mit Bestimmtheit gesagt werden, dass von diesen 7 Todesfällen auf 51 Kinder kaum einer mit der Krippe kann in Beziehung gebracht werden. Im Jahre 1898 sind von Januar bis 1. November 52 Kinder verpflegt worden, von diesen befanden sich 22 im Alter von 5—11 Monaten. Es sind auch in diesem Jahre keine Epidemien vorgekommen und keine erheblicheren Darmstörungen. Im Ganzen sind 7 Kinder gestorben und zwar nach den Nachforschungen der Diakonissen starb 1 an Gehirnentzündung, 1 an einem Abszess in der Hüfte, 1 an Lungentuberkulose (Vater an Tuberkulose gestorben), 1 an schwerer Rhachitis, 1 an Lungenentzündung, 1 an unbekannter chronischer Krankheit und blos 1 an Darmkatarrh. Auch hier kann nicht von ungünstigen Resultaten gesprochen werden, wenn man berücksichtigt, aus welchen Schichten der Bevölkerung unsere Krippenkinder herstammen und man sich der dürftigen Ernährungsverhältnisse erinnert, die solche Kinder bei der ärztlichen Aufnahme meist darboten.“

Dass Hagenbach-Burkhardt in seiner Schrift bei solchen Ergebnissen zu einem ganz anderen, weit günstigerem Endurtheil über die Krippen

und deren hygienischen Werth kommt, als Heubner, Emil Pfeiffer, Biedert und andere, ist begreiflich. Auf deren abweichende Ansichten hier näher einzugehen fehlt es an Raum, ebenso kann ich nur kurz auf die vom Verfasser angefügte sorgfältige Zusammenstellung über die geschichtliche Entwickelung und die Ausbreitung der Krippen in Europa und Amerika verweisen. Jedenfalls verdient die Monographie, die bisher meines Wissens in Deutschland einzig dasteht, eine eingehende Beachtung von Seiten der Medizinalbeamten und aller Aerzte, denen die Hygiene des Säuglingsalters und der ersten Kindheit am Herzen liegt.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Ueber familiäre Irrenpflege. Von Direktor Dr. Alt-Uchtspringe. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten; II. Bd., Heft 7/8.

Alt giebt zunächst einen historischen Ueberblick über die verschiedenen freieren Pflegeformen für Geisteskranke, welche zur Ergänzung der geschlossenen Irrenanstalt bisher eingerichtet sind. So erwähnt er die landwirthschaftlichen Kolonien, welche einen selbstständigen Adnex der Zentralanstalt bilden und in welche die Geisteskranken je nach ihrem Zustand versetzt resp. wieder zur Zentralanstalt zurückversetzt werden können.

Er geht dann auf das System „Gheel" über, wobei die Irren ein ganzes Dorf innehaben, indem sie hier in den Familien landwirthschaftlicher Arbeiter untergebracht sind, von denen sie verpflegt werden und mit welchen sie zusammen arbeiten. Es handelt sich hier also um ein System der Familienpflege für Geisteskranke; die Pflegekosten stellen sich bei demselben sehr gering. Die Bevölkerung in Gheel nebst umgebenden Dörfern hat sich seit Generationen in diesen Pflegedienst eingearbeitet. Für besondere Fälle ist eine geschlossene Zentralanstalt (Infirmerie) mit allen Sicherheitseinrichtungen vorhanden. Im gesetzlichen Sinne sind die Kranken hier nicht frei, sondern gelten als Anstaltskranke.

Dieses System, welches sich in Deutschland nicht einzubürgern vermochte, hat nun Alt in modifizirter Form als Adnex der Anstalt Uchtspringe eingeführt. Um verheirathete Wärter für diese neue Anstalt anzuziehen, wurden in der Umgebung derselben hübsche Wärterwohnungen mit hinreichendem Garten- und Ackerland angelegt. Den Wärtern wurde aber die Verpflichtung auferlegt, gegen einen bestimmten Pflegesatz bis zu 3 Geisteskranke in ihrer Familie zur Pflege aufzunehmen und für Beschäftigung derselben zu sorgen. Auch hier können die Kranken jeder Zeit in die geschlossene Anstalt zurückversetzt werden, indem sie im gesetzlichen Sinne nicht als entlassen gelten. Es entstanden auf diese Weise die das System Alt's charakterisirenden sogenannten „Wärterdörfchen".

Alt geht dann noch auf das Dalldorfer System der Familienpflege für Geisteskranke über. Die Kranken werden hier, ohne im gesetzlichen Sinne entlassen zu sein, an beliebig ausgewählte Pflegefamilien resp. Pfleger in Berlin und seiner Umgebung gegen ein bestimmtes Pflegegeld übergeben. Kranke und Pfleger stehen dabei unter regelmässiger Anstaltsaufsicht. Kleine Gewerbetreibende, welche die Kranken etwas beschäftigen können, aber dabei niemals Zwang anwenden dürfen, werden als Pfleger bevorzugt. Das Angebot von Pflegern war reichlich. Das System erwies sich billiger wie die Anstaltspflege und liess sich für eine ganze Reihe von Krankheitsformen verwerthen. Es befindet sich deshalb in beständiger Erweiterung.

Alt stellt sich diesem System aber skeptisch gegenüber und hält es nur für dauernd brauchbar, wenn frühere Wärter als Pfleger benutzt werden. Mit der Erprobung dieses Systems ist aber gerade bewiesen, dass jede Form der Familienpflege für Geisteskranke brauchbar ist, wenn die Kranken richtig ausgewählt werden und wenn namentlich eine genügende Aufsichtsorganisation geschaffen wird. So bewährt sich die Familienpflege sowohl, wenn sie mit Anstaltsaufsicht verbunden wird, als auch für gewisse Fälle, wenn sie unter Aufsicht des Kreismedizinalbeamten steht. Will man die zur Zeit anerkannte Forderung erfüllen, dass sämmtliche Geisteskranke unter verantwortliche, sachverständige Aufsicht gestellt werden, so lässt sich ohne diese letztere Form der Familienpflege, der sogenannten Kreisfamilienpflege, nicht auskommen. Die

in diesem Sinne ergangenen Verfügungen der verschiedenen Bezirksregierungen sind deshalb dankbar zu begrüssen als der Anfang einer Aufsichtsorganisation, durch welche alle der Anstalt nicht oder nicht mehr bedürftigen Geisteskranken unter amtlichen Schutz gestellt werden. Die Schwierigkeiten, welche einer solchen Organisation für ihre Entwickelung entgegenstehen, sind nur vorübergehender Art und Anfangsschwierigkeiten. Mit der Einführung dieser Organisation wird eine genügende erziehende Wirkung bezüglich der psychiatrischen Kenntnisse der Medizinalbeamten, der Fähigkeiten der Pfleger etc. sich ganz von selbst mit der Zeit ergeben.

In diesem Punkte möchten wir also der skeptischen Ansicht Alt's im Interesse der Sache und ihrer weiteren Entwickelung widersprechen, ohne ihm die hoch anzuerkennende Leistung schmälern zu wollen, das System der Familienpflege unter Anstaltsaufsicht bedeutend vervollkommnet zu haben. Die Anstalten werden von einer dem Kreise angegliederten Aufsichtsorganisation für Geisteskranke in mancher Beziehung Nutzen haben, so durch Sicherung einer Aufsicht über beurlaubte Geisteskranke, über versuchsweise entlassene Geisteskranke etc., die bisher völlig fehlte. Indem die verantwortliche Aufsicht jetzt auf den Kreismedizinalbeamten übergeht, werden die Anstaltsdirektoren von einer grossen Verantwortlichkeit entbunden. Beurlaubungen können den Kranken und Angehörigen zu Liebe dann häufiger stattfinden, wie auch in mancher anderen Beziehung sich segensreiche Wechselwirkungen zwischen Irrenanstalt und dieser Aufsichtsorganisation sich herausbilden werden. Dr. Oebbecke-Einbeck.

Ueber die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken. Von Dr. Ernst Beyer-Neckargemünd. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie; Januar 1899.

Während die beruhigende Wirkung feuchter Einpackungen und warmer prolongirter Bäder bei Geisteskranken schon lange bekannt ist und verwerthet wird, empfiehlt B. das Dauerbad als tagtäglich und ohne alle Umstände zu benützendes therapeutisches Werkzeug. Das Bad wird auf etwa 28° R. gerichtet und durch gelegentlichen Zufluss auf dieser Temperatur erhalten. Darin bleibt der Kranke Tage und Wochen lang, indem er Morgens aus dem Bett in's Bad und Abends aus dem Bad in's Bett kommt. Dem Kopf wird durch einen Luftring eine Stütze gewährt; zum Essen wird als Tisch ein Brett quer über die Wanne gelegt. Bei Kranken mit empfindlicher Haut wird ein grosses Leintuch in's Wasser hineingehängt und ringsum am Rande der Wanne befestigt; darauf wird der Kranke gelegt, um Druck und lokale Reibung zu vermeiden. Selbstverständlich müssen die Kranken im Bade dauernd überwacht werden, so dass für 2—3 Kranke je ein Wärter erforderlich wird. Ferner ist für jede Wachabtheilung, sowie für jede Abtheilung mit unruhigen und unreinen Kranken ein eigenes Badezimmer mit je 2—3 Badewannen nöthig, um das Prinzip der Dauerbäder durchzuführen. Das Badezimmer kann durch halbhohe Wände in Nischen getheilt werden, um eine gleichzeitige Isolirung der einzelnen Kranken zu ermöglichen. Das Badezimmer muss ferner so gelegen sein, dass die längere Wand die Fenster erhält, so dass nach jener Wanne hin reichlich Licht und Luft gelangen kann, ohne die anderen zu belästigen. In's Dauerbad gehören nach B. alle Fälle mit Decubitus, Phlegmonen, Verletzungen. Selbst erregte Kranke gewöhnen sich sehr schnell an das Dauerbad, ohne dass mechanische Mittel, Deckel etc. nöthig sind; zuweilen genügen kleine Hyoscindosen, um den Kranken Anfangs an das Bad zu gewöhnen. Am erfolgreichsten wirkt das Dauerbad bei der einfachen manischen Erregung, weniger gut bei Erregungszuständen der Paralytiker oder bei melancholischen Angstzuständen. Der Kräftezustand und das Widerstreben des Kranken dürfen weniger eine Kontraindikation abgeben, als die Art des Erregungszustandes des Kranken.

Dr. S. Kalischer-Schlachtensee bei Berlin.

Ueber die Verwendung weiblicher Aerzte in dem Dienst unserer öffentlichen Irrenanstalten. Von Geh. Medizinalrath Dr. Ludwig-Heppenheim. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie; März 1899.

L. tritt für die Verwendung weiblicher Aerzte in dem Dienst der öffentlichen Irrenanstalt ein, und zwar vorerst als Assistenzärzte neben den männlichen Assistenzärzten und unter Anleitung und Aufsicht der dirigirenden Aerzte. L.

geht von dem Standpunkte aus, dass die Frau die seelischen Aeusserungen des Weibes besser versteht als der Mann, und dass der letztere Gefahr läuft, viele Aeusserungen der geisteskranken Frau unrichtig aufzufassen, zu übersehen, zu überhören u. s. w. Auch wird die Frau eher an die noch vorhandenen gesunden Elemente des Weibes anknüpfen und die Kranke besser leiten können. Dazu kommt, dass die weibliche Aerztin mit zur Lösung der Wärterfrage beitragen kann, indem sie am besten durch ihr persönliches Beispiel, durch ihr Wissen eine Führerin der lernenden Wärterinnen sein kann und auch einen methodischen und beruflich erziehenden Unterricht leiten kann. Auch die opferwilligste Hingabe einer hochgebildeten Oberwärterin kann nach L. die Vorzüge eines weiblichen Arztes nicht ersetzen. Die Mitarbeit der weiblichen Aerzte in den Irrenanstalten kann auch nach verschiedenen anderen (wirthschaftlichen) Richtungen Vortheil bringen. Auch dürfte die Aufnahme weiblicher Aerzte in die Anstalten das Vorurtheil, das Laien gegen diese letzteren hegen, beseitigen helfen. Ders.

Der Werth eines staatlichen Befähigungsnachweises für alle Krankenpflegeformen. Von Dr. E. Dietrich, Kreisphysikus in Merseburg. Deutsche Krankenpflegezeitung; 1898, Nr. 18; 1899, Nr. 1.

Der den Lesern dieser Zeitschrift wohlbekannte Verfasser hat sich mit gewohnter Gründlichkeit über obiges Thema verbreitet.

Er schreibt: Durch die soziale Gesetzgebung unserer Zeit sucht man die Schädigungen des ausserordentlich gesteigerten Wettbewerbs so viel wie möglich abzuschwächen, während gegen die dem grossen Publikum weniger ersichtlichen Gefahren der freien Behandlung der Kranken und Gebrechlichen bisher nichts geschehen ist.

Zwar haben Kranken-, Unfalls- und Invaliditätsversicherungsgesetze eine Förderung der Krankenfürsorge ermöglicht durch Gewährleistung guter ärztlicher Behandlung. Aber das Interesse, was der Staat für die Ausbildung der Aerzte gezeigt hat, hat er für die Ausbildung des Pflegepersonals bisher nicht bewiesen, obwohl nur bei guter Pflege gute ärztliche Behandlung voll zur Geltung kommen kann.

Weder die Vorbildung, noch die Ausbildung, noch die Berufsthätigkeit der Krankenpflegepersonen wird vom Staate beaufsichtigt; und hierin liegt eine Ungleichheit in der Gesetzgebung gegen die Kranken vor, da man den schwangeren und entbundenen Frauen das Vorrecht einer guten und staatlich gewährleisteten sachgemässen Pflege zugebilligt hat. Und doch hätte der Staat die Pflicht von allen denen, die sich berufsmässig der Krankenpflege widmen, einen auf Grund einer Prüfung erworbenen Befähigungsnachweis zu verlangen. Nur solche Personen müssten zu dieser staatlichen Prüfung zugelassen werden, die mindestens ein Jahr lang in einem grösseren Krankenhause unterwiesen worden sind.

Auch die Spezialpfleger müssen in erster Linie Krankenpfleger und erst in zweiter Linie Spezialisten sein.

Jetzt kann jede Person die Krankenpflege gewerbsmässig oder nicht gewerbsmässig ausüben. Soll es gegen Entgelt geschehen, so ist der Beginn des Gewerbes anzuzeigen, anderen Falls ist auch dieses nicht einmal nöthig; und jede Staatsaufsicht ist von vornherein unmöglich. Gerade mit Rücksicht auf die Uebelstände, die von Zeit zu Zeit in den verschiedensten Gruppen der Krankenpflegepersonen vorgefunden sind, ist es durchaus nöthig, dass alle Personen, die sich berufsmässig mit der Krankenpflege beschäftigen, einen Nachweis ihrer Befähigung erbringen; auch den Mitgliedern der geistlichen und weltlichen Krankenpflegegenossenschaften und Vereinigungen kann es nur von Nutzen sein, wenn sie in ihrem Wissen und Können durch den Staat anerkannt und beschützt werden.

Die Regelung des Befähigungsnachweises müsste natürlich von Reichswegen geschehen; wollte man sie den Landesgesetzen überlassen, so würde man ein buntes Bild der verschiedensten einzelstaatlichen Verordnungen erhalten, wie auf dem Gebiete des Hebammenwesens. Die Einführung des Befähigungsnachweises würde auch das einzige Mittel sein, gegen den Dilettantismus in der Krankenpflege Front zu machen. Wenn dieser Dilettantismus allerdings nur bezweckt, Frauen und Jungfrauen für die Hülfeleistung im Kriege und im Frieden zu

sammeln und für die Krankenpflege vorzubereiten, können wir das nur mit Freuden begrüssen und wollen uns solche „Hülfskrankenpflegerinnen“ gern gefallen lassen.

Den Berufspflegerinnen stehen die „Johanniterinnen“ nach durch die Kürze ihrer Ausbildungszeit, ebenso wie die Mädchen und Frauen, die in Diakonissenhäusern nur zum Zwecke der Aushülfe ausgebildet werden.

Die „Landkrankenpflegerinnen“ in Baden sollten eigentlich auch nur Hülfspflegerinnen, Helferinnen des Arztes sein, aber ihre Thätigkeit ist zu einer solchen herausgewachsen, dass sie sich von Vollschwestern nicht unterscheiden. Sollte die Einführung von wirklichen Vollschwestern mit Hülfe des Staates, der wohlthätigen Vereine und der Kommunalverbände oder der einzelnen Gemeinden thatsächlich ganz unmöglich sein?

Was den ausgezeichneten Organisationsplan des Kreisphysikus San.-Rath Dr. Hensgen in Siegen angeht, so setzt dieser Verschiedenes voraus, was nicht überall zu finden ist.

In Posen ist jetzt als Ersatz für geschulte, berufsmässige Krankenpflegerinnen die Einrichtung ehrenamtlicher Pflegerinnen angeregt, eine Einrichtung die der alten christlichen Gemeindediakonie sehr ähnlich ist. Aber Hauptbedingung für eine gute Krankenpflege ist immer, dass sie im Hauptamt und nicht im Nebenamt ausgeübt wird.

Auch in katholischen Kirchen geht man jetzt damit um, „ländliche Krankenpflegerinnen“, „Krankenbesucherinnen“ und „Krankenberatherinnen“ auszubilden, die wenigstens lernen sollen, wie die Kranken nicht behandelt werden dürfen.

Sollen nun auch diese ehrenamtlichen, halbamtlichen oder nur gelegentlichen Pflegerinnen den Befähigungsnachweis erbringen müssen? Ja!

Denn dadurch entsteht dem Staate die Verpflichtung, die diplomirten Pfleger und Pflegerinnen mehr als bisher in seinen besonderen Schutz zu nehmen und ihnen auch gewisse Vorrechte gewähren zu müssen.

Der Befähigungsnachweis allein verbürgt die Tüchtigkeit des Krankenpflegepersonals und hebt die gut vorgebildeten Pfleger und Pflegerinnen aus der Menge des nicht unterrichteten Personals gebührend hervor.

Möchte des verdienstvollen Verfassers Wunsch seiner Erfüllung näher gerückt werden durch seine obige Arbeit. Dr. Hoffmann-Halle.

Krankenversorgung für Unbemittelte. Von Reg.- und Med.-Rath Dr. Roth in Potsdam. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege von Dr. Georg Liebe, Dr. Paul Jacobsohn und Dr. George Meyer. Bd. II, Abth. 2, 74 Seiten. Berlin 1899. Verlag von Aug. Hirschwald.

Verfasser hat schon im Jahre 1893[1]) die Armen- und Armenkrankenpflege als einer der Ersten vom ärztlichen Standpunkt aus wissenschaftlich behandelt. Die vorliegende Arbeit ist eine zusammenfassende Uebersicht über die gesammte Fürsorge für Unbemittelte. Sie beginnt mit einem geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung der Armenpflege überhaupt, geht dann über auf die gesetzlichen Bestimmungen in Beziehung auf die Armenpflege in verschiedenen Kulturstaaten: in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung von Bayern, Elsass-Lothringen, Sachsen (Königreich) und Preussen, in England, Amerika, Frankreich, Belgien, Holland, Oesterreich, Schweiz und Russland.

Ausser der sozialen Gesetzgebung wurden als Mittel zur Beschränkung der Armuth hervorgehoben. Sorge für Reinlichkeit, zweckmässige Ernährung, tadellose Haus- und Gemeindeeinrichtungen. Voraussetzung für die Kenntniss der Grundsätze einer richtigen Armenverwaltung bleibe eine auf die Ermittelung der Arbeits- und Lohnverhältnisse, der Armuthsursachen und der Ausgaben der offenen bezw. geschlossenen Armenpflege gerichtete vergleichende Statistik, deren einzelne Theile eingehend beleuchtet werden. Nach Erörterung der verschiedenen in Deutschland gebräuchlichen Arten der Armenversorgung, der vorbeugenden Armenpflege, der offenen und privaten Armenpflege geht Verfasser auf die Armenkrankenpflege über. Auch hier unterscheidet er die vorbeugende Armenkrankenpflege in offener bezw. privater Form und die eigent-

[1]) Z. f. M.; 1894, S. 21.

liche Armenkrankenbehandlung und -Pflege. Die Mängel der bisher vorhandenen Anstaltspflege werden ebenso, wie die Vorzüge der Gemeindediakonie gebührend gewürdigt.

Der dritte Abschnitt der hier nur ganz kurz skizzirten, verdienstvollen Arbeit ist der Stellung und der Thätigkeit der Armenärzte gewidmet. Der Schilderung der bestehenden Verhältnisse reiht sich die Erörterung der Forderungen an, die Verfasser als Kenner und besonders berufener Sachverständiger an die Armenärzte und an die Aerzte überhaupt in Beziehung auf die Armenkrankenpflege stellt.

Die trefflichen Schlussworte verdienen wörtlich angeführt zu werden: „Wenn zugegeben werden muss, dass der Arzt einen der wichtigsten Faktoren der hygienischen und sozialen Organisation darstellt, dass ohne die bereitwillige Mithülfe der Aerzte in ihrer Gesammtheit alle prophylaktischen Massnahmen mehr oder weniger erfolglos bleiben, dass ihre Thätigkeit nicht damit erschöpft sein darf, bei ausgebrochener Krankheit dem Kranken ihre Hülfe zu bringen, sondern dass sie ihre Thätigkeit in den Dienst der Gesundheitspflege zu stellen und ihre Anordnungen dahin zu erweitern haben, dass die Familie und weiterhin die Gesammtheit vor Schaden möglichst bewahrt bleibt, so kann andererseits nicht geleugnet werden, dass auf Seiten der Aerzte nach dieser Richtung hin nicht immer dasjenige Verständniss gefunden wird, wie es in Berücksichtigung des dem Gemeinwohl dienenden Zweckes der hier in Frage kommenden Massnahmen erwartet werden sollte. Je mehr der Arzt bei seinem Handeln sich von Rücksichten der öffentlichen Gesundheitspflege leiten lässt, um so sicherer wird in jedem einzelnen Falle eine Verbreitung vermeidbarer oder übertragbarer Krankheiten verhütet werden, und um so erfolgreicher werden die behördlicherseits anzuordnenden Massnahmen sich erweisen. Dies gilt namentlich auch hinsichtlich der Kassenärzte, deren Mitwirkung um so werthvoller und erspriesslicher sich gestalten wird, je mehr die hygienische Seite der kassenärztlichen Thätigkeit zur Geltung kommt, und je mehr die Kassenärzte ihre Aufmerksamkeit auf die den Mitgliedern der Krankenkassen in den verschiedenen Gewerbebetrieben drohenden Schädlichkeiten richten.

Hierzu die Aerzte zu erziehen, muss für eins der vornehmsten Ziele des ärztlichen Unterrichts und weiterhin für eine der dringensten Aufgaben des ärztlichen Vereinslebens und der ärztlichen Standesvertretung erachtet werden.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Besprechungen.

Dr. A. Villaret, Generaloberarzt: Handwörterbuch der gesammten Medizin. Zweite gänzlich neubearbeitete Auflage. Stuttgart 1898/99. Verlag von Ferd. Enke. 7.—13. Lieferung zu je 80 Seiten; Gr. 8°. Preis: 2 Mark per Lieferung.

Mit der vorliegenden Lieferung ist der erste Band (bis zum Buchstaben H) des das ganze Gebiet der medizinischen Wissenschaften umfassenden Handwörterbuches vollendet. Auf die Einzelheiten desselben näher einzugehen, würde über den Rahmen einer Besprechung weit hinausgehen; denn dazu ist der Inhalt des Buches seinem Zweck entsprechend ein zu vielseitiger. Referent hat aber beim Nachschlagen in demselben gefunden, dass die überaus zahlreichen Stichworte der gebotenen Abhandlungen stets sachgemäss gehalten sind und trotz der prägnanten Kürze durchaus zur schnellen und sicheren Information über die hauptsächlich in Betracht kommenden Punkte ausreichen; desgleichen ist überall den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung getragen. Das Handwörterbuch erfüllt somit seinen Zweck in vollstem Masse. Rpd.

Dr. R. Wehmer, Reg.- u. Med.-Rath in Berlin: Fünfzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Jahrgang 1897. Supple-

ment zum XXV. Band der deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Braunschweig 1898. Verlag von Friedrich Vieweg & Sohn. Gr. 8°; 523 S. Preis: 8 Mark.

Von Jahr zu Jahr wächst das Material, welches in einem derartigen Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene zu bewältigen ist; denn bekanntlich ist das jüngste Kind der Wissenschaft gleichzeitig das fruchtbarste. Zu den bisherigen Mitarbeitern: Departementsthierarzt Dr. Arndt-Oppeln, Bezirksphysikus Geh. San.-Rath Dr. Baer-Berlin, Prof. Dr. Büsing-Berlin, Dr. Kronecker-Berlin, Stabsarzt Dr. Muschold-Berlin, Kreiswundarzt Dr. Schmidt-Koblenz und Med.-Assessor Dr. A. Springfeld-Berlin sind jetzt noch Kreisphysikus Dr. Flatten-Düsseldorf und Augenarzt Dr. Brandenburg-Trier hinzugetreten. Jeder einzelne Mitarbeiter hat sich ebenso wie der Verfasser mit grossem Fleiss und bestem Erfolg bemüht, eine vollständige und erschöpfende Uebersicht über die im Berichtsjahre erschienenen Arbeiten auf den verschiedenen Gebieten der Hygiene zu geben, so dass der Jahresbericht ebenso wie seine Vorgänger als vorzügliches Nachschlagewerk allen denjenigen warm empfohlen werden kann, die sich über irgend eine Frage schnell orientiren und gleichzeitig die Quellen für etwaiges weiteres Studium kennen lernen wollen. Rpd.

Handbuch der praktischen Medizin. Unter Mitwirkung von zahlreichen Fachmännern herausgegeben von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Ebstein**-Göttingen und Dr. **J. Schwalbe**-Berlin. Stuttgart 1898/99. Verlag von Ferd. Enke. Band I, Gr. 8°; 1257 S. Preis: 24 Mark. Band II, 1.—5. Lieferung; 960 S. Preis: 20 Mark. Band III, 1. Lieferung, 192 S. Preis: 4 Mark und Bd. IV, 1. Lieferung, 192 S. Preis: 4 Mark.

Von dem grossartig angelegten Werke, dessen Gesammtumfang auf 5 Bände in 20 Lieferungen zu je 12 Bogen berechnet ist, liegt jetzt der erste Band vollständig und der zweite fast vollständig vor; von dem III. und IV. dagegen nur eine Lieferung, deren Besprechung bis zum vollen Erscheinen vorbehalten bleibt. Das Werk soll hauptsächlich dem praktischen Arzt ein zuverlässiger und instruktiver Führer sein, der ihm nicht nur inmitten der widerstreitenden Meinungen die feststehende Thatsache von der schwankenden Hypothese trennt, sondern ihm auch auf jede Frage, die ihm in seiner Thätigkeit am Krankenbett entgegentritt, eine klare, gründliche und erschöpfende Belehrung ertheilt. Es soll den gegenwärtigen Stand der inneren Medizin in einer den Bedürfnissen des praktischen Arztes angepassten Form treu wiederspiegeln, räumlich die Mitte haltend zwischen den kürzeren Lehrbüchern und den zumeist in einzelne Monographien zerfallenden Sammelwerken.

Der erste, mit 114 Abbildungen ausgestattete Band: Die Krankheiten der Athmungsorgane und Kreislaufsorgans ist von Prof. Dr. Strübing-Greifswald (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Nasenrachenraumes, Rachens und Kehlkopfs), Prof. Dr. v. Liebermeister-Tübingen (allgemeinen Theil über Erkrankungen der Trachea, Bronchien und des Lungenparenchyms, akute und chronische Lungenentzündungen, Tuberkulose der Lungen), Prof. Dr. Lenhartz-Hamburg (Krankheiten der Luftröhren und der Bronchien sowie die übrigen Krankheiten der Lunge), Prof. Dr. Unverricht-Magdeburg (Krankheiten des Brustfells und des Mittelfells), Geh. Med.-Rath Prof. Dr. König-Berlin (Lungenchirurgie und chirurgische Behandlung des Empyems der Pleura) und Prof. Dr. Romberg-Leipzig (Krankheiten der Kreislauforgane) bearbeitet.

Der zweite, ebenfalls zahlreiche Abbildungen bringende Band: Krankheiten des Blutes und der blutbereitenden Organe sowie der Verdauungsorgane enthält die Arbeiten von Prof. Dr. Laache-Cristiania (Krankheiten des Blutes), Prof. Dr. Kraus-Graz (Krankheiten der sogenannten Blutdrüsen), Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Baum-Göttingen (Chirurgie der Blutgefässdrüsen), Prof. Dr. Sticker-Giessen (Krankheiten der Lippen, der Mundhöhle und der Speiseröhre), Prof. Dr. Scheff-Wien (Zahnkrank-

heiten mit besonderer Berücksichtigung der konservirenden Zahnheilkunde), Prof. Dr. Pel-Amsterdam (Krankheiten des Magens), Hofrath Prof. Dr. Pribram-Prag (Krankheiten des Darms), Prof. Dr. Epstein-Prag (die Verdauungsstörungen im Säuglingsalter) und Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ebstein-Göttingen (Erkrankungen der Leber, der Gallenblase und der Gallengänge, sowie der Pfortader).

Wenn wir uns auf Grund der bisher erschienen Bände fragen, ob die Verfasser bezw. Herausgeber der sich gestellten Aufgabe gerecht geworden sind, so müssen wir diese Frage in vollem Umfange bejahen. Auf die einzelnen Kapitel des Handbuches einzugehen, würde zu weit gehen; es verdient jedoch hervorgehoben zu werden, dass der einheitliche Charakter des Werkes trotz der verschiedenen Autoren streng gewahrt und es jedem einzelnen Autor vortrefflich gelungen ist, die von ihm darzustellenden Krankheitsbilder sowohl in Bezug auf Aetiologie — mit besonderer Berücksichtigung der Entstehung oder Verschlimmerung durch Unfälle im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes —, Diagnostik und Prognose, als in Bezug auf Therapie erschöpfend und dem jetzigen Stande der Wissenschaft gemäss zu behandeln. Besondere Sorgfalt ist überall auf die Erörterung der Therapie, die für den praktischen Arzt die wichtigste Aufgabe bildet, gelegt und stets nicht nur die Arzneibehandlung, sondern auch die Klimato- und Balneotherapie, die sogenannten physikalischen Heilmethoden, die diätetische Therapie und die Krankenpflege in eingehender und kritischer Weise berücksichtigt. Jedem, ein grösseres Krankheitsgebiet umfassenden Abschnitt ist ausserdem eine allgemeine Einleitung der Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Therapie und Prophylaxe unter Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden voraufgeschickt und diesen Abschnitten sowohl, als der Darstellung jeder einzelnen Krankheit ein Literaturverzeichniss beigefügt.

Bei der fortschreitenden Verzweigung der medizinischen Wissenschaft in spezialistische Sondergebiete und der dadurch erreichten weiteren Vertiefung unserer Kenntnisse über die Krankheiten des menschlichen Organismus bedarf der praktische Arzt, der in allen Satteln fest sein soll und an den von seinen Patienten die höchsten Anforderungen in Bezug auf seine medizinischen Kenntnisse gestellt werden, mehr denn je eines zuverlässigen Nachschlagewerkes, das ihm auch über schwierigere Fälle Auskunft giebt. Ein solches wird ihm durch das vorliegende Handbuch im hervorragendem Masse geboten; dasselbe verdient daher auch die weiteste Verbreitung. Rpd.

---

van Ledden-Hulsebosch: Makro- und mikroskopische Diagnostik der menschlichen Exkremente. Mit 255 naturgetreuen Abbildungen auf 43 Tafeln in Lichtdruck. Berlin 1899. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°; 94 S. Preis: 30 Mark.

An guten Lehrbüchern über Nahrungs- und Genussmittel, deren Nährwerth, Zusammensetzung, Verfälschung u. s. w. fehlt es bekanntlich nicht; dieselben enthalten aber entweder gar keine, oder nur unvollständige Angaben über den Zustand, in denen jene in den Exkrementen wiedergefunden werden, obwohl dieses nicht nur für den Nahrungsmittelchemiker, sondern noch in weit höherem Maasse für den praktischen Arzt und den Gerichtsarzt oft von grösster Bedeutung ist. Ebenso wie die sorgfältige makroskopische und mikroskopische Prüfung der Dejektionen nicht selten einen wichtigen Aufschluss über ein vorhandenes Darmleiden giebt, kann sie auch für die Entdeckung eines Verbrechens in forensischen Fällen ausschlaggebendes Beweismaterial liefern. Dem Verfasser gebührt daher besonderer Dank, dass er seine reichen praktischen Erfahrungen und Beobachtungen auf diesem Gebiete in dem vorliegenden Werke niedergelegt sowie seine zahlreichen makroskopischen und mikroskopischen Objekte in naturgetreuen, vortrefflich ausgeführten photographischen Bildern zu einer äusserst werthvollen Sammlung zusammengestellt hat.

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung und allgemeinen Erörterung der Eigenschaften der Exkremente und der Beobachtungsmethoden, um sie für die makro- und mikroskopische Untersuchung geeignet zu machen, werden in dem Werke die Zeichen, an denen die hauptsächlichsten Nahrungs- und Genussmittel (thierische [Fleisch, Geflügel, Fische und Schalthiere] und pflanzliche

[Gemüse, Früchte, Naschwerk, Mehlspeisen und Eingemachtes]) in den Exkrementen zu erkennen sind, präzis beschrieben und die unterscheidenden Merkmale an der Hand der photographischen Abbildungen, für die meist eine 105-fache Vergrösserung gewählt ist, gleichsam ad oculos demonstrirt. Nicht weniger als 116 Nahrungs- und Genussmittel haben eine derartige Darstellung gefunden, durch die unser Wissen auf diesem Gebiete eine wesentliche Förderung erfährt und die in Folge dessen sicherlich nicht ohne Nutzen bleiben wird. — Für die vorzügliche Ausstattung des Werkes, das den betheiligten Kreisen warm empfohlen werden kann, gebührt der Verlagshandlung volle Anerkennung. Rpd.

Dr. Jos. Dalmer, Sektionsrath im k. k. Ministerium des Innern: Handbuch der oesterreichischen Sanitäts-Gesetze und Verordnungen. Für Behörden und Gemeinden, amtliche Sanitäts- und Veterinärorgane, Distrikts- und Gemeindeärzte, Thierärzte, Apotheker, Verwaltungen von Heil- und Humanitätsanstalten u. s. w. II. Theil. Leipzig u. Wien 1898. Verlag von Fr. Deuticke. Gr. 8°; 974 S. Preis: 17,50 M.

Der etwas später, als Verfasser ursprünglich in Aussicht genommen hatte, erschienene zweite Theil des umfassenden Handbuches bringt zunächst die gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die Vorkehrungen zum Schutze des Lebens und der Gesundheit des Menschen (über Strassen, Wege, Plätze, Wasserversorgung, Beseitigung der Abwässer, Bauwesen sowie über die einzelnen Gewerbe und Beschäftigungsarten), denen sich der wichtige Abschnitt (IX) über Vorkehrungen gegen übertragbare Krankheiten anschliesst. Es folgen dann in fünf (X—IV) weiteren Abschnitten die hygienischen und sanitätspolizeilichen Vorschriften der Schulgesundheitspflege, Arrest-, Gefängniss- u. Strafanstalten, Verkehrsanstalten (Post, Eisenbahnen, Binnen- und Seeschifffahrt), Humanitätspflege (im Anschluss hieran die Bestimmungen der Unfall- und Krankenversicherung der Arbeiter), Leichen- und Begräbnisswesen. Der nächste Abschnitt (XV) enthält die für die forensische Thätigkeit des gerichtlichen Sachverständigen einschlägigen Gesetze und Verordnungen auf zivil- und strafrechtlichem Gebiete, der darauf folgende die Thierseuchen-Vorschriften und der letzte Abschnitt die Bestimmungen über die Gebühren für sanitätspolizeiliche und gerichtsärztliche Verrichtungen. In einem Anhange sind endlich die Nachträge aufgenommen; hier findet sich auch das neuerlassene Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen mit den dazu gehörigen Durchführungsvorschriften. Ein chronologisches Verzeichniss der Gesetze, Verordnungen u. s. w. sowie ein ausführliches Sachregister bilden den Schluss des Werkes.

Die Anordnung des Stoffes ist ebenso wie im ersten Bande des Handbuches eine übersichtliche; die wichtigeren Gesetze, Verordnungen u. s. w. sind stets im Wortlaute wiedergegeben, desgleichen ist die Rechtsprechung überall entsprechend berücksichtigt, so dass das Werk zweifellos seinen Zweck: den betheiligten Kreisen als zuverlässiger Rathgeber und sicheres Nachschlagebuch zu dienen, in vollstem Masse erfüllt. Wer dasselbe eingehend durchstudirt, wird staunen über die grossen Fortschritte, welche das oesterreichische Sanitätswesen in den letzten Jahren genommen hat. Und wer sind hier die Triebfedern, die leitenden Männer an massgebender Stelle gewesen? Hauptsächlich Aerzte und nicht Juristen; der beste Beweis dafür, dass die ersteren recht wohl befähigt sind, auf sanitärem Gebiete nicht blos ein berathende, sondern eine ausschlaggebende Stellung einzunehmen, und dass das öffentliche Gesundheitswesen bei diesem System weit besser fährt. Für die oesterreichischen Kollegen im Ministerium des Innern ist auch die Anerkennung für ihre hervorragende und zielbewusste Thätigkeit nicht ausgeblieben; denn es wird jetzt dort eine „eigene mit weitgehenden Machtbefugnissen ausgerüstete Sanitätssektion“ in dem betreffenden Ministerium eingerichtet und an die Spitze derselben der bisherige technische Ministerialrath Dr. R. v. Kusy gestellt, dem hauptsächlich die ausserordentliche Entwickelung des oesterreichischen Sanitätswesens zu danken ist. Auch der Verfasser dieses Werkes wird in dieser Sanitätssektion eine hervorragende Stellung einnehmen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Die Aerztekammer Berlin-Brandenburg hat an den Oberpräsidenten der Provinz eine **Eingabe gegen die Behandlung von Krankenkassenmitglieder durch Kurpfuscher** gerichtet mit der Bitte, „dass die für die Genehmigung der Satzungen der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden angewiesen werden, die Aufnahme von Bestimmungen, welche den Mitgliedern eine andere Hülfe als diejenige durch einen gemäss §. 29 der Reichsgewerbeordnung approbirten Arzt sichere und die Kasse zur Zahlung von Kranken- und Arzneigelder auf Zeugnisse von Kurpfuschern ermächtigen, die Bestätigung zu versagen."

Auf die unter dem 22. Juni d. J. an die betreffenden Regierungen gerichtete Eingabe des Vorstandes des 18 ärztliche Vereine mit 542 Mitgliedern umfassenden „Allgemeinen ärztlichen Vereins in Thüringen" **um Schaffung einer staatlichen Organisation der thüringischen Aerzte** hat das Grossherzogliche Sächsische Staatsministerium in Weimar unter dem 29. Juli dahin beantwortet, dass es sich mit den übrigen thüringischen Regierungen betreffs Bildung einer solchen bereits in Verbindung gesetzt habe.

Die deutsche Gesellschaft für Volksbäder hat ein **Preisausschreiben zur Erlangung mustergiltiger Pläne für Volksbäder** erlassen. Es werden gefordert Entwürfe für eine grosse und eine kleine Anstalt in je zwei Lösungen, von denen die eine für einen ringsum freiliegenden Bauplatz, die andere für eine von Nachbarhäusern eingeschlossene Baustelle bestimmt ist. Die grosse Anstalt ist für 209 Badende in einer Stunde, die kleine Anstalt für 40 Badende in einer Stunde bestimmt, zur Sicherung eines sparsamen Betriebes aber bei der Gesammtanordnung anzunehmen, dass regelmässig die grosse Anstalt mit nur je 40, die kleine Anstalt mit nur je 10 Bäder stündlich in Anspruch genommen wird. Jede Anstalt ist für Männer und Frauen einzurichten, mit getrennten Eingängen, jedoch mit gemeinschaftlicher Kasse. Auf die Männerbäder sind 70 %, auf die Frauenbäder 30 % der Gesammtleistung zu rechnen. Die Anstalten sollen hauptsächlich Brausebäder nach den vollkommensten Systemen enthalten, ausserdem 2 bis 5 Wannenbäder für Männer und 3 bis 7 Wannenbäder für Frauen. Schwimmbäder, Dampfbäder u. s. w. sind nicht vorzunehmen. Jeder Entwurfsskizze ist eine eingehende Erläuterung der technischen Einrichtungen und ein Kostenüberschlag der Bauanlage, nach Kubikmetern umbauten Raumes berechnet, beizufügen. Die Kosten der technischen Einrichtungen und des Betriebes sind überschläglich zu ermitteln. Die mit einem Kennwort zu versehenden Entwürfe sind spätestens bis zum 31. Dezember 1899 an die Geschäftsstelle der Gesellschaft — Berlin NW., Karlstrasse 19 — einzusenden. Für die besten Entwürfe zu einer grossen Anstalt sind zwei Preise von je 900 M., für diejenigen zu einer kleinen Anstalt zwei Preise von je 600 M. ausgesetzt.

Auf der vom 4.—9. September d. J. in Brüssel stattfindenden internationalen **Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten** werden die Regierungen der meisten europäischen und aussereuropäischen Staaten durch spezielle Delegirte vertreten sein. Für das Deutsche Reich sind Dr. Blaschko-Berlin und Prof. Dr. Neisser-Breslau zu Delegirten bestimmt.

Für den vom 2.—9. August 1900 in Paris stattfindenden **XIII. internationalen medizinischen Kongress** ist jetzt das vorläufige Programm versandt worden. Darnach sind folgende Kongresssektionen mit verschiedenen Unterabtheilungen gebildet: Biologische Wissenschaften (1. Anatomie, 2. Hystologie, 3. Physiologie, 4. Anthropologie), Medizin (1. allgemeine und experimentelle Pathologie, 2. Bakteriologie, 3. pathologische Anatomie, 4. spezielle Pathologie, 5. Hygiene und Pädiatrie, 6. Therapie und Pharmakologie, 7. Neuropathologie, 8. Psychiatrie, 9. Dermatologie und Syphiligraphie), Chirurgie (1. allgemeine Chirurgie, 2. Kinderchirurgie, 3. Chirurgie der Harnorgane, 4. Ophthalmologie, 5. Laryngologie und Rhinologie, 6. Otologie, 7.

Stomatologie), Geburtshülfe und Frauenkrankheiten (1. Geburtshülfe, 2. Gynäkologie), öffentliche Medizin (1. forensische Medizin, 2. Kriegsmedizin und Kriegschirurgie). Allgemeine Sitzungen sollen nur zwei stattfinden. Vorträge in den Sektionen dürfen nicht über 15 Minuten, Reden in der Diskussion nicht über 5 Minuten dauern. Die offizielle Sprache des Kongresses ist die französische, jedoch können in den allgemeinen wie in den Sektionssitzungen auch die deutsche und englische gebraucht werden. Der Beitrag beträgt 25 Franks.

Der vom 7. bis 12. August in Baden-Baden abgehaltene **VII. internationale thierärztliche Kongress** hat in Bezug auf die neuesten Anforderungen an eine wirksame Fleischbeschau die von den Berichterstattern gestellten Anträge in folgender Fassung angenommen: „I. Anforderungen in wissenschaftlicher Beziehung 1. Der Kongress macht die Regierungen der offiziell vertretenen Staaten auf die Nothwendigkeit der allgemeinen Einführung der obligatorischen Fleischbeschau aufmerksam. 2. Als Fleischbeschausachverständige und Leiter von Schlachthöfen sind Thierärzte anzustellen. Die Laienfleischbeschau ist nur provisorisch; die Laienfleischbeschauer sind von Thierärzten auszubilden, staatlich zu prüfen und in Ausübung ihrer Thätigkeit dur Thierärzte beständig zu kontroliren. 3. Der Unterricht in der Fleischbeschau an den thierärztlichen Lehranstalten ist zu vervollkommnen und letztere im thierärztlichen Fachexamen thunlichst praktisch zu prüfen. Dasselbe hat im Examen zur Erlangung der Qualifikation als beamteter Thierarzt zu geschehen und ist hier ausserdem zu fordern, dass der Kandidat mindestens acht Wochen in der Fleischbeschau eines grösseren, unter geregelter thierärztlicher Aufsicht stehenden, öffentlichen Schlachthofes thätig gewesen ist. 4. Jede Fleischbeschau muss sich auf sichere wissenschaftliche Grund- und Erfahrungssätze stützen, über welche eine internationale Verständigung herbeizuführen ist. II. Anforderungen bei der Durchführung der Fleischbeschau. 5. Die Fleischbeschau muss auf alle Arten von Schlachtthieren ausgedehnt und in allen Landestheilen eingeführt werden. Sie hat sich auf alle Schlachtthiere und alles Fleisch zu erstrecken, welches zur menschlichen Nahrung bestimmt ist, gleichgültig, ob dasselbe zum öffentlichen Verkauf oder zum Privatgebrauch dienen soll. 6. Die Wirksamkeit der Fleischbeschau ist nur dort vollkommen, wo öffentliche Schlachthäuser und Schlachtzwang bestehen. Deshalb ist die Errichtung solcher in thunlichst vielen Gemeinden anzustreben. 7. Bei der Beschau von geschlachtet eingeführtem, frischem Fleisch ist zu verlangen, dass a. das Fleisch von Rindern und Pferden mindestens in Vierteln, dasjenige von Schweinen nur in Hälften und das aller übrigen Thiere im unzertheilten Zustande eingebracht wird, sowie b. die wichtigsten Eingeweide sich in natürlicher Verbindung mit dem Fleische befinden. Dieselbe Forderung gilt für das vom Auslande eingeführte Fleisch. Zubereitetes Fleisch aus dem Auslande darf nur eingeführt werden, wenn es in zulässiger, sanitär unbedenklicher Weise konservirt ist, und seine Unschädlichkeit mit Sicherheit festgestellt werden kann. 8. Das von der Beschau zum Konsum zugelassene Fleisch ist in geeigneter Weise (Abstempelung, Plombirung etc.) zu kennzeichnen. 9. Solches Fleisch, welches nicht als gesundheitsschädlich, sondern nur als minderwerthig befunden wurde, ist unter Deklaration an besonderen, behördlich überwachten Verkaufsstellen (Freibänken) feilzubieten. 10. Die Einführung einer staatlichen, allgemeinen und obligatorischen Viehversicherung ist zur Unterstützung der Fleischbeschau und der Seuchentilgung dringend geboten. 11. Die Erfolge der Fleischbeschau sind für wissenschaftliche und volkswirthschaftliche Zwecke in einer planmässig angelegten Statistik, deren internationale Einheitlichkeit anzustreben ist, zusammenzufassen.

Am letzten Verhandlungstage wurde betreffs des thierärztlichen Unterrichts beschlossen: „Der Kongress hält es für nothwendig: 1) für das Studium der Thierheilkunde ist die Universitätsreife erforderlich; 2) die Dauer des Studiums muss mindestens acht Semester betragen; 3) es empfiehlt sich, dem thierärztlichen Unterricht eine mehr praktische Richtung zu geben; 4) das Studium der Thierheilkunde soll sich auf alle landwirthschaftlichen Nutzthiere erstrecken; 5) an jeder thierärztlichen Lehranstalt muss ein hygienisches Institut vorhanden sein, welches dem Unterricht und der Erforschung der

Aetiologie und Prophylaxe der Krankheiten, insbesondere der Seuchenkrankheiten dient; 6) der Unterricht in der Fleischbeschau erfordert eine besondere praktische Unterweisung in einem grösseren öffentlichen Schlachthause."

Zum Vorort des im Jahre 1905 stattfindenden nächsten Kongresses wurde von der Versammlung einstimmig Pest gewählt.

Programm der vom 17.—22. September d. J. in München stattfindenden Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Sonntag, den 17. September. Vormittags 10 Uhr: Sitzung des Vorstandes der Gesellschaft; 11 Uhr: Sitzung des wissenschaftlichen Ausschusses. 12 Uhr: Gemeinsame Sitzung des Vorstandes der medizinischen Hauptgruppe und der einführenden Vorsitzenden der zugehörigen Abtheilungen (alle Sitzungen finden in der technischen Hochschule, Mittelbau, statt). — Nachmittage 3 Uhr: Mittagessen der Vorstands- und Ausschussmitglieder der Gesellschaft, der einführenden Vorsitzenden der zugehörigen Abtheilungen und der Mitglieder der Münchener Ortsausschüsse in der Isarlust. — Abends 8 Uhr: Empfang der Gäste in den Kaimsälen, Türkenstrasse.

Montag, den 18. September. Vormittags 11 Uhr: Erste allgemeine Sitzung im Kgl. Hoftheater. 1. Eröffnung der Versammlung und Begrüssungs-Ansprachen. 2. Mittheilungen des 1. Vorsitzenden, H. Wirkl. Geh. Admirälitätsrathes Prof. Dr. Neumayer. 3. Vortrag des H. Prof. Fritjof Nansen: „Meine Forschungsreise nach der Nordpolregion". 4. Vortrag des H. Geh. Prof. Dr. v. Bergmann (Berlin): „Die Errungenschaften der Radiographie für die Behandlung chirurgischer Krankheiten" (mit Demonstrationen). 5. Vortrag des H. Geh. Rath Prof. Dr. Förster (Berlin): „Die Wandlung des astronomischen Weltbildes seit einem Jahrhundert. — Nachmittags 5 Uhr: Bildung und Eröffnung der Abtheilungen.

Dienstag, den 19. September. Vormittags 9 Uhr und Nachmittags 3 Uhr: Sitzungen der Abtheilungen. — Abends 6½ Uhr; Festmahl im königlichen Odeon. (Preis des Gedeckes 6 M.)

Mittwoch, den 20. September. Vormittags 8 Uhr: Geschäftszimmer der Gesellschaft im grossen Kaimsaal (Türkenstrasse). Tagesordnung: Wahl des Versammlungsortes und der Geschäftsführer für 1900. Neuwahlen in den Vorstand und in den wissenschaftlichen Ausschuss; Kassenbericht. — Vormittags 10 Uhr: Gemeinsame Sitzung der medizinischen Hauptgruppe unter dem Vorsitz des H. Geh. Rath Prof. Dr. König (Berlin): Vorträge der Herren Geh. Rath Prof. Dr. Marchand (Marburg) und Prof. Dr. Rabl (Prag): „Die Stellung der pathologischen Anatomie und allgemeine Pathologie zur Entwicklungsgeschichte, speziell zur Keimblattlehre". — Nachmittags von 2 Uhr ab: Kleinere Ausflüge (Starnbergsee, Isarthal, Schleissheim). — Abends: Zwanglose Zusammenkunft in den Räumen der Sportausstellung.

Donnerstag, den 21. September. Vormittags 9 Uhr und Nachmittags 3 Uhr: Sitzungen der Abtheilungen. — Abends 6½ Uhr: Festvorstellung im Kgl. Hoftheater.

Freitag, den 22. September. Vormittags 9 Uhr: Zweite allgemeine Sitzung im Kgl. Hoftheater. 1. Vortrag des H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Birch-Hirschfeld (Berlin): „Wissenschaft und Heilkunst". 2. Vortrag des H. Geh. Rath Prof. Dr. Boltzmann (Wien): „Der Entwickelungsgang der Methoden der theoretischen Physik der neueren Zeit". Vortrag des H. Prof. Dr. Klemperer (Berlin): „Justus von Liebig und die Medizin". — Nachmittags 3 Uhr: Sitzungen der Abtheilungen. Besichtigung wissenschaftlicher und klinischer Institute und Einrichtungen. — Abends 8 Uhr: Abschiedsfest in den Hallen des Bürgerlichen Bräuhauses.

Samstag, den 23. September: Tagesausflüge unter ortskundiger Führung nach Bad Reichenhall, Chiemsee, Partenkirchen, Kochel-Walchensee, Hohen-Schwangau, Regensburg-Walhalla.

Tagesordnung der einzelnen Abtheilungen.

I. Gemeinschaftliche Sitzungen einzelner Abtheilungen.

1. Die Abtheilungen (22), (31) und (32) Chirurgie, Militärsanitätswesen und gerichtliche Medizin und Unfallwesen. Thema: Die Bruchanlage und -Erkrankung in ihrer Bedeutung für die Militärdiensttauchlichkeit und der Entscheid über „Versorgungs- bezw. Entschädigungsansprüche". Referent: Graser (Erlangen). Korreferent: Schoenwerth (München).

2. Die Abtheilungen (21) und (33), innere Medizin und Hygiene. Vortrag von H. Buchner (München): Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zweck der Abwehr von Infektionsprozessen.

Ausserdem werden in der gemeinschaftlichen Sitzung dieser Abtheilungen die Verhandlungen der Tuberkulose-Kommission stattfinden, welche folgendes Programm umfasst: Prof. Dr. Hüppe-Prag, Vorsitzender der Tuberkulosenkommission, giebt geschäftliche Mittheilungen; Prof. Dr. Blasius-Braunschweig: Bericht über den Berliner Tuberkulosen-Kongress; Prof. Dr. Martius-Rostock: Ueber den Konstitutionsbegriff mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie der Infektionskrankheiten; Prof. Dr. Sprengel-Braunschweig: Welche Fälle chirurgischer Tuberkulose kommen vorwiegend für die Heilstätten-Behandlung in Betracht?; Prof. Dr. Chiari-Wien: Die Tuberkulose des Kehlkopfes und der benachbarten Schlundhäute; Prof. Jadassohn-Bern: Die Tuberkulose vom Standpunkt des Dermatologen; Dr. Turban-Davos: Mittel und Wege zur Erforschung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Materials der Sanatorien; Dr. Blumenfeld-Wiesbaden: Die Ernährung der Schwindsüchtigen mit besonderer Berücksichtigung der Ernährung im Hause; Dr. Petruschky-Danzig: Die spezifische Behandlung der Tuberkulose.

Gerichtliche Medizin und Unfallwesen.

A. Gerichtliche Medizin. Einführender: Medizinalrath Prof. Dr. Messerer. Schriftführer: Landgerichtsarzt Dr. Hofmann; Dr. Bihler.

Angemeldete Vorträge: Becker (München): Zufällige Verletzungen bei natürlichem und gewaltsamem Tod. — Dehmuth (Frankenthal): Weitere Beiträge zur Lehre von den durch Kontusion erzeugten Entzündungen der Brustorgane. — Emmert (Bern): Die Diagnose der gewaltsamen Erstickung. — Grasl (Vilshofen): Die gerichtsärztliche Würdigung der traumatischen Einflüsse auf den graviden Uterus. — Haberda (Wien): Ueber die Ertrinkungslunge. — Derselbe: Praktische Erfahrungen über das Luftleerwerden der Lungen lebend geborener Kinder. — Kratter (Graz): Ueber Pankreasblutungen und ihre Beziehungen zum plötzlichen Tod. — Derselbe: Ueber Phosphor und Arsen als Fruchtabtreibungsmittel. — Derselbe: Das neue gerichtlich-medizinische Institut der Universität Graz. (Demonstration von Plänen.) — Meschede (Königsberg): Thema vorbehalten. — Messerer (München): Die schwere Körperverletzung nach §. 224 des deutschen Reichsstrafgesetzbuches. — Regler (Landshut): Blutergüsse, die in Folge äusserer Gewalteinwirkung innerhalb der knöchernen Schädelkapsel zustandekommen. — Richter (Wien): Ueber die Arten des Kindsmordes. — Schuchard (Rostock): Thema vorbehalten. — Seydel (Königsberg): Psychose nach Bleivergiftung. — Sommer (Giessen): Analyse der Handlung in einem psychiatrischen Gutachten bei einer Anklage wegen Mord. — Strassmann (Berlin): Ueber simulirende Verletzungen. — Stubenrath (Würzburg); Quecksilbersublimat in der chirurgischen und geburtshülflich-gynäkologischen Praxis und seine gerichtsärztliche Beurtheilung. — Stumpf (Würzburg): Ueber die Ursache der Leichenkonservirung in den Gräbern. — Vanselow (Wolfstein): Ueber einen eigenthümlichen gelagerten Fall eines Verbrechens wider die Sittlichkeit. — Wachholz (Krakau): Ueber eine praktische Modifikation der Tanninprobe für kohlenoxydhaltiges Blut.

B. Unfallwesen. Einführender: Privatdozent Dr. Adolf Schmitt. Schriftführer: Dr. med. Ottmar Ammann; Dr. med. Arthur Dreyer.

Angemeldete Vorträge: Bachr, Ferd. (Hannover): Thema vorbehalten. — Bum (Wien): Das statistische Moment in der Mechanotherapie. — Dreyer, Arthur (München): Syphilis und Trauma. — Düms (Leipzig): Ueber Lippenerkrankungen bei Hornbläsern. — Golibiewski (Berlin): a) Ueber die Beziehungen der Wirbelsäule zu den Rippen nach Verletzungen. b) Thema vorbehalten. — Müller, Fr. E. (Lübeck): Was können oder was müssen die Berufsgenossenschaften von den Aerzten verlangen. — Müller, Kurt (Erfurt), Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Unfallheilkunde. — Riedinger, J. (Würzburg): a) Beitrag zu den Frakturen des Ellenbogengelenks; b) die Palpation des Kniegelenks. — Schindler, Karl (Berlin): a) Zur Entstehung und Entschädigung des Wasserbruchs nach Unfällen; b) verschiedene Mittheilungen. — Schmitt, Adolf (München): Thema vorbehalten. — Stern, R. (Breslau): Ueber traumatischen Diabetes. — Thiem (Cottbus): Ueber traumatische Peritonitis. — Derselbe: Albuminurie nach Schädelverletzungen.

Hygiene und Bakteriologie.

Einführender: Prof. Dr. Hans Buchner. Schriftführer: Privatdozent Dr. Martin Hahn.

Angemeldete Vorträge: Bail, O. (Graz): Thema vorbehalten. — Below, E. (Berlin): Volkshygiene und Lichttherapie. — Buchner, H. (München): Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zweck der Abwehr von Infektionsprozessen. — Czaplewski (Köln): Ueber Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. — Gruber, M. (Wien): Thema vorbehalten. — Hahn, M. (München): Thema vorbehalten. — Hüppe und Blasius (Prag und Berlin): Verhandlungen der Tuberkulose-Kommission. — Lehmann, K. B. (Würzburg): Thema vorbehalten. — Prausnitz (Graz): Thema vorbehalten. — Ranke, K. (München): Versuche über die Ernährung in den Tropen. — Rosenbach, O. (Berlin): Die ärztliche und soziale Bedeutung der Bakteriologie. — Schürmayer, C. B. (Hannover): a) Artenkonstanz der Spaltpilze und Krankheits-Diagnose; b) zur Bakteriologie maligner Tumoren. — Weleminsky (Prag): Thema vorbehalten. — Weyl, Th. (Berlin): Anwendung des Ozons in der Hygiene (mit Demonstrationen). — Wille, W. (Worms): Mundhygiene der Schuljugend.

Medizinal-Polizei.

Einführender: Kreis-Medizinalrath Dr. Fr. Ernst Aub. Schriftführer: Bezirksarzt der Stadt München Dr. Adolf Müller; Dr. Carl Becker.

Vorträge bisher nicht angemeldet.

Der Versammlungsbeitrag beträgt 20 Mark, für Mitglieder 15 Mark; für Damenkarten sind 6 Mark zu entrichten. Vorausbestellungen von Wohnungen in den Gasthäusern sowie in Privathäusern nimmt der Wohnungsausschuss, Centralbahnhof, entgegen.

Die allgemeinen Bedingungen über die Theilnahme an der Versammlung sind dieselben wie im Vorjahre.

Die Pest, die schon seit einiger Zeit vereinzelt in Aegypten aufgetreten ist, ist jetzt auch nach Europa und zwar nach Oporto in Portugal eingeschleppt. Bis jetzt sind daselbst 33 Erkrankungen vorgekommen, von denen 9 einen tödtlichen Ausgang genommen haben.

Berichtigung: In Nr. 15 der Zeitschrift muss auf S. 513 die Ueberschrift des ersten Referats lauten: „Ueber periodische akute „Paranoia“ (statt „Psychose“) simplex als besondere Form periodischer Psychosen.“

Ausserdem heisst der Mitautor der auf S. 533 besprochenen Schulgesundheitspflege von Eulenberg nicht Bock, sondern „Bach“.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 17. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Septbr.

Zur forensischen Beurtheilung des Todes Neugeborener durch Verblutung aus der Nabelschnur.

(Aus Prof. Dittrich's k. k. deutschem gerichtlich-medizinischem Institute in Prag.)

Von Dr. **Carl Beckert**, Assistenten am Institute.

Verblutungen aus der Nabelschnur gehören bekanntermassen zu den relativ seltenen Vorkommnissen. Wie aus Beobachtungen bei Kindesweglegung, Kindesmord und Sturzgeburt hervorgeht, erfolgt selbst aus einer nicht unterbundenen Nabelschnur in der Regel keine stärkere, geschweige denn eine tödtliche Blutung, da einerseits durch Aufrollung der Intima der durchschnittenen oder durchrissenen Nabelschnurgefässe und durch Thrombusbildung, andererseits durch den in Folge der Entwickelung des Lungenkreislaufes in der Nabelschnur sinkenden Blutdruck wenig günstige Verhältnisse für das Zustandekommen einer stärkeren Blutung geschaffen werden.

Diese Erfahrungen waren gewiss nicht zum geringsten Theile die Ursache davon, dass in früherer Zeit die Möglichkeit der Verblutung eines Kindes aus der Nabelschnur von mancher Seite überhaupt negirt wurde. Daher wird man in jenen seltenen Fällen, wo bei dem Befunde einer intensiven Blutung aus der Nabelschnur, verbunden mit einer hochgradigen Anämie der inneren Organe und bei dem Ausschluss einer jeden anderen Todesursache Tod durch Verblutung aus der Nabelschnur angenommen werden muss, vermuthen dürfen, dass im gegebenen Falle irgendwelche abnorme anatomische oder physiologische Verhältnisse vorlagen, die das Zustandekommen einer grösseren Blutung begünstigt haben. Dahin

gehören vor Allem eine abnorme Beschaffenheit der Nabelschnurgefässe, wie ungewöhnliche Dünnheit und Schlaffheit, ein abnormer Verlauf derselben, starker Blutdruck in den Nabelschnurgefässen bei ausgebliebener oder ungenügender Entwickelung des Lungenkreislaufes, oder endlich Fälle von Hämophilie.

Man sollte annehmen, dass von wesentlicher Bedeutung für das Zustandekommen einer Nabelschnurblutung auch die Länge des am Kinde befindlichen Nabelschnurrestes ist, da die Vermuthung nahe liegt, dass bei einer gewissen Kürze desselben eine ausreichende spontane Retraktion der Gefässe ausbleiben kann. Gleichwohl sind auch Fälle bekannt geworden, in denen, trotzdem die Nabelschnur hart am Nabel durchtrennt[1]) oder aus dem Nabel ausgerissen worden war,[2]) keine Verblutung erfolgte.

Fälle von tödtlicher Blutung aus einer unterbundenen Nabelschnur haben für den Gerichtsarzt ein ganz besonderes Interesse, da in solchen Fällen seitens der Gerichtsbehörde die Frage eines Kunstfehlers, eines Vergehens gegen die Sicherheit des Lebens,[3]) beziehungsweise einer fahrlässigen Tödtung ventilirt werden kann. Ausser den oben angeführten, eine Nabelschnurblutung begünstigenden Momenten kommen in solchen Fällen noch die Möglichkeiten in Betracht, dass die Nabelschnurligatur entweder von vornherein nicht fest genug angelegt war, oder dass sich dieselbe etwa durch sehr rasch eingetretene Schrumpfung des Nabelschnurrestes gelockert haben konnte. Und in der That ist es eine besonders in Gebäranstalten längst bekannte Thatsache, dass trotz sorgfältigster Unterbindung namentlich in Fällen, wo die Nabelschnur eine besonders stark sulzige Beschaffenheit zeigt, in Folge einer durch die übliche Umhüllung mit die Vertrocknung sehr begünstigenden Pulvern und Stoffen, wie Jodoform, Airol, Hydrophilgaze etc. rasch eintretenden Schrumpfung und der damit verbundenen Lockerung des Bändchens mitunter oft ganz beträchtliche Blutungen aus derselben beobachtet werden, die jedoch bei der ausgezeichneten Schulung und Verlässlichkeit des Hebammen-

---

[1]) Fall 454 in Casper-Liman's Handbuch der gerichtlichen Medizin; 8. Auflage, 2. Theil, S. 1025.

[2]) Fall 455 ebendaselbst, S. 1026.

[3]) Die allgemeine Vorschrift in Beziehung auf die Vergehen und Uebertretungen gegen die Sicherheit des Lebens enthält der §. 335 des österreichischen Strafgesetzes, welcher lautet: „Jede Handlung oder Unterlassung, von welcher der Handelnde schon nach ihren natürlichen, für Jedermann leicht erkennbaren Folgen, oder vermöge besonders bekannt gemachter Vorschriften, oder nach seinem Stande, Amte, Berufe, Gewerbe, seiner Beschäftigung oder überhaupt nach seinen besonderen Verhältnissen einzusehen vermag, dass sie eine Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder körperliche Sicherheit von Menschen herbeizuführen oder zu vergrössern geeignet sei, soll . . . . . ., wenn hieraus der Tod eines Menschen erfolgte, als Vergehen mit strengem Arreste von 6 Monaten bis zu 1 Jahre geahndet werden." Aus dem Strafgesetze für das Deutsche Reich dürfte in solchen Fällen eventuell der §. 222 in Anwendung kommen, welcher lautet: „Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängniss bis zu 3 Jahren bestraft. Wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf 5 Jahre Gefängniss erhöht werden."

personals in derartigen Anstalten immer zur rechten Zeit entdeckt werden und daher niemals eine das Leben des Kindes gefährdende Höhe erreichen. Dagegen hat man bei Geburten, die nicht in einer Gebäranstalt stattfanden, Verblutungen aus der unterbundenen Nabelschnur wiederholt beobachtet.

Grosse Vorsicht ist bei der forensischen Beurtheilung dieser Fälle geboten. Zunächst kann die Verblutung aus einer nicht unterbundenen Nabelschnur erfolgt und die Ligatur erst nachträglich zum Behufe einer Tilgung der Spur, die eine Ausseracht-lassung aufdecken könnte, angelegt worden sein. Ferner muss man bei dem Umstande, dass ein solches Ereigniss doch jedenfalls zu den seltenen Todesarten bei Neugeborenen zu zählen ist, vorerst auch jede andere Todesart ausschliessen können, ehe man Verblutung aus der Nabelschnur als Todesursache ansieht. Wir würden daher begreiflicher Weise ohne Obduktion eine solche Verblutung niemals als erwiesen ansehen.

Vom forensischen Standpunkte haben derartige Fälle insofern Bedeutung, als ja einerseits eine solche Verblutung in einer absichtlichen Unterlassung des bei der Geburt nöthigen Beistandes, d. i. einer sorgfältigen Unterbindung der Nabelschnur, ihren Grund haben könnte, unter welchen Verhältnissen nach österreichischem Gesetze eine besondere Form von Kindesmord vorliegen könnte, anderseits Hebammen, oder dieselben vertretende Personen, wegen fahrlässiger Tödtung oder wegen Vergehens gegen die Sicherheit des Lebens zur Verantwortung gezogen werden könnten.

Ob es sich in einem gegebenen Falle um eine böse Absicht handelt, wird sich aus dem objektiven Befunde an der Leiche niemals beweisen lassen, dagegen kann man mitunter auf Grund dieses Befundes im Zusammenhange mit den näheren Umständen des Falles eine böse Absicht ausschliessen. Dies war z. B. in einem Falle möglich, den Dittrich[1]) vor zwei Jahren zu untersuchen Gelegenheit hatte. Auf Grund des objektiven Befundes im Zusammenhange mit den Erhebungen konnte damals mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine absichtliche Unterlassung des bei der Geburt nöthigen Beistandes sowohl von Seiten der Mutter, als auch ihrer Begleiterin während des Transportes der ersteren in die Gebäranstalt ausgeschlossen werden. Vielmehr durfte man gerade aus der Art der Unterbindung in diesem Falle die Tendenz, die Blutung aus der Nabelschnur durch ein in mehrfachen Touren umgelegtes Bändchen zu stillen, herauslesen. Daher käme in derartigen Fällen vom forensischen Standpunkte wohl zu allermeist die Beantwortung der Frage bezüglich einer fahrlässigen Tödtung oder bezüglich eines Vergehens gegen die Sicherheit des Lebens seitens der Hebamme, eventuell deren Stelle vertretender Personen in Betracht.

Aus dem Befunde an der Leiche allein dürften sich auch hier wieder nur in wenigen derartigen Fällen Anhaltspunkte er-

---

[1]) Dittrich: Ein Fall von Verblutung aus der unterbundenen Nabelschnur. Prager med. Wochenschrift; 1897, Nr. 43 und 44.

geben, die für die strafrechtliche Begutachtung eines solchen Falles von Belang sind. Dies sind insbesondere jene oben angeführten Umstände, die das Zustandekommen einer tödtlichen Blutung selbst aus einer unterbundenen Nabelschnur begünstigen, z. B. eine abnorme Beschaffenheit der Nabelschnurgefässe, wie ungewöhnliche Dünnheit und Schlaffheit oder ein ungewöhnlicher Verlauf derselben. Die fehlende oder ungenügende Entwickelung des Lungenkreislaufes könnte mitunter aus einer volständigen oder wenigstens sehr hochgradigen Lungenatelektase oder aus anderen Umständen, die ein Athmungshinderniss abzugeben geeignet sind, erschlossen werden. So war in einem von Haberda[1]) erwähnten Falle von tödtlicher Blutung aus der unterbundenen Nabelschnur die Ursache der Zirkulationsstörungen in einer intrameningealen Blutung gelegen. Auch in einem von Brouardel[2]) beobachteten Falle mussten intrameningeale Hämorrhagien als Ursache von Respirations- und Zirkulationsstörungen und der auf diese zurückzuführenden tödtlichen Blutung aus der überdies in einer Entfernung von bloss $1^1/_2$ cm vom Nabel durchschnittenen und mangelhaft unterbundenen Nabelschnur angesehen werden.

Was endlich die Hämophilie anbelangt, so sind wir bei unseren dermaligen Kenntnissen über das Wesen dieser Krankheit gänzlich ausser Stande, eine solche an einer Leiche nach vorangegangener alleiniger Blutung aus der Nabelschnur zu diagnostiziren und es kämen in dieser Beziehung bei der exquisiten Heredität dieser Krankheit wohl namentlich die Erhebungen in Betracht.

Eine ganz besondere, vielleicht die grösste Bedeutung kommt in derartigen strafrechtliche Fällen bei dem Verdachte einer fahrlässigen Tödtung der Beschaffenheit der Nabelschnur zu. Es wurde bereits erwähnt, dass bei einer besonders stark sulzigen Beschaffenheit derselben selbst bei sorgfältiger Unterbindung des Oefteren nachträglich grössere Blutungen aus derselben auftreten. Eine derartige Beschaffenheit der Nabelschnur wird sich wohl fast in jedem Falle an der Leiche nachweisen lassen, falls dieselbe nicht etwa gar zu spät nach dem Tode des betreffenden Neugeborenen zur Untersuchung gelangt.

Ausser diesen angeführten, eine Blutung aus der Nabelschnur begünstigenden Umständen, die gelegentlich neben einem etwaigen Verschulden einer Hebamme an dem Tode des Kindes in dem Gutachten hervorgehoben werden müssten und die in vielen Fällen schon aus dem objektiven Befunde an der Leiche ersichtlich sind, kommen aber bei der strafrechtlichen Qualifikation derartiger Fälle hauptsächlich noch die näheren Umstände in Betracht.

Nachstehender Fall von Verblutung aus der Nabelschnur, der in letzter Zeit im Institute zur Untersuchung gelangte, dürfte

---

[1]) Haberda: Die fötalen Kreislaufswege der Neugeborenen und ihre Veränderungen nach der Geburt. Verlag von J. Safar, Wien 1896.

[2]) Brouardel: L' infanticide, S. 333.

sowohl vom juristischen, wie vom gerichtsärztlichen Standpunkte von einigem Interesse sein:

Die 21jährige Näherin M. P. schickte, als sie am 21. November 1898 die Stunde ihrer Geburt herannahen fühlte, zu der Hebamme A. P., die etwa um 5 Uhr früh erschien und bis zu der zwei Stunden später erfolgten normalen Geburt bei ihr blieb. Nachdem die Hebamme das Kind gebadet und eingewickelt und die Nachgeburt entfernt hatte, ging sie weg, ebenso die Mutter der M. P. Das Kind blieb bis Mittag unberührt liegen. Als Mittags die Mutter der M. P. nach Hause kam, und von ihrer Tochter darauf aufmerksam gemacht wurde, dass das Kind fortwährend schlafe, sie möge doch einmal nachsehen, fand sie letzteres kalt und leblos. Sie machte die Windeln auf und fand Blut unter denselben. Hierauf schickte sie um ihre Mutter, um einen Arzt und um die Hebamme. Wieviel Blut auf den Windeln war, konnte die M. P. nicht angeben, da die Hebamme, als sie kam, dieselben ausgewaschen habe. Die eine Zeugin glaubte, dass sich das Kind verblutet habe, weil die Hebamme nicht fest genug unterbunden und das Kind nicht eingefatscht hätte, während eine andere Zeugin aussagte, die Hebamme habe Alles wie gewöhnlich gethan, nur habe sie sehr geeilt.

Der herbeigerufene Arzt, Dr. R., war der Meinung, dass das Kind an Verblutung aus der Nabelschnur gestorben sei. Er fand letztere stark blutig, konnte sich die Blutung nicht erklären, da angeblich beide vorgefundenen Ligaturen an dem am Kindskörper haftenden Nabelschnurreste genügend fest anlagen. Dr. R. führte weiter aus, dass zwischen beiden Ligaturen „geronnenes“ [1]) Blut durchschimmerte und dass beide Ligaturen stark mit Blut besudelt waren, während, wenn dieselben nachträglich angelegt worden wären, zwischen ihnen keine Blutgerinnung vorhanden und sie nicht mit Blut besudelt gewesen wären. Er schloss, dass die Nabelschnur pathologisch verändert gewesen sein müsse, indem sie entweder allzu sulzig gewesen sei, so dass die Ligaturen nicht vollständig einschnüren konnten, oder dass das Kind an Hämophilie litt.

Die Hebamme sagte aus, sie habe zur Sicherheit zwei Mal den kindlichen Nabelschnurtheil unterbunden, habe nach Versorgung der Mutter nochmals nachgesehen und kein Blut gefunden; sie habe auch nicht sehr geeilt, sondern sei bis $^3/_4$8 Uhr bei der Entbundenen geblieben. Als sie Mittags wieder gerufen wurde, sei sie nicht mehr zu dem Kinde zugelassen worden.

Am 24. November wurde über Auftrag der k. k. Staatsanwaltschaft von Prof. Dittrich und Dr. L. die gerichtliche Obduktion vorgenommen. Aus dem Obdutionsbefunde sei Folgendes hervorgehoben:

Die Leiche eines neugeborenen Kindes, weiblichen Geschlechts von 2700 g Gewicht, von einer einem ausgetragenen Kinde entsprechenden Entwickelung. Die allgemeinen Hautdecken blass, am Rücken bis zum Gesässe herab sehr spärliche äusserst blasse Todtenflecke. Mit dem Nabel hängt ein $5^1/_2$ cm langer frischer sulziger Nabelschnurrest fest zusammen, dessen Ende scharf abgeschnitten erscheint. Um denselben, und zwar 18 mm hinter dem peripheren Ende des Nabelschnurrestes erscheint dieser durch zwei einfach umgelegte Bändchen, welche geknotet sind, unterbunden.

Das vordere Bändchen, welches in der genannten Entfernung vom peripheren Ende des Nabelschnurrestes umgelegt ist, ist fest zugezogen, so dass es nicht gelingt, eine auch nur feine Metallsonde zwischen Bändchen und Nabelschnur hindurchzuführen. Das zweite Bändchen befindet sich in einer Entfernung von einem Zentimeter hinter dem ersteren, umgiebt aber die Nabelschnur nur äusserst locker, so dass sich mit Leichtigkeit eine federkieldicke Sonde zwischen Bändchen und Nabelschnur hindurchführen lässt. Die Knotenbildung an beiden Bändchen ist ziemlich gut.

Am peripheren Ende des Nabelschnurrestes erscheint die Wundfläche mit dunkelrothem, etwas angetrocknetem Blute beschmutzt, und es entleert sich aus den durchtrennten Gefässen der Nabelschnur schon bei leichtem Druck zwischen den beiden Ligaturen etwas dunkelrothes, flüssiges Blut.

---

[1]) Es ist nicht einzusehen, wie aus dem Bilde des Durchschimmerns von Blut erschlossen werden soll, dass dasselbe geronnen war.

Die Lungen sind vollkommen lufthaltig. An der Oberfläche derselben, insbesondere an der Basis ganz vereinzelte kleine Blutaustritte. Hochgradige Anämie fast sämmtlicher Organe.

Im Uebrigen ergab die Sektion nichts Besonderes, insbesondere auch keine Verletzungen.

Auf Grund dieses Obduktionsbefundes wurde von den Gerichtsärzten folgendes Gutachten abgegeben:

1. Wie aus der Länge, dem Körpergewichte und der sonstigen Entwickelung des obduzirten Kindes hervorgeht, war dasselbe reif und ausgetragen.

2. Aus der Beschaffenheit der Nabelschnur und der Anwesenheit von reichlichem Kindspech im Darm geht hervor, dass das Kind neugeboren war.

3. Aus dem Resultate der Lungenschwimmprobe und insbesondere aus dem gleichmässigen Luftgehalte beider Lungen kann man schliessen, dass das Kind nach der Geburt gelebt und gut geathmet hat.

4. Die hochgradige Blutleere des gesammten Körpers im Zusammenhange mit den Erhebungen, insbesondere mit dem Umstande, dass die Umhüllungen des Kindes (Windeln, Hemd, Ueberbett) stark mit Blut besudelt waren, lässt erschliessen, dass das Kind an Verblutung gestorben ist und konnte dieselbe nur in Folge einer Blutung aus der durchtrennten und unterbundenen Nabelschnur erfolgt sein, da sich sonst am ganzen Körper keine Spur einer Verletzung konstatiren liess.

5. Wie schon erwähnt, war der Nabelschnurrest, welcher sich am Kindeskörper befand, durchschnitten und unterbunden, letzteres sogar an zwei Stellen mit zwei vollkommen getrennten Bändchen. Von diesen beiden Ligaturen war die eine dem Kindeskörper näher gelegene Ligatur locker, so dass sich ohne Widerstand eine federkieldicke Sonde zwischen Bändchen und Nabelschnur einführen liess, die andere peripherwärts angelegte Ligatur fester; doch konnte man bei mässigem Drucke auf die Nabelschnur trotzdem etwas flüssiges Blut aus den Nabelschnurgefässen herausdrücken, woraus hervorgeht, dass auch die periphere Ligatur die Gefässe der Nabelschnur nicht vollständig verschlossen hat.

6. Da sich nun an der näher dem Kindeskörper gelegenen Stelle keine starke Einschnürung der Nabelschnur fand, auch von einer Schrumpfung der Nabelschnur nichts zu sehen war, unterliegt es keinem Zweifel, dass diese Ligatur von vornherein zu locker angelegt worden ist und es erscheint mit Rücksicht auf die Grösse des Blutverlustes im höchsten Grade wahrscheinlich, dass dies zunächst die einzige Stelle war, an welcher der am kindlichen Körper befindliche Nabelschnurrest unterbunden worden war.

7. Dass die festere, peripherwärts gelegene Ligatur gleich bei der Geburt, wie es heisst „zur Sicherheit" angelegt worden ist, erscheint im höchsten Grade unwahrscheinlich. Vielmehr dürfte sich die Sache so verhalten haben, dass zunächst nur eine und zwar die dem Kindeskörper näher gelegene lockere Ligatur angelegt wurde, die zweite festere dagegen erst später, nachdem das Kind schon eine bedeutende Menge Blut verloren hatte, welche ausgereicht hat, um den Tod durch Verblutung herbeizuführen.[1])

Von der Staatsanwaltschaft wurde darauf hin ein weiteres Gutachten von den Gerichtsärzten verlangt, dahingehend: ob es nicht vielleicht möglich sei, dass die Ligaturen sich erst nach dem Tode des Kindes gelockert hätten; ferner, ob vielleicht, wie Dr. R. aussagt, nicht etwa die Nabelschnur pathologisch verändert, insbesondere ausserordentlich sulzig war, oder ob das Kind nicht an Hämophilie litt.

---

[1]) Es ist klar, dass die Richtigkeit dieser am Schlusse des Punktes 6 und im Punkte 7 ausgesprochenen Vermuthung im vorliegenden Falle nur durch die Erhebungen zu konstatiren war und es sei gleich hier hervorgehoben, dass sich diese Annahme — was übrigens für die Begutachtung des ganzen Falles mehr weniger nebensächlich ist — als unrichtig erwies, insofern, als der Umstand, dass die Hebamme nach der ersten Versorgung des Kindes nicht mehr zu demselben hinzugelassen wurde, eine Anlegung der Ligaturen in verschiedenen Zeiträumen kaum annehmen lässt.

Bei Beantwortung dieser Fragen deckten sich die Anschauungen der beiden Gerichtsärzte nicht, weshalb von ihnen getrennte Gutachten abgegeben wurden. Prof. Dittrich äusserte sich folgendermassen:

1. Dr. R. führt an, dass er beide Ligaturen am Nabelstrang fest anliegend fand. Wenn man darunter versteht, dass die Ligaturen nicht am Nabelstrang herumrutschten, oder dass sie sich nicht leicht hin- und herschieben liessen, so muss dies allerdings zugegeben werden. Eine regelrecht und hinlänglich fest angelegte Ligatur, wie sie von sachkundigen Aerzten oder Hebammen angelegt werden soll, muss aber besser anliegen als im vorliegenden Falle, wo es möglich war, an der einen Ligaturstelle eine starke Sonde zwischen Bändchen und Nabelschnur ohne Kraftanwendung hindurchzuführen.

2. Dass sich die Ligaturen etwa erst nach dem Tode gelockert hätten, erscheint ausgeschlossen, da eben sonst eine stärkere, geschweige denn tödtliche Blutung aus der Nabelschnur nicht hätte stattfinden können.

3. Wäre eine nachträgliche Lockerung des näher dem Kindeskörper gelegenen Bändchens erfolgt, so hätte man an dieser Stelle der nicht auffallend sulzigen Nabelschnur doch eine bedeutendere Einschnürung konstatiren müssen. Eine solche fand sich aber nicht vor.

4. Ob das Kind an Hämophilie litt, lässt sich nicht entscheiden; doch muss hervorgehoben werden, dass, selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, bei einer hinlänglich festen Unterbindung der Nabelschnur, wie sie vorgeschrieben ist und in allen Hebammenkursen gelehrt wird, eine stärkere Blutung hätte vermieden werden können.

5. Jedenfalls muss gesagt werden, dass die Hebamme im vorliegenden Falle durch die mangelhafte Unterbindung der Nabelschnur die Vorschriften, welche für ihre Berufsbeschäftigung gelten, ausser Acht gelassen hat.

6. Eine Verblutung aus einer durchtrennten Nabelschnur ist ein relativ sehr seltenes Ereigniss, welches nur unter besonderen abnormen physiologischen oder pathologischen Verhältnissen vorkommt. Dies zeigen insbesondere die Fälle, in denen die durchtrennte Nabelschnur überhaupt nicht unterbunden wird und trotzdem keine Blutung, geschweige denn eine tödtliche aus derselben erfolgt. Diese Verhältnisse lassen sich nicht immer übersehen, namentlich dann nicht, wenn man ein solches Kind erst als Leiche zu untersuchen Gelegenheit hat, und es konnten dieselben auch im vorliegenden Falle nicht eruirt werden.

7. Trotzdem muss es aber in allen solchen Fällen gelingen, eine Nabelschnur so fest zu unterbinden, dass selbst bei einer Blutung günstigen Verhältnissen eine solche nicht stattfindet.

Dr. L. sprach sich bezüglich der nachträglich von der Staatsanwaltschaft gestellten Fragen in folgender Weise aus:

1. Nach den vorliegenden Akten verantwortet sich die Hebamme A. P. dahin, dass sie gleich nach der Geburt entsprechend den Vorschriften die Nabelschnur unterbunden hat, und zwar zur Sicherheit drei Mal, und dass sie die Nabelschnur in der Weise durchschnitten hat, dass zwei Ligaturen an dem dem Kinde anhaftenden Nabelschnurreste zurückblieben. Als sie dann zum zweiten Male zur Mutter M. P. gerufen worden war, wurde sie von der Urgrossmutter der M. P. nicht mehr zu dem Kinde zugelassen und dadurch erscheint es daher ausgeschlossen, dass die Hebamme vielleicht erst später die eine Ligatur angelegt hätte, als ihr mitgetheilt worden war, dass sich das Kind verblutet hat.

2. Dr. R. giebt an, dass die Ligaturen fest der Nabelschnur anlagen, und dass er alle Vorschriften, welche bei einer Geburt eingehalten werden müssen, beachtet fand. Daraus erhellt, dass die Hebamme alles Nöthige gethan hat und dass sie sich dessen versichern konnte, dass weder für das neugeborene Kind, noch für die Mutter eine Gefahr besteht.

3. Die Erfahrung lehrt, dass trotz Unterbindung der Nabelschnur ein neugeborenes Kind aus derselben bluten kann, wenn es nämlich an Hämophilie leidet, was allerdings bei der Sektion in diesem Falle sich nicht feststellen liess. Es ist sonach kein Grund vorhanden, anzunehmen, dass diese Möglichkeit ausgeschlossen sein konnte, für den Fall, als das Kind an Hämophilie litt.

4. Es muss hervorgehoben werden, dass die Ligatur gleich nach der

Geburt angelegt worden ist. Weiter versichert Dr. R., dass die Nabelschnur sehr sulzig war und dadurch erscheint es begründet, dass sich die Ligatur nach dem Tode gelockert haben kann, so zwar, dass eine ziemlich dicke Sonde ohne Gewalt durchgeführt werden konnte.

Erwägen wir somit alle Umstände, so kann der Aussage des Dr. R. nicht widersprochen werden und es lässt sich daher vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus nicht beweisen, dass die Hebamme in diesem Falle sich irgendwie gegen die bestehenden Vorschriften vergangen hätte.

Auf Grund dieser Gutachten wurde nach §. 90 der österreichischen Strafprozessordnung das Verfahren gegen die betreffende Hebamme eingestellt, da die Staatsanwaltschaft zu einer weiteren strafrechtlichen Verfolgung keinen Anlass fand, offenbar aus dem Grunde, weil Dr. L. im Schlusspassus seines zweiten getrennten Gutachtens hervorgehoben hat, es liesse sich nicht beweisen, dass die Hebamme sich in diesem Falle irgendwie gegen die bestehenden Vorschriften vergangen hätte.

Es wäre nun wohl bei den differenten Anschauungen der beiden Gerichtsärzte hinsichtlich der nachträglich von der Staatsanwaltschaft gestellten Fragen angezeigt gewesen, dass ein Obergutachten seitens eines anderen Sachverständigen oder seitens der medizinischen Fakultät abverlangt worden wäre, was jedoch nicht geschah. Es ist dies ein Vorgang, welcher weder im Interesse der Justiz, noch im Sinne einer Warnung für Hebammen gelegen ist, indem bei späteren analogen Fällen leicht auf einen solchen Präzedenzfall hingewiesen werden kann, und eine Verurtheilung einer schuldigen Hebamme wegen mangelhafter Unterbindung der Nabelschnur unter Hinweis auf diesen Fall nicht leicht zu gewärtigen sein dürfte, wodurch zum Nachtheile der Justiz einer strafbaren Handlung oder Unterlassung seitens einer Hebamme Vorschub geleistet werden kann.

Wenn Dr. L. im dritten Punkte seines Gutachtens hervorhebt, ein neugeborenes Kind könne sich, falls es an Hämophilie leide, auch aus einer durchtrennten, unterbundenen Nabelschnur verbluten, so kann dies doch nicht im Allgemeinen, sondern nur dann Geltung haben, wenn eben die Unterbindung eine mangelhafte war. Denn dass auch unter diesen, sowie unter allen anderen für eine Blutung auch noch so günstigen Verhältnissen eine regelrechte Unterbindung der Nabelschnur von sicherem Erfolg sein muss, dürfte auch jedem Laien klar sein. Es möge an dieser Stelle auf die jeder Zeit erreichbare totale Absperrung der Blutzufuhr mittelst des v. Esmarch'schen Schlauches z. B. an einem voluminösen Oberschenkel hingewiesen werden. Hier — welch' ungleich ungünstigere Verhältnisse (mächtige Weichtheile, viele, grosse Gefässe, grosser Blutdruck, Rücksicht auf Nerven in der anzuwendenden Gewalt bei der Umschnürung) im Gegensatz zu einer Unterbindung der Nabelschnur! Wenn in jenem Falle unter solch ungünstigen Verhältnissen jeder Zeit, selbst wenn der Kranke an Hämophilie litte, eine vollständige Absperrung der Blutzufuhr gelingen muss, warum sollte dies an einer Nabelschnur nicht auch in jedem Falle möglich sein?

Was den vierten Punkt dieses Gutachtens anbelangt, so kann

wohl die Aussage des Dr. R. nicht, wie es seitens des Gerichtsarztes Dr. L. geschehen ist, als massgebend angesehen werden, welche dahin geht, dass die Nabelschnur sehr sulzig war und sich die Ligatur nach dem Tode lockern konnte, da doch sonst eine stärkere Schrumpfung des Nabelschnurrestes an der Leiche hätte wahrgenommen werden können und sich an beiden Ligaturstellen an dem Nabelschnurreste eine stärkere Einschnürung hätte vorfinden müssen. Uebrigens hätte eine Lockerung der Ligaturen nach dem Tode des Kindes für die Frage, ob die Hebamme eine Schuld trifft oder nicht, gar keine Bedeutung, da doch schon die Verblutung des Kindes aus der durchtrennten Nabelschnur für sich allein hinlänglich für einen nicht genügenden Verschluss der Nabelschnurgefässe durch die Ligaturen zu Lebzeiten des Kindes spricht. Es würde sich bei der Frage, ob eine Hebamme eine solche Schuld trifft oder nicht, somit keineswegs darum handeln, ob eine Lockerung der Ligaturen nach dem Tode des Kindes stattgefunden hat, sondern vielmehr darum, ob nicht eine solche Lockerung noch zu Lebzeiten des Kindes erfolgte, und dadurch Anlass zur tödtlichen Blutung aus der Nabelschnur gegeben wurde.

Es mag zugegeben werden, dass eine auffallend sulzige Nabelschnur vielleicht noch den gewichtigsten Milderungsgrund in derartigen Fällen abzugeben geeignet ist, da es, wie oben erwähnt, eine selbst in Gebäranstalten des Oefteren beobachtete Thatsache ist, dass in solchen Fällen selbst bei regelrechter Unterbindung der Nabelschnur gelegentlich Blutungen aus derselben beobachtet werden. Aber selbst diese Möglichkeit angenommen, so hätte in unserem Falle die Hebamme dennoch zur Verantwortung gezogen werden müssen. Denn auch in diesen Fällen pflegen Nabelschnurblutungen gewöhnlich gleich in den ersten Stunden nach der Geburt aufgedeckt zu werden, und in unserem Falle war das Kind offenbar in den ersten Stunden nach der Geburt an Verblutung gestorben. Nun schreibt aber der §. 24 der Dienstvorschriften für Hebammen in Oesterreich ausdrücklich Folgendes vor: „Weiterhin hat die Hebamme durch drei Stunden nach Abgang der Nachgeburt ihre volle Aufmerksamkeit dem Verhalten der Gebärmutter und etwa auftretenden Blutungen zu widmen“ — wodurch offenbar mit gesagt ist, dass dieselbe die gleiche Aufmerksamkeit auch dem Kinde zu schenken habe.

Von Interesse, nicht nur vom juridischen, sondern auch vom gerichtsärztlichen Standpunkte ist die Frage, wie sich die Staatsanwaltschaft, bezw. die Gerichtsbehörden überhaupt, gegenüber der Frage einer strafbaren Handlung oder Unterlassung in derartigen Fällen stellen.

Ueberblickt man die Endurtheile der in der Literatur erwähnten Fälle von Verblutung aus der Nabelschnur einschliesslich des unserigen, so drängt sich bei genauer Würdigung aller Umstände und in Anbetracht der Wichtigkeit einer gerechten forensischen Beurtheilung derartiger Fälle unwillkürlich der Gedanke auf, dass sich zuweilen sowohl seitens der Gerichtsbehörden, als auch seitens der Gerichtsärzte in solchen Fällen eine etwas allzu milde

Auffassung in der Frage nach der Schuld an einer fahrlässigen Handlung geltend zu machen scheint. Denn eine strafrechtliche Verfolgung einschlägiger Fälle scheint keineswegs die Regel zu sein. Soweit ich die diesbezügliche Literatur überblickt habe, fanden sich bloss zwei Fälle, in denen gegen die betreffende Hebammme eine Verfolgung wegen fahrlässiger Tödtung eingeleitet wurde. So berichtet Degen[1]) über einen Fall von Verblutung aus der unterbundenen Nabelschnur. Bei Sondirung der Nabelgefässe konnte eine Sonde bequem zwischen der Ligatur bis in die Bauchhöhle vorgeschoben werden. Da die Nabelschnur sehr sulzig und varikös war, wurde eine nachträgliche Lockerung der Ligatur angenommen. Trotzdem wurde die betreffende Hebamme zu 8 Tagen Gefängniss und Ersatz der Kosten verurtheilt. In einem zweiten, dem bereits oben erwähnten Falle von Haberda wurde die betreffende Hebamme in erster Instanz schuldig erkannt, in zweiter Instanz jedoch auf das mündliche Gutachten v. Hofmann's hin freigesprochen.

In den anderen Fällen dagegen unterblieb eine strafrechtliche Verfolgung vollständig, offenbar aus dem Grunde, weil die Staatsanwaltschaft eine Schuld der betreffenden Hebamme nicht als erwiesen erachtet hat. Dahin gehört ein von Vezin[2]) berichteter Fall, der aber doch nicht als unzweifelhafter Fall von Nabelschnurverblutung angesehen werden kann, da keine Sektion vorgenommen worden ist. Die Nabelschnur war gut unterbunden, sehr sulzig, das Kind stammte aus einer Bluterfamilie. Das strafrechtliche Verfahren gegen die betreffende Hebamme wurde eingestellt.

Weitere und zwar unzweifelhafte Fälle von Verblutung aus der unterbundenen Nabelschnur sind von Casper-Liman mitgetheilt worden, die hauptsächlich zur Beleuchtung des Standpunktes, den die Gerichtsbehörden in der Frage nach der Schuld oder Nichtschuld der betreffenden Hebammen in solchen Fällen einzunehmen geneigt sind, hier in Kürze Platz finden mögen.[3])

457. Fall: Ausgetragenes Kind, das 1½ Stunden gelebt hatte. Nabelschnur scharf abgeschnitten, 7 Zoll lang, zwei Mal nach Vorschrift des Hebammenbuches unterbunden. An der Leiche und der sehr welken Nabelschnur zeigte sich allerdings das leinene, starke und feste Bändchen nur so angelegt, dass man mit der Spitze der Pinzette dazwischen fahren konnte, woraus nicht geschlossen werden durfte, dass es an der frischen Nabelschnur nicht fester gelegen habe. Obduktionsbefund: Allgemeine Anämie, Ausschluss jeder anderen Todesursache. — Verblutung aus der Nabelschnur zugegeben, die jedoch der Hebamme nicht zur Last gelegt wurde.

458. Fall: Ausgetragenes Kind, das 2 Stunden gelebt hatte. Obduktionsbefund: Allgemeine Anämie. Der zwei Zoll lange Nabelstrangrest war scharf abgeschnitten, vorschriftsmässig und fest unterbunden, so dass das Bistouriheft nicht eingeschoben werden konnte. Urtheil wie im vorigen Falle.

459. Fall: Ausgetragenes Kind. Tod nach 6 Stunden. Die Umhüllungen

---

[1]) Degen: „Ueber Nabelschnurverblutung". Referat in Schmidt's Jahrbücher; Bd. 186, S. 263.

[2]) Vezin: „Tod durch Blutung aus der Nabelschnur". Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; Bd. 7, 1855.

[3]) Die nachfolgenden Fälle bei Casper-Liman, l. c., S. 1026 ff.

des Kindes stark mit Blut durchtränkt. Nabelschnur $5^1/_2$ Zoll lang, mit scharfen Rändern, von normaler Beschaffenheit, genau nach Vorschrift unterbunden; nämlich ausser einer Ligatur hinter der Trennungsstelle um- und zurückgeschlagen und nun noch ein Mal und zwar mit einem festen linnenen Bändchen verbunden. Diese zweite Ligatur war wohl etwas locker, dagegen die eigentliche und Hauptligatur untadelhaft, so dass sie selbst an der todten, schon etwas geschrumpften Nabelschnur nicht abgestreift werden konnte, ebenso wenig als sie eine Sonde in die Gefässe einliess. Obduktionsbefund: Allgemeine Anämie; bei Ausschluss jeder anderen Todesart unzweifelhaft Verblutungstod, als dessen Quelle nur die Nabelschnur erachtet werden konnte. Gutachten wie in den früheren Fällen.

460. Fall: Ein der Reife nahes Kind; Tod nach 6 Stunden. Die Umhüllungen stark mit Blut durchtränkt, die Unterbindungsschlingen nicht fest zugezogen. Der Arzt vermuthete Verblutungstod. Obduktionsbefund: Hochgradige Anämie vieler innerer Organe. Nabelschnur sehr sulzig, mit einem Bändchen kunstgemäss unterbunden. Die Ligatur liegt (jetzt) fest. Das Gutachten ging dahin, dass bei Abwesenheit jeder anderen Todesart die vorgefundene Blutleere als Todesursache zu erachten ist; dass, wenn den Obduzenten mitgetheilt wird, dass die Umhüllungen des Kindes mit Blut durchtränkt gefunden worden und eine Verblutung aus der Nabelschnur vermuthet wird, anzunehmen sei, dass das Kind an den Folgen des Blutverlustes gestorben, und dass eine Verblutung aus der Nabelschnur möglich sei; dass die Nabelschnur durchaus kunstgemäss unterbunden befunden worden ist; und dass, falls sich ergeben sollte, dass in dieser Weise gleich nach der Geburt unterbunden worden ist, der Hebamme keine Schuld beizumessen sei. — Es ist der Sache keine weitere Folge gegeben worden.

Diese Fälle illustriren auf's Deutlichste, wie sehr man sowohl von Seite der Gerichtsbehörde, wie auch von Seite der Gerichtsärzte geneigt ist, derartigen Fällen eine möglichst milde Auffassung in der Frage nach der Schuld einer Hebamme entgegenzubringen. Die Stellung der Staatsanwaltschaft gegenüber derartigen Vorkommnissen ist aber vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus dem Grunde von Bedeutung, weil bei einem grossen Theil der Aerzte die Meinung vertreten ist, dass dort, wo nicht schwere Kunstfehler oder auffällige Fahrlässigkeiten vorliegen, die Gerichtsbehörden nicht mit der nöthigen Energie und Sicherheit eingreifen, weshalb denn auch der praktische Arzt gar nicht selten eine gesetzlich wohl begründete Anzeige unterlässt, weil — mag es nun zu einer Verurtheilung oder zu einem Freispruch kommen — ärztlichen Personen im Kreise von Kollegen, wie auch im Laienpublikum aus einer derartigen Anzeige Unannehmlichkeiten und Nachtheile erwachsen können, die sie begreiflicher Weise nach Möglichkeit vermieden wissen möchten. Wir müssen es jedoch im Interesse ärztlich zu behandelnder Personen als nothwendig bezeichnen, dass — allerdings nicht leichtfertig, wie es zuweilen aus rein persönlichen Motiven geschehen mag — aber doch in allen Fällen, wo begründeter Verdacht eines Kunstfehlers seitens eines Arztes oder einer Hebamme besteht, die gerichtliche Anzeige gemacht werde, da auf eine andere Weise derartigen strafbaren Handlungen oder Unterlassungen für die Folge kaum in ausreichendem Masse gesteuert werden kann. Es ist ja ganz begreiflich, dass Aerzte eher berufen sind, über ein etwaiges Verschulden seitens eines Kollegen oder einer Hebamme ein Urtheil zu fällen als medizinische Laien, und es würde bei Begutachtung solcher Fälle durch Medizinal-Kollegien allein gewiss

vermieden werden können, dass, wie dies zuweilen vorkommt, Gerichtsbehörden eine Untersuchung einstellen, trotzdem ein Verschulden vom rein ärztlichen Standpunkte angenommen werden muss.

Dass der Verblutungstod Neugeborener aus der Nabelschnur gewiss nicht zum allerwenigsten zu jenen Fällen zu zählen ist, die nicht nur von Seiten der Gerichtsbehörden, sondern auch von Seiten der Gerichtsärzte in der Frage nach der strafrechtlichen Qualifikation einer Handlung oder Unterlassung einer allzu milden Auffassung sich erfreuen, dürfte aus obigen Ausführungen zur Genüge hervorgehen. Mögen dieselben dazu beitragen, dass auch in dieser Frage einmal eine strengere Auffassung Platz greife; denn im Allgemeinen kann man wohl sagen, dass in einem Falle von Verblutung eines Kindes aus der unterbundenen Nabelschnur die betreffende Hebamme eine grosse Verantwortung trifft, da doch ganz sicher anzunehmen ist, dass selbst bei Voraussetzung der für das Zustandekommen einer derartigen Verblutung günstigsten Bedingungen eine solche bei der nöthigen Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit hinsichtlich der Versorgung des Kindes, bezw. bei hinlänglich fester Unterbindung der Nabelschnur unter allen Umständen vermieden werden kann.

Können die Wiederholungslehrgänge für Hebammen in den Provinzial-Anstalten bei dem gegenwärtigen Stand des Hebammenwesens ihre Aufgaben erfüllen?

Von Kreisphysikus Dr. Reimann in Neumünster i/H.

Wer die Reformbewegungen im deutschen Hebammenstande verfolgt, wie sie namentlich im letzten Jahrzent hervorgetreten sind, wird wahrnehmen, dass mit dem berechtigten Trachten nach wirthschaftlichem Vorwärtskommen einhergeht ein lebhafter Drang der Hebammenschaft nach geistiger Fortbildung und Erhöhung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit. Soweit diese idealistische Richtung der Reformbewegung nicht lediglich der Ausfluss einer den Pflichtenkreis des Hebammenberufes und dessen natürliche Schranken verkennenden Emanzipationssucht ist, gereicht sie unserem Hebammenstande gewiss nicht zur Unehre, zumal dieser Fortbildungseifer zunächst wenig wirksame Förderung seitens öffentlicher Verbände gefunden hat.

Der Erlass vom 6. August 1883, welcher in erster Reihe auf die materielle Sicherstellung des Standes gerichtet war, mit diesem Ziele aber gleichzeitig die Keime zur Förderung der beruflichen Leistungen umschloss, konnte die an ihn geknüpften Hoffnungen nur unvollkommen erfüllen; denn seine Ausführungsbestimmungen ermangelten, wie sich im kritischen Falle alsbald herausstellte, der Rechtsverbindlichkeit. Dieses Schicksal theilten bekanntlich spätere, die Berufsthätigkeit der Hebammen regelnde, an sich vortreffliche Verwaltungsvorschriften, z. B. die Desinfektionsordnung vom November 1888. Selbst die „Instruktion für die Hebammen iu Preussen“ dürfte, soweit sie mit Vorschriften

der Gewerbeordnung im Widerspruch steht, z. B. im §. 12, materiell ungültig sein.

Als ein Mittel zur Erhaltung und Förderung der fachlichen Tüchtigkeit des Hebammenstandes sind auch die alljährlich in den Provinzial-Anstalten stattfindenden Wiederholungslehrgänge gedacht, welche auf Vorschlag berufener Hebammenlehrer unter Befürwortung der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vor mehreren Jahren staatlicherseits in's Leben gerufen wurden.

Wenn wir auf der einen Seite den unseren Hebammenstand, in der Mehrheit seiner Glieder, auszeichnenden regen Bildungseifer hervorheben, wie er ja in der Hauptsache auch in dem Vereinsleben dieses Standes zu Tage tritt, und andererseits die Wahrnehmung machen, dass jene Nachübungskurse an den meisten Hebammenlehranstalten in Folge ungenügender Betheiligung eigentlich ein Schattendasein fristen, ohne die umfassenden Ziele, auf welche sie gerichtet sind, nur entfernt zu erreichen, so müssen besondere und schwer wiegende Gründe diese unerfreuliche Thatsache verschulden.

Für die Einrichtung der Anstaltskurse war offenbar der Umstand bestimmend, dass die nur alle 3 Jahre wiederkehrenden Unterweisungen der Hebammen durch die Medizinalbeamten gelegentlich der sogenannten Nachprüfungen nicht ausreichten, um bei den jüngeren Hebammen die während einer nicht eben reichlich bemessenen Lehrzeit erworbenen Fachkenntnisse zu erhalten und zu befestigen, die älteren und ältesten derselben aber, denen die Fähigkeit, umzulernen, oft schon abhanden gekommen ist, mit den neueren Fortschritten der Geburts- und Wochenpflege bekannt zu machen. Sollte der Versuch, diese Lücke durch Repetitionskurse in den Lehranstalten auszufüllen, nicht im Voraus als wenig aussichtsvoll erscheinen, so war seine Einführung an die Erfüllung gewisser Vorbedingungen zu knüpfen. Zunächst durften die Nachhilfekurse nicht wahlfrei gelassen werden, sondern mussten mindestens in allen denjenigen Fällen unbedingt verbindlich für die Hebammen gemacht werden, in welchen der Aufsicht führende Medizinalbeamte die Nothwendigkeit eines Wiederholungslehrganges für die betreffende Hebamme anerkennt. Sodann mussten die Kurse in einem bestimmten Turnus für die Hebammen wiederkehren, und endlich war auf eine hinlängliche Dauer des einzelnen Kursus Bedacht zu nehmen.

Die meisten mit der Frage sich beschäftigenden Aerzte haben das auch wohl erkannt; sie verlangten darum alle 5 Jahre sich wiederholende pflichtmässige Theilnahme, wo nicht aller Hebammen, so doch zum Mindesten derjenigen, welche in den Nachprüfungen vor den Physikern nicht genügt haben. Zu Meinungsverschiedenheiten führte aber schon die Frage der Dauer der einzelnen Kurse. Während Löhlein mit 8 Tagen auskommen zu können glaubte, hielt B. Schultze deren wenigstens 14 und Ahlfeld 4 Wochen für nothwendig.

Nun ist ohne Weiteres klar, dass 8 Tage allenfalls genügen

um einer nach 20- oder 30jähriger Dienstzeit in ihrem Fach zurückgekommenen Hebamme die Abschnitte des Lehrbuchs wieder summarisch in's Gedächtniss zurückzurufen und bis zu gewissem Grade auch mechanisch einzuprägen, aber die Schülerin in Sinn und Geist der neueren Geburtskunde so weit einzuführen, dass die Hebamme den Stoff wirklich beherrscht und aus sich heraus beispielsweise die Lehren der Aseptik zielbewusst und zweckentsprechend in die That umzusetzen vermag, das im Zeitraum von einer Woche bei einer Hebamme mit Durchschnittsbegabung zu erreichen, wird selbst der besten Lehrbefähigung des Hebammenlehrers schwerlich gelingen. Vor allen Dingen aber würde das in dieser kurzen Zeitspanne Gewonnene in den meisten Fällen lange vor Ablauf der 5jährigen Frist bis zum nächsten Kursus sich verflüchtigt haben.

In praktischer Hinsicht frägt es sich nun, ob Anstaltskurse, welche den vorerwähnten Bedingungen genügen, also 3—4 Wochen dauern, für alle oder doch gewisse Hebammen verbindlich sind und für diese in bestimmten Zeiträumen, etwa alle 5 Jahre, wiederkehren, nach dem gegenwärtigen Stand unseres Hebammenwesens durchführbar sind.

Diese Frage ist bedingungslos zu verneinen, weil es, von allem Anderen abgesehen, zur Ausübung eines Zwanges bezüglich eines grossen Theiles unserer Hebammen an der rechtlichen Grundlage ermangelt; die Bestimmungen der Reichs-Gewerbeordnung insbesondere geben der Einführung eines Zwanges im Verwaltungswege, in welcher Form es auch sei, keinerlei Raum. Hinsichtlich der Distriktshebammen stände allenfalls der Weg offen, den Anstellungsvertrag durch eine entsprechende Klausel zu ergänzen. Nach dieser Richtung hin ist also von der Zukunft nicht viel zum Besseren zu erwarten, selbst wenn alle anderen einer derart durchgreifenden Reform der Hebammenfortbildung entgegenstehenden Schwierigkeiten, unter denen die Bereitstellung der nöthigen Geldmittel nicht die letzte ist, geringwerthiger wären, als sie es thatsächlich sind. Ich erwähne nur, dass wir in Preussen 21 Hebammen-Lehranstalten und etwa 18000 Hebammen haben. Würden die Anstalten ausreichen, wenn auch nur die Hälfte der Hebammen an den Wiederholungslehrgängen sich betheiligen wollte?

So ist man denn in der Hauptsache auf den freien Entschluss der Hebammen angewiesen, welcher bei diesen eine gewisse Erkenntniss der eigenen Untüchtigkeit voraussetzt. Was aber die Hauptsache ist: den kaum noch steigerungsfähigen materiellen Opfern, welche den Theilnehmerinnen an diesen Lehrgängen zugemuthet werden, stehen nicht entsprechende Gegenleistungen des Gemeinwesens gegenüber. Die Kreisausschüsse gewähren zwar in der Regel für ihre Bezirkshebammen freie Verpflegung und freien Unterricht in der Hebammenanstalt, aber sonst Nichts, keine kostenlose Vertretung, keine Entschädigung für Praxisausfall.

Nun stellen sich die Verhältnisse gewöhnlich so: Der Physikus richtet alljährlich an die älteren oder an die in ihren Berufs-

kenntnissen schwächeren Distriktshebammen seines Bezirkes die Anfrage wegen Betheiligung am Wiederholungskursus. Weit entfernt etwa mit allerhand nichtigen Ausflüchten zu antworten, entschuldigen die Frauen sich mit der wohl berechtigten Erklärung, dass sie ihren Hausstand nicht 4 Wochen lang im Stiche lassen können, nämlich wenn sie noch kleine Kinder haben, oder dass sie die Einbusse an Erwerb nicht verschmerzen können, — wenn sie Wittwen und sonst ohne Mittel sind — oder auch dass die Ortsbewohner ihre Abwesenheit für mehrere Wochen durchaus nicht wünschen, um so mehr, als Stellvertretung für sie nicht geboten sei.

Das sind die Bezirkshebammen, in diesem besonderen Falle das „grüne Holz"; noch viel weniger ist in dieser Beziehung von den frei praktizirenden Hebammen zu erhoffen. Abgesehen davon, dass sie neben dem Praxisverlust auch noch für Verpflegung und Unterricht in der Anstalt aufzukommen, also direkte Unkosten zu tragen haben, entfällt bei ihnen auch der Impuls, welcher für manche Bezirkshebammen in der Rücksichtnahme auf etwaige Wünsche der Vertretung des sie besoldenden Kommunalverbandes gegeben ist.

So können die Wiederholungskurse an den Hebammenlehranstalten, trotz der grössten Bereitwilligkeit der Leiter derselben, ihrer besten Lehrbefähigung und der vollkommensten Lehrmittel, für das Vorwärtskommen des Hebammenstandes und für das Allgemeinwohl nur den kleinsten Theil dessen leisten, was man bei ihrer Einrichtung im Auge gehabt hat. Bei ihrer wahlfreien Benutzung und angesichts der vielfach misslichen Verhältnisse der Hebammen, mit denen zu rechnen ist bei dem Gedanken, durch einen gelinden Druck auf regere Betheiligung hinzuwirken, kommen diese Wiederholungskurse nur einem kleinen Theil der Bezirkshebammen, und zwar keineswegs immer demjenigen Theil zu Gute, der am Nöthigsten ihrer bedarf. Selbst bei diesen aber kann der Nutzen ein nachhaltiger nicht sein, sofern nicht eine regelmässige Wiederholung des Lehrganges in nicht zu langen Zeiträumen gewährleistet ist.

Meines Erachtens ist daran festzuhalten, dass für absehbare Zeit der Schwerpunkt der auf Förderung des Wissens und Könnens unserer Hebammen gerichteten Bestrebungen in der möglichst guten Ausbildung und Fortbildung dieses Standes in seiner jetzigen Gestaltung zu suchen ist, nicht aber in der Gewinnung den höheren Gesellschaftsschichten angehöriger Frauen für diesen Beruf. Um die Unausführbarkeit solcher Vorschläge, wie sie von Männern ausgegangen sind, denen genaue Bekanntschaft mit dem Hebammenwesen im Uebrigen keineswegs abzusprechen ist (Fritsch, Brennecke), zu erkennen, vergegenwärtige man sich, welcher Art eigentlich die Leistungen einer Hebamme in der praktischen Geburtshülfe sind. Die Hebammen haben den Geburtsverlauf zu überwachen, um, sobald dieser von dem Regelmässigen irgend wie abweicht, die Führung an den Arzt abzutreten. Die Aufgaben der Hebamme beschränken sich im Allgemeinen darauf, das Wochen-

lager vorzubereiten, die Kindeslage zu ermitteln, den Damm zu stützen, das Kind abzunabeln und zu baden sowie die Pflege der Wöchnerin zu versehen, Pflichten, deren letzterer sie oft in nur allzu weit gehendem Masse nachkommen.

Das ist eine nach unseren Anschauungen zwar oft ebenso verantwortungsreiche wie mühevolle, aber doch keineswegs mehr als mechanische und einseitige Thätigkeit. Würden nun wohl Frauen der besser situirten Stände, d. h. doch hier zunächst Frauen mit höherer intellektueller Veranlagung und entsprechend vorgeschrittener allgemeiner Bildung, in diesem Beruf auf die Dauer Befriedigung und Lebenszweck finden? Nach meiner Ueberzeugung — nein! Es ist hier vielleicht zu erinnern an den kürzlich in den politischen Zeitungen mitgetheilten Fall der Frau Helene Koch geb. Lintau. Diese, welche einer angesehenen Gutsbesitzersfamilie entstammt, war durch Unglücksschläge gezwungen, sich ihr Brot durch eigene Arbeit zu erwerben, und wurde in Berlin Hebamme. Nach kurzer Zeit dieses Berufs überdrüssig geworden, that sie sich in Treuenbrietzen als „ausübende Vertreterin der Naturheilkunde“ auf, und trieb unter dieser neuen Firma weiter Geburtshülfe. Wegen Beilegung eines arztähnlichen Titels und unbefugter Ausübung des Hebammenberufes angeklagt, wurde sie vom Gericht in beiden Fällen freigesprochen. Mag dieses Urtheil immerhin aus rechtsirrthümlicher Auslegung des §. 30 der Reichsgewerbeordnung und der das preussische Hebammenwesen betreffenden Verwaltungsvorschriften hervorgegangen und darum vielleicht nicht aufrecht zu erhalten sein, und mag dieses eine Beispiel nicht als beweisend gelten: ich bin überzeugt, Vorkommnisse dieser Art würden sich mehr als erwünscht häufen, wenn es gelänge, den Bestrebungen, den jetzigen Hebammenstand aus Elementen der höheren Gesellschaftskreise zu ergänzen oder gar durch solche zu ersetzen, Erfolg zu verschaffen. Wäre dieser Erfolg nicht von vornherein durch die Verhältnisse versagt, die Zahl derjenigen „Geburtshelferinnen“, welche in Verkennung ihrer Aufgaben und ihrer Stellung geneigt wären, die ihrer Thätigkeit gesteckten Grenzen gegebenen Falls gröblich zu überschreiten, würde zweifellos in bedenklichem Masse anwachsen; denn der einfache, leicht zu überschauende Pflichtenkreis einer Hebamme würde ihnen schwerlich dauernd Befriedigung gewähren.

Es kommt hinzu, dass das im Durchschnitt feiner entwickelte Gefühlsleben der Frau der höheren Stände an gewissen Vorgängen bei der Geburt wie an manchen dem Hebammenberuf zukommenden Thätigkeiten Anstoss nehmen würde. Widerstandsfähige Nerven gehören dazu, um einer plötzlich stromweisen Blutung, schweren eklamptischen Zufällen der Kreissenden oder widerwärtigen Missbildungen der Neugeborenen gegenüber Stand zu halten; diese Widerstandsfähigkeit wird aber im Allgemeinen häufiger bei den Frauen angetroffen, aus denen unser jetziger Hebammenstand sich zusammensetzt und ergänzt, als bei der sensitiver entwickelten Frau der höheren Stände.

Nach alledem erscheinen die Vorschläge, für den Hebammen-

stand Frauen höherer Erziehung zu gewinnen, für absehbare Zeit, und so lange diesen Frauen noch irgend welche andere Erwerbsgebiete offen stehen, als wenig aussichtsreich. Auch wenn es gelänge, die der Erfüllung so weitgehender Wünsche hinderlichen Schranken des materiellen Vorwärtskommens des Hebammenstandes aus dem Wege zu räumen, läge, wie vorhin gezeigt, eine so geartete Umgestaltung weder im Interesse dieses Standes selbst, noch in dem des Allgemeinwohls.

Ist auch eine sorgfältige Auswahl der Hebammen-Schülerinnen nach ihrer intellektuellen und sittlichen Befähigung unerlässlich, um zu verhüten, dass gänzlich bildungsunfähige Elemente einem Berufsstand einverleibt werden, welchem das Wohl und Wehe der Mütter anvertraut ist, so wäre doch andererseits eine völlige Verschiebung des Rekrutirungsgebietes dieses Standes nach oben hin mit den Aufgaben desselben schwer vereinbar.

Unter diesen Umständen ist die berufliche Fortbildung des Hebammenstandes in der That für das Vorwärtskommen desselben von entscheidender Bedeutung.

Da die Wiederholungskurse in den Provinzial-Anstalten dem Fortbildungsbedürfniss des Standes in seiner Gesammtheit nicht genügen und, wie im Vorstehenden dargethan ist, nach Lage der Verhältnisse nicht genügen können, so werden mit dieser Aufgabe die örtlichen Gesundheitsbeamten zu betrauen sein, denen die Beaufsichtigung der Hebammen von Amtswegen obliegt, natürlich in erheblich erweitertem Massstabe, als bisher. Dass mit den dreijährlichen sogen. Nachprüfungen, selbst wenn man in diesen a mulieribus male informatis ad melius informandas appellirt und mehr unterrichtet als prüft, schon wegen der Kürze der Zeit, wenig oder nichts erreicht wird, ist bekannt. Es steht aber, sobald die bevorstehende Neuerung der Medizinalbehörden in der Lokalinstanz durchgeführt sein wird, nichts einer umfassenden Ausgestaltung dieser sogenannten Nachprüfungen zu Wiederholungskursen entgegen.

Was man bisher den Kreismedizinalbeamten angesichts ihrer embryonalen Stellung im Staatsdienst nicht zuzumuthen wagte, das wird künftig von diesen unbedenklich gefordert und sicherlich auch geleistet werden können, wenn man sich entschliesst, das Lehrmittel-Inventar dieser Dienststellen etwas reichlicher auszustatten. Zu der schon vorhandenen niedlichen Kindspuppe, deren prägnantestes Unterscheidungsmerkmal von den Erzeugnissen des Weihnachtsmarktes eigentlich das sehr effektvolle Membrum virile bildet, müssen nothwendig und mindestens hinzukommen ein vollständiges Beckenphantom zur Veranschaulichung der Kindslagen und zu Untersuchungsübungen, sowie die häufigsten Formen des engen Beckens in guten Nachbildungen.

An die Stelle der 3jährlichen sogen. Nachprüfungen hätten dann für jede Hebamme alle Jahre wiederkehrende Nachhilfekurse zu treten. Die Hebammen werden ohne Zweifel viel leichter in jedem Jahre, selbst wiederholt, einem solchen Lehrgang in der Kreisstadt anwohnen können, welcher die Hebamme jedes Mal

höchstens für einen Tag ihrem Hausstand fernhält, als wenn man bei selbst nur 5jährlicher Wiederkehr der Anstaltskurse, eine 3- oder 4wöchige Trennung von Haus und Familie und entsprechend lang dauernde Karenz der Praxis von ihnen verlangt. Man muss von der Entwickelungsstufe der Ethik eines ganzen Standes eine sehr hohe Meinung haben, um den Gliedern desselben derartige Opfer zuzumuthen zum allgemeinen Besten, nur, um fremde Frauen vor Krankheit und Siechthum zu bewahren.

Ich denke mir die Sache selbst so, dass sämmtliche Hebammen wenigstens ein Mal in jedem Jahr in 2—4 oder mehr Terminen (je nach der Zahl der dem Bezirk zugehörigen Hebammen) von dem Kreisarzt unterrichtet werden. Diesem würde es vorbehalten bleiben, solche Hebammen, welche besonders tiefgehende Lücken in ihrem Wissen und Können zeigen, schon zum nächsten Termin wieder heranzuziehen, andere, bei denen Gegentheiliges zutrifft, ausnahmsweise einen oder selbst einige Termine übergehen zu lassen. Die Regel aber hätte die wenigstens einmalige Nachprüfung in jedem Jahr für jede Hebamme zu bilden. Selbstverständlich kann nicht annähernd der gesammte Lehrstoff in jedem dieser auf höchstens 1 Tag zu bemessenden Termine durchgearbeitet werden, aber bei der nochmals im Jahre wiederkehrenden Gelegenheit zur Nachübung würde der Zweck, schrittweise alle wichtigeren Abschnitte des Lehrbuches mit den Hebammen durchzugehen, jedenfalls sicherer und vor allen Dingen nachhaltiger zu erreichen sein, als durch die schon wegen ihrer Regellosigkeit oft dem Verständniss der Hebammen des Durchschnitts wenig angepassten Vorträge in Hebammenvereinen. Auf der anderen Seite würde die in diesen fortlaufenden Unterrichtskursen von dem Aufsichtsbeamten mit den Hebammen unterhaltene Fühlung, welche auch nach anderen Richtungen hin nur Nutzen schaffen kann, den Frauen zum selbstthätigen Wiederholen und Verarbeiten des Erlernten Anregung geben.

Diese Nachübungskurse wären auch für die ausserhalb des Wohnortes des Medizinalbeamten thätigen Hebammen am Wohnorte des ersteren abzuhalten, soweit es die Entfernungen irgend zulassen, unter Gewährung der nothwendigen Reise- und Zehrungskosten für die auswärtigen Hebammen. Die Kreise würden damit jedenfalls nicht schlechter daran sein, als mit der Gewährung der Verpflegungs- und Unterrichtskosten für mehrwöchigen Anstaltsaufenthalt.

Als bei den Wiederholungskursen zu bevorzugende Gegenstände des Unterrichts nenne ich: Die Instruktion für die Hebammen im Königreich Preussen bezw. das Verhalten der Hebamme im Beruf, die regelmässigen Kindeslagen, nebst Verlauf und Behandlung der Geburt bei denselben, unregelmässige Wehen, ihre Ursachen und das seitens der Hebamme dabei zu beobachtende Verhalten; ferner Blutungen bei Fehlgeburt, bei vorsitzendem Mutterkuchen und in der Nachgeburtszeit; Wiederbelebung Scheintodter, Pflege der Wöchnerin, Wochenbettfieber, Pflege der Neugeborenen und deren künstliche Ernährung, eitrige

Augenentzündung der Neugeborenen, endlich die Lehre vom engen Becken. Der Veranschaulichung der verschiedenen Kindslagen am Phantom nebst Untersuchungsübungen und selbstverständlibh der Desinfektionslehre wäre dabei besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Ohne die Umgestaltung des Staats-Medizinalwesens sind solche Vorschläge allerdings nicht diskutirbar, schon aus dem Grunde, weil bis jetzt alle Vorbedingungen zu ihrer Ausführung durchaus fehlen. Sobald die Neuordnung des Sanitätswesens eingetreten sein wird, ist nichts im Wege, den Pflichtenkreis der Gesundheitsbeamten auch nach der hier besprochenen Richtung hin erheblich zu erweitern. [1])

Die völlige Rückgabe der Fortbildung der Hebammen an die Gesundheitsbeamten der Lokalinstanz würde sich sowohl für die ersteren ungleich angenehmer gestalten, da diesen nicht, wie bisher, kaum erschwingliche materielle Opfer durch Theilnahme an mehrwöchigen Anstaltskursen zugemuthet würden, als auch den Wünschen der auf die Hebammenhülfe angewiesenen Bevölkerungskreise entsprechen, welche sich stets dagegen sträuben werden, sich ihrer Hebamme auf Wochen hinaus beraubt und sie im günstigsten Falle durch eine fremde, eben der Lehre entwachsene Frau ersetzt zu sehen.

Das Verhältniss der Hebammen zu ihren Vorgesetzten, die Interessen der Bewohner des Hebammenbezirks und nicht an letzter Stelle das Nationalwohl, dem der Hebammenstand in besonderem Masse dient, würden aus solcher Gestaltung des Fortbildungswesens der Hebammen Nutzen ziehen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber eine neue Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut. Von C. Ipsen. Vierteljahrsschr. f. ger. Mediuin u. öffentl. Sanitätswesen; 3. F., XVIII. Bd., 1. H., S. 46, 1899.

Der Nachweis des Kohlenoxyds in Leichenblut durch das Spektroskop setzt bekanntlich einen Gehalt der Gesammtblutmenge von mindestens 27 % CO voraus. Diese Grenzleistung soll durch eine Anzahl chemischer Reaktionen, namentlich durch die Reaktionen von Katayama, Kunkel, Welzel und Rubner erheblich übertroffen werden, mit deren Hilfe noch ca. 10—8 % CO nachzuweisen sind. Ipsen reiht diesen Methoden eine neue an, welche ihnen an Schärfe und Grenze der Leistungsfähigkeit nicht nachsteht, Sie ist auf die reduzirende Eigenschaft des Traubenzuckers gegründet, welche aus der Harnchemie hinlänglich bekannt ist. Etwa 4—5 ccm des fraglichen Blutes werden in der Eprouvette mit einigen Tropfen Alkalilauge und einer Messerspitze fein pulverisirten Traubenzuckers versetzt, das Gläschen fest mit einem Wattepfropf verschlossen und seine Oeffnung mit Paraffin zugeschmolzen. Immer ist eine Kontrolprobe mit gewöhnlichem Blute nöthig. Nach ca. 4 Stunden hat sich

---

[1]) Nachdem, wie die Ereignisse der letzten Wochen gelehrt haben, die seit mehr als 50 Jahren verheissene Umgestaltung des öffentlichen Sanitätswesens ausgeblieben ist, dürfte die allgemeine Berücksichtigung derartiger Vorschläge wieder in weite Ferne gerückt sein. Wie vieles Andere, wird auch die Entwicklung des so wichtigen Hebammenstandes zum Besseren durch diese Stagnation aufgehalten werden. D. Verf.

ein deutlicher Farbenwechsel vollzogen; das Kohlenoxydblut ist intensiv hellkirschroth, gewöhnliches Blut erscheint dunkelschwarzroth. Diese Farbendifferenzen werden im Laufe des ersten Tages noch prägnanter und sollen sich Wochen, selbst Monate, wenn auch nicht mit gleicher Lebhaftigkeit, erhalten. Auf diese Weise sind noch 16—12% CO im Blute nachzuweisen; bei vorsichtigem Neigen der Eprouvetten zur Horizontalen lassen sich diese Farbenunterschiede in den dünnen Blutschichten noch bei 10—8% CO Gehalt erkennen. Der chemische Vorgang beruht auf der Reduktion des Sauerstoffhaemoglobins zu Haemoglobin, welche in CO haltigem Blut wegen der festeren Bindung des CO an das Haemoglobin ausbleibt. Ein Nachtheil der neuen Methode dürfte der langsame Eintritt der Reaktion sein, während in dem verzögerten Ablauf derselben in manchen Fällen vielleicht ein Vorzug zu erblicken ist.

Dr. Ziemke-Berlin.

Rückenmarksveränderungen beim Hungertode des Menschen. Von Dr. Placzeck-Berlin. Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; 3. F., XVIII. Bd., 1. H., S. 101, 1899.

Durch einen glücklichen Zufall hatte Placzeck Gelegenheit, seine am Rückenmark verhungerter Thiere gefundenen Veränderungen am Menschen zu kontroliren. An dem Rückenmark einer verhungerten Frau, welche sich wochenlang vor ihrem Tode eingesperrt und in dieser Zeit höchst wahrscheinlich allein von Wasser gelebt hatte, fand er atrophisch-degenerative Veränderungen an den Ganglienzellen und Zerfallerscheinungen im Gebiete der weissen Rückenmarkssubstanz ähnlich jenen, wie er sie im Thierexperiment gesehen und beschrieben hat. Die forensische Bedeutung dieser an sich gewiss interessanten Befunde dürfte nur gering sein, da zum Nachweis der Veränderungen eine möglichst frühzeitige Konservirung des Rückenmarks unerläßlich, wegen der Langsamkeit, mit welcher gerichtliche Obduktionen angeordnet und ausgeführt werden, aber meist unmöglich ist.

Ders.

Eine hysterische Hausepidemie. Von Dr. Max Neumann. Aus der psychiatrischen Klinik (Prof. Dr. Fürstner) in Strassburg. Monatsschrift f. Psychiatrie; V. Bd., 6. H., Juni 1899.

N. berichtet über eine Beobachtung, in der Mutter, Sohn und zwei Töchter unter fast gleichen Symptomen einer hysterisch-halluzinatorischen Psychose erkrankten. Das „élement actif", durch welches die übrigen Familienmitglieder infizirt wurden, bildete ein 27jähriges, etwas beschränktes Mädchen, dessen Psychose zur Zeit der Menses unter Halluzinationen, Teufelsideen, hochgradiger sexueller Erregung einsetzte. Alle Familienglieder sind hereditär belastet; beide Schwestern lassen hysterische Symptome — Ovarie, hysterische Krampfanfälle — erkennen. Bei dem Bruder und der Mutter trat nur ein passagärer Anfall auf, so dass eine Anstaltsbehandlung nicht nothwendig wurde, während bei den Schwestern in der Anstalt eine schnelle Besserung eintrat, bei der die Entfernung der Kranken aus der sehr abergläubischen Umgebung und die Trennung der sich gegenseitig infizirenden Kranken von Wichtigkeit war. Das induzirte Irresein — von den Franzosen folie à deux, auch folie communiquée bezeichnet — tritt, wie N. hervorhebt, nur bei psychopathisch Belasteten auf, meist unter dem Bilde der Hysterie oder der Paranoia.

Dr. Pollitz-Brieg.

Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Von Dr. Albert Weingart, Amtsgerichtsrath in Dresden. Genehmigter Abdruck aus der Zeitschrift für die gesammte Strafrechtswissenschaft. Allg. Zeitschr. f. Psych.; 56. Bd., 3. H., 1899.

Die forensisch-psychiatrische Vereinigung in Dresden hatte sich mehrfach mit der Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit beschäftigt. Das Ergebniss der Verhandlungen ist von W. in einer ebenso klaren, wie fesselnden Arbeit zusammengefasst. Die Vereinigung hält es für geboten, dem §. 51 einen Zusatz folgen zu lassen, den sie folgendermassen formulirte: „Hat sich der Thäter zur Zeit der Begehung der That in einem Zustande befunden, in dem seine freie Willensbestimmung zwar nicht ausgeschlossen, aber erheblich beschränkt war, so sind gegen ihn die Strafvorschriften in §. 57, Abs. 1, Ziff. 1—4 anzuwenden. Besteht dieser Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit zur Zeit des

Beginnes der Strafvollstreckung noch fort, so ist, wenn nicht alsbaldige Abänderung des Zustandes in Aussicht steht, eine erkannte Freiheitsstrafe in besonderen, zur Vollstreckung von Strafen an Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit bestimmten Anstalten oder Räumen zu vollziehen."

In einem weiteren Abschnitte wird ein Gleiches verlangt für solche, bei denen ein Zustand verminderter Zurechnungsfähigkeit bei Beginn der Strafvollstreckung eintritt; der Strafvollzug soll die Besserung des Zustandes erstreben. Schliesslich sollen Unverbesserliche durch das Vormundschaftsgericht entsprechenden Anstalten überwiesen werden, so lange „die Befürchtung besteht, dass sie wieder Strafthaten begehen werden". Dass in solchen Anstalten dem Psychiater ein besonderer Einfluss eingeräumt werden müsse, wird vom Verfasser ausdrücklich verlangt, zumal es sich meist um degenerirte, psychopathisch minderwerthige Individuen handelt; auch ein Theil der Alkoholisten dürfte hierher zu rechnen sein. Im Interesse der Rechtssicherheit sieht der Autor eine dauernde Internirung derartiger Elemente vor, wenn sie rückfällig werden. Die einzelnen Thesen des Verfassers finden in der Abhandlung eine eingehende Motivirung. Ders.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust der aus einem Auge entfernten Linse. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 27. März 1899.

Nach dem sachkundigen Gutachten des Dr. W., der den Kläger behandelt und operirt hat, ist seit dem 1. März 1898 die Sehschärfe des linken Auges des Klägers von $^3/_{10}$ auf $^6/_{12}$ gestiegen, also eine wesentliche Besserung eingetreten. Die Berufsgenossenschaft war demnach nach §. 65 des Unf.-Vers.-Ges. befugt, eine anderweite Feststellung der Rente vorzunehmen. Wenn sie nun in der Erwägung, dass der Kläger nicht unerheblich besser sieht und sich im Laufe der Zeit an den Mangel der Sehkraft des linken Auges gewöhnt hat, dass er ferner zur Zeit mindestens den gleichen Arbeitsverdienst erzielt, den er vor den Unfall gehabt hat, der Schätzung des erfahrenen Arztes folgend, dem Kläger auch fernerhin noch eine Rente zusagte, wie wenn er noch um 20 pzt. in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt wäre, so hat der Kläger in der That keinen Grund zur Beschwerde. Nicht der Verlust der aus dem Auge entfernten Linse und die Verringerung seiner Sehkraft soll ihm nach dem Gesetz entschädigt werden, sondern die Einbusse, die er an seiner Erwerbsthätigkeit erlitten hat (§. 5 des Unf.-Vers.-Ges.). Kompass; 1899, Nr. 14

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfall (Sturz in einen Keller beim Tragen einer Last auf der linken Schulter) und einer etwa ein halbes Jahr später bemerkbar und dann allmählich immer stärker gewordenen Verkrümmung der Wirbelsäule (Kümmel'sche Kyphose). Aerztliches Obergutachten von Prof. Dr. H. Braun in Göttingen, erstattet auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes unter dem 15. August 1898.

Nach dem ersten vorhandenen Attest des Herrn Dr. M. vom 12. November 1896 fiel W. am 4. August 1896, indem er auf der linken Schulter einen Kasten mit Beton trug, von einem Gewölbe herunter in den Keller. Da er durch den Fall bewusstlos wurde, konnte er keine genauen Angaben über die Art desselben machen. Der Arzt, welcher zuerst den Verletzten sah, fand in der linken Achselhöhle eine lange, tiefe Wunde, welche die Höhle durchquerte und bis auf die Rippen drang. Diese tiefe, Anfangs klaffende Wunde heilte dann bis auf zwei hinter den grossen Brustmuskel (m. pectoralis major) führende Fistelgänge und zeigte zur Zeit der Ausstellung dieses Zeugnisses nur noch eine linsengrosse Hautwunde. W. klagte dann noch über Schmerzen in der linken Schulter, an der aber keine Veränderung nachgewiesen werden konnte.

In einem zweiten Gutachten vom 3. Februar 1897 giebt Herr Med.-Rath Dr. M. an, dass sich in der Achselhöhle neben der Narbe Eiteransammlung gebildet habe, vermuthlich eine in Abszedirung begriffene Lymphdrüse. Ausserdem klagte damals der Mann über Schmerzen in der rechten Seite (in der Axillarlinie von der 5. zur 8. Rippe), für welche eine Ursache nicht zu ermitteln war.

In dem dritten Gutachten vom 24. März 1897 giebt Herr Med.-Rath M. an, dass sich die in der Richtung des vorderen Randes des grossen Brustmuskels verlaufende Narbe ziemlich stark bei dem Emporheben des Armes anspanne, während die mehr quer verlaufenden Narben keinerlei Störung der Bewegung verursachen; die mangelhafte Bewegung des Armes scheine hauptsächlich dadurch bedingt zu sein, dass der sehr empfindliche Patient schon bei wenig ausgiebigen passiven Bewegungen Abwehrbewegungen mit den betreffenden Muskeln macht.

W. klagte ausserdem über heftige und andauernde durch Bewegungen nicht vermehrte Schmerzen an der vorderen linken Brustseite, für die keine Ursache ermittelt werden konnte.

Es war angenommen, dass W. seine Beschwerden übertreibt, um eine möglichst hohe Rente zu bekommen, ebenso auch, dass das Heilverfahren abgeschlossen sei, möglicherweise aber sich in der verletzt gewesenen Achselhöhle wieder Entzündungsherde bilden könnten.

In einem vierten Gutachten vom 14. Oktober 1897 giebt Herr Dr. M. an, dass W. zugäbe, jetzt wieder recht wohl arbeiten, namentlich pflügen und eggen zu können, ebenso gut wie vor der Verletzung, dagegen werde er verhindert, zu tragen und zu heben, theils weil er in der Schulter dann Schmerz verspüre, theils weil ihm zu derartigen Arbeiten überall die Kraft fehle. Auch über die früher geschilderten Brustschmerzen klagte der Verletzte noch. Die Narbe war weich und gut beweglich. Da der Verletzte für sehr weichlich erklärt wird, der sich über seine geringen Beschwerden nicht hinwegsetzen könne, wird eine Rente von 10 Proz. empfohlen.

Ein weiteres Gutachten wurde von Herrn Ober-Med.-Rath Dr. R. nach einer etwa Mitte Juni 1897 vorgenommenen Untersuchung ausgestellt. In der Tiefe der Achselhöhle fanden sich zwei kleine, etwa nussgrosse härtere Stellen, welche mit der Narbe verwachsen, aber gegen die Unterlage verschieblich waren. Der Arm konnte nach vorn und hinten ohne Schwierigkeit erhoben und gedreht werden, nur beim Erheben nach aussen schien eine mässige Behinderung zu bestehen; am Schultergelenk ist nichts Abnormes zu fühlen, ebenso wenig am Ellenbogengelenk, das schmerzhaft sein soll. Von der Verletzung des 4. August 1896 kommen nach Ansicht des Herrn Ober-Med.-Raths Dr. R. nur noch die kleinen Verhärtungen in der Achselhöhle in Betracht, die eine gewisse Behinderung bilden, die auf etwa 25 Proz. der Gesammtleistung geschätzt wird; wegen der demnach eingetretenen Besserung werde gegen die Herabsetzung der Rente von 50 Proz. auf $33^1/_3$ Proz. nichts einzuwenden sein.

Anfangs Dezember 1897 nahm Herr Ober-Med.-Rath Dr. R. in O. nochmals eine Untersuchung des W. vor, wobei sich wesentliche Veränderungen nachweisen liessen. In der Narbe der linken Achselhöhle fand sich ein haselnussgrosser Abszess, der am Durchbrechen war, dann fanden sich noch andere kleine Narben, die von Einschnitten in Abszesse herrührten.

In der Höhe des 6. Brustwirbels sah man eine in niedrigem Winkel hervortretende Verkrümmung der Wirbelsäule (Kyphose); die Haltung des Mannes war etwas nach links geneigt. W. hatte in der letzten Zeit leichte Arbeiten verrichtet, klagte aber über Schmerzen in beiden Seiten der Brust. Diese Schmerzen, die schon früher geklagt wurden und für die Herr Dr. M. keinen Grund finden konnte, wurden von Herrn Ober-Med.-Rath Dr. R. jetzt zweifellos als neuralgische aufgefasst, die von der Wirbelerkrankung herrühren und das Ganze für eine Drüsen- und Knochentuberkulose erklärt. Wann die Erkrankung der Wirbelsäule entstanden sei, konnte nach Ansicht des Herrn Dr. R. wegen des langsamen Verlaufs nicht aufgeklärt werden. W. selbst schob seine schiefe Haltung auf den Unfall.

Zu einem Zusatzschreiben vom 8. Januar 1898 giebt Herr Ober-Med.-Rath Dr. R., der aufgefordert worden war, ein Gutachten darüber zu erstatten, ob die Drüsen- und Knochentuberkulose mit Bestimmtheit oder wahrscheinlich auf den Unfall vom 4. August 1896 zurückzuführen bezw. durch diesen verschlimmert worden sei, noch an, dass die Achselhöhlenwunde nicht der Ausgangspunkt der Tuberkulose sei, sondern dass dieselbe wohl in der Wirbelsäule begonnen habe; angenommen wird, dass durch den Unfall keine Verschlimmerung der Knochen- und Drüsentuberkulose eingetreten sei.

Ferner wurde noch ein Gutachten von den Herren Dr. St. und Dr. W. am 5. Februar 1898 ausgestellt, nachdem W. in der Krankenanstalt B. beobachtet

und behandelt worden war. W. war damals in mässigem Ernährungszustande. hatte stark geröthete Wangen und schlaff nach vorn übergebeugte Haltung, An der Wirbelsäule fällt, besonders beim Sitzen in der Gegend des Dornfortsatzes des 7. Brustwirbels ein beträchtlicher Vorsprung (Gibbus) auf. An dieser Stelle zeigt die Wirbelsäule eine Verbiegung nach hinten und eine geringe nach der linken Seite (Kyphoskoliose); an der Lendenwirbelsäule findet sich dem entsprechend eine kompensatorische leichte Verbiegung nach vorn und rechts (Lordoskoliose). Beklopfen der Wirbelsäule ist nirgends schmerzhaft, bei Druck auf die Schultern klagt W. über Schmerzen in beiden Brustseiten und im Rücken. Verschiedene Narben am Halse etc. sollten nach Angabe des Verletzten von einem kürzlich überstandenen Ausschlag mit Geschwüren herrühren, die von selbst durchbrachen.

Die Narbe in der Achselhöhle zeigte nichts Besonderes. Der linke Arm konnte nur bis zur Horizontalen erhoben werden. Bewegungen im Schulter- und Ellenbogengelenk waren glatt.

Ueber der Lunge keine Dämpfung, das Athmungsgeräusch ist überall bläschenförmig; die Herztöne sind rein, Puls etwas unregelmässig, 72 bis 84 in der Minute.

Patellarreflexe, besonders rechts verstärkt. Die Untersuchung der Extremitäten und der Bauchorgane ergiebt nichts Besonderes.

Aus diesem Befunde wird geschlossen, dass W. durch die Verletzung der Achselhöhle noch in mässigem Grade an den Bewegungen im Schultergelenk behindert ist. Angenommen wird ferner, dass W. durch seinen Sturz eine Verletzung der Wirbelsäule erlitten hat. Das Vorhandensein einer tuberkulösen Erkrankung der Wirbelsäule wird mit Rücksicht auf die kürzlich überstandene Drüsenerkrankungen für sehr wahrscheinlich, aber nicht als sicher bewiesen angesehen. Danach erscheine es durchaus wahrscheinlich, dass die Erkrankung der Wirbelsäule durch den Unfall bedingt oder sehr beeinflusst worden ist.

Bei der Untersuchung hier gab W. an, dass sich die Verkrümmung seiner Wirbelsäule etwa ein halbes Jahr nach seiner Verletzung entwickelt habe und allmählich immer stärker geworden sei. Bis zum Frühjahr 1898 hat er immer arbeiten können, dann seien die Anfangs geringen Schmerzen in der Brust und an der Wirbelsäule immer stärker geworden. Die Schmerzen im Rücken sollen beim Liegen und Sitzen gering sein, beim Gehen und Bewegen aber heftiger werden. Jetzt habe er besonders heftige Schmerzen im Brustkorb.

W. selbst ist ein mässig kräftiger Mann mit gesunden inneren Organen; er hält den Kopf nach vorn und etwas nach rechts, ebenso auch den Oberkörper stark nach vorn übergebeugt, vorn entsteht dadurch zwei Querfinger über dem Nabel eine quer verlaufende tiefe Furche, unterhalb welcher der Leib kugelig vorgetrieben erscheint. Der Gang ist langsam schleppend.

Die Wirbelsäule ist in der Gegend des 7. Brustwirbels abgeknickt, besonders stark springt hinten der 7. Brustwirbel vor, jedoch bildet auch der 8. noch eine starke Hervorragung; der obere Theil steht zum unteren etwa in einem Winkel von 150 Grad nach vorn geneigt; der Dornfortsatz des 7. Brustwirbels tritt stark hervor. W. ist stark zusammengezogen und streckt den Kopf weit vor. Druck auf die Schultern soll Schmerzen an dem Buckel verursachen.

In der linken Achselhöhle sind mehrere Narben zu sehen, die grösste verläuft quer durch dieselbe, sie ist verschieblich, weich, unter ihr eine kleine Lymphdrüse zu fühlen. Der linke Arm kann aktiv und passiv bis zur Horizontalebene erhoben werden. Die Muskulatur des Rückens, der Schultern und der Arme ist beiderseits gleich; der Umfang an der dicksten Stelle des Oberarms links 25½ cm, rechts 25 cm; ein Schwund von Muskeln am linken Oberarm ist nicht nachzuweisen. Die Patellarreflexe sind gesteigert.

Nach den verschiedenen im Vorhergehenden zusammengestellten Gutachten war bei W. Anfangs nur die schwere Verletzung der linken Achselhöhle festgestellt worden, die allmählich geheilt ist, allerdings erst nachdem sich einige Male noch kleine Eiterungen in der Narbe oder in ihrer Nähe gebildet hatten, die nach einfachem Schnitt glatt geheilt sind. Erst allmählich bildete sich bei W. eine immer stärker werdende Buckelbildung aus, die aber von dem erst behandelnden Arzt Dr. M. niemals in seinen Attesten erwähnt wird, wahrscheinlich weil er annahm, dass dieselbe nicht durch den Unfall veranlasst sei und

deshalb bei der Feststellung der Erwerbsfähigkeit nicht in Betracht kommen könne. Denn beobachtet muss Herr Dr. M. die eigenthümliche Haltung des W. haben, zumal da die letzte Untersuchung dieses Arztes am 14. Oktober. 1897 stattfand, und etwa 6 Wochen später von Herrn Ober-Med.-Rath Dr. R. schon hochgradige Veränderungen an der Wirbelsäule nachgewiesen wurde, die gewiss schon vor längerer Zeit begonnen hatten. Von Dr. R. wurde eine tuberkulöse Drüsen- und Wirbelsäulenerkrankung angenommen, die ohne Zusammenhang mit der Verletzung stehe. Meiner Ansicht nach liegen keine Anhaltspunkte vor, bei W. eine Drüsen- und Wirbelsäulentuberkulose anzunehmen. Die Eiterungen, welche in der Narbe vorgekommen waren, und die Drüsenanschwellungen in der Nähe kommen bei einer so tiefen Wunde, wie eine bei W. vorlag, auch sonst vor. Auch aus dem Umstand, dass die Eiterungen immer schnell nach einem einfachen Schnitt ausheilten, kann man annehmen, dass sie nicht tuberkulöse waren. Wären es tuberkulöse gewesen, so müsste man annehmen, dass Ausschabungen nöthig gewesen wären oder dass sich länger dauernde Eiterungen angeschlossen hätten. Auch jetzt kann ich an W. nichts finden, was man als Drüsentuberkulose bezeichnen könnte. Auch für die Annahme, dass die Wirbelsäulenerkrankung tuberkulöser Natur sei, sind keine zwingenden Gründe vorhanden; denn aus dem spitzwinkligen Gibbus allein kann man eine Entstehung desselben auf tuberkulöser Grundlage nicht folgern, sondern derselbe kann auch durch andere Ursachen veranlasst sein. W. macht durchaus nicht den Eindruck eines tuberkulösen Mannes, seine Lungen sind gesund, das Gesicht ist schmal, aber nicht blass, im Gegentheil auffallend roth; ferner besteht kein Fieber und ist auch nichts von einem Senkungsabszess nachweisbar. Genau dieselbe Art der Buckelbildung wie bei der Tuberkulose der Wirbelsäule kann an der Wirbelsäule auch entstehen nach Verletzungen. Häufig ist in solchen Fällen unmittelbar nach dem Unfall nichts an der Wirbelsäule zu finden, sondern erst nach Wochen oder Monaten bildet sich der Buckel aus. Häufig klagen derartige Kranke Anfangs auch nur wenig über die Wirbelsäule oder ihren Klagen wird. da sich kein krankhafter Befund ergiebt, keine Bedeutung beigelegt. So ist es auch bei W. gegangen; denn ohne Zweifel sind die Schmerzen in der Brust, welche von Herrn Dr. M. in seinem Gutachten vom 3. Februar 1897 erwähnt wurden und für die keine Ursache nachgewiesen werden konnte, als die ersten deutlichen Erscheinungen der Wirbelsäulenerkrankung anzusehen; die Schmerzen waren sicher durch die beginnende Verschiebung der Wirbelsäule bedingt. Auch W. giebt an, dass etwa ein halbes Jahr nach seinem Unfall, also zu der Zeit, in der die Brustschmerzen auftraten, die schiefe Körperhaltung bei ihm sich eingestellt habe.

Meiner Ansicht nach ist mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Wirbelsäulenerkrankung bei W. eine Folge des am 4. August 1896 stattgehabten Unfalls ist. W. hatte durch seinen Fall eine Verletzung, wahrscheinlich einen Knochenbruch der Wirbelsäule erlitten, die Anfangs wenig Beschwerden verursachte und dann allmählich zu dem jetzt vorhandenen spitzwinkligen Buckel führte. Derselbe ist als ein typisches Beispiel der sogenannten Kümmel'schen Kyphose anzusehen. Da W. keinen Halt in der Wirbelsäule hat, so kann er nicht andauernd arbeiten, weder im Sitzen, noch im Gehen oder Stehen, er ist daher jetzt als völlig erwerbsunfähig anzusehen. W. würde gewiss theilweise erwerbsfähig gemacht werden können durch Anlegung eines gut passenden Korsets. Durch frühere Anlegung desselben hätte die starke Buckelbildung aller Wahrscheinlichkeit nach vermieden werden können. Wird jetzt kein Korset gemacht, so ist noch eine weitergehende Knickung der Wirbelsäule zu befürchten.

Ohne Zweifel war W. auch schon am 27. Oktober 1897 ebenso in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt wie jetzt.

Auf Grund dieses Obergutachtens zog die Berufsgenossenschaft ihren Rekurs gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts zurück, veranlasste die Beschaffung eines Korsetts für den Verletzten und bewilligte diesem seinen Antrage gemäss die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungeamts; 1899, Nr. 4.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfall (Fall von einer steinernen Treppe auf den gepflasterten Fussboden) und Rückenmarkschwindsucht (Tabes dorsalis). — Durch eine Verletzung kann Tabes nicht entstehen, wohl aber schwer beeinflusst werden. Obergutachten des Prof. Dr. Mendel in Berlin vom 31. Dezember 1898.

. . . . Bei der am 28. Dezember 1898 von mir vorgenommenen Untersuchung gab D. an, dass sein Zustand in der letzten Zeit allmählich etwas besser geworden sei. Er habe jetzt besonders über Schmerzen im Rücken und über Schwere des Gehens zu klagen. Ausserdem hätte er in den Füssen ein Gefühl von Taubsein; das Urinlassen ginge schwer, er müsse sehr drücken dabei, seine männliche Kraft sei seit einem Vierteljahr erloschen. Der Appetit sei gut, der Stuhlgang abwechselnd verstopft; der Schlaf sei bald besser, bald schlechter. Arbeiten könne er gar nicht.

D. ist ein Mann von mittlerer Grösse, kräftig gebaut, aber nur von mittelstarker Ernährung und Muskulatur. Er sieht erheblich älter aus, als dem angegebenen Alter von 53 Jahren entsprechend. Sein Kopfhaar ist weiss und dünn, das Baarthaar grau.

Die rechte Pupille ist grösser als die linke, beide Pupillen ziehen sich auf Licht und Akkomodation zusammen; am Augenhintergrunde ist nichts Krankhaftes nachzuweisen. Die rechte Gesichtshälfte erscheint etwas schwächer innervirt als die linke; die herausgestreckte Zunge weicht ein wenig nach links ab.

Die ausgestreckten Hände zittern; feinere Bewegungen mit den Händen auszuführen, fällt ihm schwer, so z. B. das Zu- und Aufknöpfen seiner Kleider.

Bei geschlossenen Augen und Füssen tritt deutliches Schwanken ein (Romberg'sches Symptom). Ebenso tritt Schwanken und grosse Unsicherheit auf, wenn der Untersuchte auf der Stubenritze gehen soll, wenn er Kehrt machen soll etc.

An beiden Unterschenkeln besteht eine erhebliche Störung des Hautgefühls für alle Qualitäten desselben. Stecknadeln können tief in die Haut gesteckt werden, ohne dass Schmerz empfunden wird.

Die Kniescheibensehnenreflexe fehlen. Im Uebrigen bieten die inneren Organe keinerlei Abweichung von der Norm; der untersuchte Urin war frei von Zucker und Eiweiss.

Gutachten:

Darüber kann kein Zweifel sein, dass D. zur Zeit an einer Rückenmarkserkrankung und zwar an Rückenmarksschwindsucht (Tabes) leidet.

Die Differenz der Pupillen, die Störung in der Koordination der Bewegung in den Händen und Beinen (Ataxie), das Romberg'sche Symptom, der Mangel der Kniescheibensehnenreflexe, die Störungen des Hautgefühls an den unteren Extremitäten, die von dem Verletzten angegebenen Beschwerden beim Urinlassen sichern die Diagnose.

Diese Krankheit wurde bereits von Herrn Prof. U. bei dem Eintritt des D. in das Krankenhaus S. am 25. Januar 1897 festgestellt. Allerdings waren die Krankheitssymptome nach mancher Richtung hin damals noch stärker ausgesprochen als jetzt; speziell konnte D. damals meist nur mit Hülfe eines Stockes gehen, während jetzt dieser ihm nicht nothwendig ist.

Ich kann mich in Bezug auf die Art der bestehenden Krankheit nur dem Gutachten des Herrn Prof. U. anschliessen, die gegentheilige Annahme, wie die Beweisführung des Herrn Dr. M. ist zurückzuweisen. Die Gehstörung ist, wie ich im Gegensatz zu Herrn Dr. M. ausdrücklich betone, bei D. eine ganz unzweifelhaft „ataktische". In Uebereinstimmung mit Herrn Dr. U. weise ich ferner die Annahme zurück, dass die bestehende Rückenmarkskrankheit durch den Unfall vom 28. Dezember 1896 [1]) hervorgerufen worden ist.

Die Frage, ob eine Verletzung eine Tabes hervorrufen kann, ist in der Wissenschaft vielfach diskutirt worden. Ich habe dieselbe selbst zum Gegenstande eines Vortrages in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Sitzung vom 11. Januar 1897, gemacht und bei der Diskussion

---

[1]) Der Verletzte war, auf einer Treppe ausgleitend, 6—8 Treppenstufen herunter auf den gepflasterten Fussboden gefallen, wo er besinnungslos liegen geblieben war.

zeigte sich fast allgemeine Uebereinstimmung darin, dass eine Verletzung als Ursache der Tabes nicht nachgewiesen sei.

Aber auch diejenigen Aerzte, welche, wenn sie in einzelnen Fällen die Ursache der Tabes nicht aufgeklärt finden, eine erlittene Verletzung für dieselbe verantwortlich machen, werden nicht einen solchen ursächlichen Zusammenhang annehmen können in einem Falle, wie er hier vorliegt.

Die Tabes ist eine Krankheit, welche sich nur langsam und allmählich entwickelt. Monate, ja meist Jahre gehen darüber hin, ehe die initialen Erscheinungen allmählich zu weiteren Symptomen führen, und ehe sich das volle Krankheitsbild entwickelt.

Im vorliegenden Falle war der Unfall am 28. Dezember 1896, und bereits am 25. Januar 1897, also vier Wochen nach dem Unfall, konnte Herr Dr. U. die ausgesprochenen Symptome einer weit vorgeschrittenen Tabes konstatiren. Eine solche akute Entwickelung einer Tabes nach einer Verletzung widerspricht nicht blos dem Befunde bei den anatomischen Untersuchungen über diese Krankheit, sondern auch unseren anderweitigen Erfahrungen in den Fällen, in welchen man den Versuch gemacht hat, Tabes mit einem vorangegangenen Unfall in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Der Befund des Herrn Prof. Dr. U. am 25. Januar 1897 spricht dafür, dass die Krankheit schon lange, wahrscheinlich Jahr und Tag, jedenfalls vor dem Unfall bei D. bestanden hat. Die von D. selbst angegebenen „rheumatischen Schmerzen“ in den Beinen, welche zuerst 1870 auftraten und seitdem oft wieder gekommen sind, werden als initiale Symptome der Tabes zu bezeichnen sein. Besteht demnach ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der jetzigen Erkrankung und dem Unfall nicht, so ist doch auf der anderen Seite nicht zu verkennen, dass D. vor dem Unfall völlig erwerbsfähig, seit dem Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit in der erheblichsten Weise geschädigt ist. Seine vorherige völlige Erwerbsfähigkeit wird noch besonders durch die Zeugenaussagen des Fabrikanten T. und des Zeugen K. bestätigt. Die hier vorliegende Beobachtung steht im Einklang mit Erfahrungen, welche bei Tabetikern öfter gemacht werden. Eine Verletzung, ein Fall auf den Rücken bringt eine erhebliche Verschlimmerung der Symptome hervor, wobei nicht blos in Betracht zu ziehen ist der direkte Einfluss, welchen eine Erschütterung des Nervensystems auf das erkrankte Organ ausübt, sondern auch das in Folge der Verletzung nothwendige Krankenlager, die veränderte Lebensweise, der Mangel des Gebrauchs der Beine. Alle diese Momente haben auch hier zusammengewirkt, um die jedenfalls nicht erheblichen Symptome der Tabes, welche vor dem Unfall vorhanden waren, so erheblich zu steigern, dass sie die Arbeitsunfähigkeit des D. hervorriefen.

Auch hier ist im Einklang mit anderen Erfahrungen allmählich die schädliche Einwirkung der Verletzung abgeschwächt worden und der Zustand, welcher schon nach dem Gutachten des Herrn Prof. U. im weiteren Verlauf des Jahres 1897 keine Fortschritte zum Schlechteren gemacht hat, hat sich dann im Jahre 1898 allmählich gebessert.

Es muss demnach angenommen werden, dass die vor dem Unfall vom Dezember 1896 vorhandene Tabes durch den Unfall in sehr erheblicher Weise ungünstig beeinflusst worden ist.

Was die Erwerbsfähigkeit anbetrifft, die zur Zeit bei D. besteht, so ist derselbe nicht fähig, irgend welche Arbeiten zu leisten, bei denen ein irgend wie anstrengendes Gehen oder anstrengendes Stehen nothwendig ist. Dagegen kann er sitzend Arbeiten ausführen, die seiner bisherigen Beschäftigung und seinen Fähigkeiten entsprechend in schriftlichen Arbeiten bestehen müssten. Der ataktische Zustand der Hände und das Zittern derselben legt aber auch hier gewisse Beschränkung auf, so dass ich unter Berücksichtigung aller dieser Umstände dazu komme, die Erwerbsfähigkeit des D. in Höhe von 80 Prozent für herabgesetzt zu halten.

Ich gebe demnach mein Gutachten dahin ab, dass die bei D. bestehende Rückenmarkskrankheit, welche bereits vor dem Unfall vom 28. Dezember 1896 vorhanden war, durch diesen in ungünstiger Weise beeinflusst worden ist, und dass die durch diese Verschlimmerung bedingte Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit zur Zeit in Höhe von 80 Prozent besteht.

Dem vorstehenden Obergutachten folgend hat das Rekursgericht angenommen, dass das gegenwärtige Leiden des Klägers durch den Betriebsunfall

vom 28. Dezember 1896, den die Beklagte als solchen im Bekursverfahren ausdrücklich anerkannt hat, zwar nicht hervorgerufen, aber doch wesentlich verschlimmert worden, und die Verminderung der Erwerbsfähigkeit in der Hauptsache auf diese Verschlimmerung zurückzuführen ist. Es ist deshalb dem Kläger unter Aufhebung der seine Ansprüche ablehnenden Vorentscheidungen bis zu seiner Entlassung aus dem Krankenhause S. die Vollrente, von da ab eine 80proz. Theilrente gewährt worden.

Aerztliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes; 1899, Nr. 5.

Neurasthenie und Unfall. Aus einem Gutachten des Prof. Dr. Strümpel in Erlangen.

Der Bergmann B. W. will am 27. August 1897 auf Zeche Prosper beim Heben eines beladenen Förderwagens einen Schmerz im Rücken empfunden haben und wurde vom 4. Oktober 1897 bis 4. Februar 1898 im Krankenhause Bergmannsheil zu Bochum behandelt. Der von W. erhobene Anspruch auf Unfallrente ist vom Sektionsvorstande abgelehnt worden, weil nach dem Gutachten des Prof. Dr. Löbker in Bochum die bestehenden krankhaften Erscheinungen mit dem Unfalle in keinem ursächlichen Zusammenhang ständen. Im Berufungsverfahren wurde dann noch sowohl von diesem Sachverständigen, als von Prof. Dr. St. und Prof. Dr. Strümpel in Erlangen ein begründetes Gutachten eingeholt. Während Prof. Dr. St. in seinem Gutachten kein Bedenken trägt, die Neurasthenie auf den Unfall zurückzuführen, da eine solche gerade durch materielle Erschütterung des Körpers ohne offene Verletzung hervorgerufen werde, wie sie mit dem Verheben verbunden sein könne, stellt Prof. Dr. L. entschieden in Abrede, dass die Neurasthenie als eine Folge des stattgehabten Verhebens aufzufassen sei, da solche nur nach schweren Quetschungen und grossem Schreck beobachtet werde. Prof. Dr. Strümpel schliesst sich diesem Gutachten an mit folgender Begründung:

Strittig ist im vorliegenden Falle nur die Frage, ob die vorliegende Neurasthenie als eine Folge des Unfalles anzusehen ist oder nicht. Ehe ich meine Ansicht über diese Frage mir abzugeben erlaube, ist es nothwendig, zuvor kurz zu erwähnen, was die Diagnose der „Unfall-Neurasthenie“ eigentlich zu bedeuten hat. Diese Diagnose bedeutet nämlich, dass bei W. durch den Unfall gar keine organische schwerere Körperverletzung stattgefunden hat, sondern dass es sich bei W. nur um eine Aenderung seines Gemüthszustandes handelt, wodurch er reizbarer, leichter aufgeregt, ängstlicher, willensschwächer u. s. w. geworden ist. Nun lässt es sich nicht leugnen, dass eine derartige wirkliche Neurasthenie auch als Folge eines Unfalles auftreten kann, wenn entweder mit dem Unfall ein grosser Schreck, eine grosse Aufregung vorhanden ist, oder wenn durch den Unfall eine heftige Erschütterung des Kopfes (des Gehirns) herbeigeführt war. Diese beiden Voraussetzungen treffen aber bei W. nicht zu. Sicher hat nicht die geringste Körperverletzung stattgefunden, und dass ein Kohlenarbeiter bei dem gewohnten Heben eines Wagens, auch wenn er dabei einen Schmerz im Rücken verspürt, sich besonders erschrecken und aufregen sollte, halte ich für ganz ausgeschlossen. Die Neurasthenie bei W. kann also meines Erachtens unmöglich in Folge des Unfalls entstanden sein. Vielmehr ist in derartigen Fällen die Sache nach meiner Erfahrung gewöhnlich so, dass der leichte Unfall zunächst gar keine besonderen Folgen hat. Erst in den nächsten Tagen fangen die Kranken an, darüber nachzudenken, ob sie nicht etwa berechtigt wären, Rentenanspruch zu machen. Sehr oft werden sie von Angehörigen und Freunden dazu besonders ermuntert. Nun fangen sie an, sich allerlei Schmerzen und Beschwerden einzubilden, regen sich innerlich selbst auf, werden allmählich immer halsstarriger und immer mehr geneigt, ihre Klagen zu vergrössern und zu übertreiben. Dass auch bei W. derartige Uebertreibungen vorliegen, scheint mir aus dem Gutachten des Herrn Prof. Dr. L. mit Sicherheit hervorzugehen. In allen derartigen Fällen nun eine Unfall-Neurasthenie anzuerkennen und dem Betreffenden eine Unfallrente zu bewilligen, erscheint mir als gänzlich unrichtig. Dies würde dahin führen — und thatsächlich sind wir leider schon fast so weit! — dass die Arbeiter für jeden überhaupt vorkommenden noch so kleinen Unfall eine Rente beanspruchen. Denn in eine „Unfall-Neurasthenie“ kann sich der Arbeiter, der überhaupt an Rentenansprüche denkt, sehr leicht hineinreden! Es liegt aber auch viel

mehr im Interesse der Arbeiter, solche Ansprüche a limine abzuweisen. Dann kehren die Arbeiter, wie ich aus Erfahrung weiss, meist zur Arbeit zurück (dass W. arbeiten kann, geht aus seiner eigenen Angabe hervor, dass er täglich 3 M. 80 Pf. verdient [!] (cf. Gutachten des Herrn Prof. St.), während derartige Arbeiter, wenn man ihnen eine Rente erst einmal zuspricht, nie wieder gesund werden, d. h. immer fortfahren mit Klagen über angebliche Arbeitsunfähigkeit u. drgl.

Aus den genannten Gründen, weil ich in diesem vorliegenden Falle einen wirklichen Kausalzusammenhang der „Neurasthenie" mit dem von W. erlittenen „Unfall" nicht anerkennen kann, schliesse ich mich vollständig dem Gutachten des Herrn Prof. Dr. L. an und bin demgemäss nicht in der Lage, die Gewährung einer Unfallrente für W. zu empfehlen. Je eher W. mit seinen Ansprüchen definitiv abgewiesen wird, um so eher wird er meines Erachtens von seiner Neurasthenie gsheilt werden. Kompass; Nr. 13, 1899.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Bericht über die Thätigkeit der zur Erforschung der Pest im Jahre 1897 nach Indien entsandten Kommission, erstattet von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gaffky in Giessen, Prof. Dr. Pfeiffer, Vorsteher der wissenschaftlichen Abtheilung des Instituts für Infektionskrankheiten, Prof. Dr. Sticker in Giessen, Professor Dr. Dieudonné, Stabsarzt und Privatdozent in Würzburg — nebst einer Anlage: Untersuchungen über die Lepra von Prof. Dr. Sticker. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt. Sechzehnter Band. Mit 9 Tafeln und Abbildungen im Text. Berlin 1899. Verlag von Julius Springer. Preis: 24 M.

Der Bericht giebt nach einem kurzen Vorwort im Kapitel I einen Ueberblick über den Verlauf er Expedition, schildert im II. und III. Kapitel den Beginn, Ursprung und Verlauf der Pest-Epidemie in Bombay, im IV. die dagegen ergriffenen Massregeln, im V. und VI. die Ergebnisse der Kranken- und Leichen-, der bakteriologischen und experimentellen Untersuchungen, um im VII. Kapitel auf die Pest in der Portugiesischen Besitzung Damaun und die mit den Haffkine'schen Schutz-Injektionen gemachten Erfahrungen einzugehen und im VIII. Kapitel den Verlauf und die Verbreitung der Pest in ganz Indien während der Epidemie von 1896/97 zu beschreiben. Den Schluss bilden Bemerkungen allgemeinen Inhalts, in welchen die Expedition das Fazit ihrer Beobachtungen zieht. Bei der grossen Fülle des Materials — der Bericht umfasst 356 Seiten — können in den Rahmen eines Referats nur einige, besonders wichtige Punkte hervorgehoben werden.

Ueber den Ursprung der Seuche, deren erste, als Pest aber nicht erkannte Fälle schon im August 1896 aufgetreten waren, gingen die Anschauungen der Aerzte auseinander. Während Manche eine autochthone Entwickelung, begünstigt durch den mangelhaften Zustand der Kanalisation in Bombay, anzunehmen geneigt waren, hielten andere eine Einschleppung des Krankheitskeims aus Hongkong auf dem Seeweg für wahrscheinlich, eine Annahme, für welche der Umstand, dass die Seuche zuerst in dem am Hafen gelegenen Stadttheil Mandri beobachtet war, günstig zu sein schien. Die grösste Wahrscheinlichkeit hatte die Behauptung für sich, dass eine Einschleppung aus dem in Nordindien gelegenen endemischen Gebiete der sog. Mahamari, einer Krankheit, welche von den englisch-indischen Aerzten allgemein als mit der echten Bubonenpest identisch angesehen wird, stattgefunden habe. Der Versuch, über die Pest-Epidemie in Bombay auf statistischer Grundlage ein Bild zu entwerfen, stösst wegen der Unzuverlässigkeit und Unvollständigkeit der erforderlichen Unterlagen auf die allergrössten Schwierigkeiten. Das wichtigste Ergebniss der angestellten Berechnungen ist ohne Zweifel, dass keineswegs, wie man vermuthen sollte, die am dichtesten bevölkerten inneren Stadtdistrikte, sondern im Gegentheil die mehr ländlichen, relativ sehr wenig bevölkerten Vorstädte, in welchen allerdings die ärmlichste Bevölkerung lebt, am stärksten gelitten haben. Es scheint also, dass mehr die Stufe der Lebenshaltung, welche in den elenden Hütten der Vorstädte jedenfalls eine besonders niedrige ist, als die Bevölkerungsdichtigkeit an sich von Einfluss auf die Bösartigkeit der Pest gewesen ist.

Wie die verschiedenen Faktoren, welche die Verbreitung der Pest begünstigt

haben, im Verhältniss zu einander zu bewerthen sind, ist eine schwer zu beantwortende Frage. Nach Ansicht der Berichterstatter haben ohne Zweifel in erster Linie die Ratten hierbei eine Rolle gespielt. „Auf welche Weise man den Uebergang des Pestkeims von der Ratte auf den Menschen sich auch vorstellen mag — durch Vermittelung der Ausscheidungen des kranken und todten Thieres, oder durch das den Kadavern der Ratte verlassende Ungeziefer — an der Gefährlichkeit der pestinfizirten Ratte für den Menschen lässt sich nicht zweifeln." Auf der anderen Seite dürfen aber auch die übrigen die Seuche begünstigenden Faktoren — die dunklen, schlecht ventilirten, überfüllten Wohnräume, die Lebensgewohnheiten u. s. w. — nicht unterschätzt werden. Die spärliche Bekleidung des Körpers, zumal die nakten unteren Extremitäten erleichtern eine Infektion von der Haut aus. Besonders bedenklich erscheint die Gewohnheit der unteren Klassen, ohne Weiteres auf den Erdboden zur Ruhe sich auszustrecken. Der Fussboden der Wohnung, in der Regel aus einer Mischung von Lehm und Kuhdung hergestellt, wird zwar häufig gekehrt, aber nur trocken, so dass von einer Entfernung der etwa auf ihn gelangten Infektionserreger keine Rede sein kann. Die Möglichkeit, dass durch infizirtes Ungeziefer, wie Flöhe, Wanzen, der Krankheitskeim direkt eingeimpft werden kann, ist nicht abzuleugnen; dagegen scheinen die Mosquitos eine derartige Rolle nur in sehr geringem Umfange zu spielen.

Von besonderem Interesse ist das jahreszeitliche Verhalten der Pest, es hat sich gezeigt, dass sie die kühlere, trockene Jahreszeit, den Winter bevorzugt hat: Die Seuche ist namentlich durch die kalten und dabei längeren Nächte des Winters begünstigt worden.

Was die zur Bekämpfung der Krankheit als nothwendig erkannten Massregeln anlangt, so konnten sie nur in beschränktem Umfange durchgeführt werden, vor Allem deswegen, weil die Bevölkerung die Behörden nicht nur in ihren Bemühungen nicht unterstützte, sondern denselben auf jede mögliche Weise entgegenwirkte. So beschränkte man sich in der Hauptsache darauf, für thunlichste Reinhaltung der Strassen und Kanäle zu sorgen, die Pesthäuser zu desinfiziren, Betten, Kleider von Pestkranken zu verbrennen u. s. w.

Die von den Mitgliedern der Expedition ausgeführten Untersuchungen der Pestkranken, ihrer Absonderungen und der Leichen verfolgte in erster Linie den praktischen Zweck, die Diagnostik der Pest auf möglichst sichere Grundlagen zu bringen. Danach ist die Pestkrankheit ein plötzlich beginnendes fieberhaftes Leiden, welches rasch zu äusserster Schwäche führt, den Kranken in rauschartige Umnebelung der Sinne versetzt, und unter auffallender Lähmung des Arteriensystems selbst bei sehr geringfügigen Lokalerscheinungen in der Mehrzahl der Fälle einen am 3. bis 5. Krankheitstage raschen, oft unvermutheten Tod herbeiführt. Die häufigste Lokalisation des Pesterregers charakterisirt den Typus der Drüsenpest. Die zweite klinische Form ist die Pestpustel auf der Haut, die dritte die Lungenpest. Diese verschiedenen Formen können durch Verallgemeinerung der Infektion gleich zu Anfang eine gewaltige Steigerung ihrer ohnehin grossen Malignität erfahren, so dass die Zeichen allgemeiner Sepsis sich einstellen, die in wenigen Stunden, spätestens in drei Tagen zum Tode führen. Eine primäre Pestsepsis giebt es nach Ansicht der Berichterstatter nicht. Die Auffindung des Pestbacillus ist an der Leiche im Allgemeinen leicht; am lebenden Kranken ist der Nachweis in den allermeisten Fällen von einfacher Drüsenpest ohne chirurgische Eingriffe nicht möglich. Der Eiter der spontan aufbrechenden oder bei eingetretener Reife inzidirten Bubonen enthält den Bacillus nur ausnahmsweise. Der Pestbacillus erscheint in Ausstreichpräparaten in der Regel als ein ziemlich kleines, plumpes Stäbchen mit abgerundeten Enden, dessen Längsdurchmesser den queren um das 2—3fache zu übertreffen pflegt. Er ist unbeweglich, von einer schleimigen Hülle umgeben, färbt sich mit den bekannten Anilinfarbstoffen leicht, verhält sich gegen Gram'sche Färbung ablehnend. Er ist aërob, und lässt sich auf den gebräuchlichen Nährmedien ohne Weiteres zur Entwickelung bringen. Auf Agar entwickelt sich bei Brutemperatur in etwa 2 Tagen eine weissliche, ziemlich dicke Auflagerung, welche beim Berühren mit dem Platindraht eine eigenthümlich zähe, schleimige Beschaffenheit verräth. In Gelatineplatten stellen die Kolonien des Bacillus bei 22° C. noch 2—3 Tage makroskopisch kleine, durchsichtige Pünktchen dar, welche die Gelatine niemals verflüssigen. Unter dem Mikroskope bilden sie Hervorragungen von gelber bis gelbgrünlicher Farbe, die in der Regel nicht scharf begrenzt

sind, sondern von zarten, glashellen, am Rande ausgezackten Bazillensäumen umgeben sind. In der Tiefe der Gelatine bilden sie runde, deutlich granulirte, ziemlich stark lichtbrechende gelbe Scheiben. Die Pestbazillen müssen im Allgemeinen als wenig resistente Gebilde bezeichnet werden; von einer Bildung von Dauerformen kann nicht die Rede sein. Was die Empfänglichkeit verschiedener Thierspezies für die Infektion mit Pestbazillen anlangt, so haben die Nager — obenan die Ratte — den geringsten Grad von Widerstandsfähigkeit gezeigt. Viel weniger disponirt erweisen sich die Wiederkäuer; es ist daher die Gefahr, dass mit den im Handel eine Rolle spielenden Fellen von Pferden, Rindern etc. die Pestkeime verschleppt werden könnten, eine sehr geringe. —

Nach den Untersuchungen der Kommission kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die Pest des Menschen mehr dem Paradigma des Milzbrands entspricht, d. h. es tritt das rein infektiöse Moment so sehr in den Vordergrund, dass es das Krankheitsbild zunächst vollständig zu beherrschen scheint. Trotzdem kann man der Annahme toxischer Wirkungen der Pestbakterien nicht entrathen; doch scheint der toxische Effekt dieses Giftes auch nicht entfernt z. B. mit dem des Diphtherietoxins vergleichbar. Die Mehrzahl der Mitglieder der Expedition hat sich selbst $^1/_2$ bis 1 Pestagarkultur in abgetödtetem Zustande subkutan injizirt, ohne mehr als eine geringe lokale Infiltration davonzutragen. Doch scheint es, als ob Menschen, welche eben die Pest überstanden haben, gegen diese toxischen Effekte empfindlicher sind, als normale Menschen: Das Ueberstehen der Pest erzeugt demnach keine Immunität gegen die intrazellulären Toxine der Pestbazillen. Als die wichtigste Folgerung aus den zahlreichen Immunisirungsversuchen der Kommission ergiebt sich, dass selbst so hoch empfindliche Thiere, wie Affen und Ratten, durch einmalige subkutane Injektion einer bestimmten Quantität vorsichtig abgetödteter Pestkulturen gegen das vielfach tödtliche der letalen Dosis des Pestvirus geschützt werden können, wenn der Infektionsstoff von der Haut aus einwirkt. Da der Mensch nun eher weniger, als mehr empfänglich gegen das Pestvirus ist, als die Ratte, so ist die Annahme berechtigt, dass es gelingen muss, auch den Menschen in ähnlicher Weise wie die Ratte aktiv gegen das Eindringen der Pesterreger von der Haut aus zu festigen. Der praktische Versuch einer solchen aktiven Immunisirung ist von Dr. Haffkine gemacht worden, der hierbei von der Idee ausging, dass neben den in den Bakterienleibern enthaltenen Giftstoffen auch etwaige sezernirte Toxine zur Wirksamkeit gelangen sollten. H. bedient sich 4 Wochen alter, bei 30° C. gewachsener Pestbazillenkulturen, welche kurze Zeit vor dem Gebrauch in zugeschmolzenen Glasröhren durch einstündiges Erhitzen auf 70° sterilisirt werden; die Dosis für den Erwachsenen beträgt je nach der Ueppigkeit der Bakterienvegetation 2—3 ccm subkutan. Nach den Erfahrungen der Pestkommission in Damaun lässt sich an der Schutzwirkung des Haffkine'schen Verfahrens kaum zweifeln. Schneller trat allerdings der Schutz bei der „passiven Immunisirung", die durch Seruminjektion erreicht wird, ein, doch war diese Wirkung nur von kurzer Dauer, so dass die passive Immunisirung für die Praxis sich wenig eignet.

Der Bericht schliesst mit der Bemerkung, dass die Hoffnung, die Pest werde einmal völlig vom Erdboden verschwinden, heute geringer sei als je. Die beiden im Hafen von London 1896 vorgekommenen Pestfälle erinnern die europäischen Kulturstaaten auf das Eindringlichste an die Möglichkeit einer Einschleppung der Seuche selbst aus weiter Ferne. Die Pest aber gelangt, zum Unterschiede z. B. von der Cholera, selbst unter für sie günstigen Bedingungen nur allmählich zu einer epidemischen Verbreitung und lässt uns dadurch Zeit, sie in ihren Anfängen zu bekämpfen. Das beste Vorbeugungsmittel liegt in der Verbesserung der Nahrungsverhältnisse und der damit Hand in Hand gehenden Erziehung der Bevölkerung zur Reinlichkeit. Im Uebrigen werden zur Bekämpfung und Unterdrückung der Pest auch bei uns im Wesentlichen die bekannten, auf wissenschaftlicher Erkenntniss und praktischer Erfahrung sich gründenden Massregeln in Anwendung kommen müssen.

Untersuchungen über die Lepra. Von Prof. Dr. Sticker-Giessen.

St. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluss: Die Nase ist der Ort des Primäraffektes der Lepra in demselben Sinne, wie der Penis der häufigste Ort des Primäraffektes der Syphilis ist. Er fasst

die praktisch wichtigen Ergebnisse seiner Beobachtungen in die folgenden Sätze zusammen:

1. Die Untersuchung eines lepraverdächtigen Individuums, seiner Familie und menschlichen Umgebung darf nicht auf die Prüfung und Erforschung der bisher bekannten äusseren Merkmale an der Haut und am Nervensystem beschränkt bleiben. Sie muss, vor Allem bei den anscheinend gesunden Kindern von leprösen Eltern, sich ganz besonders der genauen Prüfung der Nasenschleimhaut und ihres Sekretes befleissigen.

2. Hartnäckige Nasenkatarrhe, beginnende Ozäne und vor Allem häufiges ungewohntes Nasenbluten bei Menschen, welche in der Gemeinschaft mit Leprösen längere Zeit gelebt haben, sind als Initialsymptome der Lepra vor jeder äusseren Manifestation dieser Krankheit dringend verdächtig und fordern zur bakteriologischen Untersuchung und zeitigen örtlichen Behandlung auf.

3. Die Zurechnung ätiologisch unklarer Krankheiten (des Morvan'schen Typus u. s. w.) zur Lepra wird durch den Nachweis des leprösen Geschwüres in der Nase bezw. der Leprabazillen im Nasenexkret auch da ermöglicht, wo am ganzen übrigen Körper die Bazillenausscheidung vermisst wird.

4. Ein Lepröser, bei welchem die Krankheitserscheinungen an Haut und Nerven seit Jahren keinen Fortschritt gemacht haben, ist als ungefährlich für seine Umgebung erst dann anzusehen, wenn die Ausheilung des Primäraffektes in der Nase festgestellt ist.

5. Eine zielbewusste Therapie der Lepra stellt sich die Vernichtung oder Verödung der Nasenerkrankung als erste und wichtigste Aufgabe; denn die Erfahrung lehrt, dass alle sekundären Manifestationen der Lepra eine ausgesprochene Neigung zur Spontanheilung haben, während jene mit ausserordentlicher Hartnäckigkeit verharrt. Dr. Rost-Rudolstadt.

I. Ueber Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1898. Von Prof. Geh. Med.-Rath Dr. M. Kirchner. Mit 1 geographischen Karte und 1 Kurve im Text. Klinisches Jahrbuch VII. Band. 2. Heft. Jena 1899. Verlag von Gustav Fischer. Preis: 1 Mark.

II. Bericht über die Thätigkeit der Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin im Jahre 1898 (Direktor Geh. Med.-Rath Dr. Koch). Von Dr. Marx, Assistent am Institut. Ibidem. Preis: 0,50 Mark.

In der Zeit vom 1. Januar 1891 bis zum 31. Dezember 1898 sind in Preussen 911 Personen von tollen resp. tollwuthverdächtigen Thieren gebissen worden. In den einzelnen Jahren verhalten sich die Zahlen folgendermassen:

1891: 78	Erkrankungen;	4	Todesfälle.	1895: 66	Erkrankungen;	2	Todesfälle.
1892: 72	„ ;	4	„ .	1896: 128	„ ;	4	„ .
1893: 60	„ ;	4	„ .	1897: 161	„ ;	5	„ .
1894: 99	„ ;	2	„ .	1898: 254	„ ;	8	„ .

Die 254 Bissverletzungen im Jahre 1898 kamen fast ausschliesslich in den an Russland, Mähren, Oesterreich-Schlesien und Böhmen stossenden Grenzbezirken vor. Obenan steht Oppeln mit 56 Fällen, es folgen der Regierungsbezirk Liegnitz mit 35, Breslau mit 31, Posen mit 26, Marienwerder mit 20, Danzig mit 17, Königsberg mit 13, Köslin und Frankfurt mit je 11, Gumbinnen mit 10, Bromberg und Merseburg mit je 8, Stettin mit 5 und endlich Potsdam mit 3 Fällen.

Aetiologisch bemerkenswerth ist die Vertheilung der Bissverletzungen auf die einzelnen Monate; es kamen vor:

1) im Sommer (Juni, Juli, August) . . . . 133 Fälle,
2) im Herbst (September, Oktober, November) 118 „ ,
3) im Frühjahr (März, April, Mai) . . . . 96 „ ,
3) im Winter (Dezember, Januar, Februar) . 72 „ .

Die warme Jahreszeit begünstigt also die Entstehung der Tollwuth augenscheinlich, doch kommt diese auch in den kühlen und selbst kalten Monaten vor. Sämmtliche 254 Bissverletzungen wurden nur durch 183 Thiere erzeugt, durch 177 Hunde und 6 Katzen. 170 = 66,8% der Gebissenen waren männlichen, 84 = 33,1% weiblichen Geschlechts. Die Mehrzahl der Verletzten standen im Alter von 5—15 Jahren, der der Berührung mit Hunden be-

sonders ausgesetzten Spiel- und Schulzeit. 26 = 10,2 % wohnte in Städten, 228 = 89,7 % auf dem Lande. Von den Bissverletzungen hatten ihren Sitz 12 am Kopf, 6 am Rumpf, 138 an den oberen, 91 an den unteren Gliedmassen, während bei 17 Fällen keine Angaben über den Sitz der Verletzungen vorliegen. Nach den Erfahrungen der beiden letzten Jahre hatten Kopfverletzungen 25 %, Handverletzungen 51 %, Verletzungen der oberen Extremität 3 %, solche der unteren 1,6 % Mortalität, während von den am Rumpf Verletzten keiner an Tollwuth zu Grunde ging. Von den 254 Gebissenen blieben 52 ohne ärztliche Behandlung; von diesen erkrankten und starben 4 = 7,68 % an Tollwuth. Bei 149 Gebissenen fand ärztliche Behandlung statt, doch ist bei 75 derselben nicht angegeben, welcher Art dieselbe war. Ausgebrannt wurde die Verletzung 38, gebeizt 25, antiseptisch verbunden 9, vernäht 1, mit einer Arznei behandelt 1 mal. 19 wurden noch nachträglich der Schutzimpfung nach Pasteur unterworfen, bei anderen 53 Verletzten fand diese Impfung sofort statt. Von diesen 72 Geimpften ist keiner, von den 130 zwar ärztlich behandelten, aber nicht geimpften Personen sind 3 = 2,31 % an Tollwuth gestorben. Nach dem Durchschnitt der Jahre 1897 und 1898 starben von 73 nicht ärztlich behandelten 5 = 6,8 %, von 262 ärztlich behandelten, aber nicht geimpften Verletzten 8 = 2,1 %, von 80 geimpften dagegen keiner; im Ganzen starben von den 415 in den beiden Jahren gebissenen Personen 13 = 3,13 % an Tollwuth.

II. Seit dem 18. Juli 1898, an welchem Tage die Abtheilung zur Heilung von Tollwuth zum ersten Mal in Anspruch genommen worden ist, haben in derselben 137 Personen im Jahre 1898 Behandlung gefunden. Von diesen erkrankte keiner während der Behandlung, auch ist bisher keiner der Entlassenen der Krankheit erlegen. Die Verletzungen sassen in 13 = 9,5 % der Fälle im Gesicht, in 87 = 61,6 % an der oberen Extremität und in 40 = 29,2 % an der unteren Extremität. 70 = 51,1 % der Patienten stammten aus Preussen, 56 = 40,9 % aus Sachsen, 5 = 3,6 % aus Altenburg, 4 = 2,9 % aus Reuss j. L. und 2 = 1,5 % aus Bayern. 61 = 44,6 % waren Männer, 30 = 21,9 % Weiber, 33 = 24,0 % Knaben und 13 = 9,5 % Mädchen. Die Vorbehandlung der Patienten war eine sehr verschiedene. Bei 82 = 59,9 % waren die Wunden nur nach den üblichen Regeln der Wundbehandlung bezw. gar nicht behandelt. Bei 29 = 21,1 % wurden die Wunden ausgebrannt, bei 26 = 19 % geätzt. Nach den Erfahrungen liegt ein gewisser Schutz gegen die Infektion dann vor, wenn die Bissverletzung nicht auf die blosse Haut erfolgt, sondern, wenn durch die Bekleidung hindurch gebissen wurde. Es besteht dann die Möglichkeit, dass erhebliche Mengen des an den Zähnen haftenden Schleimes abgestreift werden, und von dem Geifer nichts direkt in die Wunde gelangen kann. Von grösster Wichtigkeit ist eine möglichst schnelle Einleitung der spez. Behandlung. Da die Inkubationszeit meist nicht mehr als 60 Tage beträgt, die Behandlung selbst aber ca. 20 Tage dauert, so ist im Allgemeinen eine sehr spät eingeleitete Behandlung wenig aussichtsvoll. Was die Behandlungsmethode anbelangt, so war dieselbe die Pasteur'sche, und zwar wurde der Injektionsmodus gewählt, der fast analog dem der intensiven Behandlung am Pariser Pasteur'schen Institut ist. Grundsätzlich wurde in zwei Punkten von den Vorschriften Pasteur's abgewichen Es wurde nicht mit 14 Tage lang getrocknetem Mark angefangen, sondern bereits mit 12tägigem, und ferner wurde als intensivstes nicht 3tägiges, sondern 2tägiges Mark gegeben. Beide Abänderungen waren nothwendig, da die Berliner Kaninchen kleiner als die Pariser sind, und das Rückenmark demgemäss dünner ist und leichter austrocknet. Es liess sich in Folge dessen experimentell eine Abschwächung des 3tägigen Marks feststellen, während sich das 2tägige als voll virulent erwies.

Während des gleichen Zeitraumes sind in der Abtheilung 107 Thierköpfe — 95 von Hunden, 8 von Rindern und Kälbern und je 1 von Ziege und Schaf stammend — sowie ein Menschengehirn untersucht; nur in 4 Gehirnen war Tollwuth unzweifelhaft auszuschliessen, bei diesen hatte auch die thierärztliche Untersuchung Tollwuth als unwahrscheinlich erscheinen lassen.

Ders.

Statistischer Beitrag für die Nothwendigkeit einer durchgreifenden Fleischbeschau. Von General-Oberarzt Dr. Villaret-Frankfurt a. O. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 26 u. 27.

Der Verfasser kommt auf Grund eines zuverlässigev Materials über die durch krankes Fleisch in der deutschen Armee hervorgerufenen Krankheiten unter gleichzeitiger Berücksichtigung der in den einzelnen Bundesstaaten und Bezirken bestehenden Bestimmungen über die Fleischbeschau zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Hausschlachtungen müssen, ganz junge Thiere ausgenommen, in den Bereich der Fleischschau mit einbezogen werden.
2. Zur Durchführung der Fleischschau ist notwendig:

a. Die Errichtung von Schlachthöfen in allen grösseren Gemeinden, da, wo die örtlichen Verhältnisse es gestatten, die Errichtung gemeinsamer Schlachthöfe für mehrere kleinere Gemeinden.
b. Die Schaffung von Viehversicherungskassen, für deren Gründung eventuell öffentliche Mittel bereitzustellen sind.

3. Vom Auslande kommendes Fleisch ist strengster Untersuchung zu unterwerfen, krankes zu konfisziren und eventuell bei irgend welcher zweifelhafter Beschaffenheit, ohne dass eine bestimmt nachweisbare Krankheit vorliegt, der Kochzwang einzuführen.
4. Die hierdurch entstehenden Ausgaben können nicht in's Gewicht fallen, da die für hygienische Massregeln dieser Art ausgegebenen Summen noch immer für Staat und Gemeinden Wucherzinsen getragen haben und tragen werden.

Besprechungen.

Dr. L. Becker, Sanitätsrath und Königlicher Bezirksphysikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten: Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung. Dritte umgearbeitete Auflage. Berlin 1899. Verlag von Rich. Schoetz. Gr. 8°; 900 S. Preis: 12 Mark.

Derjenige, welcher die zweite Auflage der „Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nach Verletzungen" von Dr. L. Becker, 1889, besitzt (vergl. Nr. 4 Jahrgang 1895 der Zeitschrift für Medizinalbeamte), wird in dem in dritter Auflage nunmehr erschienenen Lehrbuch eine völlige Neubearbeitung finden, welche im allgemeinen Theile die gesetzlichen Bestimmungen und massgebenden Entscheidungen des obersten Gerichtshofes in Arbeiter-Versicherungssachen aus der neuesten Rechtsprechung ergänzt und vervollständigt, und welche im speziellen Theil, an der Hand einer reichen Kasuistik, diejenigen Forschungsergebnisse aus den einzelnen Spezialfächern darbietet, die für die Gutachter-Thätigkeit von Wichtigkeit sind.

Selten wohl hat sich ein Buch, nicht nur in ärztlichen, sondern auch in juristischen Kreisen so schnell eingebürgert, wie seiner Zeit Becker's „Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit". Giebt es doch kaum einen Arzt, der häufiger Gelegenheit hat, sich mit der Begutachtung von Unfällen befassen zu müssen, der sich nicht gern bei „Becker" in zweifelhaften Fällen, besonders bezüglich des Grades der erlittenen Einbusse an Erwerbsfähigkeit Rath geholt hätte, und findet man doch kaum ein Schiedsgericht oder einen Sektionsvorstand einer Berufsgenossenschaft, zu deren nothwendigsten Requisiten nicht die Anleitung gehört! Aus der nur 143 Seiten enthaltenden, zuletzt im Jahre 1889 erschienenen Anleitung ist jetzt ein Werk von 500 Seiten entstanden!

In dem ersten Theil der Abhandlung über die Unfall-Versicherung schildert der Verfasser in gedrängter Kürze zunächst die gesetzliche Organisation der Unfallversicherung in Deutschland, insbesondere das Verfahren zur Festsetzung der Unfall-Entschädigung. Den ärztlichen Leser dieses Abschnittes berührt es besonders angenehm, dass Becker hier bei dem ortspolizeichen Untersuchungsprotokoll die ärztliche Mitwirkung als eine auf Grund langjähriger Erfahrungen fest begründete Forderung betont. Wie viel grade Nr. 3 des polizeilichen Untersuchungsprotokolles bezüglich der „Art der vorgekommenen Verletzung" zu wünschen übrig lässt, das weiss jeder ärztliche Sachverständige, der häufig Gelegenheit hat, Unfallverletzte begutachten zu müssen

und findet deshalb in richtiger Erkenntniss der bisherigen Mängel, die Mitwirkung der Aerzte bei Ausführung der Unfall-Versicherungsgesetze, auf Seite 33—35, gebührende Würdigung. Nach einer erschöpfenden Definition der Begriffe Unfall im Betrieb, Körperverletzung, Folge des Unfalls, Erwerbsunfähigkeit, sowohl der völligen, wie der theilweise verminderten, und der Dauer und Veränderung der Erwerbsunfähigkeit, widmet Becker dem Kapitel der Simulation einen weiten Raum, um sich schliesslich dem ärztlichen Gutachten selbst zuzuwenden, wobei auch die Gebührenfrage für ärztliche Gutachten nicht vergessen wird. In ärztlichen Kreisen herrschen bezüglich der Gebühren für ärztliche Gutachten noch heute weit auseinandergehende Anschauungen, weshalb der Verfasser in seinem Lehrbuch noch ausdrücklich hervorhebt, dass die Gebühren für ärztliche Gutachten, soweit sie von den Berufsgenossenschaften eingefordert werden, sich nach den Gebühren-Ordnungen der einzelnen Länder normiren, in Preussen also nach der Gebührenordnung für approbirte Aerzte vom 15. Mai 1896, während die vom Schiedsgerichte und dem Reichs-Versicherungsamt eingeforderten Gutachten nach dem preussischen Gesetz vom 9. März 1872 in Verbindung mit der Königlichen Verordnung vom 17. September 1876 honorirt werden.

In dem zweiten, speziellen Theil sind die hauptsächlichsten, für die ärztliche Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit in Frage kommenden Verletzungen und Krankheitszustände nach Körpertheilen gruppenweise geordnet in ausführlichster Weise unter Angabe der einschlägigen Literatur geschildert, und durch passende markante Fälle illustrirt. Ganz besonders gelungen, will es dem Referenten scheinen, sind dem Verfasser die beiden Kapitel über „traumatische Neurose“ und über „Unterleibsbrüche“. Der Leser findet hier eine erschöpfende Schilderung, welche sich nicht allein auf die gesammten Literaturangaben, die übersichtlich zusammengestellt sind, stützt, sondern welche auch die jüngsten Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes in kritischer Weise beleuchtet. Einen weiten Raum nehmen ferner die Verletzungen der oberen und unteren Gliedmassen ein, bilden sie doch meist das „tägliche Brod“ des ärztlichen Begutachters; unter der hohen Zahl der angeführten Beispiele wird jeder Begutachter unschwer einen Fall finden, welcher dem ihm vorliegenden, den er begutachten soll, gleicht.

Den zweiten Theil des Lehrbuches bildet die Invaliden-Versicherung, deren gesetzliche Organisation zunächst eingehende Schilderung erfährt. Als das unentbehrlichste Beweisstück der Invalidität wird auch hier wieder das ärztliche Gutachten betont, trotzdem die Gesetzgebung geradezu geflissentlich die Mitwirkung der Aerzte im Gesetze nicht berührt. Die grosse Menge ausgewählter Beispiele, welche auch diesem Theil des Lehrbuches beigegeben ist, wird besonders dem noch weniger mit der Begutachtung von Invaliditätsangelegenheiten betrauten Arzt willkommen sein.

Die rege Nachfrage nach der Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, welche seit mehr als Jahresfrist vergriffen ist, sichert der jetzigen Neubearbeitung von vornherein eine sehr günstige Prognose, die um so mehr gerechtfertigt ist, als das vorliegende Lehrbuch in schwierigen Fällen einem praktischen Bedürfniss entspricht und dem erfahrenen Begutachter ein willkommenes Nachschlagebuch, dem ungeübten aber ein zuverlässiger Leitfaden bei der Begutachtung Unfallverletzter und Invaliditätsansprüche erhebender Personen sein wird, wie man vollkommener und besser schwerlich finden dürfte!

Dr. Dütschke-Aurich.

Dr. R. Ostertag, Professor an der thierärztlichen Hochschule in Berlin: Handbuch der Fleischbeschau. Für Thierärzte, Aerzte und Richter. 3. neubearbeitete Auflage. Mit 251 in den Text gedruckten Abbildungen und einer Farbentafel. Stuttgart 1899. Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8°; 902 S. Preis: 20 Mark.

Das Ostertag'sche Handbuch der Fleischbeschau ist bereits bei den früheren Auflagen an dieser Stelle eingehend besprochen. Die Nothwendigkeit einer neuen Auflage nach der kurzen Frist von drei Jahren ist der beste Beweis für die grosse Beliebtheit und Anerkennung sowie für die weite Verbreitung,

die das vortreffliche Werk mit Recht in den betheiligten Kreisen gefunden hat. Die bewährte und praktische Eintheilung des Stoffes hat Verfasser beibehalten, aber fast alle Abschnitte unter Berücksichtigung der zahlreichen neueren, exakten wissenschaftlichen Arbeiten und deren Ergebnisse ergänzt, einzelne fast vollständig umgearbeitet. Am meisten tritt diese Umarbeitung bei den Abschnitten über thierische und pflanzliche Parasiten (Invasions- und Infektionskrankheiten der Thiere), sowie über postmortale Veränderungen des Fleisches (Wurstvergiftung), über Zusätze zu Würsten, Färben, Aufblasen und Konservirung des Fleisches hervor. Auch die neuere Rechtsprechung auf dem Gebiete der Fleischbeschau ist von Ostertag entsprechend berücksichtigt; im Anhang sind die vor Kurzem in Sachsen und Braunschweig erlassenen landesgesetzlichen Bestimmungen über die Fleischbeschau beigefügt.

Eine sehr erhebliche Verbesserung hat die neue Auflage endlich durch die Vermehrung der Abbildungen erfahren, ausserdem sind zahlreiche Abbildungen durch naturgetreuere und besser ausgeführte ersetzt. Rpd.

Dr. C. Becker, prakt. Arzt u. Physikatsassistent beim Landgericht I in München: Handbuch der Medizinalgesetzgebung im Königreich Bayern. Heft II: Infektionskrankheiten. München 1898. Verlag von J. F. Lehmann. Gr. 8°; 328 S. Einzelpreis: 8 Mark; Subskriptionspreis: 6 Mark.

Das vorliegende Heft bringt zunächst im allgemeinen Theil die gesetzlichen Bestimmungen über die Zuständigkeit der Behörden, über Anzeigepflicht, gegenseitige Benachrichtigung der Zivil- und Militärbehörden bei Infektionskrankheiten, sowie über die allgemeinen prophylaktischen Massregeln in Bezug auf Handel und Verkehr, Schulbesuch, Lebensmittel, Leichen- und Begräb-Desinfektion u. s. w. Hieran schliesst sich der spezielle Theil, der die sanitätspolizeilichen Vorschriften behufs Verhütung der einzelnen ansteckenden Krankheiten (Blattern mit Einschluss der Impfgesetzgebung, Cholera, Diphtherie, aegyptische Augenentzündung, Flecktyphus, Gelbfieber, geschlechtliche Erkrankungen, Hundswuth, Influenza, Keuchhusten, Kindbettfieber, Krätze, Masern, Meningitis-cerebro-spinalis epidemica, Milzbrand, Pest, Rotzkrankheit, Rückfalltyphus, Ruhr, Scharlach, Trichinose, Tuberkulose, Unterleibstyphus, Varicellen) enthält. In beiden Abschnitten haben nicht nur die reichs- und landesgesetzlichen, sondern auch die gesundheitspolizeilichen Vorschriften der einzelnen Kreisregierungen Aufnahme gefunden, wodurch das Werk für den praktischen Gebrauch sehr erheblich an Werth gewinnt; auch die einschlägige Rechtsprechung ist entsprechend berücksichtigt. Der Inhalt des vorliegenden Heftes zeigt übrigens, dass die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in Bayern weder einheitlich, noch allen gesundheitlichen Anforderungen entsprechend geregelt ist; der Erlass eines zeitgemässen Reichsseuchengesetzes erscheint daher für Bayern fast ebenso nothwendig wie für Preussen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Der Gesetzentwurf, betreffend die **Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen** ist von dem preussischen Abgeordnetenhause am 18. v. Mts. mit den von dem Herrenhause angenommenen Aenderungen zu den §§. 3, 6 und 10 (s. Nr. 14 der Zeitschrift S. 487) en bloc angenommen. Wir werden den Text des Gesetzes bringen, sobald es die Königliche Unterschrift erhalten hat und amtlich veröffentlicht ist.

Berufung. Der Kreisphysikus San.-Rath Dr. Elten in Charlottenburg ist als Hülfsarbeiter in die Medizinalabtheilung des Kultusministeriums einberufen worden, um bei der Ausführung des Gesetzes über die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w. mitzuwirken. Diese Berufung wird gewiss in allen Kreisen der Medizinalbeamten mit Freuden begrüsst werden.

Eine Petition der Handelskammer zu Trier und Koblenz um Erlass eines Gesetzes zum Schutz der Heilquellen ist von dem preussischen Ab-

geordnetenhause in seiner Sitzung vom 24. v. Mts. der Regierung zur Berücksichtigung überwiesen, nachdem der Abg. Dr. Runzenberg das Bedürfniss für den Erlass eines solchen Gesetzes in volkswirthschaftlichem und gesundheitlichem Interesse betont und der Abg. Dr. Dasbach einen Initiativantrag in dieser Richtung für die nächste Session in Aussicht gestellt hatte. Von Seiten der Regierung wurde die Erklärung abgegeben, dass eine Gesetzesvorlage über den Schutz der Heilquellen vorbereitet werde.

Zu der im Jahre 1900 stattfindenden **Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern** sind nach dem Erlass des Ministeriums des Innern vom 1. August d. J. die Gesuche um Zulassung unter Vorlage der Originale des Approbationszeugnisses und des Doktordiploms von der medizinischen Fakultät einer Universität des Deutschen Reiches bei Vermeidung des Ausschlusses von der Prüfung spätestens bis zum 30. September d. J. bei der für den Wohnsitz des Gesuchstellers zuständigen Kreisregierung einzureichen.

Von verschiedenen hervorragenden Aerzten, Pädagogen u. s. w. (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg-Berlin, Prof. Dr. Griesbach-Mühlhausen i/Els. u. s. w.) wird eine Aufforderung zur Betheiligung an der **Einführung einer rationellen Schulreform und Unterrichtshygiene** erlassen. Die erste Berathung darüber soll bei Gelegenheit der diesjährigen Naturforscher-Versammlung in München stattfinden. Alle Theilnehmer der Versammlung, die sich für die Bestrebungen einer hygienischen Schul- und Unterrichtsreform interessiren, werden dazu eingeladen; das Nähere in Bezug auf Zeit und Ort wird in der ersten Nummer des Tageblattes der Münchener Versammlung bekannt gegeben.

In der am 23. und 24. August d. J. in Danzig abgehaltenen **Hauptversammlung des Deutschen Apotheker-Vereins** wurde betreffs des auf der Tagesordnung stehenden Hauptverhandlungsgegenstandes: **Regelung des Apothekenwesens**, nach längerer Debatte der Antrag Hültenschmidt-Dortmund: „Die Hauptversammlung wolle erklären:

a. die frei vererb- und veräusserliche Realkonzession ist die beste Form der Apothekenbetriebsberechtigung; eine Ablösung ist deshalb abzulehnen;
b. das Verbot der Apothekenverpachtung hat durchaus ungünstig gewirkt; seine Aufhebung ist deshalb zu erstreben“;

mit grosser Mehrheit angenommen und unter Verwerfung des von dem Vorstande gestellten und von dem Vorsitzenden warm befürworteten Antrages:

„Der Deutsche Apotheker-Verein sieht die Möglichkeit einer erwünschten Regelung des Apothekenwesens im Reiche darin, dass durch ein Zusammenwirken der Regierungen mit der Vertretung des Standes eine Grundlage geschaffen wird, welche den Apotheken in Zukunft das Recht der freien Verfügung über ihre Apotheken sichert“

beschlossen, zur weiteren Behandlung der einschlägigen Fragen eine Kommission einzusetzen, die aus dem Vorstande und 8 Mitgliedern, zusammen aus 15 Personen bestehen soll.

Die **Pest** hat bis jetzt in Oporto keine grosse Ausbreitung angenommen. In der Zeit vom 14.—26. August sind 22 neue Erkrankungen hinzugekommen. und drei Erkrankte gestorben, so dass sich die Gesammtzahl bis jetzt auf 51 mit 18 Todesfällen beläuft. Durch Kaiserliche Verordnung vom 22. v. M. (s. S. 139 der Beilage) ist jetzt auch die Einfuhr von Leibwäsche u. s. w. aus Portugal verboten; desgleichen haben die Bundesstaaten an den deutschen Seeküsten die erforderlichen sanitätspolizeilichen Massregeln für die in portugiesischen Häfen eingelaufenen Seeschiffe getroffen.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben von

Dr. OTTO RAPMUND,

Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld, Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 18. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Septbr.

Ist ein Armenarzt als Gemeinde-Beamter anzusehen?

Von Dr. J. Biberfeld - Berlin.

Die rechtliche Grundlage für die Stellung eines Armenarztes wird bekanntlich in der Regel dadurch geschaffen, dass zwischen dem zu dieser Funktion Berufenen und der Stadtverwaltung ein Vertrag errichtet wird, demzufolge der Arzt sich dazu verpflichtet, gegen eine von der Stadt ihm zu gewährende Gegenleistung diejenigen Kranken in ärztliche Behandlung zu nehmen, die Mangels eigener Mittel die Fürsorge der Stadt in dieser Beziehung in Anspruch nehmen. Kommt nun auch die Thätigkeit, welche in Erfüllung eines solchen Vertrages von dem Arzte entfaltet wird, naturgemäss in erster Reihe den Patienten zu Gute, die sich an ihn wenden, so nehmen diese doch ebenso zweifellos ihm gegenüber nicht die Stelle eine selbstständigen vertragschliessenden Theils ein, sondern das Abkommen ist nur zu ihren Gunsten getroffen; der aus ihm sich ergebende Anspruch auf Erfüllung steht aber nicht den erkrankten Armen, sondern der Stadt zu. Würde z. B. der Arzt seinen Verpflichtungen als Armenarzt nachzukommen sich weigern, so würde eine Klage, durch welche er hierzu angehalten werden und für seine Vertragsverletzung haftbar gemacht werden könnte, einzig und allein der städtischen Verwaltung zustehen; kein Kranker, dem der Armenarzt sich entzieht, könnte dieserhalb gegen ihn den Rechtsweg beschreiten. Es soll nun hier nicht untersucht werden, welche rechtliche Natur dem Inhalte der von dem Arzte aufzubringenden Leistungen zukommt, ob es ein reiner Dienst- oder ein sog. Werkvertrag ist, jedenfalls steht fest, dass der Arzt aus einem derartigen Kontrakte,

wie man ihn auch juristisch konstruiren möge, der Stadt allein verantwortlich und verpflichtet ist. Diese Erwägung führt aber zu der Frage, ob er nun dadurch auch ihr Beamter geworden ist?

Diese Frage ist keineswegs eine rein theoretische, die Antwort auf sie ist vielmehr präjudiziell für die Beurtheilung einer ganzen Reihe höchst wichtiger Rechtsverhältnisse, so dass eine Erörterung derselben im Zusammenhange wohl geboten erscheinen dürfte.

Das Reichsstrafgesetzbuch gibt im §. 359 eine sogenannte Legal-Definition davon, was in seinem Sinne unter dem Worte „Beamter" zu verstehen sei, indem es erklärt:

> „Unter Beamten im Sinne dieses Strafgesetzes sind zu verstehen alle im Dienste des Reichs oder im unmittelbaren oder mittelbaren Dienste eines Bundesstaates auf Lebenszeit, auf Zeit oder nur vorläufig angestellte Personen, ohne Unterschied, ob sie einen Diensteid geleistet haben oder nicht, ingleichen Notare, nicht aber Advokaten und Anwälte."

Ist auch diese Begriffsbestimmung in ihrer Giltigkeit, wie erwähnt, nur auf das Strafgesetzbuch ausdrücklich beschränkt, so wird es sich doch empfehlen, von ihr auszugehen, auch hier, wo für einen bestimmten Stand eine allgemein gültige, jedes Rechtsverhältniss umspannende Formel gefunden werden soll. An einer solchen fehlt es nämlich in dem weiten Rahmen, den die Gesetzgebung des Reichs bisher ausgefüllt hat, und auch das geschriebene Recht der deutschen Einzelstaaten gibt nur gelegentliche Anhaltspunkte, nirgends aber werden die Begriffsmerkmale selbst erschöpfend aufgezählt[1]). Zum Wesen eines Beamten gehört nun, wenn wir dem soeben angeführten Gesetzestexte folgen, nicht, dass einer Person gewisse Funktionen durch eine Bestallung, also eine einseitig vom Staate oder seinen Organen ausgestellte Anstellungs-Urkunde übertragen werden, wenn auch dies die regelmässige Form der Berufung in ein Amt ist; es würde demnach nichts im Wege stehen, den Armenarzt als Kommunalbeamten rechtlich zu beurtheilen, auch wenn er mit der Stadt einen Vertrag, ganz in den Formen des privatrechtlichen Verkehrs abgeschlossen hätte. Auch durch einen solchen Vertrag gelangt er in den „mittelbaren Dienst eines Bundesstaates". Dieser letztere hat nämlich die ihm obliegende Fürsorge für unbemittelte Kranke u. A. auf die Stadtverwaltung abgewälzt, mit der Ausübung der hieraus resultirenden Funktionen hat aber die Stadt wiederum den Arzt betraut. Hierin liegt auch der Unterschied zwischen einem solchen Abkommen und den Verträgen, durch welche eine Verwaltung etwa Geschäftsräume ermiethet, Lieferungen für die verschiedenen Bedarfszweige an Dritte überträgt u. drgl ; denn hier fällt dem andern Vertragstheil nirgends

[1]) Das Bürgerliche Gesetzbuch, das am 1. Januar 1899 in Kraft tritt, spricht wohl von den zivilrechtlichen Folgen, die sich an ein Verschulden des Beamten in Ausübung seiner beruflichen Funktionen knüpfen sollen, es geht aber gänzlich über die unerlässliche Vorfrage hinweg, welchen Personen diese Eigenschaft beizulegen sei und welchen nicht. Vgl. B. G.-B. §. 839, ähnlich auch §. 570 a. a. O.

eine Thätigkeit zu, die im unmittelbaren Zusammenhange mit dem öffentlich-rechtlichen Aufgaben des Gemeinwesens steht. Für die Annahme der Beamten-Qualität spricht ferner, wenn man einer etwas älteren Entscheidung des Reichsgerichts folgen darf, die zwar nicht unmittelbar unsere Frage berührt[1]), noch ein weiteres Moment; dieses ist darin gegeben, dass es sich um eine dauernde Stelle handelt, deren Bestehen nicht an eine bestimmte Person geknüpft ist, sondern die unabhängig bleibt von ihrem jeweiligen Inhaber, so dass sie also eine Kontinuirlichkeit erfordert und voraussetzt Wenn der Armenarzt, der für einen bestimmten Bezirk bestellt ist, seine Thätigkeit aus irgend einem Grunde nicht mehr fortsetzt, so hängt es nicht von dem Belieben und Ermessen der Stadtverwaltung ab, ob sie diesen Posten wieder besetzen will, sie muss vielmehr für einen Nachfolger sorgen, weil andernfalls der Apparat, den sie in Bewegung zu setzen und in dieser dauernd zu erhalten hat, lückenhaft, weil sonst das Maass, in dem sie an der Erfüllung staatlicher Aufgaben mitzuwirken hat, von ihr nicht völlig ausgeglichen sein würde: der neue ernannte Armenarzt wird der Nachfolger des bisherigen, und in dieser Stetigkeit ist ein Kriterium für seine Beamten-Qualität zu erblicken.

Allein, trotzdem fehlt es an anderen, ebenfalls wesentlichen Vorbedingungen, so dass man der Ansicht des Preussischen Ober-Verwaltungsgerichts wird beipflichten dürfen, wenn es unlängst erklärt hat, den Armenärzten komme die rechtliche Stellung eines Gemeinde-Beamten nicht zu. Es empfiehlt sich vielleicht, den Fall, welcher diesem Urtheile zu Grunde lag, vorweg zu besprechen, weil dadurch leichter ersichtlich wird, welche Begriffsmerkmale hier vermisst werden, ohne deren Vorhandensein auch von einem Beamten-Charakter nicht gesprochen werden kann.

In dem zwischen der Stadtverwaltung zu B. und dem praktischen Arzte Dr. B. errichteten Vertrage war bestimmt worden, dass B. gegen eine quartaliter bemessene Gegenleistung verpflichtet sein solle, die ärztliche, wundärztliche und geburtshülfliche Behandlung derjenigen Erkrankten eines bestimmten Armenbezirks zu übernehmen, für deren Pflege zu sorgen der Stadt obliege. Es war ihm weiterhin übertragen worden, eine Kontrole der Apothekenrechnungen, die Untersuchung und eventuelle schriftliche Begutachtung des Gesundheitszustandes der Transportanten und endlich die technische Revision der Schulen, über deren Ergebniss er Bericht zu erstatten haben sollte. Was nun diesen letzteren Punkt speziell anlangt — so führt etwa das erwähnte Urtheil aus —, so fehlt es an Befugnissen, die dem Dr. B. eingeräumt wären, da er nicht berechtigt war, irgend welche Anordnungen zu treffen, um erkannte oder vermeintliche Missstände zu beseitigen; er handelte also bei solchen Besichtigungen wohl als Organ der mittelbaren Staatsgewalt und für die Zwecke derselben, aber ohne jegliche öffentliche

[1]) Vrgl. Reger: Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden, Bd. 10, S. 62 ff. München 1890. Dort wird untersucht, ob ein preussischer .... Notar als ein Beamter anzusehen sei; die dabei angestellten Erörterungen lassen sich aber auch für unser Thema verwerthen.

Autorität, wie sie jedem, auch dem niedrigsten Beamten im Rahmen seiner Dienststellung ohne Weiteres zukommt. Auch in Ansehung der bezüglich der Transportanten vorzunehmenden Untersuchungen und gutachtlichen Erklärungen sei nicht ersichtlich, dass derartige Schriftstücke einen öffentlichen Glauben besassen, insbesondere, dass ihnen rechtlich eine höhere Bedeutung zukommen sollte, als irgend einem anderen, von einem approbirten Privatarzte ausgestellten Atteste. Es handele sich somit im Ganzen und Wesentlichen nur darum, dass der Magistrat für seine Armenverwaltung eine stets zur Verfügung befindliche Hülfskraft gewinnen wollte. Als unerheblich wurde endlich noch der Umstand angesehen, dass die von der Stadt gezahlte Gegenleistung betreffs der Steuer wie das Diensteinkommen eines Kommunalbeamten behandelt war; nach Ansicht des Gerichts lag hier ein Irrthum der zuständigen Behörde vor, da hier von keinem „Gehalte" im öffentlich-rechtlichen Sinne die Rede sein könne, sondern nur von der Gegenleistung aus einem obligatorischen Verhältnisse rein privatrechtlicher Natur.

Die Begründung dieser Entscheidung kann keineswegs als völlig bedenkenfrei hingenommen werden. Sie steht in nicht unwesentlichen Punkten auch im Widerspruche mit der Judikatur des Reichsgerichts, die allerdings hier nur im Wege der Analogie sich verwerthen lässt, da in keinem der heranzuziehenden Fälle es sich um die Stellung eines Armenarztes handelte. Das preussische Ober-Verwaltungsgericht vermisst als unerlässliches Begriffsmerkmal die Befugniss, Anordnungen zu treffen. Demgegenüber hat schon unter dem 14. März 1881 das Reichsgericht gelegentlich der Frage, ob ein Bezirksvorsteher Beamter sei, den Satz, der sich auch auf den Armenarzt beziehen dürfte, ausgesprochen: „für diesen Begriff erscheint es ohne Bedeutung, ob der Bezirksvorsteher (hier der die Schulen revidirende Armenarzt) zu selbstständigen Anordnungen befugt oder nur zu einer begutachtenden, vorbereitenden und unterstützenden Thätigkeit als Organ des Magistrats ermächtigt ist" [1]). In einem anderen Falle hat ebenfalls das Reichsgericht (Erkenntniss vom 6. Oktober 1886) den Beamtencharakter sogar auf Seiten desjenigen anerkannt, der bei einem industriellen Institute des Staates oder eines öffentlich-rechtlichen Staatenverbandes desselben angestellt ist, sofern die Erwerbszwecke im öffentlichen Interesse verfolgt werden, also z. B. bei den kaufmännischen Angestellten der im Besitze des preussischen Staates stehenden Seehandlung [2]). Endlich hat das genannte Gericht auch den „Hausvater" in einer kommunalen Armenanstalt als Beamten im Sinne des Gesetzes beurtheilt wissen wollen, obschon derselbe überwiegend nur die Oekonomie zu leiten und zu überwachen, sowie, jedoch ohne jegliche Disziplinargewalt, die Pfleglinge der Anstalt zu beaufsichtigen und zu beschäftigen hatte (Erkenntniss vom 20. März 1893) [3]). Angesichts dieser Rechtsauffassung darf man danach im

---

[1]) Vrgl. Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 3, S. 421.
[2]) Vrgl. a. a. O., Bd. 14, S. 345, 348.
[3]) Vrgl. a. a. O., Bd. 24, S. 83.

vorliegenden Falle die von dem Ober-Verwaltungsgericht beigebrachten Gründe nicht als überzeugend ansehen. Allein ungeachtet dessen kann man gerade hier und zwar mit Rücksicht auf Umstände, die das erwähnte Richter-Kollegium als unerheblich bezeichnete, dennoch zu derselben Endentscheidung gelangen. Dr. B. war nämlich seitens des Bürgermeisters Namens der Armenverwaltung engagirt worden, ohne dass die Sache vorher der Stadtverordneten-Versammlung vorgelegt worden war, welche nach der Städteordnung überall da, wo es sich um die Anstellung eines Beamten handelt, gehört werden und um Zustimmung angegangen werden muss. Indem die Beachtung dieser wesentlichen Form-Vorschrift unterblieb, wurde erkennbar, dass nach dem Willen der Betheiligten ein privatrechtliches Verhältniss geschaffen, nicht die Anstellung eines Beamten vorgenommen werden sollte. Auch schreibt die Städteordnung vor, dass, wenn nicht von vornherein nur vorübergehende Dienstleistungen in Frage stehen, die Anstellung des Gemeindebeamten auf Lebenszeit zu erfolgen habe, mit Ausnahme derjenigen Unterbeamten, die nur mechanische Dienstleistungen zu verrichten haben. Im vorliegenden Falle hatten aber beide Theile sich die beliebige Kündigung unter Festsetzung einer bestimmten Frist vorbehalten. Endlich ist zu beachten, dass eine feierliche Verpflichtung des Dr. B. nicht stattgefunden hatte, wie sie sonst bei der Einführung eines kommunalen Beamten in seine Stelle grundsätzlich niemals unterbleibt. Kommt es auf diese Formalität nun auch nach dem Texte des §. 359 Str.-G.-B. nicht an, so erhellt doch gerade hier aus dem Unterbleiben derselben, dass die Kontrahenten, Magistrat und Dr. B. gar kein „Amt“ vergeben bezw. übernehmen wollten.

Indem man diesen konkreten Thatumständen hier die Bedeutung beimessen darf, dass nach ihnen die Frage zu entscheiden ist, ob der in Rede stehende Armenarzt ein städtischer Beamter gewesen sei oder nicht, ist schon zugleich gesagt, dass der Fall rechtlich sehr wohl derartig gelagert sein kann, um zu dem entgegengesetzten Ergebnisse zu führen. Es steht nichts im Wege, dass eine Stadt einen Armenarzt als ihren „Beamten“ bestellen kann, allein Niemand ist deshalb, weil er städtischer Armenarzt ist, ipso jure auch schon zugleich städtischer Beamter. Es kommt alles auf die Einzelheiten des Thatbestandes an.

Ein Fall von Vergiftung durch Tinctura Strophanti.

Von Dr. **Hafemann**-Schönfliess.

Einer 35jährigen, schwächlichen, nicht hysterischen Frau, welche an einer Insuffizienz der Valvula mitralis litt, hatte ich wegen mannigfacher, von dem Herzfehler herrührender Beschwerden Tinctura Strophanti verordnet mit der Weisung, dreimal täglich 10 Tropfen zu nehmen. Nach Verbrauch der Arznei hatte Patientin — ohne mein Wissen — dieselbe erneuern lassen. Von dieser

Portion hat sie dann, anscheinend nach einem voraufgegangenen ehelichen Zwist, nach ihrer späteren Aussage einen Theelöffel voll, nach Aussage des Mannes noch mehr — etwa 10 g auf einmal genommen.

Ich sah die Kranke eine Viertelstunde später, fand sie auf einem Stuhl sitzend, vor Angst die Hände vorstreckend, unfähig, mir auf meine Fragen etwas zu antworten. Das Bewusstsein war ungetrübt, die Kranke konnte sich durch Geberden verständlich machen. Die Augen waren weit geöffnet, die Pupillen hochgradig dilatirt, das Gesicht leichenblass, ängstlich verzerrt, von kaltem Schweiss bedeckt. Starkes Würgen, zuweilen Erbrechen quälte die Kranke. Dabei wurden schleimige, nach der Tinktur riechende Massen entleert.

Patientin wurde rasch entkleidet und auf ein Sopha gelegt. Ich machte eine Kampherinjektion, liess starken Kaffee reichen und die Haut, welche sich allenthalben eisig kalt anfühlte, mit warmen wollenen Tüchern reiben.

Der Puls war nicht fühlbar, die Herztöne nur schwach hörbar, die Herzaktion sehr verlangsamt — 45 in der Minute — und unregelmässig.

Der Zustand wurde immer bedenklicher. Noch nach einer Stunde war das Gesicht blass, etwas zyanotisch, mit kaltem klebrigem Schweiss bedeckt. Der ganze Körper war kalt, die Herzthätigkeit minimal. Patientin hatte grosse innere Angst und nahm — sie konnte jetzt einige Worte sprechen — von den Angehörigen Abschied in der Gewissheit, dass sie sterben müsse.

Nach einer zweiten Kampherinjektion und weiterem Reiben der Haut wurde nach zwei Stunden die Herzaktion etwas kräftiger, die Haut wärmer, die Kranke lebhafter.

Nach der Darreichung des Kaffees war reichliches Erbrechen aufgetreten, welches übrigens erst nach 24 Stunden ganz aufhörte, so dass ich annehmen durfte, dass der Anfangs noch im Magen befindliche Theil der Arznei dadurch entleert sei, und ich auf die Anwendung der Magenpumpe verzichten konnte. Ich hätte sie bei der hochgradigen Herzschwäche auch nicht ohne Bedenken gebraucht.

Erst nach 24 Stunden war das Allgemeinbefinden gut. Der Puls hatte 60 Schläge in der Minute und war von gewöhnlicher Stärke.

„Das Strophantin ist nach Fraser ein Muskelgift, welches in grösseren Gaben Muskelstarre bewirkt; in minimalen Dosen wirkt es nur auf das Herz allein, ohne dass die Körpermuskulatur angegriffen wird. Aehnlich der Digitalis verstärkt es die Systole des Herzens, verlangsamt die Frequenz des Pulses, nach grossen Dosen kommt das Herz in Systole zum Stillstand.“ [1])

Es ist bemerkenswerth, dass im vorliegenden Fall, bei welchem man die genossene Dosis doch jedenfalls eine grössere nennen muss, sich keine Muskelstarre zeigte. Das Vorstrecken

[1]) Lochisch in Eulenburg's Realenzyklopädie; 19, S. 230.

der Arme geschah willkürlich; die Glieder konnten ohne Widerstand passiv bewegt werden. Es trat vielmehr allein die lähmende Wirkung der grossen Gabe auf den Herzmuskel in die Erscheinung. Die Pulslosigkeit, die Anämie und Kälte der Haut, der ganze Zustand war eine Folge stark herabgesetzter Energie des Herzmuskels.

Die Erklärung der Frage, wie die auffallend starke Pupillendilatation zu Stande kommt, und ob das anhaltende Erbrechen eine Folge lokaler Magenreizung, oder zentral, etwa durch Gehirnanämie, bedingt ist, will ich Berufeneren überlassen.

Giebt es gegen Strophantin ein spezifisches Antidot?

Uebertragung des Schweinerothlaufs auf den Menschen.

Notiz zu dem Aufsatz des Herrn Kr.-Phys. Dr. Hillebrand.

Von Kreiswundarzt Dr. **Mayer** in Simmern.

In meinem Sanitätsberichte über das Jahr 1898, den ich im April d. J. eingereicht habe, habe ich über einen Fall von Uebertragung von Schweinerothlauf auf den Menschen berichtet, der dem von H. Dr. Hillebrand geschilderten Falle besonders in Bezug auf die dort angegebenen charakteristischen Merkmale der Verbreitung der Röthe derart gleicht, dass aus dieser Art der Verbreitung in zwei Fällen wohl geschlossen werden darf, dass in ihr ein pathognomonisches Kennzeichen vorliegt.

Am späten Abend das 13. Oktober 1898 stellte sich mir der 35jährige Ackerer R. aus Budenbach, der sich hie und da mit dem Schlachten von Schweinen abgiebt, mit der Angabe vor, er sei Tags vorher damit beschäftigt gewesen, ein von dem Herrn Kreisthierarzte als rothlaufkrank diagnostizirtes Schwein zu schlachten. Er vermuthe, er habe sich bei Herausnahme der Därme am rechten Daumen verletzt. Das Ungewohnte des Falles, die Angst vor Blutvergiftung übte einen deprimirenden Eindruck auf den Mann, dessen Allgemeinbefinden sonst nicht geschädigt zu sein schien. Der ganze rechte Daumen, besonders aber die Rückseite, war eigenartig geröthet. Die Röthung war am nächsten Tage in breiten, verwaschenen Streifen nach dem Daumenballen hingezogen. Am 16. Oktober war die Rückenfläche des linken Vorderarmes in der Breite von 5 Fingern, das Grundglied des Mittelfingers der linken Hand, die Rückenfläche des kleinen Fingers geröthet, der rechte Daumen dagegen anscheinend abgeblasst.

Am 18. Oktober zeigte sich, dass die Grenze dieser Röthung, die ich mit einem Höllensteinstift umzogen hatte, nahezu überall innegehalten war, nur an einigen Stellen war sie von der Röthung in geringer Breite überschritten. Es waren noch erkrankt: rechts Rückenfläche des kleinen Fingers, Vorderarmgrenze des Daumens und die Gegend des Handgelenkes; stellenweise wies der Daumen selbst noch Flecke von Röthung auf. Links waren alle Finger abgeblasst, dagegen war am Vorderarme die Erkrankung etwas weiter geschritten.

Schon in den nächsten Tagen erfolgte völlige Heilung; am 27. Oktober stellte sich mir der Mann mit der Angabe vor, seit einer Woche etwa geheilt geblieben zu sein.

Der Unterschied zwischen dem Hillebrand'schen Falle und dem meinigen liegt darin, dass Blasenbildung in diesem vollkommen fehlte, dass der Verlauf ein wesentlich kürzerer war und dass eine Heilung in Form einer Abschuppung nicht zu beobachten war.

Auf den Verlauf dürfte die Behandlung, die übrigens von vornherein eine ambulante war, nicht ohne Einfluss gewesen sein. In der mir zugänglichen Literatur fand ich keinen Hinweis für die Therapie einer solchen Erkrankung am Menschen. Nach dem Vorbilde der Pirogoff'schen Kampherbehandlnng des Erysipels, wandte ich aus anderweit angeführten Gründen innerlich Kampher an; die äusserliche Anwendung zunächst von Ichthyol, dann von Tr. Jodi-Pinselungen scheint den Erfolg unterstützt zu haben.

Für besonders charakteristisch halte ich ausser der bestimmt nachgewiesenen Aetiologie die Art der Verbreitung der Röthung in's Gesunde hinein. Aehnlich wie Wasser sich in Löschpapier imbibirt, ganz verwaschen, ohne scharfe Grenze verlief die Röthung; sie ergriff heute unvermuthet Finger, die gestern frei erschienen und liess oft anscheinend unveränderte Hautpartien frei, um an ihrer jenseitigen Grenze sprungweise wieder aufzutauchen.

Entgegnung auf die „Rechtfertigung der Ministerial-Anweisung vom 20. September 1895" durch San.-Rath Dr. Erlenmeyer in Bendorf a./Rh.

Von Dr. Tippel, dirigirender Arzt der Heilanstalt in Kaiserswerth a/Rh.

Wenn in Nr. 14, 1899 der Zeitschrift für Medizinalbeamte eine „Rechtfertigung der Ministerial-Anweisung" von H. Kollegen Erlenmeyer erfolgt gegen die von mir veröffentlichte Sammlung von Beobachtungen und Erfahrungen,[1]) welche der allergrösste Theil der preussischen ärztlichen Anstaltsleiter mit der Ministerial-Anweisung gemacht habe, so ist diese „Rechtfertigung" gewissermassen eine Fortsetzung der Ausführungen von E., welche er in der Diskussion[2]) über meinen Vortrag am 19. November 1898 ebenda machte.

Wie damals so sucht E. auch in der „Rechtfertigung" seine Ansichten und theoretischen Erörterungen über die Materie darzulegen; er als Einzelner gegenüber den Erfahrungen und Beobachtungen Vieler (vergl. hierzu S. 5 meines Vortrages). Es ist dies zweifellos sein gutes Recht; dies kann ihm Niemand bestreiten und wird ihm von mir auch bereitwilligst zugestanden. Die Bezeichnung „Rechtfertigung" setzt aber meiner Auffassung nach einen „Angriff" voraus, der von mir weder beabsichtigt, noch auch thatsächlich ausgeführt worden ist, wie mir wohl auch jeder ob-

[1]) Vortrag, gehalten am 11. Juni 1898 zu Bonn im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz (Zeitschrift f. Psychiatrie; Bd. 55).

[2]) Zeitschrift f. Psychiatrie; Bd. 56, S. 274 ff.

jektive Leser meines Vortrages beipflichten muss. Der letztere dürfte nun den meisten Lesern dieser Zeitschrift nur aus der Kritik bekannt sein und da er von E. nur sehr stückweise wiedergegeben ist, so halte ich mich zu folgender Entgegnung verpflichtet.

Schon die kritischen Beobachtungen E.'s über den von mir gewählten Titel erfordern eine Abwehr. Wenn wir — ganz allgemein gesprochen — etwas Grosses mit seinen Einzelheiten betrachten, so kann doch zweifellos das grosse Ganze „die allgemeine Zustimmung" finden, während die einzelnen Theile für sich betrachtet, zu allerlei Aussetzungen Veranlassung geben können. Ich kann darin auch keinen „scheinbaren Widerspruch" finden, wie E. dies auf meine Ausführungen anwendet; noch viel weniger kann ich der Auflösung dieses „scheinbaren Widerspruches" zustimmen, wie sie von E. auf S. 2 seiner „Rechtfertigung" geschieht. Wenn E. meint, die Ministerial-Anweisung gäbe gar keine oder doch nur ausnahmsweise eine Veranlassung zu Bedenken, Schwierigkeiten und Missverständnissen, sondern diese schaffe der von „mir und meinen Freunden (?) der Ministerial-Anweisung gegenüber eingenommenen Standpunkt, dass wir die Anweisung nicht immer und nicht überall so auffassen, wie sie gemeint und wofür sie bestimmt ist, und dass wir uns selbst Schwierigkeiten konstruiren, wo zu solchen nicht die geringste Veranlassung vorliegt" (S. 2), so muss ich dem Folgendes entgegenhalten:

Die Verschiedenheit der Auffassung geschieht, wie dies S. 7 meines Vortrages ausgeführt ist, nicht von mir und meinen Freunden (?) allein — NB. Herr Kollege E. hat s. Z. auch dazu freundlicher Weise beigetragen —, sondern von allen Faktoren, die bei der Anwendung der Ministerial-Anweisung betheiligt sind. Da nun niemals alle Menschen eines Sinnes sein werden, so wird jedes Menschenwerk einer verschiedenen Auffassung begegnen; es wird dies der Ministerial-Anweisung ebenso ergehen, wie den E.'schen Ausführungen. Ich habe zweifellos in meinen Zuschriften den thatsächlichen Beweis erhalten, dass eben bei der Anwendung der einzelnen Bestimmungen der Ministerial-Anweisung an fast allen preussischen Privatanstalten so manche Bedenken und Schwierigkeiten zu Tage getreten sind, und dass dies nicht nur durch Missverständnisse der ärztlichen Anstaltsleiter bedingt ist, sondern durch eine verschiedene Auslegung seitens aller betheiligten Kreise. Diese thatsächlichen Erfahrungen, wie sie in den mir zugegangenen Schilderungen als Vorkommnisse und Beobachtungen geschildert werden, stellt nun E. zum Theil als Interpretationen der Anstaltsärzte dar und führt dagegen seine Auslegungen an. Diese Auffassung beliebte er bereits in der angeführten Diskussion. Ich habe mich damals in der bezüglichen Schlussbemerkung dagegen verwahrt und gebe das Referat, wie es in der Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 56, S. 277, niedergelegt ist:

„Bei Schluss der Diskussion stellt Tippel dem Angeführten gegenüber nochmals fest, dass seine Mittheilungen im Wesentlichen keine Ansichten, sondern Erfahrungen darstellen; er gesteht gern zu, dass auf allen betheiligten Seiten Missverständnisse vorgekommen sind. Er glaubt aber, und zwar ganz besonders aus der Zuschrift vom verstorbenen Geh. Rath Dr. Wahrendorf schliessen zu

dürfen, dass mit der Veröffentlichung der Erfahrungen, die mit dem Ministerialerlasse gemacht worden sind, dem Wunsche der Ministerien entsprochen werde."

Wenn E. nun die von mir gesammelten und veröffentlichten Thatsachen mit Bemerkungen abfertigt: „finde ich nicht zutreffend" (S. 6), oder „die Revisoren haben sich im Unrecht befunden" (S. 6), ferner „von T. selbst geschaffene Schwierigkeiten (S. 8), „ob es in der Praxis je vorkommen wird, dass etc., ist doch nicht wahrscheinlich" (. S. 9), „dass T. denselben vollständig missverstanden hat" (S. 9) oder, wenn er seine Auffassung über dasjenige, was bei der Entweichung geschehen soll, den thatsächlichen verschiedenen Auffassungen und dadurch bedingten Uebelständen von anderer Seite entgegenstellt, so scheint es fast, als ob er die von mir geschilderten Beobachtungen und Thatsachen oder auf wirklichen Vorkommnissen sich gründenden Fragen bezweifelt. Gleiche Zweifel bekundet E.s Kritik über Entlassuug etc. von „gemeingefährlichen Kranken" (S. 13) und die kurz vorhergehende über „Leitung".

Wenn mir E. weiter vorhält, dass ich die Bestimmung des §. 18,6 bezüglich Krankengeschichten übersehen habe, so muss ich dem entgegenhalten, dass gerade daraufhin früher von Laien-Unternehmern dem Pflegepersonale die Führung von Krankengeschichten übertragen worden ist, da nach deren Auffassung gerade der §. 18 die Obliegenheiten des Unternehmers der Anstalt — also auch der Laien — und nur der §. 19 diejenigen des Arztes umfasse.

Betreffs des „kleinen Lapsus", betr. die Ergänzungsvorschriften über die Idioten- etc. Anstalten (§. 3) stelle ich fest, dass diese Vorschriften unter dem von mir angebenenen Datum — 12. Juni 1896 — und in Form einer Regierungsverfügung hier eingegangen sind. Da sie kein anderes Datum enthielten, so konnte ich dies auch nur als massgebend ansehen.

Die Schlussworte E.'s leugnen geradezu die thatsächlichen Angaben der meisten preussischen ärztlichen Anstaltsleiter rundweg ab. Ob hiermit eine Charakterisirung der letzteren gegeben werden soll, dies zu beurtheilen, will ich dem objektiven Leser ebenso überlassen, wie die Entscheidung darüber, ob alle behördlichen und ärztlichen Mitarbeiter an den einzelnen Bestimmungen der Ministerial-Anweisung die „Meinungen" E.'s als vollkommen einwandsfrei anerkennen gegenüber den thatsächlichen Beobachtungen an fast allen preussischen Privatanstalten. Die soeben zitirte Regierungsverfügung erkennt jedenfalls „hervorgetretene Bedenken" — nach einer bestimmten Richtung hin — an.

Wenn E. seine „Meinung" über die Ministerial-Anweisung dahin zusammenfasst, dass er „in ihr, von einzelnen redaktionellen Mängeln und Schwächen abgesehen, einen wesentlichen Fortschritt erblickt im Vergleiche mit ihren Vorgängerinnen", so stimmt er derjenigen Resolution zu — ohne dies zu bemerken —, welche ich auf Grund meiner Sammelergebnisse — sit venia verbo — am Schlusse meines Vortrages zur Diskussion stellte mit den Worten:

„Der Psychiatrische Verein der Rheinprovinz erkennt in der Anweisung über die Aufnahme etc. . . behördlicherseits getroffenen Massnahmen als einen

erheblichen Fortschritt in der Reform der Irrenpflege rückhaltlos an, bittet aber bei eventueller Aenderung der Anweisung um geneigte Berücksichtigung der vorstehend geschilderten ärztlichen Erfahrungen."

Dass die „vielfach zu wenig prägnante redaktionelle Abfassung der Anweisung" die „Verschiedenheit der Auslegung hauptsächlich bedingte", war von mir bereits auf S. 6 meines Vortrags gesagt worden.

Ob nun E.'s „Meinungen und Auffassungen" als prägnanter anerkannt und bei einer zukünftigen Aenderung der Ministerial-Anweisung Verwendung finden werden, muss eine spätere Zeit lehren; die von mir bekannt gegebenen „Beobachtungen" können aber dadurch nicht ohne Weiteres hinfällig werden.

Replik auf die vorstehende Entgegnung.

Auf die vorstehende Entgegnung, die mir von der Redaktion der Zeitschrift zur Kenntnissnahme und event. Erwiderung vorgelegt worden ist, habe ich Folgendes zu erwidern: Gewiss kann ein grosses Ganze die allgemeine Zustimmung finden, während einzelne Theile für sich betrachtet zu allerlei Aussetzungen Veranlassung geben können, aber doch nur innerhalb sehr eng gezogener Grenzen. Wenn Tippel aber sämmtliche wesentlichen Bestimmungen der Ministerial-Verfügung ausnahmslos abfällig kritisirt, zerpflückt und auf Grund von „Thatsachen" als unbrauchbar bezeichnet, dann hat er absolut kein Recht zu einem allgemeinen zustimmenden oder anerkennenden Gesammturtheil. Ein solches Verfahren ist lediglich unhaltbar und stellt andererseits einen sehr scharfen „Angriff" dar, den mit einer „Rechtfertigung" abzuweisen durchaus berechtigt ist.

Dass Herr Kollege Tippel „Thatsachen" vorgebracht, daran habe ich nie gezweifelt, aber diese sind nur möglich geworden durch eine missverständliche oder unrichtige Auffassung der Ministerial-Verfügung und ich bin überzeugt, dass T. von allen seinen Gewährsmännern dieselbe Antwort auf seine Rundfrage erhalten haben würde, die ich ihm gegeben habe, wenn eben eine andere Interpretation der Ministerial-Verfügung geübt worden wäre. Ich habe s. Z. auf die Rundfrage T.'s auf einer Postkarte geantwortet, dass ich ausser dem in meinem Buche über die Reorganisation unseres Irrenwesens kritisirten Punkte (Bestimmungen über die freiwilligen Pensionäre) nichts an der Ministerial-Verfügung auszusetzen, dass sie sich in meiner Praxis durchaus bewährt habe. Da T. nun gerade diese meine Bemängelungen unberücksichtigt gelassen hat, so darf ich von mir sagen, dass ich ihm keine „Thatsachen" für seine Ausführungen geliefert habe, wie dies nach seiner obigen Darstellung leicht scheinen könnte.

Die hier oben abgedruckte Resolution ist nicht die ursprünglich von T. zur Diskussion gestellte, sondern die von dem pcychiatrischen Verein der Rheinprovinz bereits beschnittene und korrigirte; ihre Annahme erfolgte überdies nur unter der Ermächtigung des Vorstandes, einige redaktionelle Korrekturen vorzunehmen und

sie dann zu gelegener Zeit abzusenden. Was das bedeutet, weiss Jeder. Im Uebrigen ist die Annahme dieser Resolution, für die ich auch gestimmt habe, noch lange nicht zugleich die Annahme oder Billigung der Tippel'schen Ausführungen.

Dr. A. Erlenmeyer.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Tödtliche akute Nephritis in Folge von Vergiftung mit Sauerampfer. Von Professor Dr. Hermann Eichhorst-Zürich. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1899, Nr. 28.

Die allgemein verbreitete Anschauung, dass der Genuss des Sauerampfers, Rumex acetosa, unschädlich sei, wird durch die von Eichhorst jüngst gemachte Beobachtung bei einem 12jährigen Knaben, welcher wenige Stunden nach dem Genusse von rohem Sauerampfer an einer akuten hämorrhagischen Nephritis erkrankte und binnen 9 Tagen unter Bewusstlosigkeit und Anfällen von allgemeinen klonischen Muskelkrämpfen zu Grunde ging, stark erschüttert.

Der betreffende Knabe, ein zwar blutarmes und schwächliches, sonst aber gesundes Kind, hatte am 27. April beim Umhertummeln auf Wiesen grosse Mengen von Sauerampfer genossen. Gegen Abend klagte er über Leibschmerzen und erkrankte sodann an wiederholtem Erbrechen und Durchfall. Bereits am nächsten Tage wurde von dem Hausarzt leichtes Gedunsensein des Gesichtes, Druckempfindlichkeit, namentlich in der rechten Nierengegend und hoher Eiweissgehalt des Harns (12 $^0/_{00}$ nach Esbach) bei unveränderter Körpertemperatur festgestellt. Trotzdem dem Kranken ausser Milchdiät Liquor Kalii acetici, drei Tage später Folia Digitalis und lauwarme Bäder verordnet wurden, sank die Harnmenge von Tag zu Tag und machten sich am 2. Mai die ersten urämischen Erscheinungen in Verschlechterung des Sehvermögens und reichlichem Nasenbluten bemerkbar. Am 3. Mai erbrach der Knabe heftig und wurde bewusstlos. Am 4. Mai kehrte zwar vorübergehend die Besinnung wieder, doch vermochte der Kranke keinen Gegenstand, auch in allernächster Nähe nicht, zu erkennen. Bald trat von Neuem tiefe Bewusstlosigkeit ein und kam es zu Anfällen von klonischen Muskelzuckungen. Abends erfolgte seine Ueberführung in die Klinik. Hier lag der Knabe mit geschlossenen Augenlidern da, athmete tief und stöhnend, oft im Cheyne-Stockes'schen Typus. Die Pupillen waren beiderseits gleichweit, sehr gross, auf Lichtreiz nur sehr träge reagirend. Der Harn war reich an Eiweiss (14 $^0/_{00}$ nach Esbach) und zeigte in seinem Bodensatze zahlreiche rothe Blutkörperchen, welche theils ausgelaugt waren, sparsame mehrkernige Rundzellen und vereinzelte, hier und da in Verfettung begriffene Epithelzellen der Harnkanälchen. An Nierencylindern war das Sediment nicht übermässig reich. Die Zylinder waren nicht körnig, hier und da aus Körnchen und Fädchen von Hämoglobinfarbe zusammengesetzt. Am 6. Mai trat der Exitus ein. Bei der Sektion liess sich die Nierenkapsel beiderseits leicht abziehen; die Oberfläche war glatt und fein injizirt mit einzelnen Blutaustritten. Auf den Schnittflächen erschien die Marksubstanz blutreich, in der Rindensubstanz war die Zeichnung deutlich; Glomeruli traten als kleine graurothe Körnchen erkennbar hervor. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren stellte nur geringe histologische Veränderungen fest. Hier und da stiess man auf kleinere Blutaustritte, die besonders zahlreich nahe der Nierenoberfläche gelegen waren. Verfettungen wurden weder an den Glomerulusschlingen, noch an den Epithelzellen der Harnkanälchen wahrgenommen. An den Gefässschlingen der Glomeruli selbst fiel eine deutliche, wenn auch mässige Wucherung der Endothelien auf.

In den neuesten Lehrbüchern über Vergiftungen wird des Sauerampfers überhaupt keine Erwähnung gethan; nur Kobert weist in seinem Lehrbuch der Intoxikationen auf eine Beobachtung von Suekling (Lancet 1888) hin. Auch Taylor hat in der ersten Auflage seiner Toxikologie 1847 eine Beobachtung von Sauerampfervergiftung erwähnt, welche aber in den späteren Auflagen verschwunden ist. Ob die Seltenheit der Sauerampfervergiftung im Ver-

gleich zu dem verbreiteten Genusse der Pflanze von dem Standort der Pflanze und der Jahreszeit abhängt, indem die Pflanze meist durch einen reichen Gehalt von Oxalsäure und Kali ausgezeichnet ist, wobei die freie Säure bei den trocken wachsenden Ampfern am grössten sein soll, muss dahingestellt bleiben.

Dr. Dütschke-Aurich.

Kindesmord oder fahrlässige Tödtung des Neugeborenen. Von San.-Rath Dr. Chlumsky. Vierteljahrsschrift f. ger. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; III. F., VIII. Bd., 1. H., S. 91, 1899.

Ein unverehelichtes 21jähriges Mädchen, welches verstanden hatte, ihre Schwangerschaft vor den Eltern zu verbergen, wurde des Kindesmordes angeklagt und gab an, sie sei am Morgen der Geburt wegen mehrfachen Erbrechens von der Mutter in's Bett geschickt und habe hier unbeachtet von den Eltern, welche ausser dem Hause beschäftigt waren, einem Knaben das Leben geschenkt, von dem sie nicht wisse, ob er gelebt habe. Unmittelbar darauf sei der Vater in's Zimmer getreten, grade als sie das Neugeborene in ein wollenes Tuch gewickelt habe; sie habe das Kindchen nun schleunigst in den Strohsack gesteckt, wo es blieb, bis der Vater das Zimmer verliess. Als sie es wieder hervorzog, war es todt; sie legte es daher in den Versteck zurück und nahm es erst am nächsten Nachmittag, als sie zur Arbeit ging, mit auf den Kirchhof, wo sie es verscharrte. Zur Beschleunigung der Geburt will sie am Kopfe des Kindes gezogen haben. Die Obduktion ergab an der linken Kinngegend einige ganz geringe Blutunterlaufungen und ferner, dass das Kind reif und lebensfähig war, gelebt und geathmet hatte. An der Kindsleiche befand sich ein 40 cm langer Nabelschnurrest mit ungleichmässiger, gerissener Trennungsfläche, welcher nicht unterbunden war und für eine stumpfe Trennung der Nabelschnur in unmittelbarer Nähe der mütterlichen Geburtstheile sprach. Schliesslich deuteten die Befunde an den inneren Organen darauf hin, dass der Tod durch Erstickung eingetreten war. In einem eingehenden und überaus klaren motivirten Gutachten äusserten sich die Sachverständigen über die Ursache der Erstickung dahin, dass dieselbe die unmittelbare und nothwendige Folge der nach der Geburt mit dem Kinde vorgenommenen Manipulationen (Einwickeln in ein Tuch und Legen unter das Oberbett, sowie weiter Verbergen zwischen Bettstelle und Strohsack) gewesen sei und dass die Möglichkeit nicht ausgsschlossen erscheine, dass das Kind bereits unter dem Oberbett seinen Tod gefunden habe, dass aber die grössere Wahrscheinlichkeit dafür spräche, dass der Tod erst zwischen Bettstelle und Strohsack zu Stande gekommen sei. Die Anklage wurde nur wegen fahrlässiger Tödtung erhoben und die Beschuldigte zu 1 Jahr Gefängniss verurtheilt.

Dr. Ziemke-Berlin.

Das italienische Strafgesetz und die Geschlechtsverbrechen. Von Alfredo Riceforo. Archivio di Psychiatria, scienze penali etc. Vol. XIX.

Verfasser bespricht die verschiedenen mit Körperverletzung, Eigenthumsschädigungen, Injurien etc. verbundenen Ausübungsformen des perversen Geschlechtstriebs in ihren Beziehungen zum italienischen Strafgesetzbuch. Er unterscheidet hierbei den Lustmord, die geschlechtliche Leichenschändung und den gewaltsamen mit Körperverletzung verbundenen Sadismus; zu dem letzteren rechnet er die Paederastie, den mit Injurien verbundenen Sadismus und den Feticismus.

Was den Lustmord im Besonderen anbetrifft, so wird er in Italien als Mord bestraft, obgleich die normalen Voraussetzungen (Raubmord, Mord aus Rache etc) fehlen; denn der Verbrecher handelt hier unter dem Zwange des Geschlechtstriebs. Ihm bietet der Lustmord ein Aequivalent für den ihm fehlenden normalen Geschlechtsgenuss. Solche Verbrecher gehören in eine Irrenanstalt für gemeingefährliche Kranke. Ihre Entlassung dürfte allerdings nur auf Grund gerichtlicher Entscheidung erfolgen, da der Anstaltsarzt eine dem Gesetz genügende Verantwortlichkeit gegenüber der gefährdeten Gesellschaft nicht leisten kann.

Die geschlechtliche Leichenschändung wird nach italienischem Gesetz gleichgestellt der Beraubung einer Leiche.

Bei den Akten des gewaltsamen Sadismus, wo die erregte Person der erregenden Person eine Körperverletzung beibringt und dadurch eine geschlecht-

liche Erregung mit Ejakulation bewirkt, bestraft das italienische Gesetz nur wegen Körperverletzung und manchmal nur auf Antrag des Verletzten. Da hier die Bestrafung häufig nur in einer kurzen Gefängnissstrafe besteht, so kehren diese pathologischen Verbrecher, bei denen von einer Besserung durch eine solche Strafe niemals die Rede sein kann, immer wieder in die bürgerliche Gesellschaft zurück und gefährden oder infiziren dieselbe beständig. Würden solche Verbrecher als Geisteskranke behandelt, so könnte man sie beliebig lang bis zur wirklichen Besserung in einer Irrenanstalt interniren und so dem Anspruch der normalen Gesellschaft auf Schutz vor solchen Individuen in gebührender Weise Genüge thuen.

Die Päderastie, d. h. den geschlechtlichen abnormen Verkehr mit Personen gleichen Geschlechts bestraft das italienische Gesetz nur, wenn minorenne Personen dabei in Frage kommen und begründet dieses damit, dass durch spezielle Gesetzesparagraphen hier nur die öffentliche Aufmerksamkeit auf dieses Laster gerichtet wurde. Auch hier würde die polizeiliche Verweisung in eine Irren- resp. ärztlich geleitete Besserungsanstalt der bürgerlichen Gesellschaft dienlicher sein.

Was die heimlichen, perversen Formen des Geschlechtstriebs betrifft, so schaffen sich manche Individuen dadurch einen Geschlechtsgenuss, dass sie die Kleider einer Dame durch Uriniren etc. beschmutzen. Bei diesem Akte des Sadismus bestraft das italienische Gesetz nur den „animus injurandi".

Bei den Akten des Feticismus, wo das pathologische Individuum sich Kleidungsstücke etc. von Personen des anderen Geschlechtes entweder direkt durch Diebstahl an der erregenden Person oder auch in Magazinen widerrechtlich aneignet und sich nachher im Anschauen, Beriechen etc. derselben geschlechtlich erregt, wird nach italienischem Gesetz wegen Diebstahl bestraft. Bei diesem pathologischem Akt, wo das aktive Individuum durch Verbindung einer verbotenen Handlung mit sinnlichen Vorstellungen sich geschlechtliche Aufregung und die Ejakulation verschafft, würde ebenfalls nur die Irrenanstalt die nöthigen Besserungs- und Erziehungsmittel bieten können.

Es fehlen demnach in der Gesetzgebung für derartige Fälle rationelle, der Gesellschaft und dem Individuum förderliche Grundsätze noch vollständig.

Dr. Oebbecke-Einbeck.

Kasuistische Mittheilungen über pellagröse Geistesstörungen. Von F. Meyer. Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin; III. F., XVIII. Bd., 1. H., 1899.

Geistesstörungen bei dem Pellagra sind keine so seltene Erscheinung, gewöhnlich tragen sie den Charakter der Melancholie, oft gepaart mit halluzinatorischer Verwirrtheit und raptusähnlichen Anfällen, welche durch ihre gemeingefährlichen Tendenzen forensische Bedeutung erlangen können. Verfasser theilt aus seiner Thätigkeit als Gefängnissarzt 3 Fälle von pellagröser Geistesstörung mit, welche zum Theil durch ihnen Verlauf ein besonderes Interesse beanspruchen. Bei zweien dieser Fälle wurden die Gewaltthaten (Erschiessen der Ehefrau, Enthauptung eines 3jährigen Kindes durch den Vater mit einer Gartenhacke) im Zustande völliger Bewusstseinsstörung und ganz impulsiv vollbracht, ohne nachherige Erinnerung an die That. In dem einem Falie konnte durch anamnestische Erhebungen festgestellt werden, dass solche Anfälle mit völligem Erinnerungsdefekt sich schon mehrfach wiederholt hatten, im andern war dies Mangels jeder Anamnese nicht möglich. Diese Zustände glichen vollkommen jenen Dämmerzuständen, welche bei der Epilepsie einen Anfall substituiren können und als epileptische Aequivalente oder psychische Epilepsie aufgefasst werden. Bei dem 3. Fall war die Frage zu entscheiden, ob der bestehende Schwachsinn die Folge des Pellagra oder ab origine vorhanden war. Da die pellagröse Erkrankung sich im Anfangsstadium befand und der Inkulpat keine Zeichen einer Kachexie aufwies, konnte ein Zusammenhang der Imbezillität mit dem Pellagra ausgeschlossen werden; denn hochgradige intellektuelle Defekte solcher Kranken gehören dem Endstadium an, in welchem ein kachektischer Verfall des gesammten Organismus eintritt.

Dr. Ziemke-Berlin.

Wird bei jungen Unverheiratheten zur Zeit der Menstruation stärkere sexuelle Erregtheit beobachtet. Von San.-Rath Dr. Schröter in Eichberg i. Rheingau. Allg. Zeitschr. f. Psych.; 56. Bd., 3. H.; 1899.

Eine 17jährige Geisteskranke war von mehreren jungen Burschen gemissbraucht worden. Vor dem Schwurgericht wurde den Sachverständigen u. A. die Frage vorgelegt, ob bei jungen Mädchen zur Zeit der Periode eine besonders starke sexuelle Erregung auftrete. Sch. untersuchte das ganze ihm zu Gebote stehende Material: 166 Verheirathete, 236 Unverheirathete nach dieser Richtung. Nicht selten stellt sich z. Z. der Katamenien eine erhöhte psychische Erregung ein, die mit sexueller verbunden sein, jedoch auch letztere vortäuschen kann. Andererseits nehmen verstärktes Auftreten von Halluzinationen und Wahnideen einzelne Kranke dermassen in Anspruch, dass sie auf die geschlechtlichen Vorgänge ihres Körpers in keiner Weise achten. Es fand sich erhöhte sexuelle Erregung bei 141 Patientinnen (46 Verheiratheten, 95 Unverheiratheten). Unter 28 Kranken, die im Alter bis zu 20 Jahren standen, zeigten 20 vermehrte Erregung, 18 von diesen litten an einfacher Psychose, 7 an Imbezillität. Im Alter von 20—30 Jahren standen 117 Kranke, von denen 33 das betreffende Symptom darboten. Unter diesen waren 17 einfache Psychosen, 2 Epileptische, 12 Imbezille. Die Altersstufe vom 30.—40. Jahre ergab 65 sexuelle erregte Patientinnen unter 157 des Bestandes, während diejenige über das 40. Jahr bei 100 Kranken 33 zählen liess. Sch. zieht aus seinen Untersuchungen folgende nicht unwichtige Schlüsse: 1) Zur Zeit der Periode besteht besonders bei jüngeren Mädchen eine erhöhte sexuelle Erregung. 2) In Bezug auf die Krankheitsform stehen Imbezille mässigen Grades an erster Stelle, demnächst kommen maniakalische Aufregungszustände, während bei Hysterischen die sexuelle Erregung mehr von äusseren, gelegentlichen Momenten abhängig erscheint. Schliesslich meint der Verfasser, dass Mädchen höherer Gesellschaftsklassen auch im geisteskranken Zustande viel seltener geschlechtliche Erregung erkennen lassen, als solche der unteren. Dr. Pollitz-Brieg.

Alkohol und Epilepsie. Von Dr. Bratz, I. Assistenzarzt der Anstalt Wuhlgarten bei Berlin. Allg. Zeitschr. f. Psych.; 56. Bd., 3. H.; 1899.

Ein Theil der Autoren betrachtet die Alkoholepilepsie als eine Form der genuinen Epilepsie, bei der dem Alkohol die sekundäre Rolle eines auslösenden Momentes zukomme; ein anderer Theil betrachtet sie als eine Form des chronischen Alkoholismus, die nach Verlauf und Symptomen von der genuinen Epilepsie zu trennen sei. B.'s erneute, höchst eingehende Untersuchungen stützen sich auf das grosse Material der Berliner Epileptiker-Anstalt Wuhlgarten und umfassen etwa 200 Fälle. Charakteristisch für den Alkoholepileptiker ist das Aufhören der Anfälle, sobald der Alkohol entzogen wird und ihr Wiederauftreten, wenn wieder getrunken wird, ferner ein nur geringer Grad intellektuellen Verfalls. Auch psychische Störungen, äquivalente Verwirrtheitszustände u. s. w. werden in der Abstinenz bei dem Alkoholepileptiker nicht beobachtet, dagegen kommen nicht selten Attacken hysteriformer Natur zur Beobachtung. Ein Theil der Kranken hatte bereits in den Kinderjahren vereinzelte Krampf- und Schwindelanfälle, während eine zweite Gruppe, wie B. durch eine Reihe kurz skizzirter Krankengeschichten darthut, an Neuropathien oder geistiger Schwäche vor Ausbruch der Epilepsie litt. Eine dritte Gruppe bietet keinerlei Abnormitäten auf nervösem Gebiete; bei ihr tritt auch am schnellsten in der Abstinenz die Besserung ein. Dagegen ist die hereditäre Belastung allen Gruppen gemeinsam und war in 55 Fällen 44 mal nachzuweisen, 16 mal war Trunkensucht des Vaters zu konstatiren. Von intravitalen Schädigungen wird der Rachitis mit 14 Fällen gedacht, der überhaupt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für das spätere Auftreten der verschiedenen Formen von Epilepsie zukommt. — Der Alkoholmissbrauch beginnt schon im jugendlichen Alter, nach Ablauf der Schul- und Lehrzeit; bemerkenswerth ist der starke Trieb zum Alkoholismus bei solchen Individuen, der auch nach längerer Abstinenz und trotz aller guter Vorsätze sich stets wieder geltend macht. Von geringer Bedeutung ist die Art der Spirituosen, wichtiger die Menge und Regelmässigkeit des Konsums. Stets bietet der Kranke neben den Anfällen noch andere — z. Th. bald verschwindende — Symptome des Alkoholismus, wie Tremor der Hände fibrilläre Zuckungen im Gesichte, Sensibilitätsstörungen, besonders Hypästhesie

und Hypalgesie, ferner Sehnervenveränderungen, die in beginnender Atrophie der Sehnerven bestehen. Auf psychischem Gebiete bleibt dauernd eine gewisse ethische Abstumpfung, Energielosigkeit, Gedächtnisschwäche und eine leichte Reizbarkeit. Ein eigentlich psychischer Rückgang macht sich während der Anstaltsabstinenz nicht bemerkbar. Nach der Entlassung wendet sich der Kranke sofort wieder dem Alkohol zu, gegen den er sich nunmehr progressiv intolerant erweist. Nicht selten stellen sich pathologische Rauschzustände ein, die zu schweren Erregungsanfällen führen; mit Eintritt der Ernüchterung besteht partielle oder totale Amnesie für das Vorgefallene. — Die Krampfanfälle selbst bieten nichts Charakteristisches, eine Aura geht des öfteren voran; Anfälle von petit mal sind dagegen selten, hysterische Züge sind den Anfällen gewöhnlich beigemischt. Am wichtigsten ist jedoch das Aufhören der Anfälle nach 8—14tägiger absoluter Abstinenz: nach dieser Zeit sah Br. niemals einen Anfall auftreten. In einem nahen Konnex mit der Alkohol-Epilepsie steht das Delirium tremens, das bei 50 % der Br.'schen Kranken vorher bereits aufgetreten war, während anderseits reichlich $^1/_3$ aller Deliranten an Krämpfen leidet; auffallend selten stellen sich dagegen bei beiden Krankheitsformen chronische Geistesstörungen ein. Nach der pathogenetischen Seite gelangt der Verfasser, indem er darauf hinweist, dass die Alkoholepilepsie den Trink-Exzessen sehr früh folgt, also eine Früherkrankung ist, zu der Auffassung, dass die Krankheit nicht auf Arteriosklerose, die sich erst in wesentlich späterem Alter einstelle, zurückzuführen sei, sondern in einer leicht reparablen toxischen Schädigung der Gehirnsubstanz ihre Erklärung finde. Alkoholepilepsie und Delirium tremens sind daher zwei nahe verwandte Krankheitsformen des chronischen Alkoholismus, und zwar sowohl in klinischer, wie ätiologischer und pathologischer Hinsicht. Diese Fälle sind also vollkommen von der genuinen Epilepsie zu trennen. Daneben kommen jedoch auch Fälle von Epilepsie bei notorischen Trinkern im späteren Alter zur Beobachtuug, die sich in keiner Weise hinsichtlich des Verlaufs uud der Prognose von der genuinen scheiden lassen; diese Form, von Jolly als „habituelle Epilepsie der Trinker" bezeichnet, ist, wie eine Reihe Obduktionen erwiesen hat, auf Arteriosklerose der feinen Hirngefässe zurückzuführen; sie ist im Allgemeinen recht selten. Ein Uebergang der Alkoholepilepsie in habituelle ist niemals beobachtet worden. Bekanntlich kommen Alkoholepileptiker nicht selten mit den Gesetzen in Konflikt; der Verfasser ist geneigt, unter Berücksichtigung des Einzelfalles, „auch den ruhigen und relativ intelligenten Anstaltspfleglingen den Schutz des §. 51 zuzubilligen". Ders.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Fall von doppelseitiger, eitriger Brustfellentzündung und eitriger Bauchfellentzündung, wobei die letztere Erkrankung sowohl als die ursprüngliche, wie auch als die todtbringende angesehen und in ursächlichen Zusammenhang mit einem Unfall (Schlag vom Treibriemen einer Maschine gegen den Unterleib) gebracht worden ist. Obergutachten des Prof. Dr. Renvers in Moabit vom 24. Januar 1899. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1899, Nr. 8.

Der 37jährige Maschinenführer und Müller Br. hat laut Akten des Kreisausschusses B. vom 5. bis 9. Oktober 1897 beim Siedemachen und Krautholen auf dem Dominium L. gearbeitet. Am Abend des 9. Oktober desselben Jahres hat er noch für seine Familie Kraut gehobelt und in Fässern nach dem Boden getragen, wobei er den Weg dorthin etwa vier Mal zurückgelegt haben soll.

Seine Ehefrau giebt an, dass ihr Mann am 5. Oktober in Gegenwart von Zeugen über einen erlittenen Unfall geklagt habe, der durch den Treibriemen der Maschine verursacht worden sein soll. Das Kindermädchen H. bestätigt die Aussagen der Ehefrau und bekundet, „Br. habe gesagt, er sei vom Riemen der Maschine geschlagen worden, dass er sich wie ein Frosch gestreckt habe", auch soll er über Seitenschmerzen an diesem Tage (dem 5.) geklagt haben. Dem Kutscher Ba. hat Br. geklagt, „es sei ihm etwas passirt, er werde nicht mehr alt werden".

Am 9. Oktober Abends bricht Br. bei der Arbeit zusammen, klagt über Schmerzen im Leibe und sein Mitarbeiter Ho. theilt der Frau mit, dass ihr Mann schwer krank werde. Nachdem Dr. H. den Patienten mit Umschlägen

und Tropfen bis zum 12. Oktober behandelt, wird Patient in das Hospital der barmherzigen Brüder in B. aufgenommen und dort von Dr. C. offenbar auf Grund der Aussagen des Kranken als ein Unfallkranker behandelt, denn laut Todesattest vom 18. Oktober 1897 ergab die Untersuchung „doppelseitige Lungenentzündung und Nierenquetschung". Diese Diagnose wird erst nach der Obduktion des am 16. Oktober gestorbenen Patienten in dem Attest Blatt 9 der Unfallakten vom 3. November 1897 geändert.

Diese Thatsache ist von Wichtigkeit, weil die falsche Diagnose einer „Nierenquetschung" offenbar in Folge der Aussagen des Br. über die erlittene Verletzung entstanden ist. Der Zimmergenosse des Br. im Spital, Karl Kl., giebt Blatt 25 v der Reichs-Versicherungsakten ausdrücklich an, der sterbende Br. habe ihm auf sein Befragen erzählt, er sei vom Riemen der Dreschmaschine gefasst und von der Leiter heruntergeworfen worden.

Die Thatsache, dass Br. einen Unfall an der Dreschmaschine erlitten habe, ist nach den Vorgängen und den Zeugenaussagen mindestens wahrscheinlich.

Bei der Beurtheilung des etwaigen Zusammenhanges dieses Unfalls vom 5. Oktober mit der am 9. in die Erscheinung tretenden Erkrankung ist vor Allem eine Aufklärung bezüglich der zum Tode führenden Krankheit wichtig.

Nach den Aussagen des behandelnden Arztes Dr. H. vom 10. November hat derselbe eine Unterleibsentzündung in Folge schweren Hebens angenommen, scheint diese Diagnose aber offenbar nicht dem Kranken zur Orientirung der Aerzte in B. mitgegeben zu haben, denn im Spital wurde der Fall zunächst nur als eine Nierenquetschung und Lungenentzündung aufgefasst.

Die Obduktion ergab nun eine doppelseitige Brustfellentzündung. Dr. C. glaubt die Brustfellentzündung als die primäre Erkrankung auffassen zu müssen und erklärt die Bauchfellentzündung als eine fortgeleitete sekundäre Infektion. Diese Auffassung ist sowohl nach dem Ergebniss der Obduktion, als auch nach den klinischen Erfahrungen nicht haltbar. Die wichtigsten Veränderungen fanden sich bei der Obduktion in der Bauchhöhle, in der etwa ein Liter schmutziger Eiter enthalten war, während in dem Brustfellraum eine fibrinös-eitrige Auflagerung auf dem Brustfell nachzuweisen war. Damit stimmt auch die Erfahrung überein, dass eine eitrige Bauchfellentzündung sich oft auf die Brusthöhle fortpflanzt, während das Umgekehrte nur äusserst selten stattfindet.

Nach dem Untersuchungsergebniss des behandelnden Arztes und aus dem Obduktionsbericht geht hervor, dass Br. an einer eitrigen Bauchfellentzündung erkrankt gewesen ist, die eine allgemeine Blutvergiftung und dann eine eitrige Brustfellentzündung sekundär hervorrief.

Diese Thatsache ist insofern wichtig, als eine primäre eitrige, in wenigen Tagen zu Tode verlaufende doppelseitige Brustfellentzündung wohl kaum durch das angeblich erlittene Trauma zu erklären ist, während eine eitrige Bauchfellentzündung sehr oft sich selbst an ein geringfügiges Trauma des Leibes anschliesst.

Nehmen wir nach obigen Erörterungen eine eitrige Bauchfellentzündung als die Grunderkrankung des Br. an, so bleibt die Frage zu erörtern: war der Unfall vom 5. Oktober geeignet, eine solche Erkrankung herbeizuführen, oder war das Heben und Tragen der Körbe mit gehobeltem Kraut am Abend des 9. Oktober die Veranlassung zum Ausbruch der Erkrankung?

Die häufigste Ursache zu eitriger Bauchfellentzündung sind Erkrankungen des Blinddarms und in zweiter Reihe geschwürige Prozesse im Darm, die in die Bauchhöhle durchbrechen. Die Obduktion ergab, wie ausdrücklich hervorgehoben ist, keine Darmzerreissung und offenbar auch keine Anhaltspunkte für geschwürige Prozesse im Magen und Darmkanal. Der häufigste Ausgangspunkt eitriger Bauchfellentzündungen wird aber im Obduktionsbericht nicht erwähnt und ist offenbar nicht untersucht, nämlich der Wurmfortsatz am Blinddarm. Der ganze Verlauf der Erkrankung und der Ausgang, namentlich auch die Ansammlung des Eiters im Douglas'schen Raume, nahe dem Blinddarm spricht aber dafür, dass der Wurmfortsatz wahrscheinlich der Ausgangspunkt gewesen ist. Ohne diese Annahme bleibt trotz der Obduktion die Erkrankung des Br. ärztlich unverständlich; denn ohne Ursache entsteht bei einem gesunden kräftigen Arbeiter selbst nach einem Trauma weder eine eitrige Brustfellentzündung, noch eine schwere septische Bauchfellerkrankung. Die Annahme einer vom Wurmfortsatz ausgegangenen Sepsis erklärt aber nicht nur die Erkrankung und den

Obduktionsbefund, sondern auch den Zusammenhang der Erkrankung mit dem erlittenen Trauma.

Eine Erkrankung des Wurmfortsatzes kann lange ohne Symptome verlaufen, bis eine oft leichte Dehnung im Leibe, ein Sprung oder Druck gegen den Leib den ersten Anstoss zunächst zu einer Reizung der Umgebung des Blinddarmes giebt, die dann plötzlich oft in Folge des Hebens einer schweren Last durch Perforation der erkrankten Stelle und Eintritt einer minimalen Menge septischen Eiters in die Bauchhöhle zum Ausbruch einer eitrigen Bauchfellentzündung führt. Als am 5. Oktober laut Zeugenaussagen Br. sich in Folge des Unfalles „wie ein Frosch streckte", kann die erste Reizung des latent kranken Wurmfortsatzes stattgefunden haben, wofür nicht nur die Aussagen gegen seine Ehefrau am 5. Abends sprechen, sondern auch die Bemerkung des Mitarbeiters K., Blatt 4 der Unfallakten heranzuziehen sind, dahingehend: Br. sei „zwar beim Siedemachen ein paar Mal ausgetreten, er (der Zeuge) habe jedoch nicht darauf geachtet, da er nicht geglaubt habe, dass es von Bedeutung sei."

Eine solche Reizung, die mit kolikartigen Schmerzen verbunden zu sein pflegt, kann nach einigen Stunden wieder symptomlos sein, und es steht nach ärztlichen Erfahrungen der Annahme nichts im Wege, dass Br. noch bis zum 9. Abends weiter arbeitete. Sehr wahrscheinlich ist es, dass am Abend des 9. beim Tragen der gehobelten Krautmassen eine weitere Schädigung des bereits erkrankten Blinddarms eintrat und nun die Bauchfellentzündung veranlasste, die den Tod herbeiführte.

Die nach dem Obduktionsergebniss unhaltbare Auffassung der Erkrankung seitens des Dr. C. ist die Veranlassung gewesen zu dem in seinen Schlussfolgerungen durchaus berechtigten Gegengutachten des Dr. B., welcher eine traumatische Brustfellentzündung als Ausgangspunkt der Erkrankung und den daran geknüpften ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall mit Recht zurückweist.

Nach obigen Erörterungen gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass Br. einer eitrigen Bauchfellentzündung erlegen ist, deren Entstehung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einem am 5. Oktober 1897 erlittenen Unfall in Zusammenhang gebracht werden muss.

Das vorstehende Obergutachten hat dem Rekursgericht die Ueberzeugung verschafft, dass die Bauchfellentzündung und mithin auch der in Folge derselben eingetretene Tod des Br. durch den von ihm am 5. Oktober 1897 erlittenen Betriebsunfall verursacht worden ist. Demgemäss ist die beklagte Berufsgenossenschaft unter Aufhebung der auf abweichenden ärztlichen Begutachtungen beruhenden Vorentscheidungen verurtheilt worden, die Hinterbliebenen des Br. gemäss §. 7 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes zu entschädigen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen der Betriebsthätigkeit (Heben schwerer Bordsteine) und einem tödtlich verlaufenen Darmdurchbruch, veranlasst durch einen Gallen- und einen Kothstein. Obergutachten des Prof. Dr. v. Bramann in Halle a. S. vom 13. April 1898. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1899, Nr. 8.

Am 15. August 1894 starb in der Königlichen chirurgischen Klinik der Steinsetzer Hermann S. aus T. Er war plötzlich mit Leibschmerzen und darauf folgendem Erbrechen erkrankt und schrieb die Schuld der Erkrankung dem Anheben von Trottoirplatten am 27. Juli 1894 zu.

Am 12. August 1894 wurde S. in die Klinik eingeliefert unter deutlichen Zeichen einer allgemeinen Bauchfellentzündung bei einem so geschwächten Allgemeinzustand, dass von einer Operation abgesehen werden musste. Drei Tage später starb S. Die Sektion ergab eine Bauchfellentzündung und als deren Ursache einen Gallen- und einen Kothstein, die den Darm in der Gegend des Wurmfortsatzes durchbrochen hatten.

Die Frage des Zusammenhanges zwischen dem Heben der Bordsteine und dem Tode des S. muss dahin beantwortet werden, dass selbstverständlich die Steine zur Zeit des Unfalls bereits im Darm lagen und auch in der Nähe der Stelle, wo sie durch den Darm durchbrachen.

Es lagen nunmehr zwei Möglichkeiten vor. Entweder passirten die Steine,

ohne Schaden anzurichten, die weiteren Darmabschnitte, oder sie gelangten in den Wurmfortsatz und keilten sich in demselben fest. Nehmen wir an, dass das letztere bereits vor dem Unfall eingetreten war, und dass die Steine auch bereits eine geringe Entzündung des Blinddarms bewirkt hatten. Ohne den Unfall wären die Erscheinungen dann nicht derartig verhängnissvolle gewesen, es hätten sich in der Umgebung der Entzündungsstelle allmählich Verwachsungen gebildet, welche das Bauchfell vor einer Infektion bei einem etwaigen Durchbruch der Steine geschützt hätten, und das Leben des Patienten wäre zu retten gewesen. Diese Selbsthülfe der Natur machte der Unfall unmöglich. Bei der Anstrengung wurde die Bauchpresse stark in Anwendung gebracht, übte einen erheblichen Druck auf die Eingeweide aus und trieb die Steine, welche an der Stelle, wo sie lagen, bereits eine Verdünnung der Darmwand bewirkt haben mögen, durch letztere hindurch, da noch keine schützenden Verwachsungen bestanden. Dadurch trat sofort eine allgemeine Entzündung des ungeschützten Bauchfells ein, womit eine Rettung des Lebens so gut wie ausgeschlossen war.

Dass die Steine durch den Wurmfortsatz getrieben wurden, ergiebt die durch die Sektion festgestellte Thatsache, dass der Dickdarm an der Abgangsstelle des Wurms ein Loch zeigte, und der Rest des Wurmfortsatzes in Eiter aufgelöst war.

Ich fasse also mein Urtheil dahin zusammen:

Angenommen, die Steine lagen bereits vor dem Unfall im Wurmfortsatz, angenommen auch, sie hätten bereits eine Entzündung bewirkt, so wäre das Leben des S. zu retten gewesen, wenn nicht der Unfall zu einer Zeit passirte, als das Bauchfell durch Verwachsungen noch nicht geschützt war. Nun bewirkte die Anstrengung beim Heben der Bordsteine einen plötzlichen Durchbruch der Darmwand und dadurch eine Entzündung des ganzen Bauchfells, welche den Tod zur Folge haben musste. Mithin muss ich den Unfall für eine wesentlich mitwirkende Ursache für den Tod des S. ansehen.

Das Reichs-Versicherungsamt hat aus dem vorstehenden Obergutachten den Schluss gezogen, dass das Anheben schwerer Steinplatten am 27. Juli 1894 unmittelbar eine körperliche Schädigung bei S. hervorgerufen habe, und dass dieser „Unfall", der sich bei dem Betriebe ereignet habe, die wesentlich mitwirkende Ursache des Todes gewesen sei. Es ist deshalb der Anspruch der Hinterbliebenen für begründet erachtet, und der Rekurs der beklagten Berufsgenossenschaft gegen das sie zur Entschädigungsleistung verurtheilende schiedsgerichtliche Erkenntniss zurückgewiesen worden.

Ueber die sogenannte Rückenmarks-Erschütterung. Mittheilung aus dem Institut zur Behandlung von Unfallverletzter bei Berufsgenossenschaften zu Breslau. Von Dr. Stolper in Breslau. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1899, Nr. 15.

Die naheliegende Analogie mit der Gehirnerschütterung hat nach Stolper's Ansicht offenbar zu dem unerwiesenen Dogma der Rückenmarkserschütterung geführt, die in der wissenschaftlichen Sprache noch ganz allgemein Verwendung findet gegenüber einer Summe von mehr oder weniger analysirbaren, nach einer heftigen, plötzlichen Gewalteinwirkung gegen den Rumpf, vornehmlich gegen dessen Dorsalseite, sich einstellenden Symptomen. Verfasser betont mit Recht, dass man sich gegenüber dieser Diagnose recht kritisch verhalten sollte; denn bei genauer Untersuchung werde man fast stets in der Lage sein, die als „Rückenmarkserschütterung" angesehenen Fälle in anderer und zutreffenderer Weise zu erklären und zwar entweder als Fälle mit Symptomen grobanatomischer Quetschungs- oder Zerrungsläsion des Marks bezw. der Wirbelsäule, oder aber als Fälle, bei denen eine Affektion der Psyche zur Erklärung der subjektiven Beschwerden und der ganzen objektiven Symptome herangezogen werden muss. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht werden von Stolper einige charakteristische Beispiele aus der Praxis angeführt, bei denen statt der ursprünglich angenommenen „Rückenmarkserschütterung" durch sorgfältige Beobachtung und Funktionsprüfung eine anatomische Diagnose (äusserlich sich nicht bemerkbar machende, durch Röntgenaufnahme festgestellte Kompressionsfraktur des XI. Brustwirbelkörpers mit totaler Querschnittsläsion des Rückenmarks; Zusammenstauchung der Wirbelsäule mit Kompressionsfraktur

einiger Lendenwirbel, Zerrung der Lendenmuskulatur) gestellt werden konnte. Häufig werden auch nach Verletzungen, die in der Unfallanzeige als „Rückenmarkserschütterungen“ bezeichnet werden, Hysterie und Neurasthenie gefunden, funktionelle Nervenerkrankungen, die mit dem Rückenmark nichts zu thun haben, sondern auf Veränderungen der Psyche beruhen. Der Nachweis einer solchen irrthümlich für eine spinale Sensibilitätsstörung gehaltenen traumatischen Hysterie oder Neurasthenie ist nicht immer leicht. Es handelt sich hier meist um Fälle, die mit starkem Schreck, mit einem psychischen Trauma einhergehen; häufig besteht bei dem Verletzten schon vor dem Unfall eine gewisse Disposition zur Hysterie oder Neurasthenie, manchmal haben auch derartige Krankheitserscheinungen in geringem Grade vor dem Unfall bestanden und sind durch diesen verschlimmert. Bekanntlich bedingt aber auch die Verschlimmerung eines bestehenden Leidens durch einen Unfall die Verpflichtung zur Entschädigung. Der Forderung Stolper's mit der bequemen Diagnose „Rückenmarkserschütterung“ zu brechen und auf diesem Gebiete kritischer vorzugehen, kann man nur beistimmen. Rpd.

Erwerbsverminderung liegt nicht vor bei Steifheit und Beugestellung des vordersten Gliedes des rechten Zeigefingers. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 4. April 1899.

Der Kläger hat durch den Unfall eine Verletzung des Zeigefingers der rechten Hand erlitten. Das vorderste Glied des Fingers steht in halber Beugestellung steif und kann bei der Faustbildung nicht völlig in die Hand eingeschlagen werden. Sonstige Unfallsfolgen fehlen; namentlich besteht keine Entzündung oder Empfindlichkeit des Fingers und der darauf befindlichen Narbe und keine Abnahme der Kraft. Bei diesem aus den Attesten der Sachverständigen sich ergebenden, durch die Augenscheinnahme bestätigten Sachverhalt kann der Ansicht des Schiedsgerichts, dass eine messbare Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch den Unfall nicht bedingt werde, nicht entgegengetreten werden. Es liegt nichts weiter vor als eine Beeinträchtigung der Streck- und Beugungsfähigkeit des vordersten Gliedes des rechten Zeigefingers; derartige geringfügige Abweichungen von der Norm sind nicht geeignet, eine nennenswerthe Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten auf dem gesammten Gebiete des wirthschaftlichen Lebens herbeizuführen; sie stellen einen wirthschaftlichen Schaden, der einen Ausgleich durch Zubilligung einer Rente erfordert, nicht dar. Kompass; 1899, Nr. 17.

Grad der Erwerbsverminderung bei einem Brustbeinbruch. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 31. Mai 1899.

Nach dem Obergutachten des Prof. Dr. B. zeigt das Aussehen des M. venöse Gefässüberfüllung; Ohren, Nase und Lippen sind bläulich. Beim Betrachten des Brustkorbes fällt eine erhebliche Abflachung der rechten Brustseite auf; diese ist bei der Athmung fast völlig ausser Funktion gesetzt. Die Untersuchung der Lungen ergiebt eine Dämpfung über der ganzen vorderen Thoraxhälfte. Beim Athmen sind bronchitische Geräusche zu hören. Bei Druck auf das untere vorspringende Brustbeinfragment wird der Puls ungleichmässig unter gleichzeitiger Auslösung von Hustenreiz. Die Leber ist stark vergrössert. Tuberkelbazillen sind im Sputum nicht aufzufinden. Die allgemeinen Störungen sind so hochgradig, dass von einer Erwerbsfähigkeit des M. nicht wohl mehr gesprochen werden kann, da schon ein einfaches Herumgehen für wenige Minuten genügt, eine stärkere Cyanose (blaues Aussehen) und Beschleunigung der Athemnoth und Pulsfrequenz hervorzurufen; auch sitzende Beschäftigung ist bei dem Zustande des Patienten unangebracht. Es steht fest, dass nur eine schwere Gewalteinwirkung zu einen Querbruch des federndern Brustbeins bei einem kräftigen jungen Mann führen konnte; sicher hat auch eine Kompression der Brusteingeweide stattgefunden. M. hat nach der Rentenfestsetzung vom Jahre 1894 bis gegen Ende 1897 noch einen relativ hohen Verdienst erworben und gearbeitet, bis es die eingetretene Verschlimmerung unmöglich machte. M. erscheint dauernd vollständig erwerbsunfähig als Folge des Unfalls. Prof. S. L. ist nach wiederholter Untersuchung zu derselben Ansicht gelangt .... Durch das eingehende, auf Grund mehrtägiger Beobachtung des Klagers er-

stattete Gutachten des Prof. Dr. B. ist darnach erwiesen, dass in dem Zustande des Klägers, soweit es sich als die Folgen des Unfalles vom 16. April 1891 darstellt, eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten und der Kläger nunmehr in Folge des Unfalles völlig erwerbsunfähig ist. Das schiedsgerichtliche Urtheil, welches dem Kläger eine Rente von 85 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zuspricht, giebt also der Berufsgenossenschaft zur Beschwerde keinen Anlass. Aerztliche Sachverständigen-Ztg.; 1899, Nr. 17.

Versagung einer Rente, wenn die Sehschärfe eines Auges ohne Glas 20/70, mit Brille 20/30 beträgt. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. April 1899.

Nach §. 5 des Unfallversicherungsgesetzes ist der Ersatz des in Folge des Unfalles entstandenen Schadens nach dem Masse der verbliebenen Erwerbsfähigkeit zu bemessen. Die Erwerbsfähigkeit aber ist nach der feststehenden Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts die Möglichkeit, für den Verletzten nach seinen gesammten Fähigkeiten und Anlagen auf dem wirthschaftlichen Gebiete — dieses im Ganzen genommen — Verdienst zu erlangen. Diese Erwerbsfähigkeit ist bei dem Kläger vom Ablaufe der Wartezeit an nicht mehr in nennenswerthem Grade beschränkt gewesen. Schon Dr. P. in D. giebt in seinem Gutachten vom 27. April 1897 die Sehschärfe des verletzten rechten Auges des Klägers ohne Glas auf 4/35, mit Brille auf 4/15 an und stellt weiter fest, dass der gemeinschaftliche Sehakt und das Tiefenschätzungsvermögen durchaus normal waren und das Auge nur noch etwas Licht- und luftscheu sich verhielt. In Bezug auf diese Empfindlichkeit, die nur genire, nicht störe, und auch in Bezug auf die Sehschärfe stellte Dr. P. baldige Besserung in Aussicht. Diese Besserung ist dann auch nach dem Gutachten des Geheimen Medizinalraths Professors Dr. S. in B. vom 11. November 1898 eingetreten. Nach diesem Gutachten war jede Empfindlichkeit des Auges geschwunden und hatte sich dessen Sehschärfe ohne Glas auf 20/70, mit Brille auf 20/30 erhöht. Nach dem Befunde beider Aerzte ist das linke Auge im Besitz der vollen Sehschärfe. Beide sind auch darin einig, dass der Kläger seit dem Ablaufe der Wartezeit in seiner Erwerbsfähigkeit keine Einbusse gehabt hat. Dr. S. erkennt den einzigen Nachtheil für den Kläger darin, dass er, um fast ebensogut wie früher zu sehen, eine Brille tragen müsse, wofür eine gewisse Gewöhnung erforderlich sei. Der Kläger hat aber in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichs-Versicherungsamt selbst erklärt, dass er eine Brille bei der Arbeit nicht trage, trotzdem hat er sich aber als weniger erwerbsfähig wie vor dem Unfalle nicht erwiesen. Denn die von der Arbeitgeberin des Klägers vorgelegte Zusammenstellung ergiebt, dass er bereits in der Zeit vom 3. bis 30. März 1898 an vierundzwanzig Arbeitstagen einen täglichen Durchschnittsverdienst von 5 M. 80. Pf. gehabt hat, während er im Jahre vor dem Unfalle nur einen Verdienst von durchschnittlich 4 M. 87 Pf. täglich gehabt hat. Bei diesem, in seinen Unterlagen durchaus bedenkenfreien Sachverhalte konnte das Rekursgericht nicht anerkennen, dass der Kläger in Folge des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit in irgendwie nennenswerthem Grade beschränkt ist. Das Schiedsgericht giebt zwar auch zu, dass eine unmittelbare Einbusse an Verdienst bei dem Kläger nicht vorliegt. Es nimmt aber trotzdem eine „Beschränkung der allgemeinen Erwerbsfähigkeit des Verletzten“ an und begründet dies damit, dass der Kläger, wenn er in Zukunft durch ein nicht als Unfall sich darstellendes Ereigniss das gesunde Auge verlöre, dann in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich mehr herabgesetzt sei, als wenn er den Unfall zurückgreifen und dieserhalb eine Rente beanspruchen könne. Ob diese Voraussetzungen des Schiedsgerichts thatsächlich einmal sich erfüllen werden, kann das Rekursgericht heute nicht beschäftigen, da der Kläger auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes nur eine Entschädigung für den auf den Unfall zurückführenden thatsächlich vorhandenen Ausfall seiner Erwerbsfähigkeit beanspruchen kann. Die Rente im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes ist keine Risikoprämie, die als Ausgleich für die Gefahr möglicher künftiger Einbusse an der Erwerbsfähigkeit geleistet wird, sondern eine Entschädigung für einen thatsächlich eingetretenen Verlust an Erwerbsfähigkeit. Eine solche Einbusse an der Erwerbsfähigkeit liegt aber, wie vorher dargelegt ist, nicht vor. Auch der Hinweis des Schiedsgerichts auf die Rechtsprechung des Reichs-Versicherungs-

amts in den Fällen des völligen Verlustes eines Auges durch einen Unfall ist nicht zutreffend. Denn die in Fällen dieser Art vom Reichs-Versicherungsamt zugesprochene Rente ist nicht gewährt und nicht bemessen worden wegen und nach der grösseren Gefahr der späteren völligen Erblindung in Folge etwaigen Verlustes des zweiten Auges durch ein selbständiges Ereigniss, sondern es war dabei entscheidend der Umstand, dass schon der Verlust des einen Auges ohne Weiteres den davon Betroffenen in seiner zeitigen Erwerbsfähigkeit im Vergleiche zu derjenigen vor diesem Verluste erheblich herabsetzt. Hiernach war der Anspruch des Klägers unbegründet und rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung. Ibidem Nr. 16.

Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des §. 33 Abs. 1 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes ist nicht anzunehmen, so lange der bisher Erwerbsunfähige noch der Schonung bedarf und die Wiederaufnahme der Arbeit seine Gesundheit gefährden könnte. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 21. Februar 1899.

Nach dem ärztlichen Gutachten des Dr. G. vom 9. Mai 1898 ist für die Klägerin noch Enthaltung von der Arbeit geboten, um zu verhüten, dass sie nicht wieder erwerbsunfähig wird. Solche Zeiten der Schonung sind, wie das Reichs-Versicherungsamt bereits wiederholt entschieden hat, einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit gleich zu achten. Dieser Grundsatz trifft auch zu für den hier vorliegenden Fall des §. 33 Abs. 1 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes. Ein Rentenempfänger hört nicht schon dann auf, erwerbsunfähig zu sein, wenn er zwar an sich schon wieder im Stande ist durch Lohnarbeit den gesetzlichen Mindestverdienst zu erreichen, aber Gefahr läuft, durch Verrichtung der Arbeit seine Erwerbsfähigkeit wieder zu verlieren, er also, um dieses zu vermeiden, die Wiederaufnahme der vollen Arbeit einstweilen unterlassen oder sich doch Schonung auferlegen und bis zur Wiedergewöhnung an die Arbeit und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in der Bethätigung seiner Arbeitskraft angemessen beschränken muss. Erst wenn die Kräftigung so weite Fortschritte gemacht hat, dass eine Verschlimmerung des Zustandes durch Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht mehr zu besorgen ist, erscheint die Annahme begründet, welche die Anwendung des §. 33 Abs. 1 a. a. O. rechtfertigt, dass der Rentenempfänger nicht mehr dauernd erwerbsunfähig sei.

Diese Grundsätze entsprechen auch den Gesichtspunkten, von denen auf dem verwandten Gebiete der Unfallversicherung das Reichsversicherungsamt sich bei der Auslegung und Ausgestaltung der §§. 65 und 7 des Unfallversicherungsgesetzes hat leiten lassen.

Mängel beim Renten-Feststellungsverfahren (Ueberweisung von Unfallkranken in Krankenhäuser; Rentenerhöhungsanträge der Verletzten). Rundschreiben des Reichsversicherungsamts an die Berufsgenossenschaften und die Schiedsgerichte vom 30. März 1899.[1])

. . . 6. Es ist neuerdings mehrfach die Beobachtung gemacht worden, dass einzelne Berufsgenossenschaften noch immer bei Ueberweisung von Unfallverletzten an Krankenhäuser nicht mit derjenigen Sorgfalt, namentlich in Bezug auf die Erfüllung der durch die Rechtsprechung des R.-V.-A. für nöthig erkannten Förmlichkeit verfahren, welche es allein ermöglicht, im Falle zweckwidrigen Verhaltens des Versicherten über seine Rentenansprüche so zu entscheiden, wie es in der Absicht des §. 7 des Unfallversicherungsgesetzes und der sich auf ihn aufbauenden Grundsätze liegt. Mehrfach haben insbesondere Verletzte ein Krankenhaus ohne ernsten Grund verlassen und die ihnen zugedachte Behandlung willkürlich vereiteln können, ohne dass es möglich gewesen wäre, ihnen dieserhalb wirksam zu begegnen.

Zur Vermeidung derartiger, dem wohlverstandenen Vortheil aller Betheiligten zuwiderlaufenden Vorkommnisse werden die Berufsgenossenschaften vom R.-V.-A. auf folgende Punkte aufmerksam gemacht:

---

[1]) Das Rundschreiben ist hier im Auszuge mitgetheilt, soweit es für die Leser der Zeitschrift Interesse bietet.

a) Es empfiehlt sich in jedem Falle und unter allen Umständen, selbst bei scheinbarer Geneigtheit eines Verletzten, sich in ein Krankenhaus zu begeben, die Einweisung nur in Form eines berufsmässigen Bescheides auszusprechen. Nur so wird dem Verletzten der Ernst der Sache vor Augen geführt, dass er im Falle Zuwiderhandelns Gefahr läuft, seinen Rentenanspruch oder einen Theil davon zu verlieren.

b) Es ist in manchen Heilanstalten üblich, dass die Aerzte, wohl auf Veranlassung einzelner Berufsgenossenschaften, einen Verletzten, wenn er die Anstalt vor der Zeit verlassen will, zu Protokoll erklären lassen, dass er über die Folgen seines Ungehorsams belehrt worden sei und sich diesen Folgen unterwerfe. Gegen eine solche Belehrung ist zweifellos nichts zu erinnern; aber sie genügt doch nicht unter allen Umständen und ist insbesondere nicht schon an sich geeignet, den Mangel eines berufungsfähigen Einweisungsbescheides zu ersetzen. Dazu ist es keineswegs erwünscht, dass die Anstaltsärzte hierbei im gewissen Sinne als Vertreter der Berufsgenossenschaften auftreten, nur zu leicht gewinnt hieraus der Vorwurf der Parteilichkeit der Anstaltsärzte neue Nahrung.

c) Gänzlich zu verwerfen ist es, wenn, wie mehrfach vorgekommen, Anstaltsärzte den vorzeitig aus dem Krankenhause ausscheidenden Verletzten einen Verzicht auf seine weiteren Ansprüche erklären lassen.

7. Bei der Bearbeitung von Beschwerden wegen Geltendmachung von Entschädigungsansprüchen ist die geringe Geneigtheit einer Anzahl von Berufsgenossenschaften aufgefallen, auf Rentenerhöhungsanträge der Verletzten wegen eingetretener Verschlimmerung einen neuen berufungsfähigen Bescheid zu ertheilen.

Zwar besteht keineswegs eine Verpflichtung der Berufsgenossenschaften, auf jedes Gesuch eines Verletzten wegen Erhöhung der Rente, in eine Beweisaufnahme einzutreten, oder alsbald einen berufungsfähigen Bescheid zu ertheilen; auf der anderen Seite kann es aber auch nicht für gerechtfertigt erachtet werden, wenn die Berufsgenossenschaften in jedem Falle von dem Verletzten einen vollen Beweis für die behauptete Verschlimmerung verlangen. Es ist hier daran zu erinnern, dass die anderweitige Feststellung der Entschädigung (§. 65 des Unfallversicherungsgesetzes) nicht nur im Falle der Besserung des Zustandes des Verletzten, sondern auch im Falle seiner Verschlimmerung grundsätzlich von Amtswegen einzuleiten und zu betreiben ist. Hiernach muss es regelmässig genügen, wenn der Verletzte in klarer und deutlicher Weise angiebt, inwiefern eine Verschlimmerung in seinem Zustande eingetreten sei, und diese Behauptung durch einigermassen schlüssige Bescheinigungen belegt. Als Mittel zur Glaubhaftmachung der Verschlimmerung dienen nicht nur ärztliche Atteste, sondern es genügen unter Umständen auch Bescheinigungen von Behörden und Privatpersonen (Nachbarn des Verletzten und dergl.), in denen die Angaben des Verletzten bestätigt werden.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber infektiöse Lungenentzündungen und den heutigen Stand der Psittacosis-Frage. Von Prof. Dr. Leichenstern, Oberarzt des Augustahospitals in Köln. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege; 1899, 7. und 8. Heft.

Verfasser hat die Frage, ob durch spezifisch erkrankte Papageien bösartige Lungenentzündungen beim Menschen hervorgerufen werden, auf Grund der bisher in der Literatur veröffentlichten Beobachtungen (Hausepidemie in Uster [1879] mit 7 Erkrankungen und 3 Todesfällen, Beobachtung in Bern [1882] mit 4 Erkrankungen und 2 Todesfällen; Beobachtungen von Prof. Dr. Wagner in Leipzig [1882 und 1886] über 6 Erkrankungen; Psittacosis-Epidemien in Paris [1892, 1893, 1894 und 1895/96] mit 49, 7, 2 u. 12, zusammen 70 Erkrankungen, und 16, 5, 0 und 3, zusammen 24 Todesfällen, Beobachtungen von Banti, Malenchini und Palamidessi in Florenz (1894/95), Beobachtung von Haedtke in Stettin [1896] über 4 Erkrankungen mit 3 Todesfällen, Epidemie in Bernay [1898] mit 7 Erkrankungen und 4 Todesfällen) und in neuester Zeit theils von ihm selbst, theils von ihm nahestehenden Aerzten beobachteten Fälle (3 Hausepidemien in Köln [1898] mit 10, 8 bezw. 5 Erkrankungen und 4 bezw. je 1 Todesfällen, sowie eine Hausepidemie in Krefeld [1899] mit 11 Erkrankungen

ohne Todesfall) einer eingehenden Prüfung unterzogen. Auf Grund derselben kommt er zu folgendem Schlussergebniss:

1. Der epidemiologisch-klinische und namentlich bakteriologisch sichere Beweis, dass in den bisher bekannten Psittacosis verdächtigen Pneumonie-Hausepidemien die Ansteckung thatsächlich von den kranken Papageien ausging, ist nicht erbracht.

2. Dass bei Papageien, insbesonders bei frisch importirten, schwere infektiöse, d. h. durch Mikroorganismen hervorgerufene Erkrankungen, namentlich Enteritiden, häufig vorkommen, und die sporadische und Massensterblichkeit der Vögel bedingen, ist erwiesen.

3. Dass die diesen infektiösen Papageien-Erkrankungen zu Grunde liegenden Mikroorganismen (Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, Coli- und Proteus-Arten etc.) unter Umständen auch für den Menschen gefährlich werden können, wird Niemand bezweifeln.

4. Die mit dem Namen Psittacosis belegte Krankheit des Menschen ist klinisch-anatomisch eine atypische, oft mit typhösen Symptomen gepaarte Pneumonie, welche in allen Epidemien den völlig gleichen Charakter trug.

5. Da ganz die gleichen Pneumonie-Hausepidemien ohne Intervention von Papageien sich nicht selten ereignen, so könnte man hieraus den Schluss ziehen, dass alle bisherigen Psittacosis-Epidemien weiter nichts waren, als autochthone atypische Pneumonien, bei welchen die zufällig dabei im Hause vorhandenen Papageien keine ätiologische Rolle spielten.

6. Gegen diese Schlussfolgerung spricht aber einigermassen die immerhin nicht geringe Zahl der bisherigen sogenannten Psittacosis-Hausepidemien, namentlich aber spricht gegen diese Auffassung die Pariser Epidemie 1898, bei welcher die Uebertragung der Krankheit von den Papageien auf den Menschen auf Grund der epidemiologischen Thatsachen zum Mindesten als überaus wahrscheinlich bezeichnet werden muss.

Auf die prophylaktischen Massregeln geht Verfasser nicht weiter ein. Sie müssen nach seiner Ansicht bestehen 1. in dem persönlichen Selbstschutz: Warnung vor dem Ankauf kranker Papageien, Entfernung solcher aus dem Hause; 2. in dem sanitätspolizeilichen Schutz: Kontrole der Vogelhandlungen; Quarantaine frisch importirter Papageien; Verbot des Hausirhandels mit Papageien, wobei von den Vogelgrosshandlungen, wie das Beispiel von Paris lehrt, aus finanziellen Gründen, um Verluste zu vermeiden, mit Vorliebe kranke Vögel zum Verkauf angeboten werden. Rpd.

Ueber das konstante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen Von Privatdozent Dr. Hilbert in Königsberg. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten; XXXI. Bd., 3. Heft, 1899.

Dass Streptokokken als Bewohner der Mundhöhle bei gesunden Personen bezw. auf normalen Tonsillen vorkommen, ist bereits früher von anderen Forschern nachgewiesen; die Ansichten derselben weichen aber nicht nur in der Häufigkeit dieses Vorkommens, sondern auch über die Virulenz dieser Streptokokken ab. Hilbert hat zunächst den Tonsillenschleim von 50 Patienten der Königsberger medizinischen Poliklinik untersucht, die im Alter von 1—61 Jahren standen und an den verschiedenartigsten Krankheiten litten, aber weder fieberten, noch irgendwelche Entzündungserscheinungen auf den Mandeln oder in der Mundhöhle darboten. In sämmtlichen Fällen fand er Streptokokken; ebenso wurden bei 50 im Alter von 8—11 Jahren stehenden gesunden Schulkindern auf den normal beschaffenen Tonsillen ausnahmslos lange Ketten bildende Kokken vorgefunden, so dass H. zu dem Schluss kommt, dass der Streptococcus longus als regelmässiger Bewohner der normalen Mandeln anzusehen sei. Er stellte dann weiterhin Untersuchungen an, um festzustellen, ob die auf normalen Mandeln wuchernden Streptokokken durch konstante kulturelle oder biologische Eigenschaften von denen der entzündeten Tonsillen unterschieden werden können. Diese Untersuchungen führten zu dem Ergebniss: „dass die von normalen und von entzündeten Tonsillen gezüchteten Streptokokken weder in der Beschaffenheit der Kulturen, noch bezüglich ihrer Virulenz Unterschiede aufweisen, welche eine Trennung derselben in verschiedene Arten rechtfertigen; sie gehören vielmehr zu derselben Gattung und sind identisch.“ Betreffs der Frage, ob die

in den Mandelentzündungen und dem Tonsillenschleim bezw. Belägen gefundenen Streptokokken als Krankheitserreger anzusehen sind, kommt H. auf Grund weiterer Untersuchungen zu dem Schluss: „Es ist durch Nichts bewiesen, dass den Streptokokken eine ätiologische Bedeutung für die infektiösen Mandelentzündungen zukommt, ja es ist in hohem Grade unwahrscheinlich, dass sie die Erreger sind. Das Gleiche gilt auch für die Staphylokokken, Pneumokokken und die anderen hierfür in Anspruch genommenen Bakterien. Wenn diese Mikroorganismen eine Rolle bei den Anginen spielen, so wird dieselbe immer nur sekundärer Natur sein, gerade wie die der Streptokokken bei der Diphtherie, indem sie durch ihr Wuchern auf den entzündeten Tonsillen Beläge oder andere lokale Veränderungen erzeugen, in den Krypten Eiterungen hervorrufen oder von da aus in die Tiefe dringen und zu schweren Komplikationen Anlass geben können."

Hilbert hat bei seinen an den gesunden 50 Schulkindern angestellten Untersuchungen auch gleichzeitig auf die etwaige Anwesenheit von Diphtheriebazillen gefahndet. Er fand je 5 mal verdächtige Stäbchen und Pseudodiphtheriebazillen sowie einmal Involutionsformen von Streptokokken, welche eine gewisse Aehnlichkeit mit Diphtheriebazillen darboten. Die in allen 11 Fällen ausgeführten Thierimpfungen ergaben aber ein absolut negatives Resultat; immerhin ein Beweis, dass echte Löffler'sche Bazillen nicht so häufig in der Mundhöhle Gesunder vorkommen, als man vielfach anzunehmen geneigt ist. (Vgl. auch die nachstehenden Versuche von Kober). Rpd.

Die Verbreitung des Diphtheriebacillus auf der Mundschleimhaut gesunder Menschen. Von Dr. Kober aus Beuthen O./Schl. Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten; XXXI. Bd., 3. Heft, 1899.

Verfasser hat im hygienischen Institut der Universität Breslau eingehende Untersuchungen angestellt zur Klarstellung der sehr wichtigen Frage, wie oft sich der als Erreger der Diphtherie fast allgemein anerkannte Löffler'sche Diphtherie-Bacillus bei Nichtdiphtheriekranken, insbesondere bei Gesunden vorfindet. Untersucht wurden zunächst 123 Personen, die sich in der Umgebung von Diphtheriekranken aufgehalten hatten; unter diesen wurden 10 = 8% gefunden, bei denen sich Diphtheriebazillen nachweisen liessen und zwar besonders bei solchen Personen, die sich in der unmittelbarsten Nähe der Kranken aufgehalten hatten (Mutter, Geschwister und Dienstboten) und von diesen vorzugsweise wiederum jüngere Geschwister, die für eine Infektion besonders empfänglich sind. Weit seltener war dagegen das Vorkommen von Diphtheriebazillen in der Mundhöhle ganz gesunder Menschen, die ausser jeden Konnex mit Diphtheriekranken gestanden hatten; denn unter 600 zu diesem Zwecke untersuchten Schulkindern konnte Kober nur 15 mal = 2,5% pathogene Diphtheriebazillen ohne jeden abnormen Rachenbefund feststellen, während sie von anderen Forschern angeblich in 7% der untersuchten Fälle angetroffen sind. Unter den 15 als positiv von K. diagnostizirten Fällen befanden sich ausserdem 10, bei denen schliesslich ein Zusammenhang mit einem Diphtherieherd nachweisbar war, so dass sich das Vorkommen von Diphtheriebazillen in der Mundhöhle von Personen ohne nachweisbaren Konnex mit Kranken nur ein Prozentsatz von 0,83% ergiebt. Rpd.

Entstehung und Verbreitung der Diphtherie nebst sanitätspolizeilichen Massnahmen zur Verhütung derselben. Von Dr. Carl Aust in Nanen. Deutsche Vierteljahrschrift f. öffentliche Gesundheitspflege; Band XXXI, Heft 2, 1899.

Ohne wesentlich Neues zu bringen, bespricht Verfasser unter fleissiger Benutzung der einschlägigen Literatur seinen Gegenstand. Wir beschränken uns, den Zwecken dieser Zeitschrift entsprechend, darauf, die erforderlichen sanitätspolizeilichen Massregeln, wie er sie in seinen Schlusssätzen zusammenfasst, wiederzugeben.

Diese müssen zum Theil schon in der seuchefreien Zeit getroffen werden, und gehören dahin:

a) allgemeine Reinlichkeitsbestrebungen;
b) Reinhaltung des Grund und Bodens;
c) Fürsorge für gesunde Wohnungen, gute Schulgebäude und Krankenhäuser;

d) Errichtung von Leichenhallen mit entsprechendem Benutzungszwang;
e) Ausbreitung hygienischer Kenntnisse in den breitesten Schichten der Bevölkerung;
f) Sorge für Erhöhung der gewöhnlichen Widerstandsfähigkeit des Einzelnen durch allgemeine Kräftigung des Körpers;

Als nothwendige Massregeln in Epidemiezeiten nennt er:

a) Verallgemeinerung der Anzeigepflicht, Verschärfung der Strafe gegen die Säumigen;
b) präzise Diagnosestellung, möglichst in bakteriologischen Untersuchungsstationen;
c) sorgfältig durchgeführte Isolirung der Kranken in der Familie oder in gut eingerichteten Krankenhäusern, event. zwangsweise Ueberführung in letztere;
d) Verringerung der Ansteckungsgefahr durch den Schulbesuch (gänzlicher Ausschluss aus Familien bezw. Häusern, in denen Diphtherie herrscht und Wiederzulassung zum Schulbesuche erst nach Beseitigung jeder Ansteckungsgefahr);
e) Einschränkung der Ansammlungen und des Verkehrs jugendlicher Personen unter einander;
f) sachgemäss ausgeführte Desinfektion der Krankenräume und umfassende Desinfektion der mit dem Contagium in Berührung gelangten Gegenstände, Vernichtung geringwerthiger Gebrauchsgegenstände durch Feuer;
g) Regelung des Verkehrswesens im Punkte des Transportes von Diphtheriekranken;
h) Erlass spezieller Verordnungen für die Behandlung und Beerdigung von Diphtherieleichen;
i) umfassende Anwendung des Behring'schen Heilserums als Heilmittel und Prophylaktikum;
k) Heranbildung eines geeigneten Pflegepersonals mit wirklichem Verständnisse für die Erfordernisse der Hygiene.

Als allgemeinen Grundsatz erachtet er, dass der Schwerpunkt aller prophylaktischen Massregeln nicht im Meldewesen und in der pedantischen Innehaltung der sanitätspolizeilichen Vorschriften allein liege; vielmehr bedürfe es eines entschlossenen, zielbewussten Vorgehens der breitesten Schichten des ganzen Volkes gegen den eindringenden Feind. Dr. Glogowski-Görlitz.

Klinische Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ahlfeld-Marburg. Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie: XL. Bd., 3. H., 1899.

Ahlfeld vertritt bekanntlich den Standpunkt, dass nicht, wie man bisher ziemlich allgemein annahm, einzig und allein oder wenigstens fast ausschliesslich die Fieber des Puerperium nur einer vermeidbaren und damit meist schuldbaren Infektion durch die Hand oder Instrument zur Last fallen, sondern dass vielfach bestimmte abnorme Vorgänge in der Geburt die Infektion oder Intoxikation begünstigen, mag es sich um Eintragung des Giftes von Aussen her handeln, mag das Gift dem Körper schon vorher innegewohnt haben. Als Beitrag für die Richtigkeit seiner Ansicht weist er an der Hand statistischen Materials aus der Marburger wie aus anderen Anstalten nach, dass sich bei einer strengeren Kontrole der Temperaturmessungen durch einen Arzt eine erhebliche Erhöhung der Morbiditätsziffer im Wochenbett herausstellt, dass die Zahl der Fieber im Wochenbett gänzlich unabhängig ist von der Zahl der Untersuchungen und dass Wochenbettfieber ebensogut bei untersuchten wie bei nichuntersuchten Kreissenden auftritt. Den von anderen Autoren angenommenen Standpunkt, dass Wochenbettfieber durch sog. Selbstinfektion einen leichteren Charakter haben und deshalb selten tödtlich verlaufen, theilt Ahlfeld ebenfalls nicht. Es sei dies ein Trugschluss, der darauf beruhe, dass es sich bei nicht untersuchten Frauen fast ausschliesslich um leichte, nur kurzdauernde Geburten ohne operative Eingriffe handele; würde man langdauernde Geburten ohne innere Untersuchung zu Ende gehen lassen, besonders Geburten, bei denen grosser zeitlicher Zwischenraum zwischen Blasensprung und Austritt des Kindes liegt, so würde das Wochenbettfieber bei derartigen nicht untersuchten Frauen nicht mehr einen solchen unschuldigen Charakter tragen. Thatsache ist jeden-

alls, wie sich aus den in der einschlägigen Literatur und von Ahlfeld mitgetheilten Fällen ergiebt, dass seit die innere Untersuchung in den Anstalten nicht mehr regelmässig ausgeführt wird, häufiger über Todesfälle an Puerperalfieber bei nicht untersuchten Frauen berichtet wird; als Ursachen der Selbstinfektion fanden sich in diesen Fällen, die weder dem untersuchenden Finger, noch den gebrauchten Instrumenten und Verbandmaterial zur Last gelegt werden konnten, besonders: Retention von Plazentaresten, Infektion durch Rezidive alter Eiterherde sowie durch Auffrischung alter gonorrhoischer Prozesse.

Rpd.

I. Weitere Beiträge zur Desinfektion der Hebammenhände. Von Dr. H. Tjaden, Kreisassistenzarzt in Giessen. Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie; XLI. Bd., Heft 1, 1899.

II. Ein Nachwort zur Puerperalfieberdebatte des letzten Gynäkologenkongresses (Händedesinfektion mit Alkohol). Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ahlfeld-Marburg. Zentralblatt für Gynäkologie; Nr. 26, 1899.

Tjaden berichtet über weitere von ihm in der Frauenklinik und dem hygienischen Institute zu Giessen angestellten Händedesinfektionsversuchen; als Versuchspersonen dienten wieder die zum Wiederholungskurse eingezogenen Hebammen der Provinz Oberhessen (68), die im Alter von 32—70 Jahren standen und bis auf 7 schon einen Wiederholungskursus mitgemacht hatten. Die Zahl der von ihnen jährlich geleiteten Geburten schwankte zwischen 4—69. Als Desinfektionsmittel wurden bei den Versuchen Kupferbychlorat, Chinosol, Metakresol Hauff und Alkohol verwandt. Das Ergebniss der Versuche fasst Tjaden dahin zusammen:

1. Die mechanische Reinigung ist bei den Hebammenhänden wesentlicher als die Anwendung von chemischen Mitteln; es ist daher in den Lehrbüchern und Dienstvorschriften für die Hebammen auf die ersteren besonderes Gewicht zu legen und sind für dieselbe genaue Zeitbestimmungen zu machen.

2. Wir verfügen zur Zeit über kein Verfahren und Mittel, welches im Stande ist, die Hände der in der Praxis thätigen Hebammen auch nur mit annähernder Sicherheit keimfrei zu machen; es ist daher die Wichtigkeit der äusseren Untersuchung besonders zu betonen und auf die Gefahren der inneren Untersuchung, zumal wenn dieselbe nicht sehr schonend ausgeführt wird, immer wieder hinzuweisen.

Ahlfeld betont dagegen gegenüber den Einwürfen, die sein Händedesinfektionsverfahren mit Alkohol auf dem diesjährigen Gynakologenkongress erfahren hat, dass seine Versuchsergebnisse nicht durch ein Gegenüberstellen ganz andersartiger Versuche, sondern nur durch den Nachweis der Fehler seiner Versuchsanordnung widerlegt werden können. Er hält auf Grund seiner tausendfachen, in exakter Weise ausgeführten Versuche und unter Berücksichtigung aller gegen sie gemachten Einwände daran fest, dass die Heisswasser-Seifen-Alkoholdesinfektion der Hand das einzige Mittel ist unter den üblichen Desinfektionsmethoden, um die Hand bis in eine Tiefe der Haut steril zu machen, und ohne Gefahr einer Keimübertragung nicht nur eine geburtshilfliche Untersuchung, sondern selbst eine länger dauernde geburtshilfliche Operation vornehmen zu können. Der Alkohol sei eben, entgegen der Annahme Krönig's, ein Desinficiens, das die bei der Wundinfektion zumeist in Frage kommenden Bakterien binnen Kurzem abtödtet, sobald die Mikroorganismen im Zustand wässriger Durchfeuchtung sich befinden.

Rpd.

Besprechungen.

C. Nauwerk: Sektionstechnik für Studirende und Aerzte. 3. vermehrte Auflage mit 62 theilweise farbigen Abbildungen. Jena 1899. Verlag von Gustav Fischer. Preis: 4 M. 50 Pf.; gebunden: 5 M.

Nauwerk's allbekannte und geschätzte Sektionstechnik ist in dritter, vermehrter Auflage erschienen. Die neue Auflage unterscheidet sich schon äusserlich dadurch von ihren Vorgängern, dass sie erheblich an Umfang zuge-

nommen hat; die Seitenzahl ist von 159 auf 244 gewachsen, gleichwohl ist der Preis der alte geblieben. Hinzugekommen sind eine Anzahl neuer Abbildungen zur Veranschaulichung der Handgriffe, welche ihren Zweck in vorzüglicher Weise erfüllen; wir möchten hier nur die zur Anleitung für die Herausnahme der Halsorgane (S. 82) gebrachte Abbildung erwähnen. Neu ist ferner das Kapitel über die künstliche Erhaltung der Leiche (Einbalsamirung), sowie eine Anzahl von Zusätzen im Text, so z. B. die Ausführungen über Infektionsgefahr und Infektionsschutz bei der Sektion (S. 12) im allgemeinen Theil. Die Anordnung des Stoffes ist gegen früher insofern eine veränderte, als dem Abschnitt Sektionstechnik mit seinem allgemeinen und besonderen Theil der Abschnitt über die Angabe des Sektionsbefundes hintangesetzt ist und die bisher im Text zerstreut angeordneten Hinweise über Abweichungen in den Regulativen der Deutschen Bundesstaaten zum Schluss im Zusammenhang als ein besonderer „Anhang" gebracht werden. Wir möchten hierin einen wesentlichen Vorzug der neuen Auflage erblicken, welcher die Uebersichtlichkeit des Stoffes ausserordentlich fördert, zumal die Orientirung durch Hinweise auf den Anhang an den betreffenden Stellen erleichtert wird. Die Sektionsmethode entspricht, von einigen unwesentlichen Punkten abgesehen, den von Virchow aufgestellten Regeln, welche ja auch nach dem preussischen Regulativ für gerichsärztliche Sektionen massgebend sind. Berücksichtigt sind ausserdem noch die Regulative von Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden und Sachsen-Weimar-Eisenach. Dem beamteten Arzte, welches auch seine engere Heimath im Deutschen Vaterlande sein mag, wird auch diese neue Auflage ein zuverlässiger Führer und Berather in seiner gerichtsärztlichen Praxis sein, in welchem er die gesuchte Anleitung und Belehrung bei Vornahme von Obduktionen in klarer Form findet.

Dr. Ziemcke-Berlin.

Zusammenstellung der Entschädigungssätze bei dauernden Unfallschäden. Nach Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes zusammengestellt. Zweite, durchgesehene Auflage. Berlin 1899. Verlag der Arbeiter-Versicherung (A. Troschel). Gr. 8°; 41 S. Preis: Geh. 1,20 Mark.

Die Zusammenstellung bringt die wichtigsten Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamtes nach den einzelnen Körpertheilen und nach dem Datum übersichtlich geordnet. Für die Sachverständigen-Thätigkeit des Arztes in Unfallsachen giebt die Sammlung für die Abschätzung dauernder Renten bei den häufigeren und wichtigeren Unfallverletzungen brauchbare Anhaltspunkte; man muss sich aber hüten, die hier nur kurz durch „Art der Verletzung" und „Arbeitsverhältniss der Verletzten" gekennzeichneten Entschädigungen schematisch zu verwerthen, sondern stets die Besonderheiten des einzelnen Falles im Auge behalten.

Hoffentlich wird die zweite Auflage der Zusammenstellung ebenso schnell als die erste vergriffen, damit das Erscheinen der dritten Auflage, in der dann voraussichtlich auch die Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamtes aus den beiden letzten Jahren berücksichtigt sind, nicht mehr lange auf sich warten lässt.

Rpd.

Dr. W. Stempel, Spezialarzt für Chirurgie, ehemaliger Hülfsarzt an der Alters- und Invaliditäts-Versicherungsanstalt für die Provinz Schlesien in Breslau: Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenbewerber nebst Auszug und Kommentar der für die Aerzte wichtigsten Gesetze und Bestimmungen, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung. Jena 1899. Verlag von G. Fischer. Gr. 8°, 178 S. Preis: 4 Mark.

Während die ärztliche Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter bereits zahlreiche Bearbeitungen gefunden hat, ist dies in Bezug auf die Beurtheilung der Invalidenrentenbewerber nur vereinzelt der Fall gewesen und dann fast ausschliesslich in Verbindung mit jenen Bearbeitungen und, abgesehen von

dem Becker'schen Handbuche, nicht so eingehend und erschöpfend, wie in der vorliegenden Monographie. Dieselbe wird daher den ärztlichen Kreisen um so willkommener sein, als sie auf Grund mehrjähriger praktischer Thätigkeit auf diesem Gebiete abgefasst ist und mancher Arzt aus Mangel hinreichender Erfahrung sich noch nicht mit derjenigen Sicherheit in die Begutachtung von Invalidenrentenbewerbern hineingearbeitet hat, die für deren richtige Beurtheilung erforderlich ist.

Der Verfasser bringt im I. Theil seines Werkes die für den Arzt wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen mit Erläuterungen, die auf Revisionsentscheidungen des Reichsversicherungsamtes beruhen, im zweiten allgemeinen Theil werden sehr eingehend die verschiedenen Untersuchungsmethoden erörtert, und gerade hier für den Arzt sehr praktische Winke gegeben, während im dritten speziellen und ausführlichsten Theil die am häufigsten Invalidität bedingenden Erkrankungen geschildert werden unter besonderer Berücksichtigung derjenigen Punkte, auf welche es bei der Diagnose und Begutachtung den Versicherungsanstalten für die Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers besonders ankommt. Ueberall wird Verfasser der sich gestellten Aufgabe, den Aerzten einen praktischen und zuverlässigen Rathgeber für ihre Sachverständigen-Thätigkeit in Invaliditätssachen zu geben, in vollem Masse gerecht; sein Werk kann jenen daher warm empfohlen werden. Rpd.

Dr. Weyl: Handbuch der Hygiene. Jena 1899. Verlag von G. Fischer.

1. **H. Merke**, Verwaltungsdirektor des städtischen Krankenhauses Moabit-Berlin: Verwaltung, Betrieb und Einrichtung der Krankenhäuser. Mit 30 Abbildungen im Text. Gr. 8°; 285 S. V. Bd., 3. Abth., 38. Lieferung. Preis für den Einzelverkauf: 7 Mark.

Mit der Herausgabe der vorliegenden Lieferung sind die Bände I—VIII des Handbuchs der Hygiene vollständig erschienen.

Verfasser theilt seine Abhandlung in zwei Hauptabtheilungen: A. Verwaltung, B. Betrieb und Einrichtung der Krankenhäuser. Als Verwaltungsbeamter steht Merke auf dem Standpunkt, dass die Verwaltung in den Händen eines Verwaltungsbeamten liegen müsse, dem ein oder mehrere ärztliche Direktoren koordinirt oder subordinirt sein müssten. Ebensowenig wie der Arzt in seiner rein ärztlichen Thätigkeit im Krankenhause beschränkt sein darf, erfordert das grosse und arbeitsreiche Gebiet, in dem der Verwaltungsbeamte thätig ist, die ganze Thatkraft eines Mannes. Die Frage ist noch eine viel bestrittene; der Arzt wird naturgemäss die Uebernahme der Gesammtleitung durch einen ärztlichen Direktor für das Beste halten, während der Verwaltungsbeamte die Gleichstellung mit dem Arzte verlangt oder gar die Suprematie für sich in Anspruch nimmt. Das ärztliche Verwaltungspersonal besteht aus dem Direktor (Oberarzt), den Assistenzärzten und den Volontärärzten; die unter Leitung eines Ober- resp. dirigirenden Arztes stehende innere Abtheilung sollte, nach Ansicht des Verfassers, die Zahl von 250 Betten nicht überschreiten. Das eigentliche Verwaltungspersonal, an dessen Spitze der Verwaltungsdirektor steht, gliedert sich in Bureaupersonal, Aufsichtspersonal, Personal für den wirthschaftlichen Betrieb, Personal für den maschinellen und Werkstättenbetrieb.

Die finanzielle Erhaltung der Krankenhäuser aus den Einnahmen seitens der Kranken (Verpflegungsgelder) ist unmöglich, es bedarf dazu der Beihülfe entweder aus den Zinsen eines eigenen Grundvermögens oder aus freiwilligen Sammlungen (Wohlthätigkeit) oder aus Zuschüssen von der Kommune resp. des Staates. Von grosser Wichtigkeit ist die Krankenpflege; Verfasser giebt bei Aufwerfung der Frage, ob Schwesternpflege oder die von selbstständigen Krankenwärtern oder -Wärterinnen geübte Krankenpflege für grössere Krankenhäuser empfehlenswerther sei, im Grossen und Ganzen der ersteren den Vorzug. Es schliessen sich daran Betrachtungen über Aufnahme und Entlassung der Kranken. Eine geeignete Ernährung der Kranken bildet nicht nur ein wirksames Unterstützungsmittel bei der Krankenbehand-

lung, sondern ist sehr häufig ein integrirender Theil derselben; darauf begründen sich die Diätvorschriften und die einzelnen Diätformen. Um einen Einblick in eine für Krankenhäuser empfehlenswerthe Beköstigungsform zu gewähren, bringt Verfasser verschiedene mustergültige Speiseregulative zum Abdruck (S. 309—344).

Beim Betrieb und der Einrichtung der Krankenhäuser (B) unterzieht Verfasser der Reihe nach die Kochküche, die Beschaffung des Rohmaterials, den Küchenbetrieb (Personal und Einrichtungen), den Wäschereibetrieb (Einrichtung eines von den übrigen Räumlichkeiten gut isolirten Raumes für die Desinfektion und Vorbehandlung sämmtlicher benutzter Krankenwäsche in einer jeden Krankenstation), die Einrichtungen der Krankenstationen (Lagerstellen, Kranken- und Bettwäsche, Krankenmöbel, Bäder, Ausgussbecken, Aufbewahrung für Besen, Eimer u. drgl., Theeküche etc.), die Desinfektionseinrichtungen, die Apotheke (Dispensiranstalt) und die Buchführung einer eingehenden Betrachtung. Der Betrieb eines Krankenhauses erfordert für die einzelnen Betriebszweige eine Buchführung, welche in ihrer Anordnung und Uebersichtlichkeit den Anforderungen, die an einen geordneten und gut geleiteten Geschäfts- und Wirthschaftsbetrieb zu stellen sind, entsprechen muss. Deshalb giebt Verfasser für die geeignete Buchführung zum Schlusse seiner Abhandlung eine Reihe mustergültiger Schemata aus der Küchenverwaltung, der Materialien- und Inventarienverwaltung.

Die reiche Erfahrung, welche dem Verfasser als Verwaltungsdirektor des städtischen Krankenhauses Moabit-Berlin zur Seite steht, ist in der vorliegenden Lieferung zum beredten Ausdruck gekommen. Bei der Lektüre der Abhandlung wird nicht nur der Verwaltungsbeamte, sondern auch der Medizinalbeamte die nöthigen und erforderlichen Anhaltspunkte sowohl für die Revision bestehender wie auch für die Begutachtung neu zuerrichtender Krankenanstalten gewinnen.

Der Lieferung ist als Anhang das Generalregister des V. Bandes beigegeben.

2. **Dr. A. Weichselbaum**, o. ö. Prof. der patholog. Anatomie in Wien: Parasitologie. Mit 78 Abbildungen im Text. Gr. 8°; 172 S. IX. Bd., 2. Lieferung. 36. Lief. des Gesammtwerkes. reis für Einzelverkauf: 6 Mark.

Schon der Name des Verfassers bürgt für die Trefflichkeit der vorliegenden Abhandlung. Mit grossem Geschick hat W. gewisse Gesichtspunkte und Grenzen innegehalten, welche durch die allgemeinen Ziele des Handbuches der Hygiene gegeben waren. Die grösstmöglichste Berücksichtigung finden deshalb diejenigen Parasiten, welche für den menschlichen Organismus von Wichtigkei sind, während die für Thiere schädlichen Parasiten in der Regel nur insoweit berücksichtigt werden, als sie direkt oder indirekt auch für den Menschen gesundheitsschädliche Gefahren in sich bergen. Den grössten Raum nehmen naturgemäss die Bakterien (I. Theil, 1. Abschnitt) ein, während die Schimmel- und Hefepilze (2. u. 3. Abschnitt) nur kurz behandelt werden; gewissermassen als Anhang sind die thierischen Parasiten (II. Theil) behandelt. Mit Rücksicht auf den Umstand, dass in dem grossen Sammelwerke, von welchem die vorliegende Parasitologie nur einen kleinen Theil bildet, spezielle Verhältnisse der Bakterien, namentlich ihr Verhalten im Wasser, im Boden, in den Wohnräumen etc., ferner die Epidemiologie, Immunität und Schutzimpfung, sowie die Desinfektion in besonderen Abschnitten abgehandelt werden, hat Verfasser die erwähnten Beziehungen nur gestreift oder nur soweit erörtert, als sie zum Verständniss der übrigen, in die Darstellung aufgenommenen Verhältnisse nothwendig erscheinen.

Von besonderem Werth dürfte auch die umfangreiche, fast erschöpfende Literaturangabe am Schlusse jedes Kapitels sein. Ein der Gesammtabhandlung angefügtes ausführliches Register erläutert die Orientirung.

Dr. Schroeder-Wollstein.

Tagesnachrichten.

Ganz unerwartet ist am 4. d. Mts. ein **Wechsel in der Leitung des preussischen Kultusministeriums** erfolgt und der bisherige Kultusminister D. Dr. Bosse seinem Ansuchen gemäss unter Belassung des Titel und Ranges eines Staatsministers von seinem Amte entbunden unter gleichzeitiger Ernennung des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen, Wirkl. Geh. Rath Studt, zum Staatsminister und Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten. Während seiner 7jährigen Amtsführung hat sich der jetzt zurücktretende Kultusminister in Bezug auf die Förderung der medizinischen Wissenschaft grosse Verdienste erworben: Zahlreiche, allen Anforderungen entsprechende Neubauten von klinischen Instituten sind entstanden, der schon seit Jahren dringend nothwendige Um- und Neubau der Charité in Berlin ist endlich in Angriff genommen, und neue Lehrstühle für verschiedene Zweige der medizinischen Wissenschaft, insbesondere für Hygiene sind eingerichtet. Aber auch manchen Wünschen des ärztlichen Standes, namentlich denjenigen betreffs einer neuen Gebührenordnung, sowie betreffs Einführung ärztlicher Ehrengerichte und Gewährung des Umlagerechts an die Aerztekammern hat er Rechnung getragen; desgleichen verdanken wir ihm den ersten Schritt zu der schon seit Jahrzehnten geplanten Medizinalreform. Wenn dieser Schritt sich auch nur auf die erste Instanz unseres Medizinalwesens beschränkt und den namentlich in Fachkreisen nach dieser Richtung hin vertretenen Anschauungen nicht völlig entspricht, so ist doch damit endlich der Stein in's Rollen gebracht und ein thatsächlicher Fortschritt auf diesem Gebiete erreicht worden, für den wir dem scheidenden Minister jedenfalls dankbar sein müssen. Seinem Amtsnachfolger fällt zunächst die Durchführung der wichtigen Gesetze über die Ehrengerichtsordnung und über die Dienststellung des Kreisarztes zu. Bei dem grossen Interesse, das er in seinen bisherigen amtlichen Stellungen sowohl allen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, als den berechtigten Bestrebungen des ärztlichen Standes entgegengebracht hat, dürfen wir hoffen, dass bei der Durchführung jener Gesetze die Wünsche der betheiligten Kreise, soweit sie mit dem öffentlichen Interesse in Einklang stehen, thunlichst Berücksichtigung finden werden!

Im Grossherzogthum Hessen hat sich jetzt ebenfalls ein **Medizinalbeamtenverein** gebildet. In der ersten, am 3. Juni d. J. abgehaltenen Versammlung, der auch der Vorsitzende und die Mitglieder der Ministerialabtheilung für öffentliche Gesundheitspflege beiwohnten, fanden die von dem provisorischen Vorstande vorgelegten Vereinsstatuten nach kurzer Diskussion Annahme. Nach Berathung von Standesangelegenheiten hielt Kreisassistenzarzt Dr. Schäffer-Mainz einen Vortrag über Meningitis tuberculosa nach Traumen und berichtete ferner über einen seltenen Sektionsbefund bei Verbrennungstod. Als nächstjähriger Versammlungsort wurde Giessen bestimmt.

Zur Erforschung der **Pest** und behufs Information über die zu deren Bekämpfung getroffenen Massregeln ist von Reichswegen Prof. Dr. Kossel und von Seiten der preussischen Medizinalverwaltung Prof. Dr. Frosch nach Lissabon und Oporto entsandt. In den letzten beiden Wochen sind übrigens daselbst nur noch vereinzelte Erkrankungen an der Pest vorgekommen und scheint darnach keine weitere Verbreitung der Seuche zu befürchten zu sein. — Die im russischen Gouvernement Astrachan (Bezirk Zarewo) im vorigen Monat aufgetretenen infektiösen Erkrankungen haben sich nach den von einer besonderen Antipest-Kommission ausgeführten pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Untersuchungen als eine schwere, durch Komplikationen verstärkte Malaria erwiesen, die mit der Beulenpest nichts gemein hat.

Seitens der Reichsregierung wird eine **Abänderung der Prüfungsordnung der Apotheker** geplant, die den seitens der Apotheker vielfach geäusserten Wünschen nach Erhöhung der Ansprüche an die Vorbildung wenigstens theilweise entgegenkommen soll. Es ist nämlich beabsichtigt, die Zulassung zum Apothekerberufe von der Reife zur Prima eines Gymnasiums oder Realgymnasiums abhängig zu machen; ferner soll die Gehülfenzeit vor dem Besuch

der Universität abgekürzt, das Universitätsstudium erweitert und die Berechtigung zum selbstständigen Betriebe einer Apotheke nicht sofort nach Ablegung der Staatsprüfung, sondern erst nach zwei weiteren Jahren praktischer Dienstzeit ertheilt werden.

Die preussischen Mitglieder des **Deutschen Drogisten-Verbandes** haben unter dem 20. d. Mts. eine **Eingabe** an das Ministerium des Innern gerichtet, in der sie unter Beifügung einer Denkschrift und verschiedener Anlagen bitten, dahin wirken zu wollen, dass nicht nur für ganz Preussen, sondern auch für die anderen deutschen Bundesstaaten einheitliche Vorschriften für den Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken, sowie für die Revisionen der mit Giften und Arzneiwaaren handelnden Geschäfte erlassen und bei dem Erlass die Wünsche der Drogisten berücksichtigt, sowie sachverständige Detaildrogisten befragt werden. Ausserdem wird um die Anordnung gebeten, dass Apotheker, welche eine Apotheke besitzen oder verwalten, als Revisoren von Drogen- u. s. w. Handlungen nicht zu verwenden sind. Die zur Begründung der letzteren Forderung seitens der Drogisten erhobenen Klagen erklärt die Apothekerzeitung in ihrer Allgemeinheit für vollständig unbegründet; „denn die Aufsichtsbehörde verfügt zur Zeit über keinen Fachmann, der zur Revision der Drogenhandlungen besser geeignet wäre, als eben der Apotheker, der durch Staatsprüfungen nachgewiesen hat, dass er sich die zur Beurtheilung der in Drogengeschäften feilgehaltenen Waaren erforderlichen Kenntnisse angeeignet hat (??). Dieses Urtheil wird allerdings später wesentlich eingeschränkt, nicht „jeder Apotheker“ als geeignet zum Revisor von Drogenhandlungen erachtet und schliesslich als einfachste Lösung der Frage die Anstellung pharmazeutischer Medizinalbeamten bei den Bezirksregierungen als die berufenen selbstständigen Revisoren der Apotheken und der Drogenhandlungen gehalten. Mit diesem Lieblingswunsch wird die Apothekerzeitung aber bei den Drogisten wenig Gegenliebe finden; sie möchte gar zu gern auf diesem Gebiete die Medizinalbeamten bei Seite schieben, übersieht aber völlig, dass die Ueberwachung des Arzneimittelverkehrs in und ausserhalb der Apotheken zu den durch das neue Gesetz über die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w. den Medizinalbeamten ausdrücklich übertragenen Aufgaben gehört und die gesetzgebenden Körperschaften sicherlich nicht für eine Aenderung dieser gesetzlichen, auf Grund langjähriger Erfahrungen getroffenen Bestimmung zu haben sind.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Mitglieder des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins werden auf die

am 29. u. 30. Septbr. d. J. in Berlin (Savoy-Hôtel, Friedrichstr. 103)

stattfindende

XVI. Hauptversammlung

aufmerksam gemacht. Die von den Referenten zu ihren Vorträgen aufgestellten Leitsätze sind der heutigen Nummer beigefügt.

Minden, den 15. September 1899.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Die nächste Nummer der Zeitschrift wird einige Tage später ausgegeben werden, um in derselben den vorläufigen Bericht über die XVI. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins bringen zu können.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 19. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Oktbr.

Vorläufiger Bericht über die am 29. und 30. September d. J. in Berlin stattgehabte XVI. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Nach der Begrüssung am Abend zuvor bei Sedlmayr fand am Freitag, den 29. September, Vormittags 9 1/4 Uhr im Festsaal des Savoy-Hôtels

I. die Eröffnung der Versammlung

statt. Die erschienenen Mitglieder (85) wurden von dem Vorsitzenden, Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden, begrüsst. Derselbe betont, dass das Berichtsjahr einen Merkstein bilde in der Geschichte des Vereins; sei doch in demselben der Anfang zu der lang ersehnten und seit Jahrzehnten allseitig für nothwendig anerkannten Reform unseres Medizinalwesens erfolgt. Der im vorigen Jahre an dieser Stelle ausgesprochene Wunsch, dass wir endlich aus dem Stadium der Entwürfe herauskommen und in dasjenige der Durchführung hineintreten möchten, sei insofern in Erfüllung gegangen, als der Gesetzentwurf über die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen von den parlamentarischen Körperschaften angenommen und vorgestern im Reichsanzeiger veröffentlicht sei, nachdem er am 16. d. M. die Unterschrift Se. Majestät erhalten habe. Wenn dieses Gesetz sich auch nur auf die erste Instanz unseres Medizinalwesens beschränke, und nicht allen von den Medizinalbeamten gehegten Erwartungen entspreche, so stelle es doch einen bedeutenden Fortschritt auf

[1]) Die Referate über die einzelnen Vorträge sind sämmtlich Autoreferate.

diesem Gebiete dar, der nur mit Freuden begrüsst werden könne. In erster Linie sei dieser Fortschritt dem langjährigen, vor wenigen Wochen von seinem bisherigen Amte zurückgetretenen Chef des Medizinalwesens, Se. Excellenz dem Herrn Minister D. Dr. Bosse zu verdanken; ihm hierfür den herzlichsten Dank auszusprechen, sei dem Redner, und sicherlich allen Medizinalbeamten besonderes Bedürfniss.

Auch einem andern, von dem Vereine mehrfach zum Ausdruck gebrachten Wunsche, sei in allerjüngster Zeit Rechnung getragen, nämlich demjenigen behufs Betheiligung der Medizinalbeamten auf dem Gebiete der Gewerbehygiene, speziell bei der Konzessionirung der mit gesundheitlichen Gefahren für die Arbeiter und die Anwohner verbundenen gewerblichen Anlagen. Die jetzt eingetretene dankenswerthe Berücksichtigung dieses Wunsches seitens der Medizinalverwaltung sei als ein gutes Omen für die bevorstehende Ausführung des Kreisarzt-Gesetzes zu betrachten. Bei dem grossen Interesse, das der jetzige Herr Kultusminister, Se. Excellenz Studt, der leider in Folge seiner Geschäftslage, insbesondere des gleichzeitig hier tagenden internationalen Geographenkongress verhindert sei, an der heutigen Versammlung theilzunehmen, bisher allen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege entgegengebracht habe, dürfe man mit Zuversicht darauf rechnen, dass die Ausführung jenes Gesetzes sowohl den Forderungen des Allgemeinwohls, als den berechtigten Wünschen der betheiligten Beamten entsprechen werde!

Der Vorsitzende begrüsst hierauf die erschienenen vortragenden Räthe der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums, Geh. Ober-Med.-Räthe Dr. Pistor und Dr. Schmidtmann, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Kirchner, sowie die Hülfsarbeiter in dieser Abtheilung Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Moeli und San.-Rath Dr. Aschenborn; ferner die Mitglieder des Kaiserlichen Gesundheitsamts Reg.-Rath Dr. Wutzdorff, als Vertreter des Direktors des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, und Geh. Reg.-Rath Dr. Rahts, sowie den mit der Vertretung des Herrn Generalstabsarztes der Armee beauftragten H. Generalarzt Dr. Stahr, Abtheilungschef in der Medizinalabtheilung des Kriegsministeriums und spricht ihnen den Dank des Vereins für ihr Erscheinen aus.

II. Geschäfts- und Kassenbericht.

Derselbe wird ebenfalls vom Vorsitzenden erstattet und in Bezug auf die Ausführung der vorjährigen Beschlüsse und der Erledigung der sonstigen den Verein betreffenden wichtigeren Angelegenheiten auf das in Nr. 10 der Zeitschrift veröffentlichte ausführliche Protokoll der letzten Vorstandssitzung verwiesen.

Die Mitgliederzahl des Vereins hat seit der letzten Hauptversammlung, wo sie 858 betrug, wieder eine sehr grosse Zunahme erfahren. Es sind nicht weniger als 110 Mitglieder, darunter viele ausserpreussische Medizinalbeamte, neu eingetreten, so dass die Gesammtzahl der Mitglieder nach Abzug der inzwischen Verstorbenen (14) zur Zeit 954 beträgt. Die Jahres-

rechnung hat trotz erheblicher Mehrausgaben mit einem kleinen Ueberschuss (21,90 Mark) abgeschlossen; die Einnahmen haben 10440,08 Mark, die Ausgaben 10366,18 Mark betragen. Durch den Ueberschuss erhöht sich das Vereinsvermögen auf 3553,31 Mark.

Der Vorsitzende gedachte sodann noch der seit dem 1. Oktober v. J. verstorbenen Mitglieder, deren Zahl diesmal eine aussergewöhnlich hohe ist. Zum Andenken derselben erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen.

Nach erfolgter Wahl der Kassenrevisoren, sowie nach einigen geschäftlichen Mittheilungen betreffs der Tagesordnung, Besichtigungen u. s. w. wurde sodann zum nächsten Gegenstand der Tagesordnung übergegangen:

III. Die psychiatrische Sachverständigenthätigkeit nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich.

Der Referent, Prof. Dr. A. Cramer-Göttingen, betont in den einleitenden Worten, dass eine Kritik an einer lex lata ein überflüssiges Unternehmen ist. Die gegenwärtige Aufgabe besteht vielmehr in der Untersuchung, wie die Rechtsbegriffe der gesetzlichen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches mit den Lehrsätzen der psychiatrischen Wissenschaft in Beziehung gebracht werden können.

Vortragender bespricht sodann zunächst die Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Er weist darauf hin, dass diese Rechtsbegriffe, welche mit den psychiatrischen Begriffen gleichen Namens in einem gewissen Widerspruche stehen, nur verständlich sind unter dem Gesichtspunkt der damit verknüpften rechtlichen Folgen, d. h. der Geschäftsfähigkeit. Der „Geisteskranke“ ist geschäftsunfähig, der „Geistesschwache“ noch beschränkt geschäftsfähig. Geisteskrankheit ist der schwere, Geistesschwäche der leichtere Grad psychischer Anomalie. „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ für sich allein genügt nicht, um eine Entmündigung herbeizuführen, sondern nur eine „Geisteskrankheit“ oder eine „Geistesschwäche“, in Folge deren ein Mensch nicht im Stande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen. Es kann deshalb der Sachverständige, wenn er sich überhaupt entschliesst, eine Beziehung zu dem §. 6 in seinem Gutachten herzustellen, auch ohne Bedenken den Wortlaut des §. 6 Abs. 1 im Tenor des Gutachtens gebrauchen.

Im Anschluss an die Regelung der Entmündigung durch das Bürgerliche Gesetzbuch erörtert Referent hierauf die Veränderungen, welche das Entmündigungsverfahren durch die Novelle zur Zivil-Prozessordnung erfahren hat, und fasst die durch die Novelle zur Zivil-Prozessordnung erreichten Fortschritte dahin zusammen: dass 1. durch eine Reihe weiterer Rechte, welche dem zu Entmündigenden eingeräumt werden, eine noch grössere Rechtssicherheit geschaffen ist, als sie bisher schon vorhanden war, und dass 2. dem Richter durch die Möglichkeit der Ueberweisung der Entmündigungssache, dem Richter und Sachverständigen durch die Möglichkeit, den zu Entmündigenden vorführen und in einer An-

stalt beobachten zu lassen, die Erlangung eines sicheren Resultates wesentlich erleichtert ist.

Bei Besprechung der Entmündigung wegen Trunksucht betont Cramer, indem er sich Plankh anschliesst, dass das Wort Sucht auf einen pathologischen Zustand hinweist, und dass deshalb der Richter, wenn auch etwas Derartiges nicht vorgesehen ist, doch gelegentlich Sachverständige hören wird. Einen theilweisen Ersatz dafür, dass der Staatsanwalt den Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht nicht stellen kann, sieht Cramer in der durch ein preussisches Spezialgesetz dem zuständigen Landarmenverband ertheilten Berechtigung, den Antrag anf Entmündigung zu stellen.

Sodann bespricht Cramer die Pflegschaft und die in vielen Fällen sehr nützliche vorläufige Vormundschaft und erörtert im Anschluss daran die Geschäftsfähigkeit der im Bürgerlichen Gesetzbuch vorgesehenen verschiedenen Grade von psychischer Anomalie: Geisteskrankheit, Geistesschwäche, geistiges Gebrechen.

Den Beschluss bildet die Besprechung des Eherechts, der Haftpflicht und der Deliktfähigkeit der Geisteskranken. Bei Erörterung der Ehescheidung kommt Cramer zu dem Schluss, dass eine solche nur zulässig ist, wenn sich auf die Dauer die Möglichkeit einer ehelichen Gemeinschaft ausschliessen lässt. Dass dies nur in sehr wenigen Fällen möglich sein wird, ist dem Sachverständigen sofort klar; es ist deshalb alle Garantie gegen eine ungerechtfertigte Ehescheidung wegen Geisteskrankheit gegeben.

Dass die Bestimmungen über Haftpflicht und Deliktfähigkeit zu einer Einschränkung der freien Behandlung der Geisteskranken führen könnte, befürchtet Cramer nicht, da die Fahrlässigkeit nachgewiesen werden muss und als eine solche sicher nicht eine Behandlungsmethode gefunden werden kann, welche erfahrungsgemäss eine grosse Reihe gefährlicher Geisteskranke in nicht gefährliche verwandelt.

In der Diskussion frägt Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Pistor-Berlin an, ob auch nach dem neuen Bürgerlichen Gesetzbuche eine Schenkung ungültig sei, wenn sie von dem Betreffenden im geisteskranken Zustande gemacht werde. Der Referent bejaht diese Frage, da die Schenkung ein Rechtsgeschäft sei. San.-Rath und Bezirksphysikus Dr. Leppmann-Berlin ist zwar ebenfalls der Ansicht, dass die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches einen Fortschritt für die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit bedeuten, nur in Bezug auf die Einsetzung der Pflegschaft sei dies nicht der Fall. Bisher sei die Einleitung einer solchen ohne umständliches Verfahren und ohne Verständigung mit dem Kranken möglich gewesen, nach den neuen Bestimmungen aber das Einverständniss der Kranken erforderlich; diese erschwerende Bestimmung bedeute einen Rückschritt, namentlich mit Rücksicht auf akute und heilbare Geisteskranke, in deren eigenem Interesse sehr oft die möglichst schnelle Einsetzung einer Vermögensverwaltung liege ohne gleichzeitige Entmündigung. Diesem Uebelstand könne zwar durch Einsetzung einer vorläufigen Vormundschaft und gleichzeitige längere Vertagung des eigentlichen Entmündigungsverfahrens begegnet werden, jedenfalls lasse sich aber nicht ableugnen, dass in Bezug auf die Pflegschaft die jetzigen Vorschriften schwerfälliger und unpraktischer als die früheren seien. Demgegenüber ist der Referent der Ansicht, dass die Einrichtung der Pflegschaft in solchen Fällen sich doch schneller bewirken lasse, wie die Einsetzung einer vorläufigen Vormundschaft; allerdings erfordere die Pflegschaft stets eine zuvorige

Verständigung mit dem Kranken. Er erwidert ferner auf eine Anfrage des Kreisphysikus Dr. Beinhauer-Höchst, dass der Staatsanwalt in den Fällen, wo ein Angeklagter auf Grund des §. 51 des Strafgesetzbuches freigesprochen wird, zweifellos berechtigt sei, den Antrag auf Entmündigung zu stellen. Allerdings brauche nicht jeder auf Grund dieses Paragraphen Freigesprochene entmündigt zu werden; denn Gemeingefährlichkeit sei nach einer Entscheidung des Reichsgerichts noch kein Entmündigungsgrund, so lange Handlungsfähigkeit bestehe. Eine andere Anfrage von Dr. Pollitz-Brieg, ob der Staatsanwalt, wenn sich die Angehörigen der Kosten wegen weigerten, dem zu Entmündigenden zur Beobachtung in eine Irrenanstalt unterzubringen, als Mitantragsteller berechtigt sei, diese Unterbringung zu veranlassen, wird dahin beantwortet, dass der Staatsanwalt zweifellos einen derartigen Antrag stellen könne und das Gericht dann darüber zu entscheiden habe.

IV. Die gerichtsärztliche Sachverständigen-Thätigkeit nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich.

Der Referent, Privatdozent Dr. Puppe-Berlin führt aus:

Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch kann das Gutachten des Gerichtsarztes angerufen werden, um festzustellen:

1. Leben und muthmassliche Dauer des Lebens,
2. den Gesundheitszustand einer Person;
3. mit dem Sexualleben des Menschen zusammenhängende Verhältnisse;
4. die Brauchbarkeit menschlicher Wohnungen.

ad. 1. Leben und muthmassliche Dauer des Lebens. Vortragender stellt zunächst fest, dass nach §. 1. des Bürgerlichen Gesetzbuches nur der lebend geborene Mensch rechtsfähig ist, und dass Lebensfähigkeit für die Rechtsfähigkeit nicht erforderlich ist; das Bürgerliche Gesetzbuch enthält deshalb über Missgeburten keine Bestimmungen, eben so wenig auch über Zwitter, da es annimmt, dass jeder Mensch nur einem Geschlecht angehören kann. Ebenso wie dies in strafrechtlichen Fragen geschieht, hat sich demnach die etwa erforderliche Untersuchung auf die Feststellung des Gelebthabens zu erstrecken. Der Vortragende knüpft hieran einige Bemerkungen und bedauert insbesondere, dass nicht jene Forderung der gerichtlichen Medizin erfüllt ist, welche darauf hinausgeht, dass, wenn in einem Falle wichtige Rechte anderer von dem Geschlecht eines Hermaphroditen abhängen, nach erfolgtem Tode das Verhalten der inneren Genitalien durch eine Obduktion festgestellt werde.

Dem noch nicht lebend geborenen Menschen werden gewisse Rechte vorbehalten, so bezüglich der Erbfolge, des Besitzstandes und anderes mehr.

Mit der Priorität des Todes, einer schon im A. L. R. nicht mehr vorhandenen, dagegen im Code civil und im gemeinen Recht befindlichen Kombination, bricht dass Bürgerliche Gesetzbuch endgültig. Nach §. 20 besteht die Vermuthung, dass mehrere in einer gemeinsamen Gefahr umgekommene Menschen gleichzeitig gestorben sind.

Nach §. 844 ist die muthmassliche Lebensdauer eines Menschen festzustellen, wenn es sich darum handelt, die Höhe der Ersatzansprüche eines Dritten festzustellen, welche diesem im

Falle der Tödtung eines zu seinem Unterhalt Verpflichteten zustehen. Anhaltspunkte zur Feststellung der muthmasslichen Lebensdauer bieten der in der Regel vorhandene Sektionsbefund sowie die Lebensgewohnheiten des Verstorbenen.

ad. 2. Die Feststellung des Gesundheitszustandes hat zu erfolgen bei Ersatzansprüchen nach stattgehabter Körper- oder Gesundheitsbeschädigung (§. 823), zur Feststellung der Verminderung der Erwerbsfähigkeit durch eine Körperverletzung (§§. 843 und 1602 bei Unterhaltungspflicht), oder bei einer „groben Misshandlung" im Ehescheidungsprozess (§. 1368), sowie behufs eventueller Prüfung der Stichhaltigkeit eines Grundes zum Rücktritt vom Verlöbniss (§. 1268) oder zur Ablehnung einer Vermundschaft wegen Krankheit oder Gebrechlichkeit (§§. 1786 und 1897). Referent hebt u. A. hervor, dass nach §. 1268 eine Ersatzpflicht beim Rücktritt vom Verlöbniss nicht besteht, wenn ein wichtiger Grund zum Rücktritt vorliegt, sowie dass eine billige Entschädigung in Geld im Falle der Beiwohnung von Verlobten gewährt werden soll, wenn kein solcher Grund zum Rücktritt besteht. Derartige wichtige Gründe können der gerichtsärztlichen Prüfung unterliegen, wenn sie medizinischer Natur sind, ebenso wie auch der Nachweis der Beiwohnung, falls er gefordert werden sollte. Dasselbe gilt betreffend der als Ehescheidungsgrund nach §. 1568 geltenden, bereits in A. L. R. wohlbekannten, aber erst im Bürgerlichen Gesetzbuch als neuer Begriff auftauchenden „groben Misshandlung", die als schwere Verletzung der durch die Ehe begündeten Pflichten angesehen wird, so dass dem anderen Ehegatten die Fortsetznng der Ehe nicht zugemuthet werden kann. Auch die Vorschrift im §. 1316 betreffs Befreiung von dem der Eheschliessung voranzugehenden Aufgebot wegen lebensgefährlicher Erkrankung kann Veranlassung zu einer gerichtsärztlichen Begutachtung des Gesundheitszustandes einer Person geben.

ad. 3. Mit dem Sexualleben des Menschen zusammenhängende Verhältnisse: In Frage kommen hier zunächst die Feststellung der Zeugungsunfähigkeit bezw. Unfruchtbarkeit, des Hermaphrodismus, unheilbarer oder ansteckender Krankheiten mit Rücksicht auf die Bestimmungen der §§. 1333 und 1334, wonach die Anfechtung einer Ehe erfolgen kann, wenn ein Ehegatte bei der Eheschliessung sich in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften geirrt hat, dass ihm bei Kenntniss der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe deren Eingehung fern gelegen haben würde. Desgleichen gehört hierher die Feststellung des Gesundheitszustandes eines Ehegatten, sobald der andere Ehegatte die Herstellung der ehelichen Lebensgemeinschaft wegen des Gesundheitszustandes verweigert (§. 1353) oder im Ehescheidungsprozess auf Grund des §. 1368 den Einwurf einer schweren Verletzung der durch die Ehe hegründeten Pflichten wegen Kohabitations- und Zeugungsunfähigkeit, ansteckende Geschlechtskrankheiten, und dergleichen

erhebt. Wenn es sich ferner um die Frage handelt, ob sich das Verlangen eines Ehegatten nach Herstellung der ehelichen Gemeinschaft als ein Missbrauch seines Rechtes darstellt, oder ob der andere Ehegatte nicht recht daran thut, die eheliche Gemeinschaft zu vermeiden, kann eventuell die Mitwirkung des Gerichtsarztes ebenso erforderlich sein, als bei Anträgen behufs Befreiung von den die Annahme an Kindesstatt regelnden Bestimmungen (§. 1568) [behufs Feststellung, dass die Erzeugung natürlicher Kinder nicht mehr zu erwarten ist] oder wenn die offenbare Unmöglichkeit bewiesen werden soll, dass ein Kind von einem Manne empfangen ist. (§§. 1591 und 1717).

Gerichtsärztliche Untersuchungen auf Stuprum und Defloration können sich im Hinblick auf Ersatzpflicht bei Angriffen auf die weibliche Geschlechtsehre (§. 825) oder bei unbegründeter Aufgabe eines Verlöbnisses nach stattgehabter Beiwohnung (§. 1300) nothwendig erweisen. Weiter kommen hier noch in Betracht die Feststellung nicht vorhandener oder vorhandener Schwangerschaft zur Befreiung von dem Gebot der Wartezeit (10 Monate), welche eine Frau nach Beendigung einer Ehe bis zur Eingehung einer neuen Ehe zu überstehen hat (§. 1313), behufs Ernennung eines Pflegers für eine Leibesfrucht (§. 1912) oder eines Vormundes für ein posthumes Kind (§. 2043), behufs Aufschiebung einer Erbtheilung wegen zu erwartender Geburt eines Miterben (§. 2043), sowie behufs Regelung von Ersatzansprüchen gegenüber Dritten, die erzeugt, aber noch nicht geboren sind (§. 844). Auch die Feststellung des Reifegrades eines Neugeborenen kann mit Bezug auf die Empfängniss unter besonderer Berücksichtigung der Spätgeburten (§§. 1591, 1592 und 1717) eine gerichtsärztliche Begutachtung fordern.

Nach dem neuen Bürgerlichen Gesetzbuch ist ein Kind ehelich, das nach Eingehung der Ehe geboren wird, wenn die Frau es vor oder während der Ehe empfangen hat und der Mann innerhalb der Empfängnisszeit der Frau beigewohnt hat. Das Kind ist nicht ehelich, wenn es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, dass die Frau das Kind von dem Manne empfangen hat. Als Empfängnisszeit gilt (§. 1592) die Zeit von 181—302. Tage. Steht fest, dass das Kind innerhalb eines Zeitraumes empfangen worden ist, der weiter als 302 Tage vor dem Tage der Geburt zurückliegt, so gilt zu Gunsten der Ehelichkeit dieser Zeitraum als Empfängnisszeit. Der gerichtsärztlichen Beurtheilung werden demnach in derartigen streitigen Fällen die Umstände unterliegen, denen zufolge es offenbar unmöglich ist, dass die Frau das Kind von dem Manne empfangen hat, wie Zeugungsunfähigkeit, Hermaphrodismus, Nachweis aus dem Reifezustande des Kindes; letzterer, der fast wohl nur im Falle von Spätgeburt zu führen sein wird, erübrigt sich allerdings im Allgemeinen wegen der absolut festgesetzten Empfängnisszeit. Wird von einer Frau, die sich nach Auflösung ihrer Ehe wieder verheirathet hat, ein Kind geboren, das ein eheliches Kind sowohl des ersten, als des zweiten Mannes sein

könnte, so gilt das Kind wenn es innerhalb 270 Tagen nach Auflösung der früheren Ehe geboren wird, als Kind des ersteren Mannes, wenn es später geboren wird, als Kind des zweiten Mannes.

ad 4. Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung und Begutachtung von Wohnungen kommt es darauf an, festzustellen, ob dieselben zu dem vertragsmässigen Gebrauch geeignet sind (§. 537) und vor allem eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit nicht befürchten lassen (§. 544). Unter einer erheblichen Gefährdung der Gesundheit ist aber ein objektiv festzustellender Mangel gemeint, nicht ein solcher, der durch die subjektiven Verhältnisse des Miethers begründet ist.

Schliesslich berührt Vortragender die Bestimmungen über Verjährung ärztlicher Forderungen, insbesondere derjenigen der ärztlichen Sachverständigen. Die Verjährung tritt in zwei Jahren ein, der Anspruch auf die Forderung muss wie bisher binnen 3 Monaten nach Beendigung der Zuziehung oder der Abgabe des Gutachtens bei dem zuständigen Gericht angebracht werden.

In der kurzen Diskussion hebt Kreisphys. Dr. Beinhauer-Höchst hervor, dass die neue Bestimmung, wonach eine Wohnung nur bei erheblicher gesundheitlicher Gefährdung als ungeeignet angesehen werden könne, gegen früher eine Verschlechterung bedeute; denn bisher habe es genügt, wenn der Sachverständige nur eine gesundheitliche Gefährdung festgestellt habe. Von dem Vorsitzenden und dem Referenten wird dies bestritten, da auch jetzt die Polizeibehörde das Vorliegen einer erheblichen gesundheitlichen Gefahr in solchen Fällen verlangt habe. Die von dem Kreiswundarzt Dr. Steinberg-Lauban an den Vorsitzenden gerichtete Frage, ob beim Ausbruch ansteckender Krankheiten in einem Hause der §. 544 des Bürgerlichen Gesetzbuches Anwendung finden könne, wird verneint.

V. Wie kann der staatliche Gesundheitsbeamte seine Stellung zur Förderung der modernen Wohlthätigkeitsbestrebungen verwerthen?

H. Kreisphysikus San.-Rath Dr. Hensgen-Siegen: Die sich den materiellen Bestrebungen hauptsächlich zuwendende Jetztzeit zeigt sich ideelleren Zielen weniger günstig; namentlich solche Bestrebungen, welche die Volksgesundheit fördern, finden nicht die genügende Unterstützung im Allgemeinen, die wir wünschen müssen. Die ideelleren Bestrebungen der Neuzeit auf dem Gebiete des Humanismus sind in dem „Rothen Kreuz“ zum grossen Theil vertreten. Die preussischen Frauenvereine vom Rothen Kreuz haben in der jüngsten Zeit es als ihre wichtigste und dankbarste Aufgabe bezeichnet, eine geordnete Krankenpflege namentlich auf dem Lande einzuführen. Da es noch ganz erheblich an Pflegerinnen fehlt, die aus Diakonissenanstalten, Rothen Kzeuz-Krankenhäusern und katholischen Orden hervorgehen, so hat man versucht, auf andere Wege diesem Mangel abzuhelfen. Baden hat aus solchen Gemeinden, die eine berufliche Krankenpflege entbehren, Hülfskrankenpflegerinnen ausgebildet und dieselben dort angestellt; man hat sich neuerdings mit dieser Einrichtung sehr zufrieden erklärt. Im Heimathkreise des Referenten ist ein ähnlicher Weg zur Erlangung von Pflegekräften

für das Land eingeschlagen, indem der Kreis erst im städtischen Krankenhause und dann im Augusta-Hospital in Berlin Mädchen hat ausbilden lassen, die dann nach geschehener Ausbildung mit einem mässigen Jahresgehalt als Krankenpflegerinnen angestellt werden. Ihre Vorbildung ist eine länger dauernde, wie die der badischen Landpflegerinnen. Die im Kreise Siegen gemachten Erfahrungen auf diesem Gebiete sind als günstige zu bezeichnen. Für die Wochenbettpflege sind spezielle, in geburtshülflichen Kliniken vorgebildete Pflegerinnen angestellt, die sich durchaus bewährt haben. Ihre allgemeine Verwendung dürfte sich schon mit Rücksicht auf die Prophylaxe des Wochenbetts empfehlen.

Bezüglich der Krankenhäuser muss der Errichtung kleinerer Krankenanstalten das Wort geredet werden, um es zu erreichen, dass jeder noch so kleine Kreis, jede Stadt und jedes grössere Dorf ein eigenes Krankenhaus erhält, wenn auch die durchschnittlichen Verpflegungskosten und die Baukosten pro Kopf sich etwas höher stellen, wie bei grossen Krankenhäusern; allein die moderne soziale Gesetzgebung, welche immer mehr versicherte Personen der Krankenhauspflege zuführt, dürfte die Errichtung einer grösseren Anzahl von Krankenhäusern verlangen. Auf grösseren industriellen Werken lassen sich praktisch Krankenstuben zum vorübergehenden Aufenthalt für Kranke und Verletzte einrichten.

Zur Ermöglichung einer geordneten Krankenpflege und zur Unterstützung der Pflegerinnen auf dem Lande dienen ferner im Kreise Siegen eingerichtete Krankenpflege-Hülfsstationen, welche die nöthigen Pflegegegenstände enthalten und zur unentgeltlichen Benutzung eingerichtet sind. Aehnliche Einrichtungen sind die schweizerischen „Krankenmobilienmagazine", die „Margarethenspenden", die württembergische „Charlottenpflege"; ferner können hierher gerechnet werden die „Leihstätten für Wochenpflegegebrauchsgegenstände".

Für die Durchführung vorstehend genannter, einer geordneten Krankenpflege gewidmeten Bestrebungen ist Niemand geeigneter im Kreise, als der staatliche Gesundheitsbeamte, welcher neben der nöthigen Fachkenntniss auch eine grössere Unabhängigkeit besitzt, namentlich da, wo es sich darum handelt, Mängel an's Licht zu ziehen und Vorschläge zu hygienischen Verbesserungen zu machen. Eine vorzügliche Unterstützung für derartige Bestrebungen anf dem Gebiete der Krankenpflege findet er bei den Vaterländischen Frauenvereinen, wenn er es versteht, sie für seine Ideen zu gewinnen. Besitzt doch die deutsche Frauenwelt, wie die Geschichte des letzten Jahrhunderts bewiesen, neben dem Drang zum Wohlthun, ein freies Verständniss für Krankenpflege im Kriege nicht nur, sondern auch im Frieden.

Auf dem Gebiete des Rettungswesens sind es die Sanitätskolonnen, Samaritervereine und Rettungsgesellschaften, welche die dahinzielenden Bestrebungen des Rothen Kreuzes zu fördern suchen. Auch diesen sollte der Gesundheitsbeamte seine Aufmerksamkeit zuwenden, da ihr Wirken als ein segensreiches bezeichnet

werden muss; er findet, namentlich wenn er Organisationstalent besitzt, hier ein fruchtbares Arbeitsfeld. Es empfiehlt sich für diese Bestrebungen die Heranziehung der Männervereine vom Rothen Kreuz zum Zwecke der Unterstützung und materiellen Förderung.

Die Armenpflege und Armenkrankenpflege kann gebessert werden, wenn der Forderung des Med.-Raths Dr. Roth, dass der Kommunalarzt mehr als hygienischer Berather der Kommunen fungiren soll, entsprochen wird. Hierzu ist aber ein Zusammenwirken des Kreisarztes und Kommunalarztes nöthig, welches uur durch eine gemeinsame Verständigung in hygienischen Fragen erzielt werden kann.

Zu bedauern bleibt, dass durch die heutige Gewerbeaufsicht die prophylaktische und hygienische Arbeit des eigentlichen Gesundheitsbeamten stark in das Hintertreffen geschoben worden ist. Aber trotzdem darf der letztere es nicht unterlassen, die gesammten hygienischen Verhältnisse der arbeitenden Klassen, ihre Ernährung, Bekleidung, das Menage-, Kostgänger- und Schlafstellenwesen dauernd im Auge zu behalten und Vorschläge bezüglich Abänderungen zu machen. Ferner hat er das Badewesen, die Thätigkeit der gemeinnützigen Baugesellschaften zum Zwecke der Errichtung besserer Arbeiterwohnungen, die Ferienkolonien zu fördern und den Alkoholmissbrauch nach Kräften zu steuern. Bezüglich des letzteren ist dafür zu sorgen, dass die schulentlassene Jugend vom Alkohol thunlichst fern gehalten wird durch Ausschliessen aus den verderblichen Kneipen und dass an Stelle derselben Kaffeeschenken, Lesehallen, Volksküchen und Volksheime errichtet werden.

Zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit gab der im Mai dieses Jahres in Berlin abgehaltene Kongress eine mächtige Anregung. Wenn die Tuberkulose mit Hülfe weitester Volkskreise bekämpft werden soll und alle Volksschichten an diesem Problem mitzuarbeiten haben, so dürfte in die erste Linie der Kämpfenden wohl der staatliche Gesundheitsbeamte gestellt werden müssen, da er die Verbreitungswege, die Ausdehnung, die Gefahren und Verheerungen dieser tückischen Volkskrankheit am besten kennt und in hygienischer Beziehung sein Blick freier und weiter ist, als der des praktischen Arztes. Demgemäss wird er auch in diesem Kampfe eine vorurtheilsfreiere, klarere Stellung einnnehmen können. Er hat die dahin gerichteten Bestrebungen zu sammeln und in die richtigen Bahnen zu leiten. Durch Vorträge und Schriften muss er die Volksschichten aufzuklären suchen und sie mit der Hygiene der Tuberkulose bekannt machen.

Auch ist seine Mitwirkung insofern von eminenter Wichtigkeit, als er die prophylaktische Wirksamkeit der Organe der modernen sozialen Gesetzgebung, besonders die der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten in diesem Kampfe zu unterstützen hat. Er hat nicht nur mitzuwirken bei der Auswahl der den Heilstätten zur Behandlung zu Ueberweisenden, sondern er hat auch als Berather zu dienen, wo es sich um Erledigung der Frage

handelt, wo sind die Entlassenen später wieder zu beschäftigen. Auch ist es wünschenswerth, wenn er die Versorgung der Familien der in Heilstätten Untergebrachten anregt.

Bezüglich der Errichtung von Lungenheilstätten ist daran festzuhalten, dass nicht jeder Kreis eine solche haben kann, dazu fehlen Geld, Pflegekräfte und auch Krankenmaterial, falls man nicht alle Tuberkulöse in solche schicken will. Die territoriale Bedürfnissfrage beantwortet sich am ehesten dann, wenn man sich mit Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalt bezüglich Zuweisung der Kranken an eine zu errichtende Anstalt benimmt. Nur auf diese Weise gewinnt man bestimmte Unterlagen und ist dann später nicht so leicht Schwankungen ausgesetzt, wenn einmal die Stimmung im Publikum den Volksheilstätten weniger günstig werden sollte, wie es jetzt der Fall ist. Die Statistik über die in Heilstätten gewonnenen Gesammtresultate ist noch eine zu junge, als dass wir schon bestimmt sagen könnten, wie viel Prozent der Entlassenen eine länger dauernde Wiederarbeitsfähigkeit in ihrem früheren Berufe erlangt hätten.

Seine Ausführungnn hatte Referent in folgende Leitsätze zusammengefasst:

I. Den in letzterer Zeit mehr und mehr sich ausdehnenden Wohlfahrtsbestrebungen, wie solche vornehmlich die Vereine vom Rothen Kreuze sich zur Aufgabe stellen, muss der staatliche Gesundheitsbeamte die vollste Aufmerksamkeit zuwenden und ein grösseres Interesse entgegenbringen, als dies bis jetzt im Allgemeinen geschehen ist.

II. Dies gilt zunächst

1. bezüglich der Krankenpflege, besonders der auf dem Lande:
   a) durch Sorge für Ausbildung und Anstellung von Pflegerinnen für Kranke und Wöchnerinnen;
   b) durch Förderung der Errichtung von (Kreis-) Krankenhäusern und Krankenstuben;
   c) durch Einrichtung zahlreicher Stationen, in denen Krankenpflegeutensilien deponirt sind;
2. betreffs des Rettungswesens durch Errichtung von Sanitätskolonnen, Samaritervereinen und Rettungsgesellschaften, deren Förderung und Beaufsichtigung den Gesundheitsbeamten zufällt.

Für diese Bestrebungen dürfte die beste Unterstützung bei den Vaterländischen Frauenvereinen (zu 1) und Männervereinen vom Rothen Kreuz (zu 2) zu finden sein.

III. Auf sozialpolitischem Gebiete muss der Gesundheitsbeamte der Ernährung und Bekleidung der ärmeren Volksklassen, speziell der Arbeiter und deren Kinder seine Aufmerksamkeit zuwenden, auch hat er die Errichtung von gesunden Arbeiterwohnungen, von Volksküchen, Bädern, Ferienkolonieen etc. anzuregen, sowie dem Alkoholmissbrauch zu steuern.

Die verschiedenen, nach dieser Richtung hin wirkenden gemeinnützigen Bestrebungen hat er thunlichst zu fördern.

IV. Den modernen Bestrebungen zur Bekämpfung der Volkskrankheit, der Tuberkulose, darf der Gesundheitsbeamte sich ebenso wenig verschliessen, wie er es nicht unterlassen darf, anderseits vor allzu übertriebenen Erwartungen rascher Erfolge auf diesem Gebiete zu warnen (Heilstättenfrage).

Eine Diskussion schloss sich an den Vortrag nicht an.

Die von dem Referenten aufgestellten Leitsätze wurden einstimmig angenommen.

Schluss der Sitzung: Nachmittags 2 Uhr.

Um 3 Uhr Nachmittags versammelte sich sodann der grössere Theil der anwesenden Mitglieder im grossen Speisesaal des Savoy-Hôtel zum **Festessen**, an das sich Abends 9 Uhr die übliche gesellige Vereinigung bei Sedlmayr anschloss.

Zweite Sitzung, Sonnabend, den 30. September, Vormittags 9½ Uhr.

I. Regelung des Hebammenwesens.

a. Vor- und Ausbildung der Hebammen. Nachprüfungen und Wiederholungskurse.

Kr.-Phys. Dr. Langerhans, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Celle: Die Berufsthätigkeit der Hebammen soll sich auch künftighin auf die Behandlung normaler Zustände bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen beschränken. Diese Thätigkeit ist eine sehr segensreiche. Die Vorschläge, die Hebammen ganz abzuschaffen und ihre Thätigkeit den Aerzten zu überweisen, sind für ländliche Verhältnisse ganz undurchführbar, würden auch auf unüberwindlichen Widerstand des Publikums stossen. Ebensowenig empfiehlt es sich, einen Stand höher gebildeter Geburtshelferinnen mit erweiterten, namentlich operativen Befugnissen auszubilden, da die Ausübung der höheren Geburtshülfe volle wissenschaftliche ärztliche Ausbildung erfordert und deshalb unter allen Umständen dem Arzte verbleiben muss.

Für die einfache Thätigkeit, wie sie sonach den Hebammen verbleiben muss, ist eine höhere Töchterschulbildung völlig überflüssig, unter Umständen auch schädlich. Die heftigen Vorwürfe, mit denen von gewisser Seite der gesammte Hebammenstand überschüttet wird, sind mit Entschiedenheit zurückzuweisen. Es giebt auch unter den schlichten Hebammen heutigen Tages viele sehr gewissenhafte, saubere und den Anforderungen ihres Berufes voll genügende Hebammen. Dass es andererseits recht viele schlechte Hebammen giebt, liegt hauptsächlich an der traurigen sozialen Lage derselben, der zur Folge man oft froh sein muss, wenn sich für eine erledigte Bezirkshebammenstelle überhaupt Jemand meldet. Von Auswahl einer besonders befähigten Bewerberin kann daher leider nur selten die Rede sein. Im Allgemeinen findet man aber unter den früheren Schülerinnen der Volksschule in Land und Stadt Frauen genug mit ausreichenden

Schulkenntnissen, hellem Verstand und frischer Auffassungsgabe. Solche Frauen, besonders wenn sie in besserem Hause Dienstmädchen gewesen sind, liefern das beste Material für den Hebammenstand.

Unter denbisherigen Zuständen kommen freilich viele Frauen, theils als demnächstige Bezirkshebammen, theils aber auch als freipraktizirende Hebammen in die Hebammenlehranstalt, denen dort nur mühsam einige für die Prüfung ausreichende Kenntnisse mechanisch beigebracht werden, die sich nachher in der Praxis überraschend schnell verflüchtigen. Solche Frauen gehören nicht in die Hebammenschule! Nur diejenigen Frauen, die den Lehrstoff wirklich begreifen und ihn innerlich zu verarbeiten vermögen, behalten unter den ungünstigen Verhältnissen der Hebammenpraxis ein ausreichendes Mass von Kenntnissen. Von diesem Standpunkt aus muss der Physikus bei Prüfung der Aspirantinnen verfahren.

Der Kernpunkt des Hebammenunterrichts liegt gleichfalls darin, dass ein wirkliches Verständniss erreicht werden muss; denn das blosse Memoriren des Stoffes ist ganz werthlos. Um das Verständniss der Begriffe Infektion, Desinfektion und Asepsis sicher zu begründen, sind einfache bakteriologische Versuche unerlässlich! Ferner ist möglichst viel am lebenden Material zu üben und zu unterweisen. Eine grössere Zahl von Geburten (300 bis 500 im Jahr) und ein reichlicher Bestand an Hausschwangeren sind für die Hebammenlehranstalt unerlässlich. Ein zu grosser Umfang des Betriebes ist dagegen unter Umständen eher schädlich. Auch das Zusehen, Assistiren und Instrumentezureichen bei einigen wichtigen gynäkologischen Operationen ist ein wichtiges Hülfsmittel des geburtshülflichen Unterrichts, da namentlich auf dem Lande die Hebammen bei Unterleibsleiden meistens zuerst um Rath gefragt werden. Der praktische und der theoretische Unterricht müssen sich unausgesetzt gegenseitig durchdringen und ergänzen; sie müssen daher in einer Hand und zwar in der Hand des Direktors der Hebammenschule liegen. Um eine genügende Sicherheit der Kenntnisse und der Fertigkeiten, namentlich auch der Untersuchungstechnik zu gewährleisten, ist die gewöhnliche Dauer der Kurse zu kurz; 9 Monate erscheint als eine ausreichende Zeit.

Die Kreisphysiker, in deren Händen die Auswahl der Aspirantinnen und die Leitung und Beaufsichtigung der im Beruf stehenden Hebammen immer verbleiben muss und die Hebammenlehrer müssen nach demselben Ziel und von demselben Gesichtspunkt aus, in gegenseitiger Uebereinstimmung arbeiten. Zu dem Zweck muss der Hebammenlehrer regelmässig an den Nachprüfungen der Hebammen theilnehmen. Es ist aber auch erforderlich, dass die Physiker einen Einblick in die Hebammenschule und deren Getriebe gewinnen; daher müssten einige Physiker abwechselnd in der Hebammen-Prüfungskommission Sitz nnd Stimme haben.

Die Wiederholungskurse sind derart zu gestalten, dass die Hebammen ohne pekuniäre Belastung und ohne wesentliche Ein-

busse an ihren Einnahmen daran theilnehmen können. Nicht die schlechtesten, sondern die besseren, namentlich aber die jüngeren Hebammen sind heranzuziehen. Dann entfalten die Wiederholungskurse eine im hohem Grade segensreiche Wirkung.

Referent hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

I. Die Berufsthätigkeit der Hebammen hat auch ferner in denjenigen Grenzen zu verbleiben, welche durch das Lehrbuch und die Instruktion festgelegt sind. Die Aufgabe der Hebamme ist also ausschliesslich die Behandlung normaler Zustände und Verhältnisse bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen.

II. Gute Volksschulbildung ist für die Hebammenschülerin ausreichend, aber auch erforderlich.

III. Bei der Auswahl der Hebammenschülerin hat der zuständige Medizinalbeamte mit grösster Sorgfalt zu verfahren und ungeeignete Bewerberinnen ohne Rücksicht auf etwaige Wünsche der Ortsbehörden zurückzuweisen.

IV. Die Ausbildung der Hebammen ist intensiver zu gestalten; es ist vor Allem ein wirkliches Verständniss der Begriffe Infektion und Desinfektion anzustreben. Das mechanische Eindressiren der Desinfektionsvorschriften genügt nicht, um sichere Durchführung der Asepsis im späteren Berufsleben zu gewährleisten.

V. Es muss eine grössere Sicherheit in der Untersuchungstechnik, namentlich in der äusseren Untersuchung erreicht werden.

VI. Lehranstalten mittleren Umfanges sind für den Unterricht der Hebammenschülerinnen am geeignetsten, Universitätskliniken im Allgemeinen ungeeignet.

Es ist vortheilhaft, wenn mit der Hebammen-Lehranstalt eine nicht zu grosse gynäkologische Abtheilung in Verbindung steht.

VII. Die Zahl der aufzunehmenden Schülerinnen hat sich nach dem Umfang der Lehranstalt (Geburtsziffer u. s. w.) und dem Bedürfniss zu richten; sie ist von der Aufsichtsbehörde festzustellen.

VIII. Die Dauer der Unterrichtskurse ist zu kurz; dieselbe ist auf mindestens 9 Monate zu bemessen.

IX. Der Unterricht muss im Wesentlichen allein in der Hand des Direktors der Hebammen-Lehranstalt bezw. bei grossen Anstalten eines Abtheilungs-Leiters liegen. Eine Vielzahl unterrichtender Kräfte ist schädlich. Der Unterricht durch Assistenzärzte ist thunlichst zu vermeiden.

X. Es ist wünschenswerth, dass eine möglichst enge Fühlung besteht zwischen den Hebammen-Lehranstalten einerseits und den Medizinalbeamten anderseits. Häufigere Theilnahme des Hebammenlehrers und des Regierungs-Medizinalraths an den Nachprüfungen und abwechselnde Betheiligung der Kreisphysiker (Kreisärzte) an den Prüfungen der Hebammenschülerinnen sind dazu geeignete Mittel.

XI. Es sind an allen Hebammen-Lehranstalten regelmässige Wiederholungskurse für im Beruf stehende Hebammen einzu-

richten. Die Dauer dieser Kurse ist auf mindestens 3 Wochen zu bemessen.

Die Theilnahme altersschwacher verbauerter Hebammen an den Wiederholungskursen ist zwecklos. Es ist vielmehr für deren rechtzeitige Pensionirung Sorge zu tragen.

Das Schwergewicht liegt darin, dass die jungen Hebammen frühzeitig 5 Jahre oder auch schon 3 Jahre nach Ablegung der Prüfung zum ersten Male wieder eingezogen werden.

XII. Die Beaufsichtigung der Hebammen liegt dem zuständigen Medizinalbeamten ob, der sich in besonderen Fällen durch einen praktischen Arzt (Aufsichtsarzt) vertreten lassen kann.

b. Die soziale Stellung der Hebammen.

Der zweite Referent, Kreisphysikus Dr. Lemmer-Alfeld, zeigt an verschiedenden Beispielen, dass bei dem jetzigen Stande der Gesetzgebung, die der Reichsgewerbeordnung Rechnung tragen muss, obgleich die Geburtshülfe die dort grundsätzlich vorgesehenen Freiheiten nicht verträgt, die Rechte der Hebammen gegen Uebergriffe Anderer ungenügend geschützt sind, anderseits aber auch die vorgesetzte Behörde den Uebergriffen der Hebammen gegenüber vielfach machtlos ist, und dass darunter sowohl die Interessen der Hebammen wie die öffentliche Wohlfahrt, insbesondere die Sicherheit von Leben und Gesundheit der Gebärenden und Wöchnerinnen wie ihrer Kinder leiden. Instruktionen und Anordnungen des Lehrbuches, die den Behörden und den Hebammen eine sichere Richtschnur sein sollen, sind in vielen Punkten nicht rechtsverbindlich; in Preussen namentlich auch nicht die für den Vertrag der Bezirkshebammen mit den Kreisen und Gemeinden massgebenden Bestimmungen, so dass die wirthschaftliche Lage des Hebammenstandes eine höchst unsichere und unzulängliche bleibt. Gerade hierin liegt aber das grösste Hinderniss für die Beschaffung und Erhaltung guter Hebammen und damit eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit.

Gegenüber übertriebenen Ansprüchen der Hebammen selbst sowie einzelner Fürsprecher aus ärztlichen Kreisen nimmt Referent als durchschnittliches Bedürfniss für den Lebensunterhalt der ersteren ein gesichertes Jahreseinkommen von 700—750 M. an. Das Bestreben, den Stadthebammen höhere feste Einnahmen zuzuwenden, wird nicht für gerechtfertigt gehalten, da jene schon sonst überall im Vergleich zu denen des platten Landes Vortheile haben. Eine Einnahme von 700 bis 750 M. erzielen, wie statistisch erwiesen, nur Stadthebammen, oft sogar erheblich bessere; die Hebammen der kleineren Städte und Flecke haben dagegen durchweg geringere, die des platten Landes meist völlig unzureichende Einnahmen.

Als geeignete Mittel für die wirthschaftliche Besserstellung werden bezeichnet zunächst die Bekämpfung der Hebammenpfuscherei durch scharfe gesetzliche Bestimmungen, Bestrafung der absichtlichen oder fahrlässigen Fernhaltung der Hebammen vom Gebärbett, Anzeigepflicht der im Nothfalle durch nicht ge-

prüfte Personen geleisteten Geburtshülfe; ferner Einschränkung des übermässigen Wettbewerbs durch zweckmässige Abgrenzung der Bezirke und Abhängigmachen der Niederlassung frei praktizirender Hebammen — in einem von der Regierung bestimmten Verhältniss zur Zahl der Bezirkshebammen — vom Nachweis des Bedürfnisses. Unter dieser Voraussetzung und unter der weiteren, dass frei praktizirende Hebammen genau derselben Dienstanweisung unterworfen sind, wie die Bezirkshebammen mit Ausnahme der durch die Verträge der letzteren bedingten Abweichungen, erscheint die Beibehaltung der ersteren namentlich im Interesse der grösseren Städte empfehlenswerth.

Die Bezirkshebammen müssen von den Stadtverwaltungen und Landkreisen mit einem festen Gehalt angestellt werden, das den Jahresverdienst gewöhnlicher Arbeiterinnen (mit 200 Arbeitstagen) entspricht, und dessen Betrag mindestens auf 250—350 M. anzunehmen ist. Daneben sind die Gebühren auf bescheidenem Masse zu halten. Dass die meist alten Taxen zu geringe, die meisten neuen aber viel zu hohe Gebühren festsetzen, wird durch Tabellen an der Hand der wirklichen Ergebnisse, die die Berufsthätigkeit der Hebammen des Kreises Alfeld im Jahre 1898 geliefert hat, nachgewiesen. Es wird deshalb die Einführung einer staatlichen Gebührenordnung verlangt. Die Einforderung der Gebühren nach der Taxe und ihre volle Bezahlung ist mit Hülfe bindender Verpflichtungen auch zur Buchführung und Rechnungsertheilung nach vorgeschriebenem Muster zu erzwingen. Dabei steht rechnungsmässig die Bevölkerung sich besser, als bei hohen Gebühren ohne nennenswerthes Gehalt; desgleichen werden die Lasten wie die Einkünfte gerecht vertheilt, jene zum grossen Vortheil der kinderreichen Familien bei geringer Schädigung des wohlhabenden Steuerflichtigen, diese wieder zum grossen Nutzen gering beschäftigter Hebammen bei völlig erträglichen Ausfällen im Einkommen der vielbeschäftigten. Ein bestimmtes Mindesteinkommen zu garantiren, kann Referent nicht befürworten.

In allen Kreisen und Städten die den Bezirkshebammen ein entsprechendes Gehalt in dem vorgeschriebenen Betrage nicht gewähren, sollten die staatlich festgesetzten Gebühren um 30 bis 50 % erhöht werden.

Die Ausgaben für Desinfektion, Nachprüfungen und Wiederholungskurse, wie der dadurch herbeigeführten Ausfälle im Einkommen sollen den Hebammen aus Kreismitteln ersetzt werden.

Gegen Alter und Invalidität muss jede Hebamme versichert sein; die Bezirkshebamme am besten ohne eigene Beiträge durch eine Provinzialkasse mit dem Anspruch auf eine Rente in der Höhe ihres letzten Gehaltes; sonst durch eine Kreis-Unterstützungskasse, die am sichersten durch Zwangsbeiträge von jeder Geburt unterhalten wird. Ausserdem müsste der Staat zu jeder Rente einen Beitrag von 150 M. leisten, wie im Königreich Sachsen. Nur wenn dieser Staatsbeitrag nicht zu erreichen sein sollte, kann und muss empfohlen werden, dass sich die Kreise den gesetzlichen Staatszuschuss durch Betheiligung ihrer Bezirksheb-

ammen an der Invaliditäts- und Altersversicherung sichern. Es ist ferner sehr zu wünschen, dass diese Unterstützungskassen auch Beihülfe in vorübergehenden Krankheiten gewähren; ist dies nicht zu erreichen, dann ist den Hebammen mit geringem Einkommen der Beitritt zu einer Krankenkasse zu ermöglichen.

Die Versicherung frei praktizirender Hebammen ist zwar nicht in dem Masse Sache der öffentlichen Fürsorge, indessen muss ihnen die Betheiligung gegen entsprechende eigene Beiträge an der Provinzialkasse freistehen; eventuell sollte ihnen die Verpflichtung zur zwangsweisen staatlichen Versicherung auferlegt werden.

Die Vereinsorganisation hat gute Erfolge um die Hebung des Standesbewustseins und der materiellen Stellung der Berufsgenossen errungen, aber manche der Führerinnen haben auch allmählich das Gefühl ihrer untergeordneten Stellung eingebüsst und tragen den Geist der Ueberhebung durch ihre Fachzeitung in die Vereine hinein. Es dürfte sich deshalb empfehlen, die Leitung der Vereine, ohne ihren privaten Charakter anzutasten, mehr wie bisher in die Hand der zuständigen Medizinalbeamten zu geben, und allerorten die gesammten Hebammen zum Beitritt zu verpflichten. Dann erfülllen sie ihren Zweck der Fortbildung, der Förderung kollegialen Zusammenhaltens, der Hebung ihres Standesansehens und damit des Einflusses in den Familien zu Gunsten guter Wochenbetthygiene ungleich besser; sie erleichtern es aber auch dem Medizinalbeamten, die Hebammen genau kennen zu lernen und eine wirksame Aufsicht auszuüben.

Nicht ohne Opfer der Gemeinden und nicht ohne thätige Hülfe des Staates kann die Hebung der sozialen Stellung der Hebammen erreicht werden. Durch landesgesetzliche Bestimmungen ist eine Hebammenordnung zu erlassen und eine Dienstanweisung zu ertheilen, die an Stelle der gesammten, zur Zeit noch gültigen Landesgesetze und Verordnungen aller Instanzen treten und neben den technisch-wissenschaftlichen Vorschriften des Lehrbuches die sämmtlichen Berufs-Rechte und -Pflichten aller Hebammen des Staates ausschliesslich regeln. Es muss die Scheu überwunden werden, nöthigenfalls mit Zwang auch von den weniger bemittelten Gemeinden und Familien für die unentbehrlichen Dienstleistungen der Hebammen das Mindestmass dessen zu erlangen, was zu geben Pflicht und Anstand, zu nehmen aber Noth und Würde erheischen.

Die von dem Referenten aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

I. Die gegenwärtige soziale Stellung der Hebammen entspricht weder in rechtlicher, noch in wirthschaftlicher Beziehung den Mühen, der Verantwortlichkeit und Wichtigkeit ihres Berufs, der nicht zur Nebenerwerbsquelle herabsinken darf.

Eine gründliche Besserung in dieser Hinsicht ist nicht nur im Interesse der Hebammen, sondern vor Allem auch im öffentlichen Interesse erforderlich.

II. Das grösste Hinderniss für die Beschaffung und Erhaltung guter Hebammen bilden die jetzige Unsicherheit und Karg-

heit ihrer Einnahmen. Hierin muss unverzüglich Abhülfe herbeigeführt werden.

Geeignete Mittel dazu sind:

a) Beseitigung des unzulässigen und des übermässigen Wettbewerbs durch schärfere Bestimmungen gegen die Hebammenpfuscherei, durch zweckmässige Abgrenzung von Hebammenbezirken und durch Zulassung freipraktizirender Hebammen nur auf Grund nachgewiesenen Bedürfnisses;

b) Sicherstellung eines ausreichenden Einkommens der Bezirkshebammen durch Gewährung eines festen Gehalts mit Alterszulagen im Verein mit entsprechenden Gebühren.

c) Ersatz nothwendiger Ausgaben für Desinfektion, Nachprüfungen und Wiederholungskurse, wie der dadurch herbeigeführten Ausfälle im Beruf;

d) Versicherung gegen Krankheit, Invalidität und Alter, am besten durch eine Hebammen-Kranken- und Pensions-Kasse für jede Provinz mit staatlichem Zuschuss. Zum Beitritt muss jede Bezirkshebamme verpflichtet, jede freipraktizirende (gegen entsprechende Beiträge) berechtigt sein.

III. Zur Hebung des Standesbewusstseins der Hebammen und ihrer Stellung der Bevölkerung gegenüber, sowie zur Erhaltung und Fortbildung ihrer Fachkenntnisse sind unter Aufsicht des zuständigen Medizinalbeamten bestehende Hebammenvereine für kleinere Bezirke (Kreise u. s. w.) einzurichten.

Diskussion.

Kreisphys. San.-Rath Dr. Fiolitz-Halle weist zunächst auf die Verdienste von Dr. Brennecke und Dr. Dietrich um die Reform des Hebammenwesens hin, betont jedoch gleichzeitig, dass die Forderungen derselben keineswegs von der sächsischen Aerztekammer angenommen, sondern im Gegentheil gerade auf seine Veranlassung hin wesentlich modifizirt und eingeschränkt seien. In einzelnen Punkten gehe die Aertzekammer allerdings weiter als die Referenten: sie fordere einjährige Lehrkurse, Einberufung aller Hebammen zu Wiederholungskursen in 5jährigen Zwischenräumen und vollständige Beseitigung der freipraktizirenden Hebammen. Ausdehnung der Ausbildung der Hebammen auf Gynäkologie kann Redner dagegen nicht empfehlen. Am besten sei eine Verstaatlichung des ganzen Hebammenwesens; die Abhängigkeit der Hebammen von den Gemeinden und Behörden der Selbstverwaltung sei zu beseitigen. Reg.- und Med.-Rath Dr. Wehmer ist demgegenüber der Ansicht, dass allerdings ein staatliches Eingreifen behufs Reformirung des Hebammenwesens sehr erwünscht, aber daran vorläufig nicht zu denken sei. Zur Zeit müsse man versuchen, durch persönlichen Einfluss die Selbstverwaltungsbehörden für das Hebammenwesen im Kreise und für die Besserstellung der Hebammen zu gewinnen, wie dies bereits mehrfach mit Erfolg geschehen sei; auf diplomatischem Wege lasse sich häufig mehr als durch Zwangsetatisirung erreichen. Dass die Hebammen über die häufigsten Frauenkrankheiten, sowie über einfache Operationen, Chloroformiren u. s. w. unterrichtet würden, sei auch im Interesse der Aerzte, denen sie dann besser assistiren könnten, wünschenswerth. Die Bestrebungen der Hebammenvereine, die soziale Stellung der Hebammen zu heben, müssten unterstützt und die Konkurrenz, insbesondere die unlautere eingeschränkt werden. Eine Heranziehung gebildeter Frauen zum Hebammenstand empfehle sich nicht; denn dieselben ergreifen diesen Beruf meist nur aus Noth und ohne besondere Neigung. Kreisphys. Dr. Keferstein-Nimptsch hebt hervor, dass

manche Hebamme in ihrem Hausstande allein verdienen müsse und der Mann häufig gar nichts thue, sondern sich von ihr erhalten lasse. Kreisphys. San.-Rath Dr. Wiedner-Kottbus hat in Bezug auf den in seinem Kreise (Stadtkreis Kottbus) bestehenden Hebammenverein recht gute Erfahrungen gemacht, bezweifelt aber, ob derartige Vereine in ländlichen Kreisen sich ebenso bewähren würden. Kreisphys. Dr. Beinhauer-Höchst betont, dass durch Wiederholungskurse die stetige Mitwirkung der Kreisphysiker bei der Fortbildung der Hebammen nicht ersetzt werden könnte, auf dieselbe sei vielmehr der Hauptwerth zu legen. Die Hebammenvereine bilden zur Durchsprechung geeigneter Kapitel des Hebammenlehrbuches die beste Gelegenheit; ihre Leitung dürfe der Medizinalbeamte daher nicht aus der Hand geben.

Der Vorsitzende freut sich, dass allseitig die Nothwendigkeit einer besseren Vor-, Aus- und Fortbildung der Hebammen, sowie eine Besserung ihrer sozialen Stellung anerkannt werde; er warnt aber mit den Forderungen zu weit zu gehen. Einjährige Lehrkurse, sowie die Einberufung aller Hebammen zu Wiederholungskursen in 5jährigen Zwischenräumen seien entschieden nicht nothwendig und bei der Zahl der jetzt vorhandenen Lehranstalten auch nicht durchführbar; es genüge ein 9monatlicher Lehrkursus, aber dieser müsse für die ganze Monarchie eingeführt werden. Die Ausbildung der Hebammen in kleineren chirurgischen Hülfeleistungen, Chloroformiren u. s. w. sei dringend erwünscht, namentlich im Interesse der Landärzte. Der jetzige Uebelstand sei nur durch eine gesetzliche Neuregelung des Hebammenwesens zu beseitigen, ohne diese Grundlage werde der private Einfluss der Medizinalbeamten doch nur in einzelnen Kreisen und unter besonders günstigen Verhältnissen etwas erreichen. Kreisphys. San.-Rath Dr. Hensgen-Siegen spricht sich ebenfalls für 9monatliche Lehrkurse aus. Eine finanzielle Besserung der Hebammen lasse sich auch mit Hülfe der Hebammenvereine, sowie durch richtige Abgrenzung der Hebammenbezirke erzielen. Sehr empfehlenswerth sei die Versicherung der Hebammen in der staatlichen Alters- und Invaliditätsversicherung. Letzteres wird auch von Kreisphys. San.-Rath Dr. Keferstein-Nimptsch empfohlen, während der Vorsitzende die Errichtung von provinziellen Hebammen-Kranken und -Pensionskassen vorzieht. Die von Dr. Beinhauer-Höchst angeregte Frage, ob Hebammen auch versicherungsberechtigt seien, wird dahin beantwortet, dass frühere Zweifel in dieser Beziehung durch das neue Invaliditätsversicherungsgesetz beseitigt seien; danach sei eine Hebamme zweifellos zur Selbstversicherung berechtigt.

Nachdem noch Kreiswundarzt Dr. Steinberg-Lauban, Kreisphys. Dr. Kant-Aschersleben und Kreisphys. Dr. Holthoff-Salzwedel ihre Erfahrungen über Hebammenvereine, Hebammen-Unterstützungskassen u. s. w. in ihren Kreisen mitgetheilt und u. A. auch darauf hingewiesen hatten, dass man bei derartigen Bestrebungen auf eine Unterstützung der praktischen Aerzte nicht rechnen könne, nahmen die beiden Referenten das Schlusswort, um kurz einige Einwände gegen ihre Ausführungen zu widerlegen bezw. richtig zu stellen.

Nach Schluss der Generaldiskussion wurde folgender Antrag, durch den sich eine Spezialdiskussion der von den Referenten aufgestellten Leitsätze erübrigte, einstimmig angenommen:

> „Der Verein erklärt sich im Allgemeinen mit den Ausführungen der Berichterstatter einverstanden und hält es im Interesse des Allgemeinwohls für nothwendig, dass nicht nur an die Vor-, Aus- und Fortbildung der Hebammen höhere Anforderungen zu stellen sind, sondern auch ihre soziale Stellung, namentlich in wirthschaftlicher Beziehung zu heben ist."

II. Bericht der Kassenrevision. Vorstandswahl.

Die Prüfung der Kassenbücher und der Kasse hat die Richtigkeit derselben ergeben; das Vermögen des Vereins ist theils in $3^1/_2$ % preussischen Konsols, theils in einer Kreisspar-

kasse belegt. Dem Kassenführer wird auf Antrag der beiden Revisoren Decharge ertheilt.

Bei der Vorstandswahl wurde der bisherige Vorstand durch Zuruf wiedergewählt, mit Ausnahme des Geh.-Reg. u. Med.-Raths Dr. Philipp, der eine Wiederwahl ablehnte. An seiner Stelle wurde Reg. u. Med.-Rath Dr. Barnick-Marienwerder neu gewählt.

Nach **Schluss der Sitzung** gegen $1^1/_2$ Uhr Nachmittags fand ein einfaches Mittagsmahl im „Franziskaner" statt. An dieses schloss sich um 3 Uhr die **Besichtigung des Müllschmelzofens** (Gitschinerstrasse 13/15) und des **Kreiskrankenhauses in Brietz.**

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 31. Oktober 1898 und 1. Juli 1899 in Stade stattgehabten Versammlungen der Medizinal-Beamten des Regierungsbezirks Stade.

I. Versammlung am 31. Oktober 1898.

Seitens des Herrn Regierungspräsidenten waren die Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stade zum 31. Oktober 1898 zu einer Besprechung über die Einführung der obligatorischen Leichenschau nach Stade einberufen. Im Anschluss an diese Besprechung hielt der Medizinalbeamtenverein seine Herbstversammlung ab. Anwesend waren Reg.- und Med.-Rath Dr. Rusak-Stade (Vorsitzender), die Kreisphysiker Geh. San.-Rath Dr. Ritter-Bremervörde, San.-Rath Dr. Büttner-Scharmbeck, San.-Rath Dr. Vogel-Stade, Dr. Herya-Otterndorf, Dr. Gaehde-Blumenthal, Dr. Westrum-Geestemünde, Dr. te Gempt-Buxtehude, Dr. Herwig-Lehe, Dr. Andrée-Neuhaus, Dr. Elten-Freiburg, Dr. Hoche-Hemelingen.

Zunächst trug der Vorsitzende die bisher über die Einführung der **Leichenschau** gepflogenen Verhandlungen vor. Den ersten Anstoss zu diesen hat eine Petition der Hannoverschen Bürgervereine gegeben. Die Angelegenheit ist dann seitens der Aerztekammer aufgenommen, die durch ihr Mitglied Dr. Kanzler ein ausführliches Gutachten über die Frage ausarbeiten liess. Unter Mittheilung dieses Gutachtens hat der Herr Oberpräsident die Angelegenheit den Herrn Regierungspräsidenten behufs eventueller Einführung der Leichenschau durch Polizeiverordnung zugestellt.

Die Leitsätze des Kanzler'schen Gutachtens dienten als Grundlage der sehr lebhaften Besprechung. Ueber die dringende Nothwendigkeit der Einführung der Leichenschau in den Städten wie auf dem Lande herrschte Einstimmigkeit. Nach Erörterung der Frage, ob neben den Aerzten auch Leichenbeschauer aus Laienkreisen zuzulassen seien, sprach sich die Versammlung auf Vorschlag des Vorsitzenden dahin aus, dass die Ausführung der Leichenschau durch Laien nur dann zulässig sei, wenn über die Todesursache und über die Natur der letzten Erkrankung nach ärztlicher Bescheinigung kein Zweifel obwalte.

In Betreff der Aufbringung der Kosten herrschte Einstimmigkeit darüber, dass diese weder den Angehörigen, noch auch den einzelnen Gemeinden aufzubürden sein dürften. Man war der Ansicht, dass bei Uebertragung der Kosten der Leichenschau auf die Gemeinden besonders die ärmeren und abgelegenen Gemeinden schwer belastet werden würden, in denen kein Arzt ansässig sei, daher verhältnissmässig mehr Todesfälle ohne vorhergegangene ärztliche Behandlung vorkommen, und demgemäss späterhin auch mehr ärztliche Leichenbesichtigungen nöthig sein würden. Man hielt dagegen die Uebernahme der Kosten seitens der Kreise oder des Regierungsbezirks, besser noch seitens der Provinz für richtig.

Nachdem sodann noch verschiedene andere Punkte (Kontrole der Mineralwasserfabriken, Bäckereien und Schlachtereien; Wiederbesetzung vakanter Physikate, Tabellen zum Sanitätsbericht, Untersuchung des Gesundheitszustandes von Beamten) auf Grund

vorgefallener Vorkommnisse kurz erörtert waren, schloss die Sitzung. Nachher vereinigte ein gemeinschaftliches Mittagessen die Theilnehmer.

II. Versammlung am 1. Juli 1899.

Gegenwärtig waren Reg.- und Med.-Rath Dr. Rusak-Stade (Vorsitzender), die Kreisphysiker Geh. San.-Rath Dr. Ritter-Bremervörde, San.-Rath Dr. Röhrs-Rotenburg, San.-Rath Dr. Matthaei-Verden, San.-Rath Dr. Vogel-Stade, Dr. Westrum-Geestemünde, Dr. Herya-Otterndorf, Dr. Gaehde-Blumenthal, Dr. Andrée-Neuhaus, Dr. te Gempt-Buxtehude, Dr. Hoche-Hemelingen, ferner zunächst als Gäste die praktischen Aerzte Dr. Ritter-Bremervörde und Dr. Guttmann-Otterndorf.

Zur Aufnahme hatten sich gemeldet die pro physicatu geprüften praktischen Aerzte Dr. Ritter-Bremervörde, Dr. Guttmann-Otterndorf und Dr. Ocker-Verden. Um die Aufnahme der Herren zu ermöglichen, wurde zunächst der §. 1 der Statuten analog der Bestimmungen des Preussischen Medizinalbeamtenvereins geändert, so dass derselbe nun folgenden Wortlaut hat:

§. 1. Mitglieder des Vereins können werden die Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Stade, sowie die in dem Regierungsbezirk ansässigen pro physicatu geprüften Aerzte. Der Verein soll seinen Mitgliedern Gelegenheit bieten zu gegenseitiger Annäherung, zum Austausch der im Dienste gemachten Erfahrungen und zur Verständigung über Angelegenheiten, welche die Interessen der Medizinalbeamten berühren.

Nach einstimmiger Annahme dieser Statutenänderung erfolgte die Aufnahme der drei genannten Herren.

Zur Besprechung kamen sodann mehrere Themata, zunächst die seit zwei Jahren eingeführte **Revision der Schulen** durch die Physiker, die sich als äusserst wirksam zur Besserung der hygienischen Verhältnisse der Schulen erwiesen hat. Zur möglichsten Erleichterung der Ausnutzung der Resultate der Revisionen sollen diese jetzt nach einem übersichtlicheren, nummerirten Schema stattfinden.

Einen weiteren Gegenstand der Besprechung bildeten die verschiedenen Arten der **Wohnungsdesinfektion**, besonders mit Hinsicht auf die bevorstehende Einführung der Anzeigepflicht für Todesfälle an Tuberkulose, sowie der obligatorischen Desinfektion nach akuten Infektionskrankheiten und nach Tuberkulose. Die Sache erschien dem Verein jedoch noch nicht spruchreif; auf Antrag des Vorsitzenden wurde beschlossen, dieselbe auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu setzen. Bis dahin soll durch Zirkulation der einschlägigen neuesten Veröffentlichungen den Mitgliedern Gelegenheit zur genauen Information gegeben werden.

Weitere Themata waren die Thätigkeit und Berichte der Sanitätskommissionen, sowie die Thätigkeit und Taxen der Fleischbeschauer.

Nach der Sitzung vereinigte ein gemeinschaftliches Mittagessen die Theilnehmer.

Dr. Hoche-Hemelingen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Erster Bericht über die Thätigkeit der Malariaexpedition. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Koch. Deutsche med. Wochenschrift; 1899, Nr. 37.

Der Bericht umfasst die Ergebnisse der Forschungen, die während der Zeit vom 25. April bis 1. August d. J. in Grosseto, einem in den toskanischen Maremmen gelegenen, von der Malaria besonders in den Monaten Juli bis Oktober heimgesuchten Orte, seitens der vom Deutschen Reiche zur Erforschung der Malaria ausgesandten, aus Geh. Rath Prof. Dr. Koch, Prof. Dr. Frosch und Stabsarzt Dr. Ollwig bestehenden Kommission angestellt hat. Alle die der Kommission als malariakrank oder -verdächtig überwiesenen Personen wurden sofort auf das Vorhandensein von Malariaparasiten untersucht; dabei ergab sich auch nicht ein einziger Fall von echter Malaria, bei dem jene nicht nachgewiesen werden konnten. Von 650 während jenes Zeitraums untersuchten Personen litten 408 unzweifelhaft an Malaria; in jedem einzelnen Falle wurden

fortlaufende Blutuntersuchungen und Temperaturmessungen gemacht, auch eine Besichtigung und Untersuchung der Oertlichkeiten vorgenommen, wo der Erkrankte aller Wahrscheinlichkeit nach sich infizirt hatte. Anfangs kamen gar keine frischen Malariafälle zur Beobachtung, sondern nur Rezidive; erst gegen Ende Juni traten die ersteren in grosser Zahl auf, so dass unter 222 Malariafällen in den ersten 5 Wochen nach dem 23. Juni nur 17 Rezidive waren. Auch die Rezidivkranken, welche zuverlässige Angaben über den ersten Beginn ihrer Malariazeit machen konnten, verlegten diese sämmtlich auf die Monate Juni bis Oktober, so dass die eigentliche gefährliche Zeit für das Zustandekommen der Malariainfektionen eine verhältnissmässig kurze ist und anscheinend nur die Monate Juli, August und September umfasst. Erwägt man nun, dass nach den bisherigen Erfahrungen Malariaparasiten ausser im Menschen nur noch in gewissen Arten von Stechmücken zu leben vermögen, in diesen aber auch nur während der heissen Sommerzeit zur Entwickelung gelangen, so bleiben 8–9 Monate, innerhalb welcher die Parasiten allein auf die Existenz im menschlichen Körper angewiesen sind. Alle Untersuchungen, Malariaparasiten noch in anderen Lebewesen nachzuweisen, ergaben ein negatives Resultat; der einzige Wirth bleibt der Mensch und nur innerhalb der kurzen Sommerzeit geschieht die Uebertragung durch Vermittlung der Stechmücken. Wenn die heisse Jahreszeit kommt, bilden die vorhandenen Malariarezidive gleichsam das Bindeglied von der Fieberzeit des neuen Jahres zu derjenigen der nächstfolgenden; würde dieses Bindeglied durch vollständige Heilung der Malariakranken beseitigt, dann müsste nach Koch's Ansicht auch allmählich die Malaria aus der betreffenden Gegend verschwinden. In dem Chinin sei aber ein vollkommen sicheres Mittel gegeben, um die Malariaparasiten im menschlichen Körper zu vernichten; es müsse nur zur richtigen Zeit, d. h. nie anders als in der Intermissionszeit und in der entsprechenden Dosis (1—2 gr) gegeben werden. Der einzelne Malariakranke sei demgemäss als eine Gefahr für seine Umgebung anzusehen, und die Malaria nach denselben Grundsätzen wie die Cholera, Pest u. s. w. zu bekämpfen, nur mit dem Unterschiede, dass an Stelle von Isolirung und Desinfektion die Anwendung des einzig in seiner Art dastehenden Mittels, des Chinins trete, um den Infektionsstoff da, wo er für uns am leichtesten erreichbar sei — im menschlichen Körper — zu vernichten.

Mit diesen Anschauungen über den Infektionsmodus stimmten auch die Beobachtungen in Grosseto über die Vertheilung der Malariafälle überein; die mehr oder weniger günstige Lage der einzelnen Stadttheile war auf die Verbreitung ohne Einfluss, dagegen liess sich mehrfach die Entstehung eines Krankheitsherdes auf alte Malariarezidive zurückführen. Die Infektion durch Stechmücken geschehen im Wesentlichen des Nachts und in den Wohnungen; von den in den Wohnungen hauptsächlich angetroffenen 4 Mückenarten: Culex nemorosus, C. pipiens, Anopheles maculipennis und eine Phlebotomusart beschuldigt Koch auf Grund seiner Untersuchungen besonders Culex pipiens und Anopheles mac.; in einzelnen Exemplaren dieser Mücken ist es ihm auch gelungen, Parasiten nachzuweisen. Das Vorkommen dieser Mückenarten während des ganzen Jahres und das Auftreten der Malaria während der Sommerzeit stehe der Ansicht einer Uebertragung durch ihre Vermittelung nicht entgegen, da die Malariaparasiten zu ihrer weiteren Entwicklung und Reifung im Mückenleibe einen gewissen Grad von Wärme nöthig haben und somit dieselbe Mückenart bei niedriger Aussentemperatur unschädlich ist und nur bei gleichmässiger Temperatur von 24° und darüber für den Menschen mit Rücksicht auf die Uebertragung der Malaria gefährlich wird.

Am 23. August d. J. hat sich Geh. Rath Dr. Koch nach Singapore eingeschifft, um in Niederländisch-Indien seine Forschungen über die Malaria fortzusetzen. Rpd.

Soll den gewerbsmässigen Kurpfuschern durch ein zu erlassendes deutsches Reichsseuchengesetz die Pflicht zur Anzeige ansteckender Krankheiten auferlegt werden? Von Dr. Oskar Schwarz, Geh. Med.-Rath in Köln. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. XXXI, Heft II.

In seinem vor der 23. Versammlung des Vereins für öffentliche Gesund-

heitspflege gehaltenen Vortrage: „Reichsgesetzliche Regelung der zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten erforderlichen Massregeln“ (Bericht, Seite 641 ff. vorigen Jahrgangs) bejahte Herr Geh. Rath Rapmund diese Frage, da man den Kurpfuschern sonst gleichsam einen Freibrief für ihre Thätigkeit bei ansteckenden Krankheiten ausstellen und diese von dem Publikum um so lieber in Anspruch genommen werden würde, als es dann keine polizeilichen Massnahmen und Recherchen zu befürchten brauchte. Im Gegensatze hierzu spricht sich der Verfasser entschieden gegen eine derartige Forderung aus, und zwar, — abgesehen von den allgemeinen Gründen, dass die Kurpfuscher nicht im Stande seien, ansteckende Krankheiten richtig zu erkennen, und dass sie durch die auferlegte Anzeigepflicht an Ansehen gewinnen würden — besonders noch aus dem Grunde, weil den Kurpfuschern auch der durchaus erforderliche gute Wille fehle, nach Möglichkeit die Weiterverbreitung der Ansteckungskeime zu verhüten und die Ausführung der vorgeschriebenen sanitätspolizeilichen Massregeln sachkundig und gewissenhaft zu befördern. Der Verfasser verlangt vielmehr, dass im Reichsseuchengesetze die Behandlung genau zu bezeichnender, gemeingefährlicher, ansteckender Krankheiten durch nicht approbirte Personen verboten und unter Strafe gestellt werden solle. Ein derartiges Verbot würde nach Ansicht des Verfassers mit der deutschen Gewerbeordnung nicht in Widerspruch stehen, da diese die gewerbsmässige Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen überhaupt nicht freigegeben habe, wie sich aus Tit. I 6 und den §§. 29, 30, 53, 80 und 144 derselben ergebe. Ein derartiges Verbot würde nicht nur den bestehenden deutschen landesgesetzlichen Medizinalordnungen, namentlich auch dem §. 17 des noch in Kraft befindlichen preussischen Sanitätsregulativs vom 8. August 1835, vollständig entsprechen, sondern auch der betreffenden Gesetzgebung sämmtlicher benachbarter Staaten, einschliesslich der durch freieste Selbstverwaltung ausgezeichneten Schweiz, und namentlich in Uebereinstimmung stehen mit den Beschlüssen des VIII. internationalen hygienischen Kongresses in Budapest, nach welcher die gewerbsmässige Ausübung der Heilkunde nur staatlich approbirten Personen mit nachgewiesener technischer und sittlicher Befähigung gestattet sein soll.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Ueber die Gefahr der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch den Schulbesuch und die in dieser Hinsicht erforderlichen Massnahmen. Von Stabsarzt Dr. Schaefer-Strassburg i. Els. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1898, H. 4.

Auf Grund eines reichen amtlichen Materials, auch ausländischen, unterzieht der Verfasser die in Frage kommenden Krankheiten einer eingehenden Untersuchung, und zwar ausser den in dem bekannten Preussischen Ministerialerlass vom 14. Juli 1884 aufgeführten, auch noch die Influenza, Lungentuberkulose, Skrophulose, Parasiten (Läuse), psychische Epidemien (Zitterepidemie, Chorea) und einige Hautkrankheiten (Favus, Herpes tonsurans, Impetigo contagiosa). Bei jeder einzelnen Krankheit erörtert er

a. den Krankheitserreger,
b. die Zeitdauer der Ansteckungsfähigkeit,
c. die Art der Uebertragung,
d. die Lebensgefährdung und
e. die Beziehungen zur Schule.

Bei dem letzten Punkt sucht er die Fragen zu beantworten:

1. Wie gelangen die ansteckenden Stoffe in die Schule?
2. Wie verhalten sie sich innerhalb der Schule?
3. Welche Rolle spielt die Häuslichkeit bei der Verbreitung der aus der Schule eingeschleppten Krankheiten?

Hieran knüpft er eine Besprechung derjenigen Massregeln, die zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schule zu ergreifen sind. Als solche bezeichnet und erwägt er

I. die allgemeinen schulhygienischen Massnahmen,
II. die Ausschliessung der kranken Kinder resp. ihrer Angehörigen aus der Schule,
III. die Schulschliessung,

IV. die Desinfektion und
V. die ärztliche Ueberwachung der Schule.

Bei allen diesen Fragen hält er die so sehr verschiedenen Verhältnisse in den städtischen und den ländlichen Schulen in beachtenswerther Weise scharf auseinander.

Wir müssen es uns wegen des grossen Umfanges der Arbeit versagen, einen vollkommenen Auszug aus derselben zu geben, und deshalb auf das sehr lesenswerthe Original ausdrücklich hinweisen. Nur auf das Kapitel VI: „Kritik der in Preussen gültigen Gesetze" sei uns gestattet, genauer einzugehen, weil dieses eine Frage behandelt, bei welcher wohl schon jedem Medizinalbeamten, besonders wegen des event. Schulschlusses, Bedenken und Verdriesslichkeiten entstanden sind.

In Preussen ist die Angelegenheit durch den schon oben zitirten Ministerialerlass geregelt. Der Verfasser erkennt zwar an, dass dieser schon dadurch segensreich gewirkt habe, dass er die allgemeine Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand gelenkt habe; innerlich aber sind seine praktischen Erfolge zweifellos hinter den gehegten Erwartungen weit zurückgeblieben, und zwar, weil die nothwendigen Voraussetzungen fehlen, unter denen allein er hätte wirksam werden können. Zunächst fehlt ein Seuchengesetz, auf Grund dessen der erste Fall einer jeden akuten Infektionskrankheit richtig und rasch bekannt werden könnte. Als wesentliche Forderungen an ein solches Gesetz bezeichnet er folgende Punkte:

1. Sofortige Meldung eines jeden entsprechenden Falles durch den Arzt, und zwar ausschliesslich; hierzu wären diesem in freigebigster Weise Post, Telegraph und Telephon zur Verfügung zu stellen. Die Meldung wäre an den Medizinalbeamten zu richten, der seinerseits mit Polizeibehörde und Schule in innigem Konnexe stehen müsste, damit sich diese drei Behörden über alle Ermittelungen von infektiös Erkrankten und Verdächtigen auf dem Laufenden erhalten könnten.

2. Sorgfältiges Forschen nach der Infektionsquelle, den häuslichen Verhältnissen u. s. w. (Dass die Medizinalbeamten in ihrer gegenwärtigen Zahl und Organisation hierzu nicht ausreichen, giebt Verfasser selbst zu.)

3. und 4. Behördliche Garantie für die Isolirung — bei schweren Infektionskrankheiten durch obligatorische Aufnahme in's Krankenhaus — und für die wirksame Ausführung der Desinfektion.

In Betreff der Einzelbestimmungen des qu. Erlasses hält der Verfasser auf Grund der Anschauungen, die in der Abhandlung niedergelegt sind, nachstehende Aenderungen für erforderlich.

Ein wegen einer akuten Infektionskrankheit (auch Rose und Mumps) aus der Schule ausgeschlossenes Kind darf zur Schule erst zugelassen werden, nachdem durch ärztliches Zeugniss bescheinigt ist, dass die Gefahr der Ansteckung als erloschen anzusehen ist. Ausnahmen sind nur in besonderen Fällen zulässig.

Keuchhustenkranke sind während der ganzen Dauer der Krankheit, bis der Husten völlig aufgehört hat, auszuschliessen.

Schwindsüchtige Kinder sind nur zu Zeiten der Verschlimmerung ihres Zustandes, bei häufigem Husten mit reichlichem Auswurf, aus der Schule fernzuhalten und im Uebrigen das Hauptgewicht auf die Verhütung des Staubes u. s. w. zu legen. Schwindsüchtige Lehrer müssten mindestens ein Speifläschchen gebrauchen.

Bei kontagiöser Augenentzündung ist Schulausschluss nur erforderlich, so lange eitriger Ausfluss besteht; im Uebrigen sind diese Kinder zusammenzusetzen und für ihre Behandlung zu sorgen.

Vermissen lässt der preussische Erlass eine Bestimmung über die vor Wiedereintritt in die Schule vorzunehmende Desinfektion.

Auch über die Bestimmungen betr. den Ausschluss der Geschwister u. s. w. infektiös erkrankter Kinder wünscht Verfasser einige Aenderungen. Er schlägt vor Masern, Rötheln und Ruhr aus Gruppe 1a in 1b zu versetzen. Bei Scharlach wünschte er (mit Recht), dass mindestens diejenigen Kinder zur Schule zugelassen werden sollen, die die Krankheit bereits früher überstanden haben, da eine mittelbare Uebertragung und mehrmalige Erkrankung zu den Seltenheiten gehören. Im Uebrigen muss der Ortsbehörde

anheimgestellt werden, bei besonders schweren Epidemien (Masern, Scharlach u. s. w.) besondere Bestimmungen zu treffen.

Beim Vorkommen von ansteckenden Krankheiten im Schulhause bezw. in der Familie des Lehrers soll der Polizeibehörde, dem Schulleiter und dem Medizinalbeamten das Recht der vorläufigen Schliessung zustehen.

Endlich müssten in besonderer Anlage diejenigen Gesichtspunkte aufgeführt werden, die bei Ausschliessung von Schülern, Suspension des Lehrers und Schliessung der Schule in Frage kommen, mit Hinweis auf die Unzulässigkeit der Leichenschauausstellungen und des Verwendens von Kindern zum Sargtragen, Blumenstreuen u. s. w. Ders.

Die Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule. Von Kreisphysikus Dr. Berger in Neustadt a. R. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1899, Heft 7.

Ein wichtiges Glied in der allgemeinen Bekämpfung ist die Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule, sowohl in der Volksschule als in allen anderen Schulen und schulartigen Einrichtungen; denn:

1. die Schule ist eine staatliche Einrichtung, ihr Besuch ist entweder vom Staate überhaupt oder doch zur Erlangung besonderer Befähigungen vorgeschrieben; der Staat hat also die Pflicht, dafür zu sorgen, dass die Möglichkeit von Schädigungen in gesundheitlicher Beziehung auf das möglichst geringste Mass herabgesetzt wird;

2. es handelt sich beim Besuch der zur Erziehung und Bildung nothwendigen Schulen um Menschen in der Entwickelung; es sollen dem Menschen in dieser Zeit allerhand Dinge beigebracht werden, welche an das Zimmer fesseln, längere Zeit zu bestimmten Haltungen zwingen und zur Gemeinschaft mit anderen ganz oder doch durchschnittlich Veranlassung geben;

3. es kommen in den Schulen eine Anzahl gesundheitlich keineswegs einwandfreier Gegenstände und Einrichtungen in Betracht, da eine Beschaffung vollkommener Einrichtungen aus naheliegenden Gründen nicht zu jeder Zeit möglich ist;

4. es werden in der Schule Eindrücke für das ganze Leben gesammelt.

Die Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule muss aus diesen Gründen eine unmittelbare und eine mittelbare sein.

In's Auge zu fassen sind bei der Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule folgende Gesichtspunkte:

a) Die Einrichtungen in der Schule. Diese sollen, kurz zusammengefasst, möglichst derartige sein, wie sie die Gesundheitspflege fordert. (Einzelne besonders in Betracht zu ziehende Punkte sind in der Abhandlung genauer besprochen.) Wie in Wirklichkeit diese Forderung erfüllt ist, hat der Verfasser für die 90 Schulklassen seines Physikatskreises in einer besonderen Abhandlung: „Die gesundheitlichen Verhältnisse in den Schulen des Kreises Neustadt am Rübenberge“ in der „Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten“; Bd. 24, S. 189 ausführlicher dargelegt.

b) Der Lehrer. Dieser darf nicht selbst mit Tuberkulose behaftet sein und ist event. am besten ganz vom Unterricht auszuschliessen; jedenfalls ist zu verlangen, dass er mit seinem Auswurf richtig umgeht (Dettweiler'sche Fläschchen) und vor allen Dingen auch sich den Kindern gegenüber vorsichtig verhält. Er muss auf dem Seminar schon mit den Grundzügen der Gesundheitspflege, besonders mit den ansteckenden Krankheiten und dem Auftreten, sowie der Bekämpfung der Tuberkulose bekannt gemacht werden und zwar in obligatorischen Unterichtsstunden.

c) Die Kinder bezw. Schüler. Von ihnen gilt zunächst dasselbe wie von den Lehrern; allermindestens müssen tuberkulöse Kinder angehalten werden, mit ihrem Auswurf so umzugehen, wie es die Gesundheitspflege erfordert. Bei rechtzeitig erkannten Fällen soll die Heilung begünstigt werden durch Befreiung vom Unterricht, Ueberweisung in Anstalten, Unterbringung in Seehospizen und dergl.

d) Der Unterricht. Hier hat die Belehrung des Kindes und des Volkes in gesundheitlichen Dingen einzusetzen, aber natürlich in vorsichtigster Weise, ganz allmählich von den untersten Klassen auf, durch Worte des Lehrers, durch Aufnahme entsprechender Aufsätze in die Lesebücher u. s. w.

(Eingehendes über die interessanten Vorträge ist im Originalartikel nachzulesen).

e) Das Leben des Kindes ausserhalb der Schule. Die Bevölkerung muss aufgeklärt und belehrt werden, den Angehörigen muss über in der Schule gefundenen Erkrankungen Mittheilung gemacht werden, aber alles dies nur sachgemäss vorsichtig. Zu belehren ist die Bevölkerung über die Kunst gesund zu sein und sich gesund zu erhalten; die Schäden der Hausarbeit und der häuslichen Ueberbürdung der Schulkinder sind besonders zu betonen. Ferner muss er aufgeklärt werden über die Regeln für Kranke, die Vorsichtsmassregeln Gesunder gegenüber Kranken, über die Möglichkeit der Heilung u. s. w. u. s. w.

f) Der Schularzt. Dieser ist zur Erforschung der Krankheit in der Schule in erster Linie berufen, da es für Bekämpfung der Tuberkulose auf rechtzeitiges Erkennen der Anfangsstadien wesentlich ankommt. Der Schularzt soll keineswegs eine medizinische Aufsichtsbehörde sein, wie mancherseits gefürchtet wird; nein, er soll mit dem Lehrer und den Angehörigen der Kinder zusammenwirken; alle drei müssen sich verbünden bei der Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule, besonders bei der Verhütung der Krankheit.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Schulärztliches. Von Prof. E. v. Esmarch-Königsberg i./P. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; XII. Jahrgang, 1899, Nr. 7.

Nachdem Prof. Kuhnt festgestellt hatte, dass in den städtischen Schulen Königsbergs, namentlich in den Volksschulen die Granuloseerkrankung in erschreckender Weise verbreitet war, eröffneten die städtischen Behörden den Kampf gegen das Uebel auf der ganzen Linie; es wurden eigene Trachomärzte angestellt, besondere Trachomklassen errichtet und alles gethan, was zur möglichst schnellen und gründlichen Bekämpfung des Uebels zweckmässig erschien. Aus den Trachomärzten gingen schliesslich, und hoffentlich dauernd, die Schulärzte hervor, und zwar zehn an der Zahl. Das Regulativ für die letzteren lehnt sich eng an die bereits erprobten Vorschriften für die Wiesbadener Schulärzte an. Als sehr zweckmässig hat sich eine Bestimmung desselben, die in Wiesbaden nicht besteht erwiesen, nämlich, dass zu der zwei Mal im Jahre vorzunehmenden Untersuchung der gesammten Schulräume auf ihre gesundheitliche Beschaffenheit, sowohl der Schulleiter, wie der zuständige städtische Baubeamte zuzuziehen sind. v. Esmarch hat der ersten dieser Schullokaluntersuchungen in seiner Eigenschaft als Magistratsmitglied beigewohnt und mit wenigen Ausnahmen sämmtliche 312 Klassen der Volks- und Bürgerschulen gesehen; er veröffentlicht nun in diesem Artikel seine hierbei gemachten Beobachtungen. Der Aufsatz bildet eine wahre Fundgrube praktisch verwerthbarer Vorschläge und Hinweisungen; er verdient die eingehendste Aufmerksamkeit aller Aerzte und Beamten, die im Schulwesen thätig zu sein haben. Allen Fachgenossen sei er dringend zum Studium empfohlen. An dieser Stelle seien nur die Schlusssätze wörtlich wiedergegeben:

„Es lag mir daran, an einem Beispiele aus der Praxis zu zeigen, wie sich die Thätigkeit des Schularztes nach dieser einen Richtung hin (s. oben) gestalten kann, und ich denke, bewiesen zu haben, dass derselbe schon auf diesem beschränkten Gebiete seiner Thätigkeit viel Nützliches schaffen wird.

Vor Kurzem ist von Weyl angeregt worden, für Schulärzte hygienische Kurse einzurichten; sie werden zweifellos viele Vortheile bringen, aber allein durch Kurse wird man noch nicht gute Schulärzte erhalten. Ein Schularzt sollte immer ein guter Hygieniker sein, aber ein guter Hygieniker ist darum noch nicht ohne Weiteres ein guter Schularzt. Unsere Erfahrung auf diesem Gebiete ist noch gering, doch der Stein ist im Rollen, eine Stadt folgt der anderen in der Anstellung von ärztlichen Kräften im Dienste der Schule. So können wir hoffen, dass in nicht zu ferner Zeit ein guter Stamm von Schulärzten gebildet sein wird und der Erfolg wird dann nicht ausbleiben."

Ders.

Die gesundheitliche Ueberwachung der Schulen. Ein Beitrag zur Lösung der Schularztfrage. Von Hant Suck, Ordentlicher Lehrer an der

Sophienschule zu Berlin. Hamburg und Leipzig 1899. Verlag von Leopo Voss. 36 S.

Die periodischen Revisionen des Schularztes in den Schulen sind werthlos, so führt der Verfasser aus, wenn ihnen die Unterstützung eines hygienisch geschulten Lehrers fehlt. Ihr etwaiger Nutzen steht in keinem Verhältniss zu der Störung des Schulbetriebes durch die Besuche, zu denen in Berlin ausser dem Schularzt auch noch der Rektor, der Geistliche (zum Hospitiren beim Religionsunterricht), der Schulinspektor, die Inspizientin des Handarbeitsunterrichts, der Stadtschulrath und der Oberturnwart berechtigt sind.

Der „Schularzt" ist daher durch eine schulhygienische Organisation zur Beaufsichtigung der Schulen zu ersetzen. Dieselbe soll bestehen aus der Zentralstelle im Ministerium als entscheidender Instanz, dem Regierungs-Medizinalrath als Dezernenten für die besonderen Verhältnisse jedes Regierungsbezirks, und dem Kreis- und Schulphysikus als örtlicher ausführender Instanz, welche im Zusammenwirken mit dem Lehrer die praktische Schulhygiene zu vertreten hat; die Einrichtung soll also der bestehenden Organisation des Medizinalwesens folgen.

Die periodischen Besuche des Arztes in der Schule sollen wegfallen, vielmehr die von diesem bisher ausgeführten Schüleruntersuchungen in der Hauptsache dem Lehrer übertragen werden, während dem Schularzt, als welcher der zuständige Kreismedizinalbeamte zu fungiren hat, nur die Musterung der Schulrekruten hinsichtlich ihrer körperlichen und geistigen Befähigung für den Schulbesuch, sowie die eingehendere Untersuchung solcher Schüler vorbehalten ist, bei denen die vorherigen Ermittelungen des Lehrers Regelwidriges nachgewiesen haben. Zu dem Ende sollen in allen Schulklassen Gesundheitslisten angelegt werden, welche den besonderen hygienischen Zwecken der Schule entsprechend folgende Rubriken enthalten: Alter, Körpergrösse (mit Rücksicht auf die Schulbänke), allgemeiner Körperzustand, Sinnesorgane (Seh- und Hörleistung), körperliche Mängel (Verbiegungen der Wirbelsäule, Sprachgebrechen u. a.), Krankheiten der Schüler im Laufe des Schuljahres (Infektionskrankheiten, Kopfschmerz, Hautkrankheiten u. ä.), endlich die Ergebnisse der Intelligenzprüfung der Schüler. Auch die letzte, wohl die wichtigste Untersuchung soll dem Lehrer zufallen.

Die Vorschläge des Verfassers, welche eine lebhaft erörterte Tagesfrage betreffen, setzen zu ihrer Ausführbarkeit einen hygienisch sehr gut vorgebildeten Lehrerstand voraus, sind daher ein Wechsel auf die Zukunft. Im Uebrigen besitzen sie den Vorzug, die finanzielle Seite der Schularztfrage in glücklicher Weise zu lösen, indem sie an die bestehende und in nächster Zeit hoffentlich auch nach der hier besprochenen Richtung hin auszubauende Organisation der Medizinalbehörden anknüpfen. Darf doch die hygienische Ueberwachung der Schulen, um den von ihr erhofften Nutzen für das Volksleben zu schaffen, nicht beschränkt bleiben auf einige grosse Gemeinwesen, deren Schuleinrichtungen ohnedies verhältnissmässig günstig zu sein pflegen, sondern muss allen, auch den wenig begüterten Gemeinden, und diesen eigentlich in erster Reihe, zu Gute kommen. Den Kreismedizinalbeamten aber bringen seine amtlichen Pflichten schon jetzt so vielfach in Beziehung zur Schule und ihren gesundheitlichen Verhältnissen, dass die Uebertragung der ärztlichen Schulaufsicht an ihn nur die Erweiterung seiner bisherigen Aufgaben auf diesem Gebiet bedeuten würde. Dr. Reimann-Neumünster.

Hygienische Schulreform. Ein Wort an die Gebildeten aller Stände. Von Prof. Dr. med. und phil. H. Griesbach. Hamburg und Leipzig 1899. Verlag von Leopold Voss. 35. S.

Die lesenswerthe Schrift handelt von der Ueberanstrengung des Gehirns durch die humanistische Bildung der Jugend, als Quelle des Nervensiechthums des heutigen Geschlechtes. An den Lehrplänen der höheren Schulen verschiedener deutscher Staaten wird die zu grosse Belastung mit Unterrichtsstunden und häuslichen Arbeiten nachgewiesen. So ist nach den Lehrplänen des Königl. Karls-Gymnasiums in Heilbronn das Latein von Sexta bis Obertertia mit 10, von Untersekunda bis Unterprima mit 8, und in Oberprima mit 7 Stunden bedacht; auf das Griechische aber entfallen in den beiden Tertie- und Sekunda je 7, in den beiden Primen je 6 Stunden. In allen Klassen be-

steht eine besondere schriftliche Frühjahrsprüfung. Auch in Sachsen gehen die Anforderungen über das Mass der preussischen Unterrichtspläne hinaus. Am günstigsten bezüglich der Stundenzahl der obligatorischen Faiser sind die Bayerischen Lehrpläne vom 30. Juli 1891 gestaltet. Es wird die Einheitlichkeit des deutschen Schulwesens nach dieser Richtung hin vermisst.

Das ablehnende Verhalten der preussischen Aerztekammern gegenüber dem Streben der Realgymnasien nach Gleichberechtigung für die Zulassung zum medizinischen Studium wird getadelt. Für die dieser Berechtigung ungünstigen Beschlüsse der Berliner Schulkonferenz von 1890 wird die Stellungnahme des damaligen Kultusministers v. Gossler verantwortlich gemacht (nach Ansicht des Referenten ein nicht berechtigter Vorwurf gegen einen um das Schulwesen und besonders die Schulhygiene hochverdienten Minister).

Mit mehr Recht erwähnt der Verfasser als wunden Punkt im Betrieb des höheren Unterrichts die verschiedene Art der Abhaltung der Examina, welche bekanntlich seit einigen Jahren durch die sogenannte Abschlussprüfung in der Untersekunda vermehrt worden sind. In den schulhygienischen Sitzungen der 70. Naturforscher- und Aerzteversammlung in Düsseldorf wurde die Daseinsberechtigung dieser Prüfung von der Mehrheit der Betheiligten entschieden verneint.

Als fernerer schwerer Uebelstand wird die Lage der Turnübungen zwischen zwei wissenschaftlichen Lehrstunden bezeichnet und dem Gesangunterricht in höheren Schulen als schädlichem Zopf der Krieg erklärt.

Endlich wird für die ungünstigen Gesundheitsverhältnisse der Lehrer (Neurasthenie) neben ihrer angestrengten dienstlichen Thätigkeit der Mangel an äusserem Ansehen und an Gleichstellung mit anderen studirten Beamten verantwortlich gemacht. Die Amtsbezeichnung „Oberlehrer“ sei entschieden „unrichtig“; es fehle der Rathstitel.

Gegenüber diesen Klagen darf wohl auf die wesentliche Förderung hingewiesen werden, welche den akademisch gebildeten Lehrern in ihren wirthschaftlichen und ganz besonders auch ihren gesellschaftlichen Verhältnissen im letzten Jahrzehnt in einem Masse zu Theil geworden ist, wie sonst keiner Klasse von preussischen Beamten. Aber des Guten Feind ist freilich das Bessere.

Ders.

Ueber die praktische Bewährung des Rettig'schen Schulbanksystems in der höheren Mädchenschule zu Neumünster. Von Bertha Raabe, Schulvorsteherin zu Neumünster. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1898, Nr. 12.

In Nr. 10 des vorigen Jahrganges dieser Zeitschrift berichteten wir über die guten Erfahrungen, die Dr. phil. Lange in den von ihm geleiteten Schulen in Oschatz mit Rettig's Schulbank gemacht hat. Lange wünschte in seiner Abhandlung, dass auch über Erfahrungen in Mädchenschulen berichtet werden möge, da Herr Turninspektor Hermann-Braunschweig bei seiner abweisenden Besprechung der qu. Schulbank besonders hervorgehoben habe, dass sie in Mädchenschulen schon deshalb zu verwerfen sei, weil bei dem Sichseitwärtshinein- und Hinausschieben die Kleider sich unter einem Sitzhöcker zusammenschieben. Diese Aufforderung Lange's veranlasste die Verfasserin zu ihrer Publikation. Ihr Urtheil lässt sich dahin zusammenfassen, dass sich die Schülerinnen in der Bank durchaus wohl fühlen, von einer Einzwängung und Einpressung gar nicht die Rede sei, vielmehr die Schülerinnen bei leicht erreichbarer guter Haltung am bequemsten auf dieser Bank sitzen. Den bereits erwähnten Vorwurf Hermann's weist sie auf Grund eigener genauer Beobachtungen als ganz unbegründet zurück.

Als weitere Vortheile der Rettig'schen Bank erachtet sie noch, dass die Schülerin weniger warm auf dem schmalen Sitze sitzt und wirksamer zum Aufrechtsitzen gezwungen wird, da sie nicht auf dem Sitze nach vorn rutschen und den Oberkörper unter den Tisch schieben kann.

Verfasserin empfiehlt auf Grund ihrer Erfahrungen die qu. Bank für alle Mädchenschulen auf's Wärmste. Dr. Glogowski-Görlitz.

Besprechungen.

Dr. Springfeld, Medizinalassessor bei dem Königl. Polizeipräsidium in Berlin: Das Selbstdispensirrecht der Aerzte und Homöopathen. Berlin 1899. Verlag von Richard Schötz. Kl. 8°; 172 Seiten. Preis: geb. 4 Mark.

Das vorliegende Werk bildet den dritten Band der von dem Verfasser im Verein mit Reg.-Rath Siber herausgegebenen Sammlung, „die Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preussen," und betrifft einen Gegenstand, der bisher in allen ähnlichen Handbüchern der Medizinalgesetzgebung eine recht stiefmütterliche Behandlung erfahren hat, obwohl er besonders für die Aerzte von grösstem Interesse ist. Man kann daher dem Autor nur dankbar sein, dass er gerade dieses Thema herausgegriffen und versucht hat, eine Grundlage für die Beurtheilung der auf diesem Gebiete überreichlich herrschenden unklaren Verhältnisse zu schaffen. In dem Vorwort tritt Springfeld lebhaft für eine grössere Ausdehnung des Selbstdispensirrechts der Aerzte ein und die Gründe, welche er dafür anführt: Beschleunigung und Verbilligung der Arzneiversorgung namentlich auf dem platten Lande, Begünstigung der Niederlassung praktischer Aerzte in kleineren Ortschaften und der dadurch bedingten besseren Arztversorgung der ländlichen Bevölkerung, Einschränkung des illegalen Arzneimittelhandels durch Drogerien, Kurpfuscher u. s. w. sind zweifellos ebenso zutreffend wie die Ansicht, dass bei der Entwickelung der pharmazeutisch-technischen Grossindustrie eine Ausdehnung des ärztlichen Selbstdispensirrechts wesentlich begünstigt werde, da aus jenen selbst ein pharmakologisch anspruchsvoller Arzt seinen ganzen Arzneibedarf mit dosirten Mitteln (Kapseln, Tabletten, abgetheilten Pulvern u. s. w.) ohne Schwierigkeit decken könnte. Jedenfalls können die allopathischen Aerzte verlangen, dass, so lange, bei der Ertheilung der Befugniss des Selbstdispensirens an die homöopathischen Aerzte die Lebensfähigkeit der betroffenen Apotheken ausser Betracht bleibt, dieser Grundsatz auch für das ihnen zu ertheilende Selbstdispensirrecht Anwendung findet. Es frägt sich jedoch, ob eine Ausdehnung des ärztlichen Dispensirrechts im öffentlichen Interesse liegt und ob die damit verbundenen, von Springfeld hervorgehobenen Vortheile nicht auch auf anderem Wege erreicht werden können, bei dem an dem jetzigen bewährten Grundsatz der Arbeitstheilung zwischen Ausübung der Heilkunst und der pharmazeutischen Kunst festgehalten wird? Die erstere Frage muss unseres Erachtens verneint, die andere bejaht werden. Allerdings gehört dazu, dass mit dem jetzt bei uns herrschenden gemischten System der Apothekenbetriebsberechtigungen gründlich gebrochen und zu Kommunalapotheken übergegangen wird. Bei diesem System lässt sich die Errichtung einfacher, mit weniger Betriebskosten verbundener Dispensiranstalten an allen Orten, wo ein Bedürfniss vorliegt, mit Leichtigkeit durchführen; überhaupt halten wir die Errichtung einer, eventuell auch mehrerer grosser Kommunal-Mutterapotheken für jeden Kreis, von denen aus alle übrigen Arzneiabgabestellen im Kreise ressortiren, für die dem öffentlichen Interesse am besten entsprechende Lösung der Apothekenfrage; denn sie sichert nicht nur die schnellste und billigste Arzneiversorgung, sondern würde auch am wirksamsten den illegalen Arzneimittelhandel bekämpfen und vor allem durch Uebernahme der jetzigen Apotheken seitens der Kommunen gegen eine dem Werthe der Apotheken entsprechende Entschädigung eine Ablösung der Apothekenbetriebsberechtigungen überflüssig machen. Dass die Kommunen dazu nicht abgeneigt sind, dürfte nach den in dieser Hinsicht bereits mehrfach hervorgetretenen Wünschen nicht zweifelhaft sein.

Nach dieser kurzen, durch das Vorwort Springfeld's veranlassten Abschweifung — wir behalten uns vor, auf die von uns angeschnittene Frage später ausführlicher zurückzukommen — kehren wir zur Besprechung des vorliegenden Werkes zurück. Im ersten und bei Weitem umfangreichsten Theile desselben: „Das Selbstdispensirrecht der Aerzte" (allopathischen), werden zunächst die in den alten wie in den neuen Provinzen darüber geltenden gesetzlichen Bestimmungen wiedergegeben; man sieht daraus, wie verschiedenartig diese in Preussen sind. Es folgt dann ein sehr ausführliches Kapitel über die Berufspflichten der selbstdispensirenden Aerzte, dem sich zwei weitere über Straf- und Zwangsbefugnisse gegen diese, sowie über ihre Beaufsichtigung

anschliessen. Der zweite Theil ist dem Dispensirrecht der Homöopathen gewidmet; die Anordnung des Stoffes entspricht hier genau demjenigen des ersten Theils.

Die mit ungemeinem Fleiss und mit grosser Sachkenntniss ausgearbeitete Zusammenstellung, in der überall die auf diesem Gebiete getroffenen richterlichen Entscheidungen, erläuternden Ministerialerlasse u. s. w. an zutreffender Stelle eingeschaltet sind, wird sowohl den Aerzten und Medizinalbeamten, wie den Behörden in hohem Grade willkommen sein und in diesen Kreisen sicherlich grosse Verbreitung und allseitige Anerkennung finden, die sie in vollstem Masse verdient. Rpd.

Dr. C. Becker, prakt. Arzt und Physikatsassistent beim Landgericht I in München: Handbuch der Medizinalgesetzgebung im Königreich Bayern. Heft III: Apotheken, Arzneimittel und Gifte. München 1899. Verlag von J. F. Lehmann. Gr. 8°; 434 S. Einzelpreis: 10 Mark, Subskriptionspreis: 7 Mark.

Der Inhalt des vorliegenden Heftes erstreckt sich auf den Bildungsgang der Apotheker, ihre gesammte gewerbliche Thätigkeit, sowie auf ihre sonstige berufliche Stellung und ihre verschiedenartigen Beziehungen zum öffentlichen Leben. Ausserdem sind die ebenfalls hierher gehörigen gesetzlichen Bestimmungen über den Arzneimittelverkehr ausserhalb der Apotheken, über den Verkehr mit Giften und über die Errichtung von ärztlichen Hausapotheken aufgenommen. Ueberall sind die hierzu ergangenen wichtigeren gerichtlichen Entscheidungen mitgetheilt, so dass das Heft den Apothekern und Aerzten als brauchbares Nachschlagewerk warm empfohlen werden kann. Mit Recht hat der Verfasser mit der Herausgabe dieses Heftes nicht erst so lange gewartet, bis die seit Jahrzehnten wiederholt angeregte reichsgesetzliche Regelung des Apothekenwesens zur Durchführung gelangt ist; denn bei den sich schroff gegenüberstehenden Meinungsverschiedenheiten und noch nicht genügend geklärten Ansichten der betheiligten Kreise auf diesem Gebiete dürfte das Zustandekommen eines derartigen Gesetzes noch in ungewisser Ferne liegen. Rpd.

Dr. J. Borntträger, Reg.- und Med.-Rath in Danzig: Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. Dritte verbesserte Auflage. Leipzig 1900. Verlag von H. Hartung und Sohn. Preis: 2 Mark.

Die Borntträger'schen Diätvorschriften haben sich seit ihrem erstmaligen Erscheinen im Jahre 1895 einer sehr grosser Beliebtheit bei den Aerzten erfreut, der beste Beweis für ihre praktische Brauchbarkeit. Sie bedürfen daher in ihrer neuen und mehrfach verbesserten Bearbeitung eigentlich gar keiner weiteren Empfehlung und werden zweifellos Aerzten wie Kranken ebenso willkommen sein und eine noch grössere Verbreitung finden wie die früheren Auflagen. Rpd.

Dr. C. Mez, Professor an der Universität Breslau: Das Mikroskop und seine Anwendung. Ein Leitfaden bei mikroskopischen Untersuchungen für Apotheker, Aerzte, Medizinalbeamte, Techniker u. s. w. Achte, stark vermehrte Auflage mit 326 in den Text gedrukten Figuren. Berlin 1899. Verlag von Jul. Springer. Gr. 8°; 335 Seiten. Preis (gebunden): 7 Mark.

Verfasser hat das bekannte, von Dr. Hager herausgegebene Handbuch nach dessen Tode vollständig umgearbeitet, so dass eigentlich nur die ursprünglich bewährte Eintheilung des Stoffes beibehalten ist. Alle wichtigeren neueren Untersuchungsmethoden sind aufgenommen und die Fortschritte der Mikroskopie überall berücksichtigt. Das Buch bringt zunächst eine vollständige, auch dem Anfänger leicht fassliche Einführung in das Wesen und die Einrichtung des

Mikroskopes; die hierbei gegebenen Rathschläge über Einkauf und Prüfung eines solchen werden Manchem willkommen sein. Hierauf wird der Gebrauch desselben in gemeinverständlicher Weise geschildert, ebenso ist die damit verbundene Anleitung zur Herstellung der verschiedenen Präparate und der dazu erforderlichen Reagentien, Farbstoffe u. s. w. so klar gehalten, dass sie auch dem Anfänger ermöglichen wird, sich in die mikroskopischen Untersuchungen einzuleben.

Im zweiten Theil des Werkes werden die mikroskopischen Objekte, ihre Unterschiede u. s. w. erst im Allgemeinen, sodann im Speziellen besprochen, und die praktisch wichtigen mikroskopischen Objekte aus dem Pflanzen- und Thierreiche, sowie die Methoden zu ihrer Untersuchung und Erkennung so eingehend beschrieben, dass auch weniger Geübte mit Hülfe dieser durch zahlreiche Abbildungen erläuterten Beschreibung Natur und Abstammung der betreffenden Objekte leicht bestimmen können. Bei Darstellung der medizinisch-histologischen Materien (Lymphe Blut, Eiter, Harn, Sperma, Milch, thierische Parasiten des Menschen u. s. w.) hat Dr. Stolper in Breslau als Mitarbeiter den Verfasser unterstützt.

Das Hager'sche Werk, das bisher nicht weniger als sieben Auflagen erlebt hat, wird in seiner neuen Bearbeitung sicherlich eine noch grössere Verbreitung finden; denn seine Brauchbarkeit als Leitfaden mikroskopischer Untersuchungen hat durch diese Umarbeitung nach allen Richtungen hin gewonnen.

Rpd.

Friedrich Metterhausen, prakt. Arzt in Soltau (Hannover): Ueber Kurpfuscher. Frankfurt a. M. 1899. Verlag von Johannes Alt. 36 Seiten. Preis: 0,80 Mark.

Eine mit hohem Schwung geschriebene Abhandlung, die für „die Naturwissenschaft und deren blühenden Zweig, die Heilkunde" mit viel Lust und Liebe eintritt. Im Uebrigen enthält sie weder neue Gesichtspunkte, noch ist sie für das grosse Publikum verständlich genug. Dr. Dietrich-Merseburg.

Tagesnachrichten.

Das Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, hat unter dem 16. v. Mts. die Allerhöchste Genehmigung erhalten und ist im Reichsanzeiger vom 26. v. Mts. veröffentlicht worden (s. Beilage zur heutigen Nummer, S. 162).

Nach einem Erlass des H. Ministers für u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 13. September 1899 wird die Drucklegung der General-Sanitätsberichte über die einzelnen Regierungsbezirke von jetzt ab nicht mehr stattfinden, da der Inhalt derselben, soweit er für weitere Kreise Interesse bietet, in Zukunft durch den in dem Ministerium bearbeiteten allgemeinen Bericht über das Sanitätswesen des Preussischen Staates zur Veröffentlichung gelangen wird. Hoffentlich folgt dieser sehr zweckmässigen Anordnung nun auch eine weitere, wodurch die Berichterstattung wesentlich vereinfacht wird und nicht mehr dreijährig, sondern alljährlich zu erfolgen hat. Desgleichen kann wohl in Anbetracht der durch jene Anordnung ersparten Druckkosten darauf gerechnet werden, dass die Medizinalbeamten künftighin je ein Dienstexemplar des Generalsanitätsberichtes für den Staat ebenso unentgeltlich erhalten, wie die Gewerbeaufsichtsbeamten den Jahresbericht über die Gewerbeaufsicht.

Der Ausschuss der Preussischen Aerztekammer hat unter dem 25. August d. J. an den Medizinalminister eine Denkschrift, betr. die Stellung zu den Krankenkassen, gerichtet, in der auf die Schädigungen des ärztlichen Standes durch die soziale Gesetzgebung hingewiesen und gleichzeitig über die nicht erfolgte Zuziehung von ärztlichen Sachverständigen bei Berathung dieser Gesetze, sowie über die Zulassung von Kurpfuschern bei der Behandlung von Krankenkassenmitgliedern, das abhängige Verhältniss der Kassenärzte gegenüber den Kassenvorständen und die zu geringe Vergütung der kassenärztlichen

Leistungen geklagt wird. Zur Abhülfe dieser Missstände wird vor Allem die gesetzliche Festlegung der freien Aerztewahl für nothwendig erachtet und deren Ausführbarkeit eingehend begründet. Ausserdem wird eine gerechte Bezahlung der ärztlichen Leistungen verlangt, die den Minimalsätzen der ärztlichen Gebührenordnungen zu entsprechen hätte; denn die Krankenkassen gehörten nicht zu den Armen oder Zahlungsunfähigen.

Dem bayerischen Landtage ist der Gesetzentwurf, betreffend die **ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung** zugegangen.

Der Brandenburgische Städtetag hat zur Frage der **Anstellung von Schulärzten** einstimmig folgende Resolution beschlossen: „Der Brandenburgische Städtetag erkennt an, dass die Anstellung von Schulärzten für die gesundheitliche Entwickelung unserer Bevölkerung von grossem Werthe ist und empfiehlt den Städten des Brandenburgischen Städtetages, mit der Anstellung von Schulärzten vorzugehen."

Die diesjährige vom 20.—26. September in München abgehaltene Versammlung der **Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte**, über deren Verlauf wir demnächst ausführlicher berichten werden, hat in ihrer letzten Sitzung als Ort der nächstjährigen Versammlung Aachen gewählt.

Die diesjährige vom 13.—16. September in Nürnberg tagende **Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** ist leider nicht so stark als im vorigen Jahre besucht gewesen; insbesondere waren Aerzte und Hygieniker, sowie Medizinalbeamte verhältnissmässig wenig vertreten. Der ausführliche Bericht über die Versammlung musste wegen Raummangels bis zur nächsten Nummer zurückgestellt werden.

Organisation der Kurpfuscherei. Nach dem jüngst erschienenen Bericht des Vorstandes des Bundes der Vereine für Gesundheitspflege und arzneilose Heilweise zählte der Bund am 30. Juni 1899 im Ganzen 712 Vereine mit 88786 Mitgliedern. Für Agitationszwecke wurden aus der Bundeskasse 5933,97 Mark gezahlt. Es wurden 475 000 Flugblätter gedruckt und hiervon 382 500 vertheilt. Diese erforderten einen Kostenaufwand von 2595 Mark.

In den Vereinen wurden fleissig Vorträge und Vorlesungen veranstaltet, durch Vereinsbeihülfe wurden Flussbade- und Schwimmanstalten, Dampf- und Wannenbäder eingerichtet, Licht- und Sonnenbäder geschaffen, Spielplätze angelegt, Spaziergänge und Ausflüge veranstaltet, wobei stets auf die arzneilose Heilweise hingewiesen wurde.

Man sieht, wie gross in der Bevölkerung das Bedürfniss nach Aufklärung in gesundheitlichen Fragen und nach Badegelegenheit ist, und sollte auch aus obigem Bericht seine Lehre ziehen.

Um den in Ostpreussen herrschenden **übermässigen Genuss von Aether und Hoffmannstropfen** einzuschränken, ist in einzelnen ostpreussischen Kreisen (Ragnit, Memel u. s. w.) jetzt durch Kreis-Polizeiverordnungen die Abgabe von reinem oder mit Spiritus vermischtem Schwefeläther (Hoffmannstropfen) zu Genusszwecken verboten und nur an solche Personen gestattet, die durch schriftliche Bescheinigung der Polizeibehörde nachweisen, dass der anzukaufende Schwefeläther zu anderen Zwecken Verwendung finden wird. So wünschenswerth im öffentlichen Interesse eine Bekämpfung jenes Missbrauches ist, dürfte es doch mit Rücksicht auf die bestehenden Bestimmungen über den Arzneimittelverkehr sehr zweifelhaft sein, ob jene Polizeiverordnungen zulässig sind.

In Porto ist die Pest neuerdings wieder mit grösserer Heftigkeit aufgetreten. In der Zeit vom 23.—26. v. Mts. wurden 12 neue Erkrankungen mit 4 Todesfällen gemeldet; ausserdem sind auch ausserhalb des um Porto gezogenen Militärkordons 10 Pesterkrankungen mit 5 Todesfällen vorgekommen. Man hat deshalb beschlossen, den Kordon zu erweitern.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 20. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Oktbr.

Statistischer Bericht der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin für die Zeit vom 1. April 1896 bis 1. April 1898.

Von Dr. Georg Puppe, Privatdozent an der Universität und erster Assistent der Anstalt.

Zum fünften Mal tritt die Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde vor die Leser der Zeitschrift für Medizinalbeamte, um über die im Laufe eines Bienniums vollzogenen Obduktionen Bericht zu erstatten. Wie bereits Strassmann gelegentlich des ersten Berichtes hervorhob, ist das zur Verfügung stehende Material als ein exquisit gerichtsärztliches zu bezeichnen. Gewaltsame Todesarten und Fälle von plötzlichem natürlichen Tod kommen so gut wie ausschliesslich zur Untersuchung. Dass bei den ersteren die Schuld eines Dritten in der Regel nicht in Frage kommt, bedeutet bezüglich des gerichtlich-medizinischen Werthes des Materials nicht viel; nur Fälle von Mord und Todtschlag sowie von Kindesmord fallen aus, während Selbstmord und Unglücksfall die beiden hauptsächlichsten ätiologischen Momente bilden.

Bietet das Material also dem Gerichtsarzt genug des Interessanten dar, so könnte seine Verwerthung noch in anderer Richtung mit Leichtigkeit sich ermöglichen lassen, nämlich für die Medizinalstatistik. Bekanntlich besitzt Berlin den Vorzug einer allgemeinen ärztlichen Leichenschau. Fälle von plötzlichem, natürlichem Tod, bei denen der Arzt ausser Stande ist, eine Diagnose auf dem Todtenschein anzugeben, sind selbstredend keine Seltenheit und werden thatsächlich dem Leichenschauhause zur Verfügung der Staatsanwaltschaft fortwährend überwiesen. Er-

geben nun die Ermittelungen, dass ein Interesse für die Staatsanwaltschaft nicht vorliegt, so entfällt damit die gerichtliche Sektion. Eine Feststellung der Todesursache, wie es eine genaue Medizinalstatistik erheischen würde, findet alsdann nicht ex officio statt, sie erfolgt vielmehr nur, wenn die Leiche der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zur Sektion übergeben wird, aber auch dann nimmt die Polizei von der Sektionsdiagnose keine Notiz. Und doch ist die Forderung nach einer Ermittelung der Todesursache aller plötzlich Gestorbenen nur zu berechtigt; sie ist allgemein anerkannt und auch bereits seit mehr oder weniger langer Zeit in ausserdeutschen Städten mit Erfolg zur Durchführung gelangt.

Auf die weiteren Vorzüge dieser „sanitätspolizeilichen" Obduktionen, die sich beiläufig auch ohne besondere Kosten bei uns würden ermöglichen lassen, einzugehen, liegt hier keine Veranlassung vor. Nur das sei noch mit Bedauern konstatirt, dass nicht wenige Kollegen durch die wohlfeile Diagnose „Schlaganfall" oder „Herzschlag" einen plötzlichen natürlichen Todesfall gewissermassen legitimiren — anstatt, wie es ihre Pflicht wäre, ein: „Todesursache unbekannt" auf den Todtenschein zu setzen. Denn ein solcher „Schlaganfall" oder „Herzschlag" hat sich nicht nur häufig, sondern in der Regel als etwas ganz anderes bei der in unserem Institute angestellten Sektion herausgestellt. Dass durch die Notiz: „Todesursache unbekannt" den Angehörigen des Verstorbenen Unbequemlichkeiten erwachsen, darf hierbei nicht in Betracht kommen, wo es sich event. um die Ausstellung unrichtiger ärztlicher Zeugnisse zum Gebrauche bei einer Behörde handelt (§. 278 des St.-G.-B.).

Die **Zahl** der diesem Bericht zu Grunde liegenden Fälle beträgt 230; dieselben vertheilen sich wie folgt: Erhängen 62, Ertrinken 8, Verschütten in Erde 1, Erschiessen 23, Ueberfahren durch Eisenbahn 6, durch Wagen 7, Sturz aus der Höhe 13, Schnitt 4, Stich 1, Verbrennung 2, Vergiftung 14, plötzlicher natürlicher Tod 89. Ueberdies kam eine Reihe von Obduktionen Neugeborener, — theils todt Geborener, theils bald nach der Geburt Gestorbener — zur Ausführung; die Zahl derselben beläuft sich in der Berichtszeit annähernd auf 50.

Wenden wir uns zuvörderst zur Betrachtung der Fälle von Tod durch **Erhängen.** Die Ursache desselben war 61 Mal Selbstmord, 1 Mal Unglück; es handelte sich hier um einen 8jährigen Schulknaben, der öfter mit älteren Spielkameraden „Erhängen" gespielt hatte, ein Zeitvertreib, der ihm gelegentlich von seinen Eltern untersagt war. Dass er es nicht über sich gewinnen konnte, dem gefährlichen Spiele zu entsagen, zeigte sich bald. Vater und Schwester fanden ihn eines Tages am Bettpfosten erhängt vor.

Ueber das Motiv des Selbstmordes kann selbstredend die Autopsie keine Auskunft geben, wohl aber zuweilen über die vermittelnde Veranlassung. Bei beiden Geschlechtern spielt hier zunächst abnorme Geistesthätigkeit eine grosse Rolle.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass die überwiegende Mehrzahl der in unserem Institute zur Sektion gekommenen Selbstmörder Veränderungen im Gehirn zeigt, und zwar sowohl an den Hirnhäuten, als auch an der Hirnsubstanz, endlich auch im Ueberzugder Ventrikel. Verwachsungen der Dura mit dem Schädeldach sind ein gewöhnlicher Befund, nicht selten ist Pachymeningitis hämorrhagica interna in leichten bis mittelschweren Formen; Leptomeningitis chronica ist häufig, der Grad ihrer Entwickelung meist recht schwer. Granulöse Ependymiten finden sich in vielen Fällen damit vergesellschaftet. Verwachsungen von Pia und Gehirn dagegen in besonders ausgesprochener Weise sind uns nur selten zur Beobachtung gekommen.

Von Seiten der Angehörigen des obduzirten Selbstmörders ergeht an das Institut nicht selten die Aufforderung, behufs Erlangung eines kirchlichen Leichenbegängnisses oder einer Versicherungssumme in Sterbekassen oder aus anderen Zwecken eine Bescheinigung über den Geisteszustand auszustellen. Wir kommen derselben in der Weise nach, dass wir, wenn sich Veränderungen, wie die oben angedeuteten finden, unser Gutachten dahin abgeben, dass der Befund am Gehirn die Annahme einer abnormen Geistesthätigkeit unterstützt. Die Thatsache, dass die Geistesthätigkeit abnorm gewesen, ist von anderer Seite wahrscheinlich zu machen.

Von sonstigen Abnormitäten an Schädel und Gehirn fand sich einmal eine geheilte Depressionsfraktur des linken Seitenwandbeins; derselben entsprach eine Hautnarbe von $1^1/_2$ cm Länge, in der sich auf dem Durchschnitt dunkel pigmentirte, bröcklige Massen fanden. Die Grösse der Depression entsprach ungefähr einer halben Wallnuss. Die Fragmente waren von nur geringer Grösse gewesen, sie waren durch ihre aufgeworfenen Ränder noch deutlich als solche kenntlich, ihre Vereinigung war nur zum Theil eine knöcherne, feste. Das Gehirn zeigte an der entsprechenden Stelle keine bemerkenswerthen Erscheinungen. Ueber etwaige auf Epilepsie hindeutende vitale Erscheinungen liess sich bei dem betreffenden Falle nichts ermitteln. Bei einer erhängten Frau mit Diastase der Recti, offenem Foramen ovale und Defekt der beiden oberen Schildknorpelhörner fanden sich am Stirnbein, beiderseits neben der Mittellinie ausgedehnte Osteophytenbildungen, links höckerig, rechts mehr bandförmig; auch in der Gegend der Meningea-Furchen waren dieselben, wenn auch weniger stark, vorhanden. Zwei Mal fanden sich als Residuen früher erlittener Hirnkontusionen braune Flecke im weichen Ueberzuge des Gehirns; die Dura zeigte an den entsprechenden Stellen Vaskularisation, sowie Blutungen neben Blutpigment. Die Hirnkontusionen waren basale gewesen; ein Mal war die Basis des rechten Stirn- und Schläfenhirnes betroffen, die mittlere Schläfenwindung war atrophisch, fast nur noch durch verdickte braune Pia angedeutet. Der zweite Fall zeigte am Grunde des linken Stirnhirnes nahe dem Olfactorius einen braunen Fleck; die Pia war von sulziger Beschaffenheit, sie enthielt braunes Pigment frei und in Zellen eingelagert. In

zwei weiteren Fällen endlich fanden sich in der inneren Kapsel apoplektische Zysten.

Vermittelnde Veranlassungen zum Suicidium bilden bekanntlich u. a. noch bei Männern der Potus, bei Frauen sexuelle Verhältnisse. Bei männlichen Selbstmördern konnten wir nun in der That mehrfach die Zeichen des chronischen Alkoholismus nachweisen, bei anderen deutete die Beschaffenheit des Mageninhaltes, eine bis zum Nabel gefüllte Blase u. a. auf einen kurz zuvor stattgehabten Exzess hin. Interessant ist, dass sich unter den 15 durch Erhängen gestorbenen Frauen nicht weniger als vier Mal Status menstrualis uteri vorfand, abgesehen von mehreren Fällen, bei denen sich Erkrankungen der Genitalorgane, Zysten, Myome und dergl. mehr nachweisen liessen; ein Mal fand sich eine Gravidität im ersten Monat. Wir haben den Zusammenhang zwischen Menstruation und Selbstmord noch bei anderen Todesarten bei der Autopsie feststellen können: unter 4 ertrunkenen Selbstmörderinnen fand sich ein Mal Status menstrualis uteri, ebenso oft bei drei Frauen, die ihrem Leben durch Gift ein Ende gemacht hatten.

Die Strangmarke war in den weitaus meisten Fällen symmetrisch; 16 Mal war sie asymmetrisch, mehrmals fand sich dann das Gesicht zyanotisch und die Konjunktiven ekchymosirt — ein Befund, der aber auch bei den symmetrisch angeordneten Marken nicht selten erhoben wurde. Im Uebrigen boten die Befunde die Verschiedenheiten dar, wie sie bei Strangmarken bekannt sind, so dass sich Bemerkungen hierüber im Ganzen erübrigen. Hervorzuheben wären — als nicht gerade häufig beobachtet — folgende Einzelheiten:

In einem Falle fehlte eine Marke vollkommen; das Erhängen hatte stattgefunden vermittels eines Halstuches an der wenig mehr als ein Meter hohen Barrière einer unbebauten Strasse. Todtenflecke fanden sich am Rücken der Leiche, in den Konjunktiven und der Kopfhaut waren einige Ekchymosen, die aufsteigende Aorta erwies sich diffus aneurysmatisch erweitert, die Schlagadern boten die Zeichen einer starken Atheromatose dar. Interessant ist nun, dass sich bei diesem durch Fehlen einer Marke ausgezeichneten Fall der linke obere Schildknorpelfortsatz frakturirt erwies; an der gebrochenen Stelle war frei ergossenes Blut vorhanden.

Zwei Fälle waren bezüglich des Verlaufes der Marke bemerkenswerth: In dem ersten handelte es sich um eine tiefe, pergamentene Marke, deren tiefster Punkt sich oberhalb der Drosselgrube befand; die Schenkel stiegen von hier nach dem Nacken, kreuzten sich in der Gegend der unteren Halswirbel, stiegen weiter nach vorne verlaufend an, und vereinigten sich wieder am Kinn, um hier zu verschwinden. Ebenso wie diese als Achtertour verlief die zweite Marke, die aber im ganzen etwas höher lag. Die untere Hälfte verlief oberhalb Schildknorpelhöhe horizontal um den Hals, die Kreuzung fand an der Haargrenze statt, von hier stiegen die Schenkel nach vorne und oben; der rechte endete vor dem Antitragus, die Haut war hier vertrocknet und in der Tiefe suffundirt, der linke stieg ebenfalls vor dem Ohre in die Höhe, erreichte aber erst an der Haargrenze sein Ende; die Haut vor dem linken Ohr war ebenfalls vertrocknet, in der Tiefe fand sich keine Suffusion. Offenbar hatte eine nach resp. während des Erhängens eingetretene Lageänderung des Kopfes im Sinne eines Vornübersinkens Abschürfung der Epidermis und somit Vertrocknung und Suffusion bewirkt. Das Erhängen hatte in diesem Falle mittels Zuckerschnur an einer Leiter, im vorigen mittels eines Bindfadens am Webstuhl stattgefunden. Mehrmals fand sich bei doppelten Marken ein hämorrhagischer Zwischenstreif,

ebenso war mehrmals, wie eine flächenweise Vertrocknung unterhalb der Marke, die mit dieser scharf abschnitt, bewies, das Strangwerkzeug hochgerutscht, indem es die später zur Vertrocknung führenden Verletzungen der Epidermis erzeugte.

Drei Fälle zeigten einen horizontalen Verlauf der Marke, wie wir ihn bei Erdrosselten zu vermuthen gewohnt sind: jener Knabe, der sich beim Spielen am Bettpfosten erhängt hatte (cf. oben), ein Potator, der einen jungen Baum von geringer Höhe als Stützpunkt der Strangulation gewählt hatte und ein an der Thürklinke Erhängter. Der vorletzte Fall, bei dem Gesicht und Bauchseite 18 Stunden lang sich in abhängiger Stellung befunden hatten, zeigte Todtenflecke sowohl am Rücken, als an Bauch und Brust; in beiden Konjunktiven fanden sich zahllose punktförmige Ekchymosen, in der linken überdies eine gut linsengrosse.

Todtenflecke und Ekchymosen bei Erhängten verdienen, dass wir uns einige Augenblicke mit ihnen beschäftigen. Die Todtenflecke wiesen bei den weitaus meisten Erhängten keine Besonderheiten auf; die betreffenden Individuen waren eben in der Regel bald nach der Suspension aufgefunden und abgeschnitten worden, die Hypostase konnte so nur nach der gewöhnlich betroffenen hinteren Körperhälfte hin stattfinden. Einige längere Zeit suspendirt gewesene liessen dagegen wohl noch Todtenflecke in den peripherischen Theilen der Gliedmassen, zum Theil mit völligem Freibleiben der Rückenparthie erkennen: so ein „schon lange vorher", wie der Polizei-Bericht sagte, Erhängter, ein 4 Tage und ein 6 Tage suspendirt gewesenes Individuum; aber auch in zwei nur wenige Stunden der Suspension ausgesetzten Individuen fanden sich in den unteren Gliedmassen, daneben auch am Rücken Hypostasen vor. 3 von diesen 5 Fällen zeigten nun in hypostatischer Haut Hämorrhagien; jener „schon lange" vor dem Auffinden Suspendirte hatte Hautblutungen in der Haut der Beine (am Rücken fehlten Hämorrhagien und Hypostase), ebenso der 6 Tage lang suspendirt gewesene. Auch von den nach wenigen Stunden abgeschnittenen Männern hatte der eine in der hypostatischen Oberschenkelhaut Ekchymosen. Drei weitere Fälle mit Hautblutungen kommen noch zu diesen hinzu: bei einem hatte die Suspension 6 Stunden gedauert, es fanden sich am Rücken und an den unteren Gliedmassen Ekchymosen, solche fanden sich auch bei einem in der Hasenhaide Erhängten an den Beinen, und bei einem in einem Kloset Erhängten am Rücken, in letzterem Falle in hypostatischer Haut. Legt uns der letzte Fall wieder den Zusammenhang von Hypostase und Hauthämorrhagie nahe, so werden wir auch bei den beiden eben erwähnten Fällen von Hauthämorrhagie ohne Hypostase die Möglichkeit nicht von der Hand weisen können, dass auch hier die Hämorrhagie zuvörderst in Folge der Hypostase postmortal entstand, dass aber im Fall der Lageveränderung des Leichnams bald nach der Suspension jene wieder zum Verschwinden gebracht wurde.

Es soll hiermit natürlich keineswegs die — völlig absurde — Behauptung aufgestellt werden, dass alle Hauthämorrhagien in Folge Hypostase entstehen; aber dass jene sehr wohl in Folge von Hypostase eintreten können, wie es noch unlängst von Haberda[1]) dargethan wurde, dass sie auch wohl am Rücken

[1]) Haberda: Ueber das postmortale Entstehen von Ekchymosen. Vierteljahrsschrift für ger. Medizin etc.; 1898, XV.

ausnahmsweise einmal auftreten können, dies zu betonen erschien hier am Platze.

Welche Veränderungen übrigens die Hypostase an inneren Organen bewirken kann, möge hier ebenfalls an einem Beispiel erläutert werden. Unser Material zeichnet sich bekanntlich dadurch aus, dass die Leichen häufig erst nach dem Ablauf von drei Tagen zur Autopsie kommen — Grund genug, dass sich die Hypostase auch bei inneren Organen deutlich entwickeln kann. Dass sich nun in lockerem Bindegewebe sehr wohl und, nach unseren Beobachtungen wenigstens gar nicht so selten Gefässberstungen und in Folge dessen ziemlich ausgedehnte Suffusionen entwickeln können, zeigte uns das Verhalten des praesacralen, hinter dem Mastdarm gelegenen Bindegewebes. Es findet sich hier nämlich in einer ganzen Reihe von Fällen ein Hämatom, welches eine ziemlich erhebliche Mächtigkeit erreichen kann. Diese Erscheinung ist keineswegs selten, wie schon angedeutet wurde; sie ist lediglich durch Hypostase zu erklären und illustrirt den Zusammenhang zwischen jener und den durch sie bedingten Extravasaten auf's Deutlichste.

Von den äusseren Befunden an Erhängten sei auch des Vorkommens von Sperma an der Urethralmündung gedacht. Dass hier keine spezifische Erscheinung des Todes durch Erhängen vorliegt, ist ja bekannt und so waren auch wir bei einer ganzen Reihe von Fällen von gewaltsamem Tod und von plötzlichem natürlichen Tod in der Lage, Sperma an der angeführten Stelle konstatiren zu können. Zwei Mal konnten wir noch aktive Bewegungserscheinungen an den Spermatozöen wahrnehmen, zwar nicht sehr lebhafte, aber doch immerhin deutliche, ein Mal 68, das zweite Mal 69 Stunden post mortem. Der grösste Theil der Spermatozöen war in beiden Fällen bereits völlig abgestorben.

Von den inneren Befunden beim Tod durch Erhängen interessiren uns zunächst die lokalen durch das Strangwerkzeug hervorgebrachten Erscheinungen, sodann die sogenannten Erstickungsbefunde der inneren Organe. Unter den lokalen Veränderungen stehen die Kehlkopffrakturen im Vordergrund des Interesses; wir konnten sie unter den genannten 62 Fällen 31 Mal nachweisen. Ein Schildknorpelfortsatz war in 16 Fällen gebrochen, 4 Mal war daneben noch eine Zungenbeinfraktur vorhanden, 10 Mal der linke, 6 Mal der rechte; beide Schildknorpelfortsätze waren 10 Mal frakturirt, in 2 von diesen 10 Fällen bestand überdies eine Zungenbeinfraktur. Zungenbeinfrakturen ohne anderweitige Verletzungen des Kehlkopfes bestanden 4 Mal. Die Frakturstellen erwiesen sich zum Theil als anämisch, zum Theil aber von mehr oder weniger grossen Extravasaten umgeben.

Ferner konnten wir bei 3 Fällen den Befund einer geheilten Kehlkopffraktur erheben, bei zwei von diesen war überdies eine in der eben angeführten Statistik bereits verwerthete frische Fraktur vorhanden. Ob der geheilte Bruch von einem früheren Conamen herrührte, konnte in keinem der 3 Fälle ermittelt werden, wahrscheinlich ist es auf jeden Fall, um so mehr, als bei zweien psy-

chische Störungen (Paranoia, Alcoholismus) bestanden haben sollen. Die Vereinigung des Fragments war zwei Mal in einem stumpfen Winkel erfolgt und nur ein Mal unter Beibehaltung der Richtung des Knorpelfortsatzes, aber mit Nebeneinanderlagerung.

Als eine ganz besondere Seltenheit sei endlich der letzte, 31. Fall von Kehlkopffraktur hervorgehoben: eine durch Fraktur des linken oberen Schildknorpelfortsatzes komplizirte Ringknorpelfraktur. Es handelte sich um einen 63jährigen Lederzurichter, dessen Kehlkopf erhebliche Verkalkungserscheinungen aufwies. Die Marke war eine doppelte, anämische, unterhalb Ringknorpelhöhe beginnende und nach dem Nacken zu leicht ansteigende. Die Fraktur sass an der hinteren Fläche des Ringknorpels und bestand in einer horizontalen Kontinuitätstrennung von $1^1/_2$ cm Länge nahe dem unteren Rande, von deren Mitte aus nach aufwärts eine vertikal verlaufende, 1 cm lange abging. Im Bereich der Fraktur fand sich subperichondral eine Blutung. Der Fall stellt, wie gesagt, eine besondere Seltenheit dar, nicht allein weil es sich überhaupt um eine Ringknorpelfraktur handelt, sondern auch weil die Fraktur an der hinteren Fläche des Knorpels sitzt; sie findet ihre Erklärung einmal in den Verknöcherungsvorgängen des einem älteren Individuum angehörenden Organs, dann in der tiefen Lage der Marke resp. des Strangwerkzeugs. Die subperichondrale Sugillation macht es endlich wahrscheinlich, dass es sich hier um einen vitalen Vorgang gehandelt hat.

Von den lokalen Veränderungen beim Tod durch Erhängen interessiren weiter die Veränderungen an den Halsgefässen, insbesondere den Karotiden. Bekanntlich pflegen die Karotidenrisse viel seltener aufzutreten, als die Kehlkopffrakturen; wir konnten sie nur drei Mal bei 62 Fällen auffinden. Zwei von diesen verdienen eine kurze Erwähnung:

Im ersten Falle war die Marke asymmetrisch, das Gesicht zyanotisch, die Konjunktiven ekchymosirt; rechts fand sich 3 cm, links 5 cm unter der Bifurkation der Carotis eine Querruptur; überdies zeigte die rechte Carotisscheide nahe der Subclavia eine pfennigstückgrosse Blutung. Im zweiten Fall zeigte die linke Carotis 2 cm unterhalb der Bifurkation 4 1 cm lange, wenige Millimeter von einander entfernte Querrisse, die Jugularis wies an der entsprechenden Stelle einen 4 mm langen Querriss auf, der etwas klaffte und dessen Ränder hämorrhagische Beschaffenheit hatten; 3 cm darunter war die Innenhaut der Jugularis unregelmässig rupturirt, sie erschien hier mehr diffus hämorrhagisch. Die rechte Carotis war ohne Ruptur; die rechte Jugularis wiederum bot an ihrer Intima 3 2—3 cm lange Querrisse dar; wenige cm darunter fand sich wie auf der anderen Seite in einer etwas hämorrhagischen Parthie eine weitere unregelmässige Zusammenhangstrennung der Intima vor. Rechts sowohl wie links war im Bezirk dieser Verletzungen ein Bluterguss in die Scheide der Gefässe vorhanden. Bei dem betreffenden Fall ergab die Sektion noch Fraktur beider oberer Schildknorpelhörner mit Blutung, die Zunge zeigte einen penetrirenden Biss rechts an der Spitze, herrührend von dem allein noch vorhandenen oberen rechten Eckzahn. Die Marke war symmetrisch, zwischen Zungenbein und Schildknorpel gelegen, sie war eine 4fache und wies zwischen den einzelnen Abschnitten hämorrhagische Parthien auf.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerth: die hier beobachteten Jugularisrisse sind eine grosse Seltenheit. Ihre Erklärung finden sie vielleicht durch die in einem verhältniss-

mässig kleinen Raum viermal einsetzende strangulirende Gewalt; in welcher Weise das Erhängen vor sich gegangen war, wie lange die Suspension gedauert hatte etc. liess sich bisher nicht ermitteln. Dass der Mechanismus beim Zustandekommen der Jugularisrisse derselbe ist, wie beim Entstehen der Carotisrupturen, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Bemerkenswerth ist der Fall weiter durch den Zungenbiss, der durch die Annahme einer Entstehung im konvulsiven Stadium der Erstickung seine genügende Erklärung findet.

Erwähnen wir endlich noch das ein Mal beobachtete Vorkommen einer bohnengrossen Hämorrhagie hinter dem Ringknorpel in der Oesophaguswand, so wären die lokalen Effekte der Strangulation genügend hervorgehoben.

Ueber die sogenannten inneren Zeichen des Erstickungstodes hatten wir unlängst Gelegenheit, ausführlichere Darlegungen zu machen.[1]) Wir begnügen uns deshalb damit, an dieser Stelle nur das Wesentlichste daraus kurz zu rekapituliren. Das Zustandekommen der Hyperämien und der Ekchymosen ist ja, wie längst bekannt ist, an die verschiedenartigsten Vorbedingungen und Umstände geknüpft. Hyperämische innere Organe wird man bei einem anämischen Individuum zu erwarten kein Recht haben; der intrathoracale Druck bei der Erstickung kann durch Einziehung des Bauches zum Theil wieder ausgeglichen werden und weiter kann das Zustandekommen einer Druckverminderung im Thorax bei der Erstickung verhindert oder abgekürzt werden, wenn vorzeitig Synkope eintritt, oder die einzelnen Stadien des Erstickungstodes, wie bei älteren geschwächten Individuen häufig, nicht oder nur angedeutet in die Erscheinung treten. Vergleichende Untersuchungen des Blutgehalts von Lungen an den verschiedensten Affektionen gewaltsam und natürlich zu Grunde gegangener Individuen, die es gestatteten, mit zahlenmässigen Werthen zu operiren, lieferten einen neuen Beleg für das wechselvolle Verhalten. Gegen den Werth der Ekchymosen als diagnostisches Hülfsmittel bei der Beurtheilung des Erstickungstodes spricht die Ubiquität ihres Vorkommens, die sie sogar beim Tode durch Herzparalyse, wie klinische Erfahrungen und Experimente lehren,[2]) nicht fehlen lässt, und die Strassmann zu dem Ausspruch veranlasste, dass man den Werth der subserösen Ekchymosen kaum gering genug veranschlagen könne.

Auch der Werth der flüssigen Blutbeschaffenheit ist nur ein bedingter für die Diagnose des Erstickungstodes; ist das Blut an der Leiche flüssig, sind keine festen Gerinnsel vorhanden, so beweist dies nur, dass der Tod ein plötzlicher war, dass ihm eine Agone nicht vorhergegangen ist.

---

[1]) Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften, herausgegeben von Drasche; Band Hygiene und gerichtliche Medizin; Artikel Erstickung, Allgemeines.

[2]) Strassmann: Die subpleuralen Ekchymosen und ihre Beziehung zur Erstickung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1898, Heft II. — Arthur Schulz; ibidem 1899, Heft II.

Wir führen diese genügend bekannten Thatsachen hier nur an, weil wir Gelegenheit hatten, dieselben auch aus den diesem Berichte zu Grunde liegenden Fällen zu abstrahiren. Die Folgerungen, die wir a. a. O. daran knüpften, bezogen sich ein Mal auf die Definition des gerichtsärztlichen Begriffes der Erstickung überhaupt. Wenn hierunter nicht allein die gewaltsame Erstickung verstanden werden soll, sondern auch alle mit Aufhebung des respiratorischen Gaswechsels einhergehenden Krankheitszustände, so gehört auch die Herzparalyse hierher, die akute, wie die chronische Anämie, und schliesslich bleibt nichts mehr übrig, was nicht unter den Begriff Erstickung fiele. Aber auch die Erscheinungen des Erstickungstodes, des Sterbens im engeren Sinne, lassen erkennen, dass Dyspnoe und Krämpfe den verschiedenen eben angedeuteten Krankheitsprozessen eigen sind, wie z. B. die Beobachtung am Krankenbett des plötzlich an Herzparalyse Sterbenden und die Verblutungskrämpfe lehren. Wir konnten nach dem Leichenbefunde, wie oben angeführt, beim Erstickungstode etwas Spezifisches nicht anerkennen und mussten zu dem Schlusse kommen, dass für den Nachweis einer Erstickung als einziges Postulat der Nachweis der erstickenden Ursache gefordert werden müsse, wenn man nicht zu einer grenzenlosen Verallgemeinerung des Begriffes gelangen wollte. Das Gutachten: „der Untersuchte ist an Erstickung gestorben, eine Ursache der Erstickung hat die Autopsie nicht ergeben", besagt nichts, ja es ruft sogar in dem Richter unrichtige Vorstellungen wach. Richtiger wäre es in solchen Fällen zu sagen: „Die Autopsie hat eine bestimmte Todesursache nicht ergeben, insbesondere hat sich nichts gefunden, was für die Betheiligung eines Dritten beim Tode spräche."

Die Zahl der zur Sektion gekommenen **Ertrunkenen** beträgt 8 (4 Männer, 4 Frauen). Sechs davon waren Selbstmörder, darunter befinden sich die 4 erwähnten weiblichen Individuen. Zwei Männer waren verunglückt, der eine beim Abladen von Waaren in einen Spreekahn, der andere auf einer Baggermaschine. Einmal hatte die Leiche 4 Wochen im Wasser gelegen — wenigstens war das betreffende Individuum seit dieser Zeit nicht mehr gesehen und der Befund widersprach dieser Annahme nicht; es fehlte nämlich die Epidermis an Bauch, Brust- und Dorsalfläche der Arme, an Hand und Fuss liess sich die gequollene Epidermis sammt den Nägeln abziehen, ebenso gelang es mit leichter Mühe, Kopfhaare büschelweise zu entfernen, zum Theil waren sie bereits ausgefallen. Im Uebrigen fand sich Fäulnissemphysem an Bauch- und Brust-Haut, Gasentwicklung in Brust und Bauch, sowie endlich eine reaktionslose postmortale Verletzung — markstückgrosse Lappenwunde am Schädel —.

Verletzungen fanden sich noch bei 4 anderen Fällen:

Eine etwa 25jährige Selbstmörderin zeigte bei intakter Haut und intaktem Unterhautfettgewebe am Halse eine hämorrhagische Infiltration des unteren Theiles des rechten Sternohyoideus, des Sternocleidomastoideus sowie der Scaleni; links fanden sich Blutungen in der Scheide der grossen Halsgefässe. Die Halswirbel waren unversehrt. Es handelt sich hier augenscheinlich um eine Verletzung, die vital entstand und mit dem Akte der Submersion in Zu-

sammenhang gebracht werden muss. Ebenso zeigte einer der beiden Verunglückten am rechten Auge zwei Zusammenhangstrennungen von etwa 1 cm Länge, in deren Tiefe sich frei ergossen Blut fand. Der Betreffende hat sich die Verletzungen wohl vital zugezogen; es ist nicht unwahrscheinlich, dass sie dem tödtlichen Unfall unmittelbar vorangingen. Dass ihre Ränder vertrocknet waren, spricht natürlich nicht gegen ihren submortalen Ursprung, denn die Vertrocknung kann ja auch erst nach dem Herausholen der Leiche aus dem Wasser entstanden sein. Eine durch Selbstmord zu Grunde gegangene 52jähr. Frau endlich bot eine kleine Vertrocknung mit Suffusion an der linken Stirn dar; in den weichen Bedeckungen des Hinterkopfes fand sich ausserdem ohne äusserlich erkennbare Verletzung eine Fünfmarkstück grosse Suffusion.

Interessant ist der vierte Fall, der ausgezeichnet ist durch Kombination von Schussverletzung mit Ertrinken. Es fand sich hier eine typische Einschussöffnung an der rechten Schläfe, um welche herum die Haare Gehalt an kleinen Luftblasen zeigten; der Schusskanal verlief quer durch die Hirnbasis, eine sehr deformirte Kugel lag im III. Ventrikel. Der vordere Ast der Meningea media war gerade durch den Einschuss zerrissen, die Folge war ein flaches Hämatom von $^1/_2$ cm Dicke über der rechten Hemisphäreintermeningeal. Weiter fand sich Sand in Bronchen und Trachea, die Lungen waren ballonirt. Die Frage nach der Konkurrenz der Todesursachen dürfte in diesem Falle dahin zu beantworten sein, dass der Verstorbene sich die Schussverletzung unmittelbar vor dem Tode beibrachte, dass aber letzterer selbst durch Ertrinken stattgefunden hat.

Im Uebrigen boten die untersuchten Fälle die bekannten Befunde des Ertrinkungstodes dar; meist fanden sich ballonirte Lungen, Schaum in den Bronchen, in zwei Fällen auch verwaschene Ekchymosen unter der Pleura. Mehrere Male zeigte der Magen wässerigen Inhalt, die Schleimhaut erschien dann zuweilen wie ausgewässert. Auswässerungserscheinungen in Folge Vermehrung des Wassergehalts im Darm wurden nicht beobachtet.

Einen nicht häufig beobachteten Befund stellt ein Fall von **Verschütten durch Erdmassen** dar. Es handelte sich um einen $21^1/_2$ Stunden verschüttet gewesenen Brunnenarbeiter. Schon die Art und Weise der Todtenstarre war interessant: Beide Arme waren hoch emporgehoben, die Hände halb geöffnet. Diese Stellung der Leiche war durch feste Todtenstarre fixirt. Es giebt nun zur Erklärung dieses Befundes zwei Möglichkeiten, einmal die Annahme einer kataleptischen Todtenstarre — Ueberdauern der energischen Streckbewegungen des in der Tiefe des Brunnenkessels Verschütteten — oder Fixiren der im Moment der Verschüttung emporgehobenen Arme durch die Erdmassen und nachheriges Rigor mortis in dieser mechanisch fixirten Lage. Wir möchten uns für letztere Annahme entscheiden. War auch die Streckbewegung im Augenblick des Einsturzes gewiss eine sehr intensive, so war andererseits der Tod doch, wie wir gleich sehen werden, kein so plötzlicher, als dass nicht die Serie der Erstickungserscheinungen eingetreten wäre. Und diese, insbesondere die konvulsiven Bewegungen haben dann die Muskelkontraktion, die vielleicht zur kataleptischen Todtenstarre geführt haben würde, aufgehoben. Andererseits war die Behinderung der Bewegungen der Arme durch die umgelagerten Erdmassen eine solche, dass die Gliedmassen emporgehoben fixirt bleiben konnten, und dass die eintretende Todtenstarre sie so vorfand und ihrerseits fixirte.

Ausgezeichnet ist der Fall weiter durch das Auftreten ausgedehnter Hauthämorrhagien von eigenthümlicher Anordnung.

Vorne an der Brust nämlich fanden sich vom Handgriff des Brustbeins bis zum Schwertfortsatz, beiderseits bis an die Schultern reichend multiple Hauthämorrhagien von Punkt- bis Leinsamengrösse, die zum Theil konfluirt waren und grössere hämorrhagische Territorien bildeten. Besonders nach den Schultern hin fiel ein strichförmiges Auftreten der Hämorrhagien auf, ganz so wie es dem Druck der Kleidungsfalten entsprach, die Hautanämie hervorbrachten und, wo sie fehlten, Hyperämien und Hämorrhagien durch die Erstickungserscheinungen zu bewirken im Stande waren. Solche hämorrhagische Abschnitte fanden sich noch mehr am Körper: in beiden Achselhöhlen, in beiden Leistenbeugen, an der Vorderfläche des linken Oberschenkels. In der Gegend des Rippenbogenrandes rechts und links zeigte sich beiderseits auf den Muskeln ein (vielleicht traumatischer) Bluterguss von Fünfmarkstückgrösse. Die Haut des Gesichts und das Kopfhaar waren im übrigen von Erdpartikelchen bedeckt, die sich auch in den freien Oeffnungen des Kopfes fanden; im Munde fand sich nur Sand zwischen Lippen und Zähnen, die die Zungenspitze eingeklemmt hielten. Im hinteren Theile des Mundes fehlten erdige Bestandtheile, ebenso auch in Trachea und Lungen. Sonstige Verletzungen fanden sich nicht.

Tod durch Erschiessen kam in der Berichtszeit 23 Mal zur Beobachtung; sämmtliche Erschossenen waren Männer; stets handelte es sich um Selbstmord, einmal zugleich um Mord und Selbstmord. Ein Handlungsgehülfe erschoss in momento coitus im Bett eine Frau, deren Leiche leider nicht zur Obduktion gelangte. Die Leiche des Betreffenden wurde auf derjenigen der Frau liegend aufgefunden. Spermatozoen fanden sich in der Urethra nicht vor, zahlreich dagegen waren sie im Inhalt der Samenblasen vorhanden. Die Todtenflecken waren am Rücken nur spärlich entwickelt, sie fehlten an der unteren Brust und am Bauch, waren deutlich am Vorderhals und an den angrenzenden Brustabschnitten, sowie an der Vorderseite der Oberschenkel; hier fanden sich zahlreiche Hauthämorrhagien. Einer der Selbstmörder erwies sich als mit eitriger Meningitis behaftet.

15 Mal erfolgte der Schuss in typischer Weise gegen die rechte Schläfe, 3 Mal in den Mund, 5 Mal gegen die Brust. Ein Fall von Schuss gegen die Schläfe war komplizirt durch einen Schuss, der auf die Gegend der linken Brustwarze abgegeben war; das Herz war durch den Schuss nicht getroffen worden, der Schusskanal ging vielmehr durch den Unterlappen und den untersten Abschnitt des Oberlappens; in der linken Pleurahöhle fanden sich 2000 ccm flüssigen Blutes, sowie Blutaspiration in beiden Lungen und subendokardiale Ekchymosen im linken Ventrikel. Die Frage, ob der Schädel- oder der Lungenschuss zuerst abgegeben sei, ist in diesem Fall schwer zu beantworten; die Umstände scheinen indess dafür zu sprechen, dass der erstabgegebene der Schädelschuss war. Es war dies eine die Hirnbasis durchsetzende Verletzung, die des Besonderen nichts darbot, und deren Vorhandensein keineswegs erfahrungsgemäss den sofortigen Eintritt

des Todes involvirt. Dagegen war der Lungenschuss eine mit alsbald eintretender schwerer Anämie einhergehende Verletzung, die bestimmt erhebliche Störungen der Gehirnthätigkeit zur Folge gehabt haben muss und überdies noch mit einer, wie der schwere Hämatothorax vermuthen lässt, erheblichen, sehr quälenden Dyspnoe vergesellschaftet war. Dass ein Individuum mit einer solchen Verletzung noch die Energie und Ruhe besitzt, einen wohlgezielten Schädelschuss abzugeben, erscheint a priori weniger wahrscheinlich, als das Umgekehrte.

Die Einschussöffnungen der 15 Schädelschüsse zeigten sich bald rundlich, bald schlitzförmig, oder gar mehr polygonal. Sie waren umgeben theils von einem kleinen, wenige Millimeter breiten Kontusionsring, oder von einem grösseren 1 cm Breite und mehr erreichenden. In Fällen, wie die letzterwähnten konnten wir dann in der Regel auch Verbrennungen der Haare in der Umgebung der Einschussöffnung oder die von Minakow[1]) beschriebenen und als Kriterium des Nahschusses betonten Vakuolenbildungen in den Haaren nachweisen. Im Schusskanal fanden sich Trümmer der frakturirten Schädelknochen oder Bestandtheile des Geschosses vor; er zeigte im Allgemeinen einen geraden Verlauf, einmal einen hakenförmigen, nachdem die Kugel an der dem Einschuss gegenüberliegenden Schädelwand abgeprallt und nach hinten in die linke Grosshirnhemisphäre eingedrungen war. Die Veränderungen am Knochen stellten sich dar theils als einfache Lochschüsse, theils als mit solchen in direktem Zusammenhang stehende Frakturen der Knochen der Schädelkapsel, theils als mit Lochschüssen in direktem Zusammenhang stehende Frakturen der Orbitaldächer, theils als neben den Lochschüssen vorhandene isolirte Orbitaldachfissuren oder Frakturen. Zwei Beobachtungen mögen noch besonders hervorgehoben sein. Die eine betrifft einen Fall von isolirter Schädeldachfissur:

Ein 21jähriger Mann zeigte von einer in der rechten Schläfe sitzenden Einschussöffnung ausgehende Orbitaldachfrakturen, daneben im Schädeldach eine Diastase des mittleren Theiles der Kronennaht und des angrenzenden Abschnittes der Pfeilnaht; an der Stelle, wo die Diastase der letzteren aufhört, beginnt eine Fissur das linke Parietalbein zu durchziehen; dieselbe endet in der Gegend des Seitenwandbeinhöckers. Wichtig ist für die Genese der eigenartigen Veränderung, dass der hintere Abschnitt der Pfeilnaht verknöchert war, ein Umstand, der bei der Jugend des Individuums besonders hervorgehoben werden muss. Der betreffende Fall ist noch wegen eines anderen Befundes bemerkenswerth: es fand sich nämlich, dass das rechte Herz ziemlich ausgedehnt war; Perkussion ergab darüber tympanitischen Schall. Nachdem das Organ unter allen Kautelen abgebunden war, wurde es aus dem Zusammenhang gelöst und in ein Gefäss mit Wasser gebracht, auf dessen Oberfläche es schwamm. Bei Einstich unter Wasser entleerten sich aus dem rechten Ventrikel grosse Luftblasen. Dieser Befund, dessen Richtigkeit durch fehlende Fäulnisserscheinungen ausser allen Zweifel gesetzt wird, erscheint sehr bemerkenswerth. Er findet seine Erklärung in der ganz erheblichen Wirkung der Pulvergase, die sogar das Schädeldach zum Bersten brachten und den Eintritt von Luft in die eröffneten Venen bewirkten resp. erleichterten.

Die zweite Beobachtung betrifft das Verhalten des Mittelohrs

[1]) P. Minakow: Ueber die Veränderung der Haare durch Hitze. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin etc.; III. F., XII. Supplement-Heft.

bei Schädelschüssen. Wir haben nämlich gar nicht so selten, speziell seit neuerer Zeit, nachdem wir begonnen haben, die betreffenden Verhältnisse genauer zu studiren, gefunden, dass in den Hohlräumen des Felsenbeines bei typischen Schädelschüssen Extravasate vorhanden sein können, die nach Abziehen der Dura vom Schädelgrunde ohne Weiteres als dunkelrothe bis dunkelviolette Färbungen der betreffenden Knochenabschnitte imponiren. Sie sind nicht verursacht durch Felsenbeinbrüche oder Sprünge, sondern durch Risse der sie auskleidenden Schleimhaut, die ihrerseits veranlasst sind durch die starke Erschütterung des Schädels. Genaueres über diese Blutungen in den Höhlungen des Felsenbeins beim Nahschuss müssen ers tweitere Beobachtungen ergeben.

Ein Ausschuss fand sich unter den 15 gegen die Schläfe gerichteten Schüssen nur ein einziges Mal vor; es ist die Eigenthümlichkeit der unseren Selbstmordkandidaten zur Verfügung stehenden Revolver resp. der zur Verfügung stehenden Pulverladung, dass die Kugel sehr häufig in der dem Einschuss gegenüberliegenden Schädelstelle eine Fraktur und Dislokation der Fragmente nach aussen verursacht. Oft vermag sie auch dies nicht einmal zu bewirken. Ein Ausschuss bei einem selbstmörderischen Schädelschuss ist nach unseren Erfahrungen aber nahezu eine Seltenheit.

Von den Brustschüssen waren 4 gegen die Gegend der linken Brustwarze abgegeben, 1 4 cm unterhalb der rechten Brustwarze. Es war dies ein 22jähriger Maschinenmeister, der sich durch zwei gleichzeitig abgegebene Terzerolschüsse getödtet hatte; der Tod war augenblicklich eingetreten. Der Einschuss ist in zweifacher Beziehung interessant. Die beiden gleichzeitig abgegebenen Schüsse hatten, — die Waffe war auf die Haut aufgesetzt worden — eine einzige 5 cm breite und 4 cm lange, also ovale Einschussöffnung zu Stande gebracht, deren Ränder einen schmalen vertrockneten Saum zeigten und unterminirt waren; in der bis 7 cm im Radius messenden Unterminirung fand sich viel Kohle vor. Die Verletzung lag über der 5. u. 6. Rippe, beide waren frakturirt. Von den beiden Schusskanälen erstreckte sich der eine in die rechte Lunge, im Oberlappen blind endend, der zweite durch das Herz; gefunden wurde nur eine Kugel, die vom Herzschuss herrührende, auf der Wirbelsäule. Dass durch eine starke Pulverladung auch einmal nur eine Einschussöffnung bei zwei abgegebenen Terzerolschüssen entstehen kann, ist eine nicht gewöhnliche Beobachtung; wenn auch nur eine Kugel gefunden wurde, so sprechen die Umstände (der amtliche Polizeibericht spricht auch von zwei Schüssen), sowie der Befund von zwei verschiedenen Schusskanälen für ihre Richtigkeit. Die Oeffnung hatte, wie gesagt, eine im Ganzen ovale Form; ihr längster Durchmesser entsprach dem Verlauf der Spaltbarkeitsrichtung der Haut. Der zweite an dem Einschuss interessirende Punkt ist die Existenz von Kohlenoxyd im Blut der Umgebung. Diese fiel auf durch ihre hochrothe, wenn auch nicht sehr intensive Färbung; spektroskopisch ergab

sich bei der unter allen Kautelen angestellten Untersuchung ein zweistreifiges Spectrum an typischer Stelle, dessen Reduktion durch Schwefelammon nicht gelang.

Die übrigen Brustschüsse boten des besonders Hervorzuhebenden nur wenig dar: einer war ein Herz-Lungen-Schuss; in Pleura und Perikard fanden sich 2 Liter flüssiges und locker geronnenes Blut, am Herzen subendokardiale Ekchymosen; zwei andere waren Herz-Schüsse, die Kugel war durch die Wirbelsäule aufgehalten, nachdem sie in dem einen Fall noch die Aorta gestreift und in derselben ein Loch erzeugt hatte. Es fanden sich in diesem Falle 1500 ccm Blut in der linken Pleurahöhle, im anderen 300 ccm Blut als Tamponade des Herzbeutels, das Endokard zeigte hier noch eine Reihe von kleinen als Platzwunden gedeuteten Zusammenhangstrennungen. Der vierte Schuss endlich ging durch Herz, Zwerchfell und Magen; an der Lunge waren Kontusionseffekte bemerkbar.

Von den 3 Mundschüssen waren 2 mittelst Revolver, 1 mittelst einem mit Rehposten armirten Jagdgewehr ausgeführt. In letzterem waren entsprechend der Waffe die Verletzungen sehr schwere; der Schädel war auseinandergesprengt, die einzelnen Fragmente der Kopfknochen liessen sich zum Theil aus den breit eröffneten weichen Kopfbedeckungen mühelos herausnehmen. Als Todesursache fand sich Lungenödem. Die beiden mittelst Revolver ausgeführten Mundschüsse hatten die Gegend der Sella turcica perforirt, ohne im knöchernen Schädeldach Verletzungen zu erzeugen. In einem der beiden Fälle fand sich Fettembolie der Lungen.

(Schluss folgt.)

Gerichtsärztliche Fälle.

Von Kreisphysikus Dr. Hansen-Gramm (Schleswig).

I.

Erstickung im Rausch — oder Todtschlag?

Einen dem nachstehend beschriebenen ähnlichen Fall habe ich in der mir zugänglichen Literatur nicht gefunden und möchte denselben deswegen und wegen der besonderen Vertheilung der punktförmigen Blutaustritte veröffentlichen.

Am 14. März, Nachmittags 3 Uhr, wurde mir gemeldet, im Chausseegraben hinter dem Dorfe K. liege ein Handwerksbursche todt. Er sei Vormittag im Krug zu K. mit einem Reisegenossen gewesen, habe Schnaps und Brot verzehrt, den anderen traktirt und bei der Bezahlung ein 20 Markstück wechseln lassen. Der Gefährte sei verschwunden. 2 Stunden später war ich mit dem Gericht am Thatort bei der unberührten Leiche. Sie lag im flachen Chausseegraben, der 25 cm tief, unten 35, oben 85 cm breit war, in einer Lage, die auf den ersten Blick muthmassen liess, der Verstorbene sei von fremder Hand in den Graben hineingestürzt worden und, ohne sich zu rühren, liegen geblieben. Die Beine lagen nach dem Dorfe zu, das linke Knie ruhte in ge-

beugter Stellung auf der Grabensohle, das rechte Bein lag an den Leib gezogen und gebeugt unter dem linken. Beide Ellbogen stützten auf je einer Grabenkante auf, die Unterarme an oder unter dem Körper. Der Rücken war gekrümmt, der Steiss ragte am weitesten heraus. Der rechte Stirnhöcker ruhte auf dem Grunde des Grabens und trug die Hauptlast des Oberkörpers, das Kinn war stark gegen die Brust gedrückt. Der Stock stach mit der Spitze nach oben, auf dem Grifftheil desselben ruhte die linke Stirnseite auf. Vor dem Mund stand blutiger Schaum, aus dem rechten Nasenloch floss etwas blutiger Schleim. Im Uebrigen waren Nasen- und Mundöffnungen rein, gar nicht mit Sand beschmutzt, lagen frei vom Grabengrunde und hatten den Boden offenbar nicht berührt.

Die drei Tage später stattgehabte Leichenöffnung hatte folgende bemerkenswerthe Ergebnisse:

Die Leiche des 158 cm grossen, etwa 38 Jahre alten Mannes zeigt gut entwickeltes Fettpolster und kräftige Muskulatur. Die hintere Seite des Körpers ist dunkelrosa, die aufliegenden Theile blass.

Die rechte Stirnseite ist rothbraun gefleckt, in den braunen Flecken finden sich noch festsitzende Sandkörner. Die Flecken finden sich in einer Ausdehnung von 7 cm Breite und 6 cm Höhe bis über die Haargrenze hinauf; in diesen Flecken ist, auch wo die Sandkörner festsitzen, die Oberhaut unverletzt. Dagegen findet sich gerade auf dem Stirnhöcker ein 6 mm langer, senkrechter, $1^1/_2$ mm breiter, dunkler, brauner Strich, wo die Oberhaut fehlt.

Ein ähnlicher rother Fleck ist auf dem linken Stirnhöcker, 2 cm lang, 1 cm breit. Eben links von der Mittellinie, dicht unterhalb der Haargrenze, findet sich eine $2^1/_2$ cm lange, 1 cm breite dunkelroth gefärbte flache Vertiefung (vom Stock herrührend). — Durchgelegte Schnitte zeigen keine Blutaustritte in's Gewebe.

Auf der Bindehaut des rechten unteren Lides finden sich unzählige, auf der der linken 10 punktförmige Blutaustritte.

An der rechten Kopfseite mit dem Scheitelbeinhöcker als Mittelpunkt, von der Mittellinie der Stirn ab 25 cm weit über die Scheitelbeinhöcker nach hinten ziehend, vorne 5, hinten 10 cm breit, sind die abgezogenen weichen Schädeldecken fleckig roth gefärbt. Eben vor und oberhalb des Scheitelbeinhöckers findet sich ein 3—$3^1/_2$ cm grosser, rundlicher Fleck von dunkelblaurother Farbe. Weiter nach hinten zu sind noch 9 kleinere, 0,5 cm, rundliche Flecke derselben Farbe. Durchschnitte durch diese Flecke zeigen das Gewebe sowohl der abgezogenen, als der festsitzenden weichen Schädeldecken bis auf den Knochen blutdurchtränkt. Blutgerinnungen finden sich nirgends.

Die rechte Hälfte der Innenfläche der harten Hirnhaut ist in ganzer Ausdehnung roth gefärbt, vorne blassroth, hinten dunkler. Die Parthie, die den vorhin beschriebenen Flecken entspricht, ist dunkelroth bis dunkelblauroth verfärbt. Blutgerinnungen finden sich nicht.

Die obere Seite der weichen Hirnhaut ist verdickt, durchsichtig, aber getrübt und mit weissen Punkten dicht durchsetzt von Kleinsandkorn- bis Stecknadelkopfgrösse und zwar fast überall. Sie ist leicht abziehbar aber stark verdickt. In den beiden Sylvischen Furchen verhält sie sich ebenso, an der Basis ist sie normal.

Eine mikroskopische Untersuchung von Stücken der weichen Hirnhaut lässt keine Tuberkelknötchen finden.

Auf dem vorliegenden Theil der rechten Lunge finden sich zahlreiche, stecknadelkopfgrosse Blutaustritte unter dem Brustfell. Beide Vorhöfe und beide Kammern sind prall mit dunklem, flüssigem Blut gefüllt.

Die linke Lunge ist hinten, die rechte fast überall angewachsen, auch mit dem Mittelbrustfell.

Die Vorder- und Seitenflächen der rechten Lunge, von der linken Lunge nur der untere Theil der Vorderseite, zeigen überall zahlreiche Blutaustritte wie vorhin beschrieben, und

zwar in reihenförmiger Anordnung, ganz genau den Zwischenrippenräumen entsprechend. Die unter den Rippen liegenden Lungentheile sind fast frei davon.

In den Bronchien und deren Zweigen, ebenso in der Luftröhre findet sich eine schaumige, hellröthliche Flüssigkeit. Schlund- und Speiseröhre sind leer.

Der verschwundene Reisegenosse Dü. war am selben Morgen von mir aus dem Krankenhause entlassen. Er wurde am Abend desselben Tages in der benachbarten Stadt Ap. ergriffen; von den 20 Mark hatte er 18 Mark schon verausgabt. Er gab an, den Verstorbenen zufällig auf der Landstrasse getroffen, mit ihm und auf seine Kosten aus der Flasche Branntwein getrunken und im Kruge gezecht zu haben. Er habe ihn dann am Grabenrande sitzend halb schlafend verlassen, im Fortgehen bemerkt, dass der Geldbeutel ihn aus der Tasche gefallen, und diesen mitgenommen. Hand an ihm gelegt habe er nicht. Durch Aussagen zwei vorbeigekommener Radfahrer liess sich feststellen, dass der verstorbene D., der am selben Morgen hier am Ort aus der Arbeit gegangen war, 5 Minuten vor und 5 Minuten nach 12 Uhr ganz lebendig und munter ihnen beim Vorbeiradeln guten Tag zugerufen hatte. Der Dü. war 5 Minuten vor 1 Uhr in einem 4,5 km entfernten Dorfe im Wirthshause eingekehrt; für das Schläfrigwerden des Verstorbenen blieben also nur wenige Minuten übrig.

Den recht gerissenen Beschuldigten (24 Vorstrafen) wurde vorgehalten, dass an der Leiche Zeichen von Kopfverletzungen gefunden waren. Er gab an, der Verstorbene habe sich am Abend vorher geprügelt, und als sich der Beweis führen liess durch Zeugenaussagen, dass derselbe dabei keine Schläge auf den Kopf erhalten habe, gab er an, der Verstorbene sei im Dorfe K. in der Trunkenheit auf einer Kiste sitzend hintenüber mit dem Kopf gegen eine Tonne gefallen. Die etwaige Unwahrheit dieser Angabe liess sich nicht feststellen.

Die Anklage lautete auf Todtschlag und Raub; der Fall kam demgemäss vor die Geschworenen. Der obduzirende Kollege und ich waren uns in unseren schriftlichen und mündlichen Auslassungen einig. Der Erstickungstod stand fest, sämmtliche charakteristischen Zeichen waren da: Die frühe und starke Ausbildung der Todtenflecke, die dunkelflüssige Beschaffenheit und die Stauung des Blutes im Herzen und den grossen Gefässen, der blutige Schaum vor dem Mund, in Luftröhre und Bronchien, die punktförmigen Blutaustritte auf den Bindehäuten und dem Brustfell der Lungen.

Sehr interessant erscheint mir die Anordnung der letzteren, reihenförmig den Zwischenrippenräumen entsprechend. Ich habe nirgends einen derartigen Befund erwähnt gefunden. Die Ursache möchten die starken Verwachsungen der Brustfellblätter sein. Ich möchte daraus schliessen, dass die Agone lang gewesen ist, dass starke erfolglose Athembewegungen stattgefunden haben, so dass die stark arbeitenden Zwischenrippenmuskeln das Blut aus dem mit ihnen verwachsenen, aber nicht ihnen folgen könnenden

Lungengewebe angesogen haben, während unter den starren Rippen keine Blutaustritte stattfanden.

Neben dem Erstickungstod konnte in Betracht kommen der Tod im schweren Rausch, die akute Alkoholvergiftung. Trinker war er, ein anatomischer Ausdruck dafür fand sich in dem chronischen Entzündungszustand der weichen Hirnhaut. Aus den Zeugenaussagen liess sich ein ziemlich deutliches Bild gewinnen, wieviel er in den letzten 18 Stunden seines Lebens genossen. Die Menge war hinreichend, um einen tüchtigen Rausch hervorzubringen, mit dem er gesehen wurde, aber nicht um den Tod eines kräftigen, trinkgewohnten Mannes herbeizuführen. Auf die vorhandene langsame Verwesung war bei der Mitte März hier herrschenden Temperatur, etwas über 0°, nichts zu geben; ein besonderer Geruch nach Alkohol wurde nicht wahrgenommen trotz des nachgewiesenen Genusses. Uebrigens werden punktförmige Blutaustritte bei dem akuten Alkoholtod von den Autoren nicht erwähnt. Also für diese Todesursache sprachen keine besonderen Gründe.

Epilepsie war durch die Aussagen seines Meisters und seiner Mitgesellen, die ihn seit lange kannten, auszuschliessen; auch fanden sich keine Zungennarben. Erbrochenes fand sich nicht, weder ausserhalb, noch innerhalb des Körpers, also war er auch nicht im Erbrechen erstickt.

Der Erstickungstod wurde vollauf durch die Lage, in der er gefunden wurde, erklärt. Er stand halb auf der Stirn, der Kopf trug die Hauptlast des Oberkörpers, und das Kinn war fest gegen die Brust gedrückt. In dieser Lage ist ein genügendes Luftholen unmöglich, wovon man sich leicht selbst überzeugen kann, wenn man sich in die Lage hinlegt oder hinstellt mit dem Kopf auf einen Stuhl. Nach der gewöhnlichen Zeit, $^3/_4$ Minuten, fängt die Athemnoth an.

Die Bewusstlosigkeit musste, begünstigt durch den Blutzudrang zum tiefstehenden Kopf, sehr bald eintreten, wenn auch nicht gleich in einer Minute wie bei völligem Luftabschluss. Sowie die Bewusstlosigkeit da war, musste in diesem Falle der Tod erfolgen, da dann eine Verbesserung der Stellung des Kopfes unmöglich war.

Dagegen gingen wir in unseren Ausführungen davon aus, dass der Verstorbene bewusstlos in diese Stellung hineingelangen musste, um darin zu bleiben und zu sterben. Fiel er in die Stellung hinein ohne bewusstlos zu sein, so brauchte er sich blos mit Ellbogen und Knie aufzustützen und den Kopf auszustrecken. Aber auch wenn Jemand, schlaftrunken, im schweren Rausch in die Lage hineingeräth, wird er das thun, so lange noch willkürliche Bewegungen vom Gehirn aus auslösbar sind, wahrscheinlich auch noch wenn nur reflektorische. Wir nahmen an, dass er völlig bewusstlos in die Lage hineingerathen musste, damit er darin blieb und starb.

Die Frage war nun die: War dazu eine fremde Gewalt nöthig und hatte eine solche stattgefunden?

Leider konnten wir diese Frage nicht mit Sicherheit be-

jahen, wenn es auch sehr wahrscheinlich war, und sehr Vieles dafür sprach. Er war wenige Minuten, bevor der Andere ihn verlassen haben musste mit sammt dem Gelde, von dem letzten Radfahrer ganz munter gesehen worden. Aber unmöglich war es schliesslich nicht, dass er, nachdem der Andere ihn verlassen, in der Trunkenheit hinfallen konnte, entweder schon bewusstlos oder durch den Fall auf die Stirn bewusstlos werdend. Der Fall hatte, wie erwähnt, auf der Stirn eine kleine linienförmige Hautabschürfung hinterlassen. Die Blutunterlaufungen der weichen Schädeldecken und der rechten Hirnhaut in der rechten Scheitelgegend deuteten auf Faustschläge hin, die eine Bewusstlosigkeit sehr wohl verursachen konnten; der Farbe nach waren sie frisch, aber sie konnten ebenso gut eine Stunde vorher durch den vom Angeklagten angegebenen Fall gegen die Tonne entstanden sein. In beiden Fällen war die Abwesenheit von äusseren Verletzungen durch den Filzhut, den der Versorbene auf hatte, und seinen dichten Haarwuchs leicht erklärbar.

Unser Gutachten konnte daher nicht bestimmt ausfallen; die Geschworenen sprachen den Angeklagten demgemäss des Todtschlags und Raubes frei und nur des Diebstahls schuldig.

II.

Sodomitische Misshandlung einer Stute.

In einer Julinacht dieses Jahres bemerkte der Hufner P. in G., durch das Gebell seiner Hunde geweckt, dass ein fremder Mann sich mit seiner neben dem Hofe grasenden Stute zu schaffen machte, jedoch, von ihm angerufen, weglief. Am Morgen sah er, dass die Geschlechtstheile der Stute verletzt waren. Der herbeigerufene Thierarzt stellte fest, dass die Schleimhaut am Scheideneingang und in der Scheide blutig, geschwollen und zerfetzt war, 8 cm vom Scheideneingang entfernt befand sich in der unteren Scheidenwand eine für zwei Finger durchgängige Lochwunde. Die Verletzungen wären kaum durch die Hand, eher durch einen Stock verursacht. An der Stelle, wo das Pferd gegrast, fanden sich Bündel und Stock eines Handwerksburschen. Die Person, der dies gehörte, ein Tischlergeselle N., der am Tage vorher aus der Arbeit gegangen war, hatte die Nacht in einer Bretterbude eines Nachbarhofes zugebracht und sich am Morgen bei der Wirthschaft des Dorfes das blutige Gesicht gewaschen. Er wurde sehr bald vom Gendarmen ergriffen. Sein Rock und seine Hose waren voll Blut und Pferdehaaren.

In dem am Nachmittag abgehaltenen Termin gab er an, schwer betrunken gewesen zu sein, er könne sich an Nichts erinnern. Das Blut an seinen Kleidern müsse von Nasenbluten herstammen. Mir wurde die Aufgabe gestellt, möglichst sofort zu entscheiden, ob das Blut von Menschen oder Thieren herrühre. Nach Anfeuchten der Rockärmel mit physiologischer Kochsalzlösung und einigem Warten erhielt ich in der ausgedrückten Flüssigkeit unterm Mikroskop zahlreiche Blutkörperchen, die, mit Menschenblut verglichen, die dem Pferdeblut zukommende Grösse hatten, 5,7 μ gegen 7,7 μ.

Ebenso liessen sich die an seinen Kleidern haftenden Haare makroskopisch und mikroskopisch unschwer als Pferdehaare feststellen. Dagegen fanden sich an seinen Unterkleidern, seinen Geschlechtstheilen sowie an dem vorerwähnten Stock weder Blut, noch Haare. Eine Immissio penis war demnach wohl kaum versucht worden.

Der N. blieb bei seiner Behauptung, sich an nichts erinnern zu können. Als am nächsten Tage der Gefangenwärter mit dem Mittagessen in seine Zelle trat, fand er ihn, unterm Fenstergitter sitzend, in seinem Leibriemen erhängt und angeblich schon kalt. Als ich, hinzugerufen, die Leiche untersuchte, erzählte mir der Wärter, er hätte Wiederbelebungsversuche gemacht, der Leibriemen sass jedoch noch fest zusammengeschnürt um den Hals. Die Riemenlöcher waren in der Strangfurche deutlich sichtbar. Der Penis war halb erigirt und es fand sich ein starker Samenerguss an der Mündung. Eine Leichenöffnung fand nicht statt; weitere Thatsachen wurden nicht ermittelt.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die diesjährige Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege vom 13.—15. September zu Nürnberg.

1. Sitzungstag, Mittwoch, den 23. September.

I. **Eröffnung, Geschäfts- und Kassenbericht.** Unter ziemlich reger Betheiligung — 125 Städte hatten ihre Vertreter gesandt — begannen am 13. September d. J. in Nürnberg die Verhandlungen der 24. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Nachdem der Vorsitzende Geh. San.-Rath Dr. Lent-Köln die Versammlung mit dem Wunsche eröffnet hatte, dass auch die diesmaligen Verhandlungen zur Förderung des öffentlichen Wohles beitragen möchten, begrüsste der Reg.- und Kreis-Med.-Rath Dr. Bruglocher-Ansbach die Versammlung Namens des Bayerischen Staatsministeriums und der Kreisregierung von Mittelfranken. Er wies in seiner Rede auf die bedeutenden Erfolge hin, die der Verein seit seiner Gründung bereits zu verzeichnen hätte. Eine grosse Anzahl sanitärer Werke und eine Reihe von Gesetzen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege seien der Anregung und Wirksamkeit des Vereins zu verdanken. So seien z. B., um nur eins zu erwähnen, die allgemeinen Bauordnungen auf den Grundsätzen, die der Verein ausgesprochen, aufgebaut; aber eine lange Reihe von Aufgaben seien auf hygienischem Gebiete noch zu lösen, und die glückliche Zusammensetzung des Vereins sei Bürgschaft dafür, dass er auch in Zukunft erfolgreich wirken werde. Er schloss dann mit der Versicherung, dass die Staatsregierung den Verhandlungen mit grösstem Interesse folgen werde, und den Versammelten durch ihn den Willkommensgruss entbiete. Er entledige sich dieses Auftrages indem er der Versammlung zurufe: „Von Sieg zu Sieg im kommenden Jahrhundert."

Im Auftrage der Stadtverwaltung begrüsste alsdann der Oberbürgermeister v. Schuh die Versammlung. Er gedachte insbesondere der Thatsache, dass der Verein bereits im Jahre 1877 in Nürnberg getagt, und seit jener Zeit die öffentliche Hygiene in seiner Stadt wesentliche Förderung erfahren habe. Heutzutage schätze man die öffentliche Gesündheitspflege fast höher als die Krankenpflege, weil sie berufen sei, den Krankheiten vorzubeugen. Diese Anschauung habe sich erst in letzter Zeit Bahn gebrochen und auch in denjenigen Kreisen Verständniss gefunden, in denen sonst ein Interesse für gemeinnützige Fragen kaum vorhanden war. Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege sei es gewesen, der von jeher unerbittlich die öffentlichen Schäden in ge-

sundheitlicher Beziehung aufgedeckt, der aber auch die Mittel und Wege zu ihrer Abstellung angegeben habe. Der vom Verein ausgestreute Samen habe bereits viele Früchte gezeitigt; die Gemeinden und namentlich die grösseren Städte folgten mit lebhaftem Interesse den Rathschlägen des Vereins, wenn sie auch mit grossen Kosten und Opfern verknüpft seien und auch mit alten liebgewordenen Einrichtungen und Gewohnheiten gebrochen werden müsste. Er hege deshalb den Wunsch, dass der Verein auch in Zukunft unentwegt auf dem eingeschlagenen Wege fortfahren und weitere reiche Erfolge erzielen möge. In diesem Sinne heisse er die Versammlung Namens der Stadt Nürnberg willkommen und rufe ihr ein herzliches „Glückauf" zu.

Im Namen des Nürnberger Vereins für öffentliche Gesundheitspflege hiess alsdann Hofrath Dr. Stich die Versammelten willkommen und hob in seiner Ansprache die Bedeutung der Volksgesundheitspflege für die Lösung sozialer und ökonomischer Aufgaben hervor. Namens des Nürnberger Aerztevereins sprach dann noch Dr. Beckh, im Auftrage des Oesterreichischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege Sanitätsrath Dr. Illing-Wien, der dem lebhaften Wunsche seines Vereins Ausdruck gab, mit dem deutschen Bruderverein in stetem und regem Gedankenaustausch zu bleiben.

Nachdem der Vorsitzende hierauf gedankt hatte, erstattete der Geschäftsführer des Vereins, Geh. San.-Rath Dr. Spiess den Jahresbericht, aus dem hervorging, dass der Verein gegenwärtig 1560 Mitglieder zählt, von denen am ersten Tage 325 in der Sitzung zugegen waren. Der Vorsitzende gedachte darauf noch der verstorbenen Mitglieder und hob namentlich die Verdienste des verstorbenen Prof. Dr. Wolffhügel-Göttingen und des Oberbürgermeisters Rümelin-Stuttgart hervor, zu deren Ehrung sich die Anwesenden von ihren Sitzen erhoben.

II. **Ueber die hygienische Beurtheilung der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung mit besonderer Berücksichtigung der Lichtvertheilung.** Referent Prof. Dr. Erismann-Zürich: In den letzten Jahren ist die Frage der künstlichen Beleuchtung, insbesondere mit Rücksicht auf die Hygiene des Auges, mehr zum Gegenstande wissenschaftlicher und experimenteller Untersuchung geworden, die sich hauptsächlich auf die Feststellung der erforderlichen Lichtmengen für solche Räume erstreckte, in denen eine grosse Anzahl von Menschen beschäftigt ist. Es ergab sich dabei, dass dem vollen Tageslicht erst eine Beleuchtung von 50 Meterkerzen entsprach und dass als Mindestmass für Arbeitsräume eine Lichtstärke von 10 Meterkerzen gefordert werden müsse. Referent geht jedoch noch weiter, und fordert für Schulen als Platzhelligkeit die Lichtstärke von 20 Meterkerzen. Besondere Beachtung verdient die durch die Verbrennungsprodukte der verschiedenen Lichtarten entstehende Lichtverderbniss. Hier ist je nach der Art der Lichtquelle die Schädlichkeit in gesundheitlicher Beziehung verschieden, jedoch sind auf diesem Gebiete die experimentellen und praktischen Erfahrungen noch ziemlich geringe. In den Verbrennungsprodukten des Leuchtgases sind geringe Spuren schwefliger Säure, aber viel Stickstoffsubstanzen (salpetrige Säure) enthalten; bei der Verbrennung des Acetylengases entstehen nur ganz geringe Spuren von Phosphor-, Schwefel- und Arsenwasserstoff; es ist deshalb nicht so giftig wie das Leuchtgas, jedoch auch nicht ganz unschädlich. Die Verbrennungsprodukte des Spiritus sind noch nicht experimentell erforscht. Andererseits ist aber bei der Benutzung des Acetylengaslichtes die Explosionsgefahr eine grössere und dasselbe deshalb mit Vorsicht anzuwenden. Nach den Ermittelungen einer Berliner Firma eignet sich zur Beleuchtung von Eisenbahnwagen am besten eine Mischung von 30 % Acetylen und 70 % Fettgas. Es besteht hier erst bei 1000 g Wärme eine Explosionsgefahr; dabei ist die Beleuchtungskraft eine sehr grosse. Grosses Gewicht legte der Vortragende besonders auch auf die Lichtvertheilung und die Abschwächung der Schattenbildung, die bei gewöhnlicher Beleuchtung in vollbesetzter Schulklasse 65—68 % bei elektrischer Beleuchtung nur 19 % beträgt. Für Schulen empfahl er namentlich das indirekte (diffuse) Licht. Das am meisten seinen in den nachstehenden Schlusssätzen niedergelegten Forderungen nahe kommende Licht sei das Gasglühlicht, nur für grössere Säle sei das Bogenlicht zweckentsprechender.

Schlusssätze: „Der Beleuchtungstechnik sind von Seite der Hygiene in Bezug auf Beleuchtung von Innenräumen folgende Aufgaben zu stellen:

1. Die auf jeden Arbeitsplatz fallende Lichtmenge, die sogenannte indizirte Helligkeit (Beleuchtungskraft), sowie die Flächenhelligkeit der Arbeitsplätze (eine Funktion der indizirten Helligkeit und der Reflektionsfähigkeit der beleuchteten Fläche) muss hinreichend gross sein. Für gröbere Arbeiten auf gut reflektirenden Flächen genügen 10 Meterkerzen; für feinere Arbeiten und bei ungünstigen Reflektionsbedingungen sind dagegen wenigstens 25—30 Meterkerzen erforderlich. Die Kontrolle über die Platzhelligkeit ist durch photometrische Messungen auszuüben.

2. Die Luftverderbniss durch Produkte der vollkommenen oder unvollkommenen Verbrennung der Leuchtstoffe (bei denjenigen Beleuchtungsmethoden, welche das Licht aus Verbrennungsprozessen schöpfen) soll möglichst gering sein. Es muss hier möglichst Reinheit des Brennmaterials verlangt werden. Und da mit der Grösse des Konsums die absolute Menge der Verbrennungsprodukte zunimmt, so verdient unter übrigens gleichen Umständen diejenige Beleuchtungsart den Vorzug, bei welcher der Gesammtverbrauch von Brennmaterial pro Lichteinheit am geringsten ist.

Es darf durch die künstliche Beleuchtung keine wesentliche Temperatursteigerung im beleuchteten Raume stattfinden, d. h. die Heizwirkung der Lichtquellen soll möglichst gering sein. Bei Beleuchtungsarten, bei denen heisse Verbrennungsgase in grösserer Menge auftreten, müssen dieselben in entsprechender Weise abgeführt werden. Für die Verminderung des Wärmetransportes durch heisse Gase ist es wichtig, dass ein möglichst grosser Antheil des gesammten Energievorrathes (der Gesammtwärme) in Licht verwandelt werde, und dass somit der Konsum an Brennmaterial im Verhältniss zur Helligkeit der Flamme möglichst gering sei.

4. Die dunkle Wärmestrahlung der Lichtquellen darf nicht belästigend sein. Die Belästigung kann durch grössere Entfernung der Leuchtkörper von den im Raume anwesenden Personen vermindert werden. Da aber hierbei die Helligkeit rasch abnimmt, so müssen in der Beleuchtungsart selbst die Bedingungen für geringe Wärmestrahlung gegeben sein, d. h. es sind solche Lichtquellen vorzuziehen, bei denen das kalorische Aequivalent des nicht leuchtenden Flammentheiles möglichst gering ist. Auch muss die Konstruktion der Brenner oder überhaupt der zur Lichterzeugung verwendeten Apparate eine derartige sein, dass ceteris paribus der möglichst niedrige Strahlungswerth erreicht wird. Als die beste Lichtquelle muss unter übrigens gleichen Verhältnissen diejenige betrachtet werden, bei welcher die auf 1 Kerze Helligkeit kommende Wärmestrahlung am geringsten ist. Die Wärmestrahlung einer idealen Lichtquelle sollte verschwindend klein sein. Von diesem Standpunkte aus ist die Farbe des Lichtes nicht ohne Bedeutung, da einem Licht, welches viel rothe Strahlen führt, im Allgemeinen eine hohe, einem Licht mit überwiegendem Grün und Blau dagegen eine kleine Wärmestrahlung entspricht.

5. Lichtquellen, die einen grossen Glanz besitzen, bei denen also auf die Einheit der leuchtenden Fläche eine grosse Lichtmenge kommt, müssen dem Auge entrückt oder in entsprechender Weise abgeschwächt werden.

6. Ein Zucken der Lichtquellen — eine abwechselnde Zu- und Abnahme der Lichtintensität — ist bei der Beleuchtung von Innenräumen zu vermeiden. Ein gleichmässiges, ruhiges Licht ist überall zu fordern, aber namentlich da absolut nothwendig, wo Arbeiten ausgeführt werden, welche das Auge längere Zeit oder in erhöhtem Masse in Anspruch nehmen (Schulzimmer, gewisse Werkstätten u. s. w.).

7. Die Gefahren — Vergiftung, Explosion, Feuersgefahr, elektrischer Schlag — welche den Konsumenten oder dem Publikum überhaupt durch Installation oder Betrieb von Beleuchtungseinrichtungen drohen könnten, sollen möglichst gering sein.

8. Nicht weniger wichtig und für gewisse Innenräume (namentlich Schulen noch wichtiger als die Beschaffung einer möglichst grossen Lichtquantität ist eine richtige Vertheilung des Lichtes und die Abschwächung der Schattenbildung. Diese Aufgabe kann bei direkter Beleuchtung nur unter besonderen Umständen erfüllt werden (wenn jedem Schüler eine besondere, mit abblendendem Lampenschirme versehene Lichtquelle gegeben wird). Am einfachsten und sichersten wird der Zweck erreicht durch Anwendung des indirekten (diffusen) Lichtes. Für Schulzimmer ist dies

die einzig richtige und allen Anforderungen der Hygiene entsprechende Beleuchtungsart. Sie kann aber auch in Geschäftslokalen, Werkstätten und dergl. sehr gute Dinge leisten. Die lästige Wärmestrahlung der Lichtquellen wird durch die diffuse Beleuchtung vollkommen beseitigt, weil hierbei die Leuchtkörper hoch über den Köpfen der Anwesenden angebracht werden.

Eine Kombination des direkten Lichtes mit dem indirekten vermittelst durchscheinender Milchreflektoren ist da, wo die Bedingungen einer lästigen Schattenbildung gegeben sind (d. h. wo geschrieben, gezeichnet wird und dergl.), nicht räthlich, und sind undurchsichtige Metallschirme als Reflektoren den Milchglasschirmen vorzuziehen."

In der sich anknüpfenden Diskussion erklären sich die Redner im Grossen und Ganzen mit den Ausführungen des Referenten einverstanden, und spricht sich namentlich Stadtbaurath Peters-Magdeburg unter Hinweis auf die Erfahrungen in der Baugewerkschule zu Magdeburg für die Anwendung der indirekten Beleuchtung für alle Klassen aus, in denen Abends bei Licht gearbeitet wird. Prof. Dr. Praussnitz-Graz kann sich der Empfehlung des indirekten Lichtes nicht in allen Fällen anschliessen, da es nicht für alle Räume passt; auch ist er der Ansicht, dass die Lichtstärke von 10 Meterkerzen für die gewöhnlichen Arbeiten in der Schule genüge; für den Zeichenunterricht sei sie allerdings nicht hinreichend. Stadtbaurath Meyer-Stuttgart weist darauf hin, dass die Lichtstärke zweier Bogenlampen derjenigen von 12 Glühlampen gleichkomme. Er hat gefunden, dass eine schwach grünlich-weisse Decke und weisse Vorhänge für die Beleuchtung am günstigsten ist. Für das Gypszeichnen sei das indirekte Licht nicht zu empfehlen. Oberingenieur Mertens-Nürnberg fordert ebenfalls für Schulen mehr als 10 Meterkerzen Lichtstärke; für Zeichensäle sei mindestens eine Lichtstärke von 30 Meterkerzen erforderlich. Dr. Schubert-Nürnberg weist noch besonders auf die schädliche Einwirkung der Blendung des direkten Lichtes hin; es empfehle sich deshalb, wo irgend angängig, die Einführung des indirekten Lichtes. Es sprechen sonst noch Geh. Hofrath Meidinger-Stuttgart und Oberingenieur Andreas F. Meyer-Hamburg. Eine Beschlussfassung über die Schlussthesen wurde nicht befürwortet.

III. **Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinbetrieb von Nahrungsmitteln.** Referent Prof. Dr. Heim-Erlangen: Die hygienischen Beobachtungen über die Nahrungsmittel haben sich nicht allein auf die geeignete Menge und die Verdaulichkeit der Speisen zu erstrecken, sondern auch auf die Sauberkeit und Appetitlichkeit. Hierin werde aber leider viel gesündigt; abgesehen von Verfälschungen von Nahrungsmitteln geschehe die Handhabung derselben im Klein- und Zwischenhandel in einer Weise, dass selbst Gesundheitsbeschädigungen eintreten. Es sei deshalb an der Zeit, auch diesen Punkt einmal vor der Oeffentlichkeit zur Sprache zu bringen, da alle derartige Unannehmlichkeiten vermieden werden können, wenn auf diesem Gebiete schärfer als bisher vorgegangen werde. Leider enthalte das Nahrungsmittelgesetz keine Bestimmungen über die Sauberkeit der Nahrungsmittel. Dieselbe sei allerdings auch manchmal schwer zu beurtheilen; denn was dem Einen höchste Delikatesse sei, erscheine dem Andern ekelhaft, wie Austern, Wild u. s. w. Referent geht dann näher auf die Unzuträglichkeiten in den Bäckereien, Schlachtereien, Wursthandlungen, Wirthshäusern und Küchen sowie auf die bedenklichen Manipulationen beim Verkehr mit Milch u. s. w. ein und kommt dabei auf die Ermittelungen, die von Jürgensen in Berliner, von Zadeck in Londoner Bäckereien über die dort herrschenden Zustände angestellt sind. Diese hätten ein ganzes Sündenregister von Unappetitlichkeiten und Unsauberkeiten entrollt; wenn sich auch inzwischen manches gebessert habe, so seien die Verhältnisse immer noch schlimm genug. Auch das fertige Brot, das durch viele Hände gehe, sei vielen Unzuträglickeiten und Unreinlichkeiten ausgesetzt; dasselbe gelte betreffs des Vertriebes von Fleisch- und Wurstwaaren; die Wurstkessel würden oft zum Kochen schmutziger Wäsche benutzt, in den Eisschränken der Fleischläden fände sich manches Faule. Man müsse Jean Paul beistimmen, wenn er von der Wurst sage: „Nur ein Gott kann eine Wurst essen; denn er allein weiss, was darin ist." Auch der Transport des Fleisches sei reformbedürftig. Abscheulich sei ferner die an vielen Orten bestehende Sitte; Kostproben von der Butter mit den Fingerspitzen zu entnehmen. Noch schlimmer aber seien die Verhältnisse bei dem Vertriebe des so wichtigen Nahrungsmittels,

der Milch. Bei ihrer Gewinnung werde oft in der unverantwortlichsten Weise umgegangen: die Ställe seien eng, dumpf und unsauber, ja von Schmutz starrend. Referent kommt dann auf die Behandlung der Nahrungsmittel in den Kolonial- und Spezereiwaarenläden zu sprechen. Er tadelt deren Schaustellung vor den Ladenfenstern und auf der Strasse, das Betasten derselben und ihre Aufbewahrung in unsauberen Räumen, das Halten von Hunden in Läden oder das Mitnehmen derselben in die Läden und auf die Märkte. Auf viele Läden, in denen Nahrungsmittel verkauft werden, passe das Wort Jürgensens: „Ein feiner Laden sei noch lange kein reiner Laden." In den Massenküchen würden unter Anwendung aller möglichen Kochkünste verdorbenes Fleisch, Wild u. s. w. wieder zum menschlichen Genusse verwerthet. In den Küchen bestände die grösste Unsauberkeit, ja selbst die Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Küche sei in Wohnungen, Kasernen, Gasthäusern, Eisenbahnzügen und auf Schiffen möglich; auch auf den Flaschenbierhandel müsse ein schärferes Auge gerichtet werden. Redner erwähnte dann noch, dass durch Unsauberkeit in den Kasernen Epidemien und zwar namentlich durch schlechtes Wasser enstehen könnten und bereits entstanden seien. Es sei deshalb nicht genug zu tadeln, dass die städtischen Verwaltungen erst dann sich zur Beschaffung gesunden Trinkwassers entschlössen, wenn die Stadt von Epidemien heimgesucht und viel Jammer und Elend über sie gekommen sei. Den Haupttheil an der Verunreinigung trage die Gleichgültigkeit des Publikums. Freilich hätten auch die Grundsätze über die Verbreitung ansteckender Krankheiten in den weiteren Volksschichten noch keine genügende Verbreitung gefunden. Abhilfe sei hier nur durch Belehrung und Erziehung des Publikums, weniger durch polizeiliche Massnahmen zu erhoffen. Letztere könnten wohl bei Ertheilen einer Konzession strenger gehandhabt werden. Ebenso liessen sich durch polizeiliche Bestimmungen und Beaufsichtigung die in den Bäckereien und Schlächtereien herrschenden Missstände vermindern und abstellen. Die Kontrole könnte sich auch auf die Art der Aufbewahrung der Nahrungsmittel erstrecken. Die Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten müssten vermehrt und ihr Personal nicht zu gering bemessen werden, damit häufigere, unvermuthete Revisionen vorgenommen werden könnten. „Es ist kein Zweifel", schliesst Redner, „dass dasjenige Volk, in dem eine gute Gesundheitspflege durchgeführt ist, auch eine höhere Stufe der Wohlhabenheit erlangen wird. v. Pettenkofer sagt Gesundheitslehre ist Volkswirthschaftslehre. Diese muss deshalb in erster Linie im Volke gepflegt werden." Redner gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

„1. Die Unsauberkeit ist gross bei der Bereitung von Brot, bei der Gewinnung und beim Vertriebe von Milch, Fleisch, Wurstwaaren, Bier und anderen Nahrungs- und Genussmitteln, in vielen Verkaufsstellen, Wirthshäusern und Küchen.

2. Die Folgen sind nicht blos Unappetitlichkeiten, es kann selbst ernsten Gesundheitsschädigungen und der Verbreitung von ansteckenden Krankheiten Vorschub geleistet werden.

3. Die Abhülfe ist weniger durch spezielle neue Gesetze zu erhoffen und zu erzielen, als vielmehr:

a) durch Verordnungen betreffend die Bedingungen bei der Konzessionsertheilung für einzelne Geschäftsbetriebe;
b) durch Vermehrung der Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalten im Deutschen Reiche, sowie des Personals der vorhandenen, wenn grössere Distrikte bereist werden sollen;
c) durch Erziehung und Gewöhnung des Volkes zu grösserer Reinlichkeit,
in den Schulen durch geeignete Belehrung,
im öffentlichen Leben durch:
reichliche Versorgung der Städte und Ortschaften mit gutem Wasser,
Beseitigung der Abfallstoffe in gehörigem Masse und in zweckentsprechender Weise,
Ermöglichung für den Einzelnen, das Reinlichkeitsbedürfniss zu befriedigen,
Errichtung von Volksbädern."

In der darauf folgenden lebhaften Diskussion erklärte Kreisphysikus San.-Rath Dr. Koppen-Heiligenstadt, dass im Bezirk Erfurt die dort bestehenden amtlichen Lebensmitteluntersuchungen bereits zur Herbeiführung

grösserer Sauberkeit beigetragen hätten. Ingenieur Schott-Köln rügte, dass der Verkauf von Nahrungsmitteln in den grössten Schmutzbuden neben den Abfallstoffen geschehen dürfe. Man solle solchen Kleinhändlern, sobald sie gegen die Regeln der Reinlichkeit verstossen, die Konzession entziehen. Diese Budenbesitzer seien doch nur Schmarotzer und zum Arbeiten zu faul. Für sie wäre es zweckdienlicher, wenn sie wieder regelmässiger Arbeit zugeführt würden. Prof. Dr. Jäger-Königsberg bezeichnet die Hausfrauen als die Vorposten der Marktpolizei; sie könnten durch Zusammenschluss die Händler zwingen, ihre Waaren sauber zu halten. Die Hausfrauen der ärmeren Klassen müssten namentlich über die Nothwendigkeit der Sauberkeit der Nahrungsmittel belehrt werden. Dr. Weyl-Berlin betont hinsichtlich der Zustände in den Bäckereien, dass die dort herrschenden Unzuträglichkeiten und Missstände nicht allein den Bäckereibesitzern und deren Gesellen zur Last gelegt werden dürften. Es fehle meistens nicht an deren guten Willen, aber die schlechten Raumverhältnisse und der Druck, der auf diesem Gewerbe laste, liessen eine bessere Handhabung der Hygiene hier nicht zu. Redner tritt dann weiter für die Anstellung von Gesundheitsinspektoren nach englischem Muster ein; er erhofft von der augenblicklich drohenden Pestgefahr eine solche Einrichtung. Im Uebrigen seien die Gefahren des Genusses unsauberer Nahrungsmittel doch nicht so schlimme, wie es nach den Erörterungen des Referenten den Anschein habe. Geh. San.-Rath Dr. Lent rechnet ebenfalls mehr auf Erfolge durch Belehrungen als durch Polizeiverordnungen; er empfiehlt belehrende Aufsätze für Sonntags- und Unterhaltungsblätter, Schullehrbücher u. s. w. Professor Dr. Erismann, Dr. Braun-Nürnberg und Geh. San.-Rath. Dr. Spiess-Frankfurt glauben, die Förderung von Konsumvereinen empfehlen zu müssen, da in diesen kaum Missstände vorkämen und sie auch unter unmittelbarer Kontrole der Konsumenten ständen. Man möge doch, führt Dr. Braun aus, nicht immer bei allen Umständen die Hülfe des Schutzmannes anrufen. Apotheker Roesner-Dresden wünscht ebenso, wie für die Apotheken eine strenge Kontrole und Beaufsichtigung der Bäckereiren, Schlächtereien, Nahrungsmittelhandlungen u. s. w. und weist darauf hin, wie sehr segensreich auch in den Apotheken die amtliche Kontrole gewirkt habe. Stadtrath Funk-Magdeburg bedauert, dass man sich bei der Diskussion nicht auf die hygienische Seite beschränkt, sondern auch Fragen berührt habe, die auf wirthschaftlichem Gebiete liegen. Im Uebrigen stehe er keineswegs, wie die Vorredner, auf dem Standpunkt, dass sich die Konsumanstalten gegenüber den Privathandlungen durch grössere Sauberkeit und Güte der Waaren u. s. w. auszeichneten. Auch der Referent verwahrt sich in seinem Schlusswort gegen die Stellungnahme für oder wider Konsumanstalten und Kleinhandlungen und weist nochmals auf seine aufgestellten Schlussthesen hin, über die jedoch eine Abstimmung nicht gewünscht wird.

Der Nachmittag wurde in üblicher Weise Besichtigungen (städtisches neues Krankenhaus, Werke der Elektrizität-Aktien-Gesellschaft, Margarinefabrik, Pinselfabriken, Feingoldschlägerei) gewidmet; am Abend fand ein Festmahl mit Damen statt, das einen glänzenden Verlauf nahm.

Kr.-Phys. Dr. Nünninghoff-Bielefeld.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht über die 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in München vom 18.—23. Septbr. d. J.

I. Eröffnung der Versammlung und allgemeine Sitzungen.

Wenn auch der Festort München noch unter dem Eindrucke der gewaltigen Hochwasserkatastrophe stand, so hatten doch der Geschchäftsausschuss, die Stadtvertretung u. s. w. alles aufgeboten, um den zahlreich (gegen 4000) herbeigeströmten Theilnehmern der Versammlung den Aufenthalt thunlichst angenehm, sowie den Verlauf der Versammlung so glänzend und für alle Betheiligten so befriedigend als möglich zu gestalten. Im Allgemeinen ist ihnen dies auch trotz der für Festtage ungünstigen Verhältnisse gelungen: die am Begrüssungsabend in den Kaimsälen zu Tage tretende fröhliche Feststimmung hat ebenso wie die Lust und der Eifer zur Arbeit bis zum letzten Versammlungstage angehalten. Einen glänzenden Verlauf nahm die am

Montag, den 18. September, Vormittags 11 Uhr abgehaltene erste allgemeine und Eröffnungsversammlung. Die von Se. Königl. Hoheit dem Prinzregenten zur Verfügung gestellten Räume des Hoftheaters waren bis zum letzten Platz gefüllt und reichten kaum aus, um alle Theilnehmer zu fassen. Nachdem der 1. Geschäftsführer, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Winkel-München die Versammlung begrüsst und diese mit einem begeistert aufgenommenem Hoch auf den Kaiser und auf den Prinzregenten eröffnet hatte, hiess der den Vorsitz führende Ehrenpräsident, Se. Königl. Prinz Dr. Ludwig Ferdinand, die Versammlung herzlich willkommen, indem er gleichzeitig betonte, dass ihr die wärmsten Sympathien von Seiten des bayerischen Herrscherhauses, insbesondere auch von dem leider durch Krankheit verhinderten Herzog Dr. Karl Theodor entgegengebracht würden. Es folgten dann nicht minder herzliche Begrüssungsreden des Kultusministers v. Landmann im Namen der Staatsregierung, des Oberbürgermeisters v. Borscht als Vertreter der Stadt, des Geh. Rath Prof. Dr. v. Zittel im Namen der königlich bayerischen Akademie der Wissenschaft, der Geh. Räthe Prof. Dr. v. Heigel und Prof. Dr. v. Hoyer als Vertreter der Universität und der technischen Hochschule.

Nach geschäftlichen Mittheilungen seitens des zeitigen Vorsitzenden der Gesellschaft, Geh. Rath Prof. Dr. Neumayer-Hamburg, und des zweiten Geschäftsführers Prof. Dr. Dyck, sowie nach einstimmigem Beschluss betreffs Absendung von Huldigungstelegrammen an Se. Majestät den Kaiser, Se. Königliche Hoheit den Prinzregenten und Se. Königliche Hoheit den Herzog Dr. Theodor von Bayern, hielt unter allgemeiner Spannung den ersten Vortrag der mit rauschendem Beifall begrüsste Prof. Fridjof Nansen **über die wissenschaftlichen Ergebnisse seiner Polarreise.**

Als zweiter Redner folgte Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Bergmann-Berlin, der **über die Errungenschaften der Radiographie (Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen) für die Behandlung chirurgischer Krankheiten sprach.** Er betonte zunächst, dass die übertriebenen Hoffnungen, die man anfänglich auf die Röntgenstrahlen sowohl als diagnostisches Mittel wie als Universal-Heilmittel gegen alle möglichen Krankheiten gesetzt habe, sehr bald und gründlich enttäuscht seien. Wunderkuren gebe es auch mit Hülfe der neuen Strahlen nicht; von allen Versuchen, mit ihnen Tuberkulose, Hautausschläge, Geschwülste u. s. w. zu heilen, sei nichts übrig geblieben als die Thatsache, dass sich ihre Wirkung auf eine Röthung und oberflächliche Entzündung der Hautoberfläche beschränke, die mittelst Senfpflaster oder ähnlicher Mittel viel leichter hervorgebracht werden könnte. Andererseits dürfe man aber den Nutzen der Röntgenstrahlen für die medizinische Wissenschaft nicht unterschätzen; derselbe liege hauptsächlich in der Erweiterung unseres anatomischen und pathologisch-anatomischen Wissens. Für die Diagnose der inneren Krankheiten habe die Radiographie wenig Gewinn gebracht, denn von den inneren Organen liefere sie bis jetzt nur Trugbilder. Von grösster Bedeutung und hohem Werth sei sie dagegen für die Chirurgie. Die Lehre von den Knochenbrüchen sowie die Diagnose der Fremdkörper habe durch die Röntgendurchleuchtung eine wesentliche Erweiterung und Förderung erfahren. Sie gebe von den Wachsthums-Anomalien, Verletzungen und Krankheiten des Knochensystems ein deutliches Bild und in Folge dessen viel sichere Anhaltspunkte für die Beurtheilung eines derartigen Gebrechens und für die zu dessen Beseitigung erforderlichen ärztlichen Massnahmen, als die älteren diagnostischen Hülfsmittel, die jedoch desshalb keineswegs entbehrlich geworden seien. Insbesondere bilde aber die Radiographie für die Chirurgie in Bezug auf das Auffinden von Fremdkörpern und die Feststellung des von diesen genommenen Weges, sowie in Bezug auf das hierbei zu beobachtende operative Eingreifen eine äusserst werthvolle Errungenschaft. Sie lehre und bestätige von Neuem die alte Erfahrung, dass es oft besser sei, in den Körper eingedrungene Fremdkörper, namentlich Schussprojektile, sitzen zu lassen als zu entfernen, da diese eigenthümlicher Weise recht gut einheilen, ohne Beschwerden zu verursachen. Dadurch, dass die französischen Chirurgen jüngst bei dem Attentat auf Labori die Kugel ruhig sitzen gelassen und nicht nach ihr gesucht hätten, sei es diesem ermöglicht worden, schon nach wenigen Tagen die Vertheidigung wieder aufzunehmen.

An zahlreichen und vortrefflichen Projektionsbildern veranschaulichte der

Vortragende seine lichtvollen, mit rauschendem Beifall aufgenommenen Ausführungen. Interessant waren besonders die Röntgenbilder über die Knochenentwickelung in den verschiedenen Altersstufen, über tuberkulöse und rhachitische Knochenveränderungen, über Missbildungen und Verkrüppelungen aller Art (Syndaktylie, Polydaktylie u. s. w.), über die verschiedenen Arten des Zwergenwachsthums u. s. w., wobei v. Bergmann auch die Vortheile der Radiographie in der Kriegschirurgie, namentlich bei der Entscheidung über die Nothwendigkeit von Amputationen besprach und die in jüngster Zeit von Joachimsthal über den Knochenbau der Liliputaner, die in Berlin als Schauspieler auftraten, festgestellten Untersuchungsergebnisse erwähnte. Nicht minder zahlreich und anschaulich waren die Projektionsbilder über eingedrungene bezw. eingeheilte Fremdkörper.

Den letzten Vortrag am ersten Sitzungstag hielt Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. Förster über die **Wandlungen des astronomischen Weltbildes bis zur Gegenwart.**

Am Montag, den 21. September, fand im grossen Kaim-Saale die satzungsmässige Geschäftssitzung statt, in der zunächst Aachen als nächstjähriger Versammlungsort und zu Geschäftsführern Geh. Reg.-Rath Wüllner und Geh. San.-Rath Dr. Mayer gewählt wurden. Nach den erforderlichen Vorstandswahlen (erster Vorsitzender ist für das kommende Jahr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Leube-Würzburg) und Erstattung des Kassenberichts, aus dem sich ein recht günstiger Stand der Finanzen des Vereins ergab, wurde zur Berathung von zwei Anträgen geschritten, von denen der eine (von Prof. Dr. Edinger-Frankfurt) hauptsächlich eine allzuweitgehende Zersplitterung der Versammlung in Sessionen vorbeugen wollte, während der andere schon im vorigen Jahre von Prof. Dr. Posner-Berlin gestellte Antrag das Ziel verfolgte, durch Bildung von örtlichen, schon bestehenden oder noch zu gründenden ärztlichen und naturwissenschaftlichen Vereinigungen einen festen Unterbau für die Gesellschaft zu schaffen. Der Edinger'sche Antrag, der folgenden Wortlaut hatte:

> „In Anbetracht, dass auf der Alle vereinenden Versammlung thunlichst Themata zur Erörterung kommen sollten, die über das Interesse enger Kreise hinausgehen, in Anbetracht ferner, dass den Medizinern auch der gelegentliche Besuch mehrerer Abtheilungen, ja auch der naturwissentschaftlichen, ermöglicht werde, was jetzt ganz ausgeschlossen ist — soll der Vorstand ersucht werden, der Versammlung vorzuschlagen: Die Zahl der medizinischen Abtheilungen soll in Zukunft auf 4—5 beschränkt werden; daneben bestehen die alten als Unterabtheilungen fort. Die jeweiligen Vorstände der Unterabtheilungen sichten — unter Zuziehung der Präsidenten etwa bestehender Fachvereine — die gesammten, rechtzeitig einzureichenden Anmeldungen. Sie weisen Vorträge von weiterem Interesse an die Abtheilungen, solche von spezialistischerem an die Unterabtheilungen. Diesen letzteren, die sich vielfach mit schon bestehenden Fachvereinen decken dürften, sind während der Versammlungszeit nur die Nachmittagsstunden gewidmet. An Vormittagen sollen nur allgemeine oder Abtheilungssitzungen stattfinden."

wurde nach warmer Befürwortung von verschiedenen Seiten einstimmig dem medizinischen Hauptausschusse zur Vorberathung für nächstes Jahr überwiesen und betreffs des Posner'schen Antrages beschlossen, die im vorigen Jahre bereits zu seiner Vorberathung gewählte Kommission zu beauftragen, sich mit den schon bestehenden örtlichen Vereinen in Verbindung zu setzen, um die erforderlichen Unterlagen zur Beurtheilung der angeregten Frage zu beschaffen. Der Kommission wurde das Recht eingeräumt, sich noch durch andere Mitglieder zu erweitern, auch sollen die Mitglieder der Gesellschaft um Mittheilung darüber ersucht werden, welche Aufnahme der von Posner gemachte Vorschlag in örtlichen Kreisen finden würde. Mittheilungen dieser Art sind direkt an den Antragsteller zu richten.

In der zweiten allgemeinen und Schlusssitzung am Freitag, den 22. September, sprach als erster Vortragender Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Birch-Hirschfeld-Leipzig über **medizinische Wissenschaft und Heilkunst.** Er erinnert zunächst an die ausserordentliche Entwickelung und

die grossen Erfolge des jüngsten Zweiges der Medizin: der Hygiene; gerade München liefere durch die Abnahme der Typhussterblichkeit in Folge zielbewusster hygienischer Massregeln den schlagensten Beweis, dass die naturwissenschaftliche Methode Resultate von grosser praktischer Tragweite ergebe. Ebenso sei ihr aber auch ein zweiter grossartiger Fortschritt in der Richtung des Schutzes der Gesundheit zu verdanken, indem sie in Bezug auf die Abwehr und Behandlung von septischen und infektiösen Krankheiten erst den richtigen Weg gezeigt habe; auf ihren Grundlagen beruhe die glänzende Entwickelung der operativen Chirurgie und Gynäkologie. Die von R. Koch und seinen Schülern mit Hülfe seiner Methode gemachten Entdeckungen der Krankheitserreger der hauptsächlichsten Infektionskrankheiten haben eine naturwissenschaftliche Theorie dieser Krankheiten geschaffen. Die dadurch gewonnene Möglichkeit des morphologischen Nachweises der Erreger von Tuberkulose, Typhus, Diphtherie, Lepra, Milzbrand u. s. w. sei für die Diagnose wie für die erfolgreiche Bekämpfung dieser Krankheiten von grösster Bedeutung und habe neuen Kampfesmuth gegen dieselben hervorgerufen, wie z. B. der jetzt aufgenommene Kampf gegen die verheerendste aller Volkskrankheiten, die Tuberkulose, beweise. Wenn auch die weitgehenden Hoffnungen in Bezug auf die Bedeutung dieser wichtigen Entdeckungen für die Heilung der betreffenden Krankheiten manche Enttäuschungnn erfahren hätten, so sei doch andererseits ihr Werth auch nach dieser Richtung hin nicht zu unterschätzen. Als erfreuliches Beispiel für praktische Verwerthung der durch die naturwissenschaftliche Erforschung der Krankheitsgifte gewonnenen Ergebnisse könne u. A. die Serumbehandlung der Diphtherie gelten, durch welche die Sterblichkeit in Folge dieser Krankheit eine sehr erhebliche Abnahme erfahren habe.

Die aus der naturwissenschaftlichen Reform hervorgegangene erhöhte Leistungsfähigkeit der modernen Medizin und die dadurch bedingten grösseren Heilerfolge haben aber keineswegs zu einer Steigerung des ärztlichen Ansehens beigetragen; die betreffenden Erfolge gelangen eben den weiten, nicht sachkundigen Bevölkerungsschichten nicht zum Bewusstssein, ausserdem haben diese nach wie vor mehr Neigung, gewissenlosen, nicht approbirten Heilkünstlern ihr Vertrauen entgegen zu bringen, als den Aerzten. Während man diesen gegenüber jeden angeblich ungünstig verlaufenen Fall sofort an die grosse Glocke bringe, verfahre man den Pfuschern gegenüber gerade umgekehrt, verschweige die grosse Mehrzahl der Fälle mit ungünstigem Ausgang und mache mit einzelnen, zufällig glücklich verlaufenen Fällen durch geschickt abgefasste Danksagungen um so grössere Reklame. Vortragender ging hier näher auf die Schäden der Kurirfreiheit, sowie auf das gewissenlose, die schamloseste Ausbeutung der Kranken bezweckende Treiben der Kurpfuscher ein und betonte gegenüber der schablonenhaften, jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehrenden und von ihren Anhängern zur Universalbehandlung gemachten Naturheilkunde, dass sie keineswegs ein neues Heilverfahren, sondern nur einen kleinen Theil der therapeutischen Massnahmen der wissenschaftlichen Heilkunde darstelle und zuerst von ärztlicher Seite methodisch ausgebildet sei. Möge auch die Bedeutung der hygienischen Lebensweise, die Heilwirkung des Wassers u. s. w. noch so hoch angeschlagen werden, so bleibe doch ihre Anwendung durch nicht sachgemäss vorgebildete Personen unter allen Verhältnissen hochbedenklich; denn Erfahrung am Krankenbett könne nur unter der Voraussetzung der Fähigkeit zur sachkundigen Beobachtung erworben werden. Dazu komme, dass man es in der Regel nicht mit ehrlichen, überzeugten Vertretern der Naturheilkunde, sondern mit Schwindlern zu thun habe, die das leichtgläubige Volk durch falsche Anpreisungen, gefälschte Zeugnisse anlocken und ihm jährlich Hunderttausende aus der Tasche ziehen. Die ununterbrochenen Verdächtigungen, denen der ärztliche Stand von Seiten der Kurpfuscher ausgesetzt sei, könne er nicht mit gleichen Waffen zurückweisen; dagegen empfehle es sich, das Wirken der angeblichen Heilkünstler in ihrer inneren Haltlosigkeit zu beleuchten und dadurch schliesslich dem Publikum die Augen über den Schwindel zu öffnen. Auch der Staat habe die Aufgabe, solchen gewissenlosen Ausbeutungen im öffentlichen Interesse entgegen zu treten; insbesondere sollte wenigstens den nicht approbirten Heilkünstlern die Möglichkeit der Reklame gänzlich abgeschnitten und ein Verbot der brieflichen Krankenbehandlung erlassen werden; mit Durchführung dieser beiden Anordnungen werde wenigstens die schlimmste Form des Heilschwindels aus der Welt geschafft. Die materielle Lage der Aerzte sei allerdings auch

noch durch andere Verhältnisse, z. B. durch den vermehrten Andrang zum ärztlichen Beruf, der sozialen Gesetzgebung u. s. w. bedingt; es fehle sogar nicht an Stimmen, die den naturwissenschaftlichen Aufschwung der Medizin und die angeblich unzweckmässig Art der medizinischen Ausbildung mit als Ursache jenes materiellen Niedergangs beschuldigen: es würden auf den Universitäten nicht mehr praktische Aerzte, d. h. Heilkünstler, sondern nur „wissenschaftliche Mediziner" ausgebildet. Die Annahme eines feindlichen Gegensatzes zwischen Heilkunst und Heilwissenschaft gehe aber von einer irrthümlichen Auffassung der Grundbegriffe aus und führe deshalb zu sehr bedenklichen Folgerungen. Nur die medizinische Wissenschaft biete die sichere Grundlage und nothwendige Voraussetzung für die solide Ausübung der ärztlichen Kunst; eine selbstständige, von der Wissenschaft losgelöste und zu dieser etwa im Gegensatz stehende ärztliche Kunst gebe es nicht. Die naturwissenschaftliche Bildung des Arztes bilde die Vorbedingung nicht nur für die richtige wissenschaftliche Erkenntniss der pathologischen Vorgänge, sondern auch für den einzuschlagenden Heilplan; es würde daher einen beklagenswerthen Rückschritt bedeuten, wenn die Ansprüche an diese Vorbildung der Aerzte herabgesetzt werden; denn sie gewöhne dieselben an scharfes Beobachten und gewissenhaftes Denken. Allerdings sei der jetzige Bildungsgang der Mediziner, besonders nach der praktischen Seite hin, verbesserungsbedürftig, damit der Arzt den gesteigerten Ansprüchen seines Berufes voll gerecht werden könne; energisch zurückgewiesen werden müsse aber der durchaus unbegründete Vorwurf, dass in Folge der einseitigen wissenschaftlichen Richtung des bisherigen medizinischen Unterrichts eine Minderwerthigkeit der Leistungen der praktischen Aerzte im Vergleich zu früher herbeigeführt sei; das Gegentheil sei vielmehr der Fall, ganz abgesehen davon, dass an den Arzt heutzutage Ansprüche gestellt werden, die über das Durchschnittsmass des früher Geleisteten weit hinausgehen. An den bewährten Grundsätzen der bisherigen Ausbildung müsse festgehalten werden und die medizinische Wissenschaft von den Naturwissenschaften unzertrennlich bleiben; gerade durch Verwerthung der mit Hülfe der naturwissenschaftlichen Methode gewonnenen Resultate sei für die Zukunft eine Steigerung der soliden Heilkunst zu erwarten; andererseits sei die Verbreitung naturwissenschaftlicher Bildung berufen, in dem Kampfe gegen die Kurpfuscherei, sowie gegen den diese unterstützenden Aberglauben der Ungebildeten und Radikalismus der Halbgebildeten die wirksamste Hülfe zu leisten.

Hierauf sprach Geh. Rath Prof. Dr. Boltzmann-Wien über **den Entwickelungsgang der Methoden der theoretischen Physik in der neueren Zeit** und zum Schluss Prof. Dr. Klemperer-Berlin über **Justus Liebig und die Medizin.** Ebenso wie Birch-Hirschfel wies Klemperer auf die untrennbare Zusammengehörigkeit der Naturwissenschaften und der Medizin hin. Die sich gleichsam durch drei Namen: Virchow, Helmholtz und Liebig verkörpern. Der letztere habe die Chemie in die Medizin hineingetragen und insbesondere auf die moderne arzneiliche Behandlung einen starken Einfluss ausgeübt, indem er nicht nur nachwies, dass sich manche aus unsicher zusammengesetzten Pflanzenabkochungen hergestellte Medikamente durch wohl charakterisirte chemische Substanzen ersetzen liessen, sondern vor allem auch den Arzneischatz durch Darstellung bisher unbekannter und wichtiger Arzneimittel, wie Chloroform, Paraldehyd, Chloral u. s. w., bereicherte. Desgleichen verdanke ihm die Pharmakologie ihren grossen Aufschwung. Nicht minder gross sei Liebig's Einwirkung auf die diätetische Therapie gewesen, die ohne seine Ernährungsphysiologie gar nicht denkbar sei. Die Grösse seiner Verdienste auf diesem Gebiete werde auch nicht durch einzelne Irrthümer beeinträchtigt, denen er, wie jeder Forscher, nicht entgangen sei. Erst durch seine Arbeiten sei Klarheit über die Zusammensetzung und den Nährwerth der einzelnen Nahrungsmittel, sowie über viele für die Ernährung von Gesunden und Kranken hochwichtige Fragen geschafft. Gerade Liebig habe immer von Neuem wieder betont, dass bei der ärztlichen Behandlung auf die Ernährung der Patienten das Hauptgewicht zu legen sei, und durch seine diätetisch-therapeutischen Forschungen einen vollkommenen Umschwung in der ärztlichen Wissenschaft, speziell in der Ernährung der Kranken veranlasst. Es brauche nur an das Fleischextrakt erinnert zu werden, das seinen Namen so populär gemacht habe, an das Kindermalzmehl, an Fleischsaft für Kranke u. s. w., Mittel, die für Kranke die gleiche Bedeutung wie Arzneien haben. Bedeutungsvoll seien ferner seine Unter-

suchungen über die thierische Wärme für die physikalische Therapie gewesen; auch um die Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten habe sich Liebig grosse Verdienste erworben, wie Vortragender mit beredten Worten auseinandersetzte. Zum Schluss wurden von ihm noch Liebig's glänzende Eigenschaften als Lehrer und Schriftsteller hervorgehoben. Stets werde Justus von Liebig zu den hellsten Leuchten des deutschen Geisteslebens im 19. Jahrhundert gezählt werden; in seiner begeisterten Hingabe an die Erkenntniss und Erforschung der Natur könne er allen Aerzten als ein bleibendes Vorbild dienen. (Fortsetzung folgt.)

Besprechungen.

Das Sanitätswesen des preussischen Staates während der Jahre 1892, 1893 und 1894. Im Auftrage Seiner Excellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten bearbeitet von der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums. Mit 13 Karten. Berlin 1899. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 505 Seiten und 193 Seiten Tabellen. Preis: broschirt 18 Mark.[1])

Dem im Jahre 1897 erschienenen ersten Gesammtbericht über das Sanitätswesen des preussischen Staates während der Jahre 1889—1891, (vergl. Jahrgang 1897, S. 228 dieser Zeitschrift) reiht sich der vorliegende zweite Gesammtbericht, welcher die Jahre 1892, 1893 und 1894 behandelt, nicht nur ebenbürtig an, sondern er übertrifft ihn in vieler Beziehung noch durch eine grössere Reichhaltigkeit, bessere Anordnung und ein vortreffliches statistisches Kartenmaterial.

Die Eintheilung und Behandlung des Stoffes sind dieselben geblieben. Neu sind eine Besprechung der Selbstmorde und tödtlichen Verunglückungen, sowie die Beigabe von kartographischen Darstellungen der wichtigsten Krankheiten nach ihrer Verbreitung in den einzelnen Regierungsbezirken und Kreisen. Diese Karten ermöglichen es, sich schnell über die Verbreitung der betreffenden Krankheit im Staat zu unterrichten, und geben den Verwaltungs- und Medizinalbeamten manchen Fingerzeig, wohin sie ihr Augenmerk zu lenken haben, um die Gesundheit der Bevölkerung in Stadt und Land zu heben.

Wie in früheren Jahren, hatte der Regierungsbezirk Aurich in allen drei Berichtsjahren wieder die geringste Sterblichkeit, nämlich, wenn man den Durchschnitt der drei Berichtsjahre nimmt, 16,7 auf je 1000 am 1. Januar Lebende berechnet, dann folgen Stade, Schleswig, Köslin, Osnabrück, Lüneburg. Am Ungünstigsten standen die drei schlesischen Regierungsbezirke Liegnitz, Breslau und Oppeln mit 27,1 bezw. 27,9 $^0/_{00}$.

Einen sehr lehrreichen Einblick gewährt die für die drei Berichtsjahre neu hinzugefügte Uebersicht über die Selbstmorde, aus der die traurige Thatsache erhellt, dass die absolute Zahl der Selbstmorde während der Berichtszeit von Jahr zu Jahr zugenommen hat. Auch die relativen Zahlen haben während derselben eine Steigerung erfahren. Seit 1869, wo eine genaue Selbstmordstatistik eingeführt worden ist, bis 1894 hat sich die relative Sterblichkeit in Folge von Selbstmord bei den Männern um die Hälfte vermehrt und bei den Frauen beinahe verdoppelt, eine hygienisch und sozialpolitisch sehr bemerkenswerthe Thatsache! Die aufgestellte Uebersicht über das Lebensalter der Selbstmörder ergiebt das sehr beachtenswerthe Verhältniss, dass bei beiden Geschlechtern die Neigung zum Selbstmord im Allgemeinen mit dem Lebensalter zunimmt und nach dem 80. Lebensjahr ihren Höhepunkt erreicht. Dies findet seine genügende Erklärung in der Tkatsache, dass die Widerstandskraft des Willens gegen widrige Verhältnisse, Noth, Enttäuschungen und unheilbare Krankheiten mit der Zunahme des Lebensalters erfahrungsgemäss abnimmt. Eine Ausnahme macht bei beiden Geschlechtern nur die Zeit vom 25.—30. Lebensjahre, während deren die Selbstmordneigung sogar geringer ist, als in der vor-

---

[1]) Laut Ministerialerlass vom 21. August d. J., durch den die Anschaffung des Werkes den betheiligten Beamten und Behörden empfohlen wird, beträgt der Preis bei direkter Bestellung nur 13,50 Mark.

hergehenden Periode, was sich leicht aus dem Umstande erklärt, dass diese Jahre die Zeit des rüstigsten und erfolgreichsten Strebens zu sein pflegen.

Den interessantesten Abschnitt des ganzen Werkes bildet erklärlicher Weise das Kapitel der ansteckenden Krankheiten; besonders verdient die erfolgreiche Bekämpfung der Cholera im preussischen Staat, welche während der Berichtsjahre ja gerade höhere Anforderungen an die Thätigkeit der unteren wie oberen Medizinalbehörden stellte, gebührende Würdigung, ebenso wie die Schilderung der Influenza, der Unterleibstyphus, des Kindbettfiebers, der Diphtherie u. s. w.

Auf keinem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege hat sich die Cholerafurcht als ein so mächtiger Bundesgenosse des Hygienikers erwiesen, wie in der Frage der Beseitigung der Abfallstoffe und der Beschaffung einwandfreien Trinkwassers. Es gewährt daher dem Leser des jüngsten Gesammt-Sanitätsberichtes eine gewisse Genugthuung und Befriedigung, aus dem vorliegenden Werke entnehmen zu können, in welch' hohem Masse das Verständniss für diese beiden wichtigen Faktoren während der Berichtsjahre gewachsen ist und welche zahlreichen Verbesserungen und Fortschritte in dieser Hinsicht im preussischen Staate erfolgt sind. Immerhin bleibt noch Manches zu verbessern übrig.

Während der erste Gesammtbericht aus den Jahren 1889–91 nur aus 9 Bezirken durch tabellarische Uebersichten die amtliche Thätigkeit der betreffenden Kreisphysiker während der Berichtjahre illustriren konnte, enthält der vorliegende Bericht ausführliche Tabellen über die amtliche Thätigkeit der Kreisphysiker sämmtlicher preussischer Regierungsbezirke während der Jahre 1892—1894 und wird den Leser zu manchem Vergleich bezüglich der „Güte" der verschiedenen Physikate unwillkürlich anregen. Im Ganzen erhellt aber aus den Uebersichten, dass die Mehrzahl der Medizinalbeamten bei Weitem nicht so beschäftigt ist, als es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege zu wünschen wäre. Auffallend gering erscheint auch die durchschnittliche Heranziehung der Physiker zu gerichtsärztlichen Geschäften; giebt es doch zahlreiche Kreise, in welchen in 2 Jahren nicht eine Obduktion vorkam.

Wer sich dem Studium des Gesundheitswesens des preussischen Staates widmen will, findet in dem vorliegenden Werke eine reiche Fülle von Anregungen. Die Medizinalbeamten werden sicherlich mit grossem Interesse diesen zweiten Bericht lesen, der ein getreues Bild der rastlos weiterschreitenden Entwickelung des Gesundheitswesens im preussischen Staat ist und werden es umsomehr bedauern, dass der bei Besprechung des ersten Berichtes schon geäusserte Wunsch, den Physikatsregistraturen ein Dienstexemplar zu überweisen, aus äusseren Gründen bislang noch nicht in Erfüllung gegangen ist; denn wenn der Bericht wirklich anregend und befruchtend wirken soll, so muss er in die Hände sämmtlicher Physiker gelangen und diesen stets zu Gebote stehen; sind sie es doch, welche die ersten Bausteine in ihren Jahresberichten zu dem jetzt gekrönten, stolzen, fertigen Gebäude zusammengetragen haben und geben sie doch gerade in ihren Kreisen meist die erste Anregung zu allen hygienischen Verbesserungen, von deren Vorhandensein in anderen Bezirken sie im Bericht gelesen haben. Dr. Dütschke-Aurich.

Tagesnachrichten.

Am 25. d. Mts. wird die durch Vertreter der Aerztekammer erweiterte Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen zu ihrer diesjährigen Sitzung zusammentreten. Als Berathungsgegenstände sind auf die Tagesordnung gestellt: 1. die wichtige Frage, in welcher Weise die Bewegung für die Gründung von Heimstätten für Genesende zu fördern ist, 2. die Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche in den Fällen der Entmündigung (§. 6 Nr. 1) und der Feststellung der Geschäftsunfähigkeit (§. 104 Nr. 2).

Der dem Bayerischen Landtage jetzt vorgelegte **Entwurf einer Standes- und Ehrengerichtsordnung** zeigt gegenüber den betreffenden preussischen Gesetze manche Vorzüge. In erster Linie ist dahin zu rechnen, dass den Bezirksvereinen, die den einzelnen Aerzten in ihrem Berufsleben am nächsten stehen, und demgemäss mit den jedesmaligen, in Betracht kommenden Verhältnissen besser vertraut sind, die Wahrung der Standesordnung zufällt und durch ihren

Vorstand, falls vertrauliche Mahnungen und Warnungen ohne Erfolg geblieben sind, das ehrengerichtliche Verfahren einzuleiten sowie die Feststellung des Thatbestandes, die Vernehmung der Beschuldigten und die sonstige Beweiserhebung zu besorgen ist, während die ehrengerichtliche Entscheidung in erster Instanz der aus 4 von der Aerztekammer zu wählenden Aerzten und einem von der Regierung zu ernennenden Verwaltungsbeamten gebildete Ehrenrath zu treffen hat. Dass dieser ebenso wie der aus je einem Mitglied der acht Aerztekammern und einem vom Ministerium des Innern zu bestimmenden Verwaltungsbeamten zusammengesetzte Ehrengerichtshof unter sich einen Vorsitzenden zu wählen haben und dieselbe nicht wie in Preussen durch Gesetz bestimmt ist, betrachten wir ebenfalls für einen Vorzug. Dagegen erscheint es bedenklich, dass schon die absolute Stimmenmehrheit zur Entscheidung des Ehrenraths wie des Ehrenerichtshofes genügen soll.

Der Standes- und Ehrengerichtsordnung sind nach Art. 1 sämmtliche, auch den Bezirksvereinen nicht angehörende Aerzte unterworfen, wenn und so lange sie ärztliche Praxis ausüben; im Gegensatz zu den preussischen Bestimmungen sind somit die im Staats- oder Militärdienste stehenden Aerzte, soweit sie Praxis treiben, nicht ausgenommen, aber ebenso wie dort kann gegen diese seitens der Bezirksvereine und Ehrengerichte nicht eingeschritten werden, sondern sie haben nur das Recht, etwaige Verletzungen der Standesordnung, die sich solche Aerzte in Ausübung ihrer ärztlichen Praxis zu Schulden kommen lassen sollten, der vorgesetzten Dienstbehörde derselben vorzulegen, die den Fall dann im Disziplinarwege zum Austrage zu bringen hat. Was unter Verletzung der Berufspflichten, standeswidrigem Verhalten u. s. w. eines Arztes zu verstehen ist, darüber enthält das Gesetz mit Recht keine Bestimmung, sondern überlässt dies der Standesordnung, die nach Einvernahme der Aerztekammer und des Obermedizinalausschusses ebenso wie in Sachsen durch das Ministerium des Innern erlassen werden soll.

Das Gesetz räumt endlich den Aerztekammern und ärztlichen Bezirksvereinen noch das Recht ein, zur Erfüllung ihrer Aufgaben von allen Praxis ausübenden Aerzten des betreffenden Bezirks Beiträge zu erheben.

Für 6 in Bayern neu zu errichtende Bezirksämter sind in dem Etat, der jetzt dem Landtage vorgelegt ist, auch die Mittel für 6 neue Bezirksarztstellen vorgesehen.

Als stattlicher und vorzüglich ansgestatteter Band ist jetzt der **Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit** erschienen. Er bringt nicht nur alle auf dem Kongress gehaltenen Referate, Vorträge und Diskussionen, sondern auch diejenigen, die zuvor angemeldet, aber wegen Mangels an Zeit nicht mehr gehalten werden konnten. Der Bericht bildet demgemäss einen äusserst werthvollen Beitrag zur TuberkulosenLiteratur; für sein ausserordentlich schnelles Erscheinen gebührt dem Generalsehretär des Kongresses, H. Oberstabsarzt Dr. Pannwitz, besondere Anerkennung.

Bei der vom 9.—10. d. Mts. abgehaltenen **Jahresversammlung des deutschen Bäderverbandes** gelangte auch die Frage zur Erörterung: Brauchen Kurorte die Aufnahme Schwindsüchtiger zu fürchten? Der Referent, Dr. Müller-Gross-Tabarz wies darauf hin, dass in Orten mit Volksheilstätten keine Zunahme, sondern eher eine Abnahme der Tuberkulosensterblichkeit zu konstatiren sei. Die Ursache davon sieht er hauptsächlich in dem Umstande, dass die Einwohner jener Orte durch die in den Heilstätten gegen die Tuberkulose getroffenen Schutzmassregeln u. s. w. den Werth einer persönlichen Vorsorglichkeit kennen lernen und die in dieser Hinsicht zu beachtenden Vorschriften in Folge dessen mehr als anderwärts beachten. Die jetzt noch in vielen Kurorten herrschende Furcht in Bezug auf die Infektionsgefahr durch tuberkulöse Kurgäste sei daher übertrieben und geeignet, der Errichtung von Volksheilstätten an solchen Orten unbegründete Hindernisse in den Weg zu legen.

Vom 23.—28. Juli 1900 in Paris wird bei Gelegenheit der Weltausstellung kurz vor dem internationalen medizinischen Kongress der I. interna-

tionale Kongress für ärztliche Standesinteressen stattfinden, zu dem jetzt die Organisationskommission (Vorsitzender Dr. Lereboullet, Präsident der Akademie, Schriftführer Dr. Jul. Glover, rue des Faubourg; Poissonière Nr. 37) durch Rundschreiben vom 1. d. M. einladet mit der Bitte an die Vertreter der medizinischen Presse, für thunlichste Verbreitung der Einladung zu sorgen; desgleichen werden alle medizinischen Vereine gebeten, womöglich einen oder mehrere Deligirte zu entsenden. Der Kongress wird vier Sektionen umfassen: in der ersten Sektion soll das Verhältniss des Arztes zur Gesammtheit (Staat, Gemeinde, Krankenkassen, Versicherungsgesellschaften u. s. w.), in der zweiten seine Beziehungen zu Einzelpersonen (Heilgehülfen, Hebammen, Krankenwärter, Bandagisten und Heilkünster) erörtert werden, während in der dritten Sektion das Verhältniss des Arztes zu seinen Standesgenossen (Konsultationen, Spenialisten, Kliniken, Vertretung, ärztliche Standesorganisation u. s. w.) und in der vierten das ärztliche Unterstützungswesen (Versicherung gegen Krankheit, Invalidität, Unfall, Versorgung der Hinterbliebenen) die Hauptberathungsgegenstände bilden werden.

Vorträge oder sonstige Mittheilungen sind ebenso wie alle sonstigen Zuschriften dem obengenannten Schriftführer in französischer, englischer oder deutscher Sprache einzusenden. Anmeldung zur Theilnahme nimmt der Schatzmeister M. P. Masson, Boulevard Saint-Germain 120, Paris entgegen; der Beitrag beträgt 15 Franks. Vorsitzender des deutschen Komitees für den Kongress ist Geh.-San.-Rath Dr. Lent in Köln, Schriftführer Geh. San.-Rath Dr. Wallichs-Altona und Dr. Jul. Schwalbe-Berlin.

Anpreisung und Verkauf eines Heilmittels gegen Epilepsie seitens eines Apothekenbesitzers. Von der 5. Strafkammer des Landgerichts I zu Berlin ist in den letzten Tagen der Apothekenbesitzer Prall, der wegen Betruges, begangen durch Anpreisung und Vertrieb eines angeblichen Heilmittels gegen Epilepsie angeklagt und vom Schöffengericht zu 300 Mark Geldstrafe verurtheilt war, freigesprochen, da es der Gerichtshof nicht für genügend nachgewiesen hielt, dass der Angeklagte gewusst habe, dass das angepriesene Mittel gar kein Heilmittel sei. Es handele sich vielmehr um alte, jetzt aus der Mode gekommene Volksheilmittel, bei denen mit Rücksicht auf die wechselnden Anschauungen in der Medizin nicht ausgeschlossen wäre, dass sie wieder einmal modern werden. Dazu komme, dass das Mittel auf Grund einer vor 30 Jahren von einem Arzte getroffenen Verordnung in der betreffenden Apotheke hergestellt, seitdem von dieser vertrieben und als hoch wichtiger Bestandtheil derselben von ihren Erwerbern übernommen sei.

Die Frage, ob ein Apothekenbesitzer Heilmittel gegen bestimmte Krankheiten in öffentlichen Blättern u. s. w. anpreisen darf, ist in dem obigen Urtheil nicht zur Entscheidung gekommen. In einem uns bekannten derartigen Falle ist dem betreffenden Apotheker ein solches Anpreisen gemäss §. 37 der Anweisung vom 11. Dezember 1893 als Ausübung der Heilkunst untersagt und das Verbot auf Grund des §. 132 des Zuständigkeitsgesetzes vom 30. Juli 1883 mit Erfolg durchgeführt. Die für jede Annonce angedrohten und dann verhängten Geldstrafen erreichten sehr bald eine solche Höhe, dass dem betreffenden Apotheker das Anpreisen zu kostspielig wurde und er dieses einstellte, da es ohne gleichzeitige Empfehlung seines Heilmittels gegen bestimmte Krankheiten keinen Erfolg versprach.

Die Pest ist jetzt nach einer Mittheilung des Regierungarztes Dr. Vogel in Argentinien auch in Paraguay aufgetreten. Es sollen dort bereits 54 Erkrankungen mit 34 Todesfällen vorgekommen sein; der Ursprung der Seuche wird auf Einschleppung aus Portugal zurückgeführt.

In Oporto sind in der Zeit vom 29. September bis 4. Oktober d. J. 22 Pesterkrankungen und 3 Todesfelle zugeldet.

Berichtigung: Auf Seite 654 in Nr. 19 dieser Zeitschrift (Diskussion über den Vortrag betreffend das Hebammenwesen; Worte von Dr. Wehmer) ist Zeile 8 von unten statt „Operation“ zu lesen: „Handreichungen bei Operationen“, und in Zeile 3 von unten statt: „Eine Heranziehung“ zu lesen: Eine ausschliessliche Heranziehung“. Red.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 21. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Novbr.

Statistischer Bericht der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin für die Zeit vom 1. April 1896 bis 1. April 1898.

Von Dr. Georg Puppe, Privatdozent an der Universität und erster Assistent der Anstalt.

(Schluss.)

Tod durch Ueberfahren vermittelst der Eisenbahn scheint eine zur Zeit etwas weniger häufige Todesart zu sein, wenigstens gehören die 6 in der Berichtszeit zur Beobachtung gekommenen Fälle sämmtlich dem Jahre 1896 an. Es handelte sich 3 Mal um Selbstmord (2 Männer, 1 Frau) und ebenso oft um Unfall (3 Männer). Bei 3 Fällen waren schwere komplizirte Frakturen der unteren Gliedmassen und Verletzungen des Schädels vorhanden, daneben auch Rupturen innerer Organe; in einem der Fälle bestand ein Querriss der Arteria pulmonalis; die Trennung war erfolgt genau in der Richtung der Spaltbarkeit der Arterie, wie ein Versuch mit einem runden konischen Stachel bewies. 2 andere Fälle imponirten wiederum durch schwere Verletzungen des Rumpfes, insbesondere der Wirbelsäule und Zerreissungen innerer Organe, die zum Theil aus ihrem Zusammenhange gelöst entfernt von ihrem normalen Sitz gefunden wurden. Bemerkenswerth erschien in einem Falle die Resistenz des Oesophagus, der sich, nachdem alle Kopf und Rumpf verbindenden Weichtheile zerrissen waren, über die frakturirte Halswirbelsäule als ein stark gespannter Strang hinzog. Der letzte, 6. Fall endlich zeichnete sich aus durch Abtrennung des Kopfes vom Rumpfe nach Fraktur der Halswirbelsäule; der Kopf hing nur noch an der Nackenhaut

fest, die im Uebrigen ihrerseits wiederum als Effekt des einwirkenden Traumas eine bandförmige breite Vertrocknung zeigte. Im Bezirk der Hautdurchtrennung fand sich eine ausgedehnte Unterminirung der Haut mit Suffusion.

Die **7 Fälle von Tod durch Ueberfahren vermittelst Wagen** waren sämmtlich Unfälle; sie betrafen 4 Männer, 1 Frau und 2 Kinder. Die an ihnen wahrgenommenen Verletzungen unterschieden sich von denjenigen durch die Eisenbahn erzeugten durch ihre geringere Schwere; Auslösungen innerer Organe mit Dislokation, wie sie oben mitgetheilt wurden, kamen ebenso wenig vor, wie über den ganzen Körper vertheilte, Kopf und obere wie untere Gliedmassen schwer verwundende Zusammenhangstrennungen. Die beiden zur Beobachtung gekommenen Kinder zeigten ein ausgedehntes Décollement vorn am Thorax; das eine von ihnen wies überdies eine totale Zwerchfellruptur rechts auf, so dass die Lunge unmittelbar die Leber berührte: der Tod erfolgte in diesem Falle durch Erstickung in Folge Athembehinderung der rechten Lunge. Das zweite Kind wies etwas erheblichere Verletzungen auf: Wagenradspur im Gesicht, Kehlkopf-, Unterkiefer-, Rippen- und Beckenfraktur mit Harnröhrenzerreissung, daneben fand sich Lungenkontusion. Dass sich in diesem Falle keine Fettembolie fand, dürfte dafür sprechen, dass der Tod unmittelbar nach der Verletzung eintrat. In demselben Sinne sind auch wohl die Befunde bei einem dritten mit Herz- und Zwerchfellruptur bei minimalen Hautverletzungen einhergehendem Falle zu deuten, desgleichen bei einem 4. Fall (Herz-, Leber-, Lungenruptur, Rippen- und Sternalfraktur). Ein weiterer, 5. Fall zeigte ausser einer Radspur am Rumpf Wirbelsäulen- und Rippenfraktur, ferner Lungen- und Leberruptur. Zu Bemerkungen geben die beiden letzten, der 6. und 7. Fall Veranlassung:

Der eine von ihnen betraf einen 36jährigen Weinhändler, dem ein Wagen über den Kopf gegangen war. Ausser einer Vertrocknung am Knie, sowie dem Befund von Blut in Nase und Ohr wies bei der äusseren Besichtigung nichts auf eine traumatische Todesart hin. Bei der Sektion des Kopfes ergab sich aber, dass die Schädelkapsel in eine grosse Anzahl von Fragmenten in Basis und Dach zerbrochen war, und speziell diese Schädelbasisfrakturen hatten es zu Wege gebracht, dass Blut in die Lungen herabgeflossen war, welches aspirirt wurde und zwar in einer solchen Menge, dass die unmittelbare Todesursache in diesem Falle in der Einengung des athmenden Territoriums durch aspirirtes Blut gefunden werden musste. Allein die vordersten Theile der Lungen waren von heller Farbe und stark gebläht; im grössten Theil beider Lungen fanden sich meist konfluirte Blutaspirationen vor, im Kehlkopf überdies Coagula. Der Betreffende war noch lebend von der Unglücksstelle zu einer Unfall-Station gebracht, dort aber sterbend eingeliefert.

Der zweite Fall ist interessant wegen der Konkurrenz der verschiedenen vorgefundenen Erkrankungen beim Tode des betreffenden Individiums. Ein 39jähriger Kutscher fiel von seinem eigenen Wagen herab und wurde überfahren. Es fanden sich nur äusserlich unbedeutende, als Radspur gedeutete Vertrocknungen am linken Ellenbogen und an der Schulter. Die innere Besichtigung ergab zunächst 1600 ccm Blut in der Bauchhöhle und als Ursache der Blutung eine mehrfache Milzruptur; die zusammengelegten Fragmente liessen eine annähernde Schätzung der Grösse der Organe auf 18 : 10 : 4 cm zu; ferner fand sich eine schwere Endocarditis aortica recurrens. Es wurde in diesem Falle angenommen, dass der Tod erfolgt sei durch die Blutung in die Bauchhöhle, dass diese veranlasst war durch Ueberfahren — vielleicht auch durch

den Sturz vom Wagen, zumal Rippenfrakturen in der Milzgegend und andere derartige Verletzungen fehlten; die starke Schwellung der Organe, die ein Ueberragen des Rippenbogenrandes zur Folge hatte, macht indess Ueberfahren als Ursache der Ruptur wenigstens ebenso wahrscheinlich. Und die Ursache des Sturzes vom Wagen wiederum bildete höchstwahrscheinlich jene Endocarditis, die als schwer fieberhafte Erkrankung (es fanden sich ausser dem Milztumor noch zahlreiche punktförmige Hautblutungen) aufgefasst werden muss.

Der eben mitgetheilte Fall bildet zugleich den Uebergang zu den Fällen von Tod durch **Sturz von der Höhe.** Zur Beobachtung kamen hiervon in der Berichtszeit 13, 5 Selbstmorde (3 Frauen und 2 Männer) und 8 Unfälle (sämmtlich Männer, 4 davon befanden sich im Zustande der Trunkenheit).

Beginnen wir die Besprechung mit der Erwähnung eines Falles, welcher mit dem letztbesprochenen (Sturz vom Wagen und Ueberfahren bei Endocarditis recurrens) manche Aehnlichkeit darbietet. Auch hier handelt es sich um einen Kutscher, welcher vom Wagen gestürzt war. Aeussere Verletzungen fehlten vollkommen, in der Bauchhöhle fanden sich 2 Liter flüssiges Blut, welches einem 10 cm langen, radiär gestellten Mesenterialriss entstammte; dabei bestand mässige Anämie. Im Herzen waren subendokardiale Ecchymosen vorhanden; im Gehirn fanden sich als Residuum eines früher erlittenen Traumas in den Schläfenwindungen rechts Plaques jaunes, in deren Bezirk auch pachymeningitische Veränderungen nicht fehlten.

Von den übrigen 12 Fällen betrafen 9 Sturz auf den Schädel, resp. Schädelfrakturen, 2 Sturz auf das Becken resp. Beckenfrakturen, ein Mal erwiesen sich sowohl Schädel, als Becken frakturirt; es handelte sich um einen Sturz aus dem vierten Stockwerk. Es ist interessant und mit früher von uns hervorgehobenen Verhältnissen übereinstimmend,[1]) dass sich unter den 10 Schädelfrakturen 5 Mal keine, 4 Mal eine und 1 Mal 2 Hautwunden fanden, ein Umstand, der betreffs der Differentialdiagnose zwischen Sturz und Schlag bekanntlich sehr wichtig ist. Auch der eben erwähnte Fall wies nichts derartiges auf, was in Anbetracht der Höhe, aus welcher der Sturz erfolgte, sowie bei Betrachtung der anderweitigen Verletzungen besonders merkwürdig ist; es fanden sich nämlich Zwerchfellrupturen, Blasen- und Darmrupturen neben pialen Hämorrhagien und Blutathmen. Ein anderer Fall von Sturz aus dem vierten Stockwerk zeigte zwei nicht ganz gewöhnliche Verletzungen neben Schädelfraktur, Duraruptur, Rippenfraktur mit Lungenspiessung und Blutathmen, Nierenruptur und Unterschenkelfraktur: es waren dies ein Mal eine Ruptur sämmtlicher Klappen der Pulmonalis und zweitens Leberrupturen der Konvexität — dicht neben dem Ligamentum suspensorium, je ihm parallel verlaufend. Letzterer Befund scheint uns dafür zu sprechen, dass ein Sturz auf das untere Körperende erfolgt ist (in diesem Falle fehlte ja auch die Unterschenkelfraktur nicht!), dass die Leber der Gravität folgend ebenfalls nach dem unteren Körperende ten-

[1]) Puppe: Beiträge zur gerichtsärztlichen Beurtheilung der Schädelverletzungen. Vortrag, gehalten auf der Hauptversammlung des Preussischen Medizinal-Beamten-Vereins. Zeitschrift für Medizinal-Beamte; 1897.

dirte, vom Aufhängeband festgehalten wurde und in Folge dessen dicht neben demselben einriss. Die Pulmonalisklappenrupturen waren erfolgt dicht an der Ansatzstelle der Klappen bei vollkommen unverletztem Herzen und sonst unversehrter Pulmonalis; sie waren also gewissermassen subkutane Rupturen. Sie zu erklären durch plötzlich gesteigerten Rückstoss oder Druck im kleinen Kreislauf geht nicht wohl an, da dann die Verhältnisse auch ebenso das Zustandekommen einer Aortenklappenruptur begünstigt haben würden; überdies fehlt für eine diesbezügliche Annahme jeder physiologische Untergrund. Es erscheint weniger gezwungen, wenn man die Verletzung in dem der Brustwand doch ziemlich nahen Gefäss auf eine mehr direkte Gewalt im Moment des Aufschlagens auf den Boden zurückführt. Die bei den übrigen Fällen beobachteten, zum Theil recht schweren Verletzungen, insbesondere die Rupturen der inneren Organe hier genauer anzuführen, würde zu weit führen; nur das sei noch erwähnt, dass auch nach ganz erheblichen Verwundungen wichtiger Organsysteme der Befund von Blutathmen oder von Fettembolie den Beweis erbrachte, dass der Tod keineswegs sofort mit dem Moment des Absturzes erfolgte.

Von den 4 Fällen von **Tod durch Halsschnitt** ist den Lesern dieser Zeitschrift bereits ein Fall genauer bekannt;[1]) ausser diesem wurden untersucht ein Ehepaar, welches gemeinsam in den Tod gegangen war: der Ehemann hatte seiner Frau und dann sich selbst in typischer Weise Halsschnittwunden beigebracht. Endlich gelangte zur Sektion ein kyphotischer Selbstmörder, dessen Halsschnittwunden wegen seiner Wirbelsäulenverkrümmung und der dadurch bedingten Kopfhaltung seitlich angelegt waren. Eine genauere Darlegung dieser, sowie mehrerer anderer in neuerer Zeit untersuchten Fälle von Tod durch Halsschnitt soll einer besonderen Arbeit vorbehalten bleiben.

Interessant ist ein Fall von **Selbstmord durch Stichverletzungen** in mehrfacher Hinsicht. Ein 28jähriger Schraubendreher hatte sich mehrere Stiche in der Herzgegend beigebracht und war kurze Zeit nachher gestorben; er wurde dem Leichenschauhaus mittelst Krankenwagen zugeführt, in dem sein Transport zu einer Unfallstation bewerkstelligt war. Nach dem Polizeibericht konnte daselbst bereits der Tod festgestellt werden. Bei der Besichtigung fanden sich in der Gegend der linken Brustwarze im Ganzen 9 Wunden, eine seichte vertrocknete und 8 knopflochartige Zusammenhangstrennungen. Von diesen waren nur 3 perforirende, eine befand sich etwa in der Mitte zwischen Mamillar- und vorderer Axillarlinie und durchbohrte die Brustwand eben, eine zweite perforirte die Lingula des Oberlappens und das Perikard, berührte aber das Herz nicht, eine dritte ging oberflächlich bis in das vordere Mediasitnum. Der Herzbeutel war durch ein Coagulum von 250 g tamponirt, in der linken Pleurahöhle fanden sich 600 ccm theilweise geronnenen Blutes. Dieser Befund von

[1]) Puppe: Ueber Selbstmord durch Halsschnitt; 1897, S. 167.

Herzbeutel-Tamponade durch Blut ohne Herzwunde findet seine Erklärung darin, dass im Bezirk der Lingula beide Pleurablätter mit einander verwachsen waren, und dass die durch die Stichwunde in der Lingula eröffneten Gefässe demnach ihr Blut nicht in die Pleurahöhle, sondern entweder nach aussen oder nach innen zu entleeren in der Lage waren; und das innere Ende des Stichkanals lag ja im Herzbeutel. Die Blutung in die Pleurahöhle rührte her von einer durch den extramammillär gelegenen Stich eröffneten Interkostalarterie.

Tod durch Verbrennung kam 2 Mal zur Sektion; beide Male handelte es sich um Unfälle, die männlichen Individuen zugestossen waren. Die Intensität erreichte beide Male den zweiten Grad; bei dem einen Falle konnten noch stehende Blasen untersucht werden, der wässerige Inhalt erwies sich als leukozytenhaltig. Jeder der beiden Fälle zeichnete sich durch eine Komplikation aus, bei einem war eine CO-Vergiftung hinzugetreten, die als Todesursache aufzufassen ist, bei dem anderen eine pseudomembranöse Entzündung der Halsorgane, insonderheit des Kehlkopfes und der Trachea. Auf der Uvulaschleimhaut fand sich eine kleine nekrotische Stelle, die Tonsillen waren kastaniengross, in ihren Lakunen befanden sich mehrfach grosse Pfröpfe, Kehlkopf und Luftröhre aber waren von einer einzigen pseudomembranösen Röhre ausgekleidet, die sich von der gerötheten Schleimhaut abheben liess. Auch in einzelne Bronchen hinein liess sich die pseudomembranöse Entzündung verfolgen. Der Fall ist auch deshalb bemerkenswerth, weil die Genese derselben in die allerjüngste Vergangenheit verlegt werden muss. Der Polizei-Bericht sagt lakonisch: dass der Betreffende bei einem Kleinfeuer, das er augenscheinlich selbst verursacht habe, erstickt aufgefunden sei. Welche Zeit zwischen der Irritation der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut durch die Schädlichkeiten des Feuers und dem Entstehen der pseudomembranösen Entzündung verflossen ist, kann schwer festgestellt werden, jedenfalls kann man sich den Eindruck nicht entziehen, dass die Laryngo-Trachitis pseudomembranacea möglicher Weise als unmittelbarer Effekt der Verbrennung aufzufassen ist.

Die 14 zur Sektion gekommenen **Vergiftungen** vertheilen sich wie folgt: Arsen 1, Phosphor 1, CO 6, Cyankalium 4, Oxalsäure 1, Lauge 1. Die — chemisch übrigens nicht sichergestellte — Arsenvergiftung betraf einen 49jährigen Schlächter, der vor einer Restauration am Zentral-Viehhof todt aufgefunden wurde; alle näheren Umstände waren nicht zu ermitteln. Es fand sich eine starke Schwellung und Röthung der Magenschleimhaut, ebenso der gesammten Darmschleimhaut; im Dünndarm fanden sich Schleimhautblutungen, der Darminhalt war einschliesslich des Rectuminhalts flüssig. Der Verdacht einer Arsenvergiftung wurde gestützt durch den vollkommen grünen Mageninhalt, der den bei Vergiftungen mit Schweinfurter Grün erhobenen Befunden völlig entsprach.

Auch bei dem Falle von Phosphorvergiftung wurde die

Diagnose einzig aus dem anatomischen Befund heraus gestellt — leichter Icterus, subpleurale und subperikardiale Blutungen, Blutungen im hinteren Mediastinum und in der Magenschleimhaut, sowie solche in die Scheiden der Körpermuskeln, parenchymatöse Nephritis, Fettleber mit röthlichen Inseln. Die Einrichtungen unseres Instituts gestatteten es uns damals noch nicht, wie jetzt, in Fällen, wie die beiden letzterwähnten, in gehöriger Weise die chemische Untersuchung zur Sicherung der Diagnose zu verwerthen. Jetzt sind wir für chemische, wie auch für bakteriologische Untersuchungen in gleicher Weise gerüstet.

Von den 6 Fällen von CO-Vergiftung betreffen 2 (1 Mann, 1 Frau) Selbstmorde, von den übrigen 4 Unfällen ereigneten sich 2 auf Neubauten durch glühende Koakskörbe, 1 bei einem Brande durch Aspiration der entstandenen Dämpfe und 1 endlich verdankt sein Entstehen einer blakenden Petroleumlampe. Von den beiden Selbstmördern hatte der Mann Leuchtgas, die Frau glühende Koaksschüsseln gewählt. Eigenthümlich war der Befund einer nussbraunen Epidermis, die sich in Fetzen abziehen liess, an den von Kleidung nicht bedeckten Körperstellen in 2 Fällen, einer Vergiftung vermittelst glühender Koakskörbe und dem erwähnten Tode beim Brand. Es handelt sich hier um Mazerationseffekte, wie sie gewöhnlich nicht beobachtet zu werden pflegen. Als nicht gewöhnlich ist auch der Tod durch blakende Petroleumflamme zu bezeichnen:

Ein alter Zuchthäusler wurde vom Hauseigenthümer todt im Bett aufgefunden; Gesicht und vordere Hälfte des Schädels waren tiefschwarz, auch in den Konjunktivalsäcken fand sich Russ; Zahnfleisch und Zähne waren mit einem schmierigen schwarzen Belag versehen, Zunge tiefschwarz, in beiden Sinus pyriforme, schwarze Schleimballen, ebenso im Kehlkopf und Luftröhre; Bronchen zeigten geröthete Schleimhaut stellenweise mit schwarzen schleimigen Belag. Am Hilus eine erbsengrosse Lymphdrüse von weicher Konsistenz und tiefschwarzer Farbe. Magen und Dünndarm mit dünnflüssigem, russigem Inhalt bis zur Bauhinischen Klappe, Dickdarminhalt graugelb.

Bemerkenswerth an dem Falle ist namentlich auch dieses Verhalten des Darminhalts, welches zeigt, was die Darmthätigkeit von Beginn der Russ-Aspiration an bis zum Exitus noch zu Wege gebracht hat. Der Nachweis des CO wurde hier wie in den anderen Fällen auf der Stelle spektroskopisch erbracht, sodann auch kolorimetrisch durch die von Schulz modifizirte Tanninprobe (2 ccm Blut + 8 ccm Wasser + 10 ccm 3proz. Tanninlösung); geschüttelt ergab dieses Gemisch ein besonders nach 24 Stunden deutliches Sediment von hellrother Farbe, welches gegenüber den Kontrolversuchen mit normalem Blut, die stets Sedimente von Milchkaffeefarbe ergeben, unverkennbar auf die Anwesenheit von CO im Blut hinwies.

Die 4 Fälle von Cyankaliumvergiftung betrafen sämmtlich Männer, stets handelte es sich um Selbstmord; einer der Verstorbenen, ein Dr. chem., hatte, um ganz gewiss seinen Zweck zu erreichen, eine Flasche mit Salzsäure bei sich, wohl um aus dem Cyankalium ganz bestimmt die tödtliche Dosis Blausäure frei zu machen, wenn dies nicht ohnehin glücken sollte. Eine hellrothe Farbe der Todtenflecken hatten wir eigentlich bei keinem der

Fälle in deutlicher Weise zu konstatiren Gelegenheit, das Blut erwies sich spektroskopisch stets als oxyhämoglobinhaltig. Charakteristisch waren der Blausäuregeruch der Körperhöhlen, der sich der Athmosphäre des Sektionssales mittheilend alsbald auch chemisch durch Bläuung des auf dem Tische liegenden Guajac-Kupfersulfat-Papieres bemerkbar wurde. Noch deutlicher trat letzterwähnte Reaktion stets auf bei direkter Einwirkung des Mageninhaltes auf das Reagenspapier. Aeusserlich bot der Magen in der Regel kein besonders bemerkenswerthes Bild, dagegen erschien die Schleimhaut theils unter dem Einfluss der Hyperämie und nachfolgender Diffusion des Blutfarbstoffes, theils in Folge Hämorrhagie mehr oder weniger roth bis braunroth gefärbt, und sammetartig geschwollen; der Mageninhalt bestand in allen 4 Fällen aus wenigen ccm blutiger Flüssigkeit, die nur ein Mal sauer, sonst stets alkalisch reagirte, sich spektroskopisch jedoch meist oxyhämoglobinhaltig erwies; nur ein Mal, bei alkalischer Reaktion des Mageninhalts, fand sich ein einstreifiges Hämatinspektrum, welches durch gelbes Schwefelammon in Hämochromogen überführt werden konnte.

Der Fall von Oxalsäurevergiftung betraf eine 33jähr. Näherin, welche mit Pyosalpinx behaftet war und im Status menstrualis Selbstmord verübte. Der Magen war im Fundus grauschwarz gefärbt, ebenso der angrenzende Theil des Netzes durch Diffusion. Nach der kleinen Kurvatur zu wurde die Farbe der Oberfläche eine hellere. Die Magenschleimhaut war gefaltet, die Höhe der Falten war von schwärzlicher Farbe; die dazwischen liegenden Abschnitte erwiesen sich nach dem Entfalten als schwarzrosa gefärbt und mit kleinen Blutungen versehen. Zum Theil war die Schleimhaut noch erhalten, zum Theil jedoch lag die Submucosa frei zu Tage. Der schwach sauer reagirende Mageninhalt betrug an Menge etwa 150 g, er war von schwarzbrauner Farbe, enthielt amorphes Blutpigment und ausserdem zahllose Krystalle von oxalsaurem Kalk in klinorhombischen Säulen, häufig in Drusen angeordnet; auch von der Magenschleimhaut liessen sich dieselben mit einem Spatel in Menge abstreifen. Spektroskopisch erwies sich der schwarzbraune Mageninhalt als saures Hämatin enthaltend. Die Duodenalschleimhaut zeigte sich rosenroth gefärbt, mit oberflächlichen, graugelblichen Nekrosen untermischt; die Farbe des Duodenalinhaltes war grauroth. Die blutreichen Nieren zeigten in den Harnkanälchen an einzelnen Stellen dieselben Oxalsäuredrusen wie die Magenschleimhaut. Der Fall stellt somit ein klassisches Paradigma für diejenige Form der Oxalsäure-Vergiftung dar, bei welcher eine Umwandlung des im Magen enthaltenen Blutfarbstoffes in saures Hämatin stattgefunden hat. Auch die Diffusion des Giftes vom Magen in das benachbarte Netz erscheint bemerkenswerth.

Mit wenigen Worten soll nur noch des letzten zur Beobachtung gekommenen Falles von Vergiftung gedacht werden, einer kombinirten Vergiftung, bei der, wie die chemische Untersuchung ergab, aus Terpentinöl und Naphthalin bestehende

Wanzentinktur und ferner Aetznatron verwendet waren. Der Fall ist auch deswegen auffallend, weil es sich um einen vierfachen Mörder und nachherigen Selbstmörder handelt, einen Arbeiter, der zuerst seine Frau und drei Kinder und nachher sich selbst auf die angegebene Art getödtet hatte. Zur Sektion kam nur die Leiche des Ehemanns. Dieselbe zeigte an den Lippen Vertrocknung mit Ausnahme des rechten Mundwinkels. Der Magen erschien äusserlich sehr derb, wie gegerbt, nach der grossen Kurvatur zu etwas weicher; Farbe der derberen Abschnitte hellgelblich, der weicheren leicht röthlich. Der Mageninhalt war gelblich, dünnflüssig von alkalischer Reaktion; an der Cardia fehlte die Schleimhaut und die rothe Submucosa lag frei zu Tage; im Fundus war ein kleiner von Nahrung bedeckt gewesener Theil der Schleimhaut blass und weich, darüber aber war die ganze Schleimhaut einschliesslich der kleinen Kurvatur hellgraugelblich verätzt. Die Aetzschorfe liessen sich unschwer entfernen. Bis 4 cm jenseits des Pylorus hielt diese Aetzwirkung an, nachher zeigte sich die Schleimhaut blass und zart wie an der grossen Kurvatur. Darminhalt war reichlich vorhanden, von saurer Reaktion. Die Zunge war nicht verändert, aber die Schleimhaut des Oesophagus zeigte sich von hellgrauer Farbe, trocken und verätzt; sie erschien in Längsfalten gelegt. Auf wessen Rechnung im vorliegenden Falle die erhebliche Aetzwirkung zu setzen ist, kann mit Sicherheit nicht festgestellt werden; es ist aber als wahrscheinlich anzunehmen, dass sie, wenn nicht ganz, so doch zum grössten Theile dem Aetznatron zuzuschieben ist. Die benutzte Wanzentinktur (Terpentinöl und Naphthalin) erwies sich als eine neutral reagirende Flüssigkeit; die starke alkalische Reaktion dürfte ebenso wie die starke Irritation der Schleimhaut verursacht sein durch die nachträglich benutzte Lauge, nachdem das erstgenommene Mittel den gewünschten Effekt nicht gehabt hatte.

Ausser diesen insgesammt 141 Fällen von gewaltsamen Tod kamen 89 Fälle von **plötzlichem natürlichen Tod** zur Obduktion; dieselben vertheilen sich auf allgemeine Erkrankungen 3, Gehirnerkrankungen 11, Krankheiten von Herz und Aorta 37, von Trachea, Kehlkopf und Lungen 17, von Abdominalorganen 21.

Die Allgemeinerkrankungen betreffen 1 Kind mit Lebensschwäche, 1 Kind mit Pyämie ausgehend von einem Ekzem der Nates und eine Urininfiltration mit pyämischen Nierenabszessen nach Urethralstriktur; das Scrotum war mannsfaustgross, ödematös, rechts theilweise gangränös, der Damm ebenfalls stark ödematös, vorgewölbt, die rechte Seitenwand des Bauches, sowie die rechte Leistengegend waren blaugrün gefärbt, emphysematös; nach Einschnitt zeigte sich missfarbiges Gewebe, sowie eine ausgedehnte Nekrose der Faszie der Bauchmuskulatur. Es bestand weiter tiefgehende Gangrän der Pars membranacea der Urethra und des Gewebes um sie herum — etwa in Apfelgrösse. Hier dürfte auch der bei der Sektion nicht mehr erweisbare Sitz der ätiologisch in Betracht kommenden Striktur zu suchen sein. Daneben bestand parenchymatöse Nephritis mit miliaren Abszessen, sowie Fettmetamorphose des Herzmuskels.

Von den Gehirnerkrankungen sei zuerst der 4 Fälle von Tod im epileptischen Anfalle gedacht. Zwei von ihnen erwiesen sich ohne charakteristische Befunde, einer von beiden zeigte Fettmetamorphose am Herzen, sowie Lage der Todtenflecke an der Vorderseite des Körpers. Der 3. Fall bot Ekchymosen in den weichen Schädeldecken, unter der Pleura und in der Magenschleimhaut dar, ausserdem zeigte die Zunge eine frische Suffusion nahe der Spitze an der charakteristischen Stelle. Interessant ist der 4. Fall wegen einer ganz erheblichen agonalen Verletzung: Er betraf einen 31jährigen Arbeiter, der in einem Schanklokal, das er eben betreten hatte, unter Krämpfen hinstürzte und verstarb. Am Hinterkopf fand sich eine markstückgrosse, nicht vertrocknete Abschürfung der Epidermis; das Gewebe darunter war in Dreimarkstückgrösse suffundirt, ebenso erwies sich die linke Schläfengegend suffundirt, die Pfeilnaht und Kronennaht, erstere mehr in ihrem vorderen Abschnitt zeigten eine Diastase, zwischen den getrennten Berührungsflächen fand sich frei ergossenes Blut; an der Basis des Stirnhirns neben der Bulbi olfactorii fanden sich frische Kontusionsherde. Die Verletzungen sind entschieden als agonale, beim Hinstürzen im Krampfanfall entstandene aufzufassen; sie sind, wenn auch nicht ungewöhnlich, so doch recht bemerkenswerth.

Ausser diesen 4 Fällen kamen zur Untersuchung 1 Pachymeningitis hämorrhagica interna mit doppelseitiger nicht unerheblicher intermeningealer Blutung, höchstwahrscheinlich auf traumatischer Grundlage, ferner 4 Fälle von Apoplexia cerebri sanguinea, sämmtlich auf arteriosklerotischer Basis, 1 Ruptur einer erbsengrossen Aneurysma der Carotis interna in das Cavum intermeningeale und 1 Hydrocephalus internus bei einem jungen Mädchen.

Die 37 Fälle von Erkrankung des Herzens und der Aorta zerfallen in 4 rupturirte Aortenaneurysmen und 33 Herzfehler verschiedener Art (8 Klappenfehler, 4 Coronaria-Erkrankungen, 7 Fettentartung des Herzmuskels, 2 Concretio Pericardii, 2 exzentrische Hypertrophie, 2 fibröse Myocarditis und 8 Herzerweiterung ohne Hypertrophie). Auffallend war bei den Todesfällen in Folge einer Herzerkrankung die Häufigkeit einer agonalen Kopfverletzung, die wir im Ganzen 5 Mal festzustellen in der Lage waren. Meist handelte es sich um weniger bedeutende Läsionen der Schläfen, des Hinterkopfes und anderer beim plötzlichen Hinstürzen Verwundungen besonders ausgesetzter Theile, aber auch tiefere Zusammenhangstrennungen der Wirbelsäule wurden beobachtet.

Die Ruptur der Aneurysmen hatte ein Mal in die rechte Pleurahöhle hinein stattgefunden, es fanden sich in derselben zwei Liter theils flüssigen, theils locker geronnenen Blutes; ein Mal war die Perforation in den Oesophagus hinein erfolgt, und der Tod trat unter Blutbrechen ein; im Magen der Leiche fand sich ein Liter dunklen, locker geronnenen Blutes. Der 3. Fall zeigte Usurirung der Brustwirbelsäule mit Durchbruch in die linke Pleurahöhle und den linken Hauptbronchus; der letzte Fall endlich zeigte Perforation eines Aneurysma der Aorta descendens in

das Pericard; das Herz war wie eingemauert in einem festen, 500 ccm an Masse betragenden Coagulum, die Perforationsstelle des Aneurysma zeigte einen nicht sehr erheblichen Längsriss.

Von den 17 Fällen von letalen Erkrankungen des Kehlkopfes, der Trachea und Lungen interessiren besonders 2, eine Erstickung durch Speisemassen, und eine Erstickung in Folge Kehlkopfsyphilis. Der letztere Fall ereignete sich in der Sprechstunde eines Berliner Laryngologen. Bei der Sektion fand sich ausser flachen, pigmentlosen theilweise etwas strahligen Narben der Haut, noch eine Leberzirrhose vor; das Kehlkopflumen war bis auf einen schmalen Spalt im Bezirk der Aryknorpel vollkommen verlegt durch ulzerirte Tumoren des rechten und nicht ulzerirte Tumoren des linken Stimmbandes. Der Grund der Ulzerationen war gelblich-speckig, die Ränder wenig erhaben. Das umgebende Gewebe fand sich ödematös. Die Lungen waren in diesem Falle ziemlich blutreich, ebenso die Nieren.

Auch in dem Falle von Erstickung durch Speisemassen wurde der letzterwähnte Nebenbefund erhoben. In der Speiseröhre steckte ein 14 cm langes daumendickes Fleischstück; dasselbe reichte vom Zungengrunde an bis über die Ringknorpelgegend hinaus und bedeckte fest in den Oesophaguseingang eingekeilt auch den Kehlkopfeingang, indem es den Kehldeckel nach vorne drückte. Die Luftröhre zeigte keine Verengerung der Lichtung im Sinne einer Raumbeschränkung von der hinteren Membran her; letztere erwies sich vielmehr durch das Fleischstück gespannt. Der Verstorbene war zum Militär ausgehoben und wollte sich noch ein Mal vor seinem Eintritt eine recht leckere Mahlzeit gönnen. Im Magen fanden sich auch Bestandtheile eines Fischgerichts, seine Unmässigkeit setzte der Fortführung dieses Beginnens ein vorzeitiges Ziel.

Von sonstigen Erkrankungen der Respirationsorgane wurden als Todesursache ermittelt: 7 Mal Phthise, 1 Mal Bronchopneumonie bei einem Kinde, 1 Mal eitrige Bronchitis und schwere zylindrische Bronchiektasie und 6 Mal krupöse Pneumonie; letztere war 2 Mal doppelseitig, 3 Mal rechtsseitig und 1 Mal wurde als Ausgang einer rechtsseitigen Pneumonie Ausgang in Karnifikation gefunden.

Wie bereits angeführt, fand sich 21 Mal die Ursache des plötzlichen natürlichen Todes in der Bauchhöhle; die einzelnen Erkrankungen, welche in Betracht kommen, sind folgende: 2 Mal Magenkrebs, 1 Mal Magenblutung und subphrenischer Abszess nach Magengeschwür, 13 Mal Darmkatarrh bei Kindern, 1 Mal eingeklemmte Leistenhernie (daneben fand sich Phthisis pulmonum, Schenkelvenenthrombose und Lungenarterienembolie), 1 Mal Perforationsperitonitis nach Darmtuberkulose, 1 Mal Leberzirrhose, 1 Mal eitrige Cholecystitis nach Cholelithiasis und 1 Mal Schrumpfniere. Epikritische Bemerkungen erübrigen sich bei den meisten Fällen dieser Gruppe, nur auf einen möchten wir mit einigen Worten die Aufmerksamkeit lenken: auf den Fall von Magengeschwür. der komplizirt wurde durch Hämatemesis und subphrenischen Abszessen. Es handelte sich um eine alte abge-

magerte Frau, welche im linken oberen Theile des Magens ein Zweimarkstück grosses Geschwür darbot; im Grunde desselben fand sich das klaffende Lumen einer Arterie, das eine feine Sonde bequem passiren liess. Hier war also die Quelle der Blutung, als deren Ergebniss sich im Magen noch 200 ccm dunklen, geronnenen Blutes fanden, und die zum Erbrechen und weiter zur Aspiration erbrochenen Blutes bis in die feineren Bronchen hinein Anlass gegeben hatte. Nicht genug damit fand sich zwischen Zwerchfell, Milz und linker Magenoberfläche ein klein-apfelgrosser, hellgelber, geruchlosen Eiter enthaltender Abszess, dessen Genese, wie narbige Stränge bewiesen, eben wieder jenes Magengeschwür gewesen war — in der That ein embarras de richesse von schweren Affektionen.

Wir stehen hiermit am Ende unseres Berichts, möchten es jedoch nicht unterlassen, noch eines Umstandes zu gedenken, welcher uns sehr der Erwähnung werth erscheint: der Rekognition unbekannter Leichen.

Gewiss hat seit der Erbauung des hiesigen Königlichen Leichenschauhauses die Zahl der unbekannt gebliebenen Leichen ganz erheblich abgenommen, und wir zweifeln nicht daran, dass sich diese Behauptung erforderlichenfalls durch Zahlen würde belegen lassen. Wer einmal mit angesehen hat, welches Interesse die öffentliche Ausstellung einer unbekannten Leiche stets bei der Bevölkerung hervorruft, wer es erlebt hat, wie kaum ein Wagen vorüberfährt, dessen Kutscher nicht auf einen Augenblick sein Gefährt verlässt, um die zu rekognoszirende Leiche in Augenschein zu nehmen, der wird dies auch begreiflich finden. Aber trotzdem wird ein Theil der Leichen doch nicht rekognoszirt; es sind dies vor Allem anscheinend solche, welche kürzlich zugereist sind und deren Angehörige ausserhalb Berlins ihren Wohnsitz haben.

Das Verfahren, welches jetzt bei derartigen Fällen angewendet wird: Aufnahme einer genauen Personalbeschreibung, Zurückhalten von Mustern der Kleidungsstücke ist gewiss gut und geeignet, auch noch in vielen Fällen zum Ziele zu führen. Indess kann es gewiss nach zwei Seiten ergänzt werden: Ein Mal könnte durch eine Photographie der Leiche eine Rekognition erheblich erleichtert werden. Versuche, die wir nach dem Vorschlage von Gosse[1]) angestellt haben, ergaben, dass man durch gewisse Manipulationen dem Gesicht der Leiche einen fast lebendigen Ausdruck verleiht, der dann durch die Photographie fixirt werden kann. Sodann würde gewiss auch in manchen derartigen Fällen eine genaue Messung der zu Rekognoszirenden nach dem Bertillon'schen System werthvolle Ergebnisse haben. Diese Messung würde nach demselben Schema erfolgen müssen, welches seit längerer Zeit im Königlichen Polizei-Präsidium hierselbst zur Einführung gelangt ist. Manches anderweit gesuchte Individuum würde, so glauben wir, auf diese Art der Feststellung seiner Identität — sei es auch post mortem — nicht entgehen.

Die Realisirbarkeit beider Vorschläge liegt auf der Hand.

---

[1]) Gosse: La Photographie après décès. Genève 1896. Georg & Cie.

Was wir Eingangs von der Durchführung der sanitätspolizeilichen Obduktionen sagten, gilt auch bei diesen Punkten: Die Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde besitzt entsprechende Einrichtungen für photographische Zwecke. Die Einrichtung für Messungen nach Bertillon ist keine komplizirte, sie kann ohne Mühe dem Institut angepasst werden. Auch die Kosten für diese gewiss zeitgemässen Messungen wären keinesfalls irgendwie beträchtlich.

Verminderte Erwerbsfähigkeit vor Unfällen im landwirthschaftlichen Betriebe bezw. bei Invalidenrente.

Von Kreisphysikus Dr. H. Kornfeld in Grottkau.

Dem gewöhnlichen (gesunden oder beschränkten?) Menschen-, genauer Arbeiter-Verstande will es durchaus nicht einleuchten, dass eine Unfallrente bei Bestehen der Folgen eines alten Schadens auch dann geringer ausfallen soll, wenn der Betreffende bis dahin trotz dessen voll und zu demselben Lohn wie ein gleichwerthiger Arbeiter gearbeitet hatte. Die Differenz der Auffassung spiegelt sich aber auch in verschiedenen Rekurs-Entscheidungen ab. Um von konkreten Fällen auszugehen, so hat der Begutachter bei grösseren Berufs-Genossenschaften oft genug Gelegenheit, zu sehen, wie viel Arbeit mit verstümmelten Gliedern geleistet wird, die als Folgen von Unfällen mit beträchtlich höheren Renten entschädigt werden, als dem thatsächlichen Verlust an Erwerb entspricht. Es sei an Bruchleiden, Vorfälle, einseitige Sehbeschädigungen, Verunstaltungen, gewisse Grade von Lahmheit, Schwerbeweglichkeit u. s. w. erinnert.

In einem dem Verfasser vorliegenden Falle hatte der Antragsteller trotz Verlust eines Auges und hochgradiger Kurzsichtigkeit, wegen deren er Militär-Invaliden-Pension erhielt, eine Verletzung der rechten Hohlhand mit nachfolgender Phlegmone und dem Ausgange in Verkrüppelung der Hand erlitten. Bis dahin hatte der ungewöhnlich kräftige Knecht vollen Lohn erhalten und seine Arbeit vollständig besorgt. Zum Fahren, in der Nachtzeit namentlich, wäre er nicht zu verwenden gewesen; aber das brauchte er in der Wirthschaft nicht. Jetzt arbeitete er nur für die Kost. Wie viel soll nun auf schon vorhandene Erwerbsunfähigkeit gerechnet werden? Nach Entscheidung vom 21. Januar 1890: 75 %. Jedenfalls würde er auch als ländlicher Arbeiter wegen Verlust eines Auges mindestens um 25 %, mit Hinzurechnung der hochgradigen Myopie des anderen aber vorher nur halb erwerbsfähig zu erachten gewesen sein (Rekurs-Entsch. vom 20. Februar 1888), wenn das gesunde Auge durch einen Unfall verloren und ihm Rente zuzusprechen gewesen wäre. Aber die landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft geht in §. 6 doch von einem anderen Gesichtspunkte aus. Nach diesem soll „die Entschädigung nur nach dem Masse der weiteren Schmälerung der Erwerbsfähigkeit erfolgen, wenn ein schon gemindert Erwerbsfähiger durch einen Unfall eine solche erleidet.“ Diese geminderte Erwerbs-

unfähigkeit wird aber in diesem Paragraphen näher beschränkt. Es heisst nämlich: „und (wenn er) . . . deshalb einen geringeren Arbeitsverdienst bezog.“ Wenn dies nun der Fall ist, so „ist der Grad der vor dem Unfall bestandenen Erwerbseinbusse selbstständig zu bestimmen.“ Eine ganze Reihe von alten, sonst entschädigungsberechtigten Unfallsfolgen werden hiernach nicht als erwerbsbeschränkend im Sinne des §. 6 angesehen werden müssen, wenn landwirthschaftliche Arbeiter zu begutachten sind.

Im Gegensatz zu dieser Spezial-Bestimmung steht die allgemeine Norm, wonach nicht berücksichtigt wird, ob der Arbeiter gegen früher denselben oder einen noch höheren Lohn bezieht wie vor dem Unfalle, im Einklange aber mit der Praxis verschiedener oesterreichischen Berufsgenossenschaften, z. B. Schiedsgericht der Wiener Anst. vom 4. Juli 1891[1]): Das Gesetz ersetzt nur den Verlust der auf den Lohn gerichteten Arbeitskraft. Diese, die Arbeitskraft im gesetzlichen Sinne wird als nicht gemindert dadurch erwiesen, wenn der Verletzte aus welchen Gründen immer den vollen Arbeitslohn fortbezieht. Auch bei einer durch wesentliche Veränderungen bedingten anderweitigen Festsetzung der Rente (§. 65 des D. U.-V.-G.) werden von einigen oesterreichischen Schiedsgerichten, im Gegensatz zu den Entschädigungen bei uns, die Verdienstverhältnisse zu Grunde gelegt[2]).

Bedauerlich ist es, wie hier gelegentlich bemerkt sein möge, dass bei Feststellung der Rente der Umstand, ob der Verletzte nach dem Unfalle Arbeit gefunden oder nicht, keine Berücksichtigung findet, was in ähnlicher Weise auch bei der Festsetzung der Invalidenrente zu beklagen ist. Jeder Vertrauensarzt kennt die stereotypen Antworten auf die Frage, welche leichten Arbeiten eine Person noch verrichten kann: „Es giebt aber keine. Die Bauern können nur kräftige Knechte und Mägde gebrauchen. Auf dem Dominium giebt es genug schwache Leute für etwa gelegentliche, leichte Arbeit.“ Der Mann ist Knecht auf dem Dominium; wo soll die Frau eventuell hingehen, sich Arbeit suchen? In der Armengesetzgebung wird die Frage anders beantwortet. Wer nachweislich trotz aller Mühe keine lohnende Arbeit, keine Wohnung etc. sich beschaffen kann, dem muss der Armenverband aushelfen. Nun können sich ja solche theilweise arbeitsunfähige Arbeiter eventuell an den Armenverband wenden. Wer aber die Verhältnisse in namentlich kleinen Gemeinden kennt, wird die Scheu vor Inanspruchnahme von Armengeld und die Schwierigkeit, es zu erhalten, kennen. Dass ein verunglückter Arbeiter die ersten 13 Wochen, wenn seine Unterbringung in einem Krankenhause nicht nöthig ist und er entweder gar keine oder nur wenig Arbeit leisten konnte, vom Armenverband genügend unterstützt wird, ist wohl die Ausnahme. Bei Besitzern entsteht aber eine Schwierigkeit in der Beurtheilung der vorher vorhandenen partiellen Erwerbsunfähigkeit, wenn diese (wie so ziemlich regelmässig) behaupten, vorher voll-

[1]) Kaufmann: Handbuch. 2. Aufl., S. 161.
[2]) Ibidem; S. 184.

ständig ihre Wirthschaft besorgt zu haben, darin, dass man nicht oder schwer kontrolliren kann, wie sie sich ihre Arbeit vertheilt haben, inwieweit die Familie mitgeholfen hat, wie viel auf die Aufsicht zu rechnen ist u. s. w. Doch dies soll an der Hand spezieller Entscheidungen später betrachtet werden.

In den vorstehenden Ausführungen glaube ich den Beweis zu erbringen, dass der §. 6 den landwirthschaftlichen Arbeiter bezw. Rente bei schon vor einem Unfalle vorhandener Minderwerthigkeit besser stellt als sonstige Rentenberechtigte. Es zeugt von Wohlwollen für die Landwirthschaft, wenn die Entscheidung vom 27. Juni 1890 ausführt: Die Berücksichtigung des bisherigen Arbeitsfeldes ist zwar sonst bei Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit eines Verletzten nicht lediglich in Rücksicht zu ziehen, aber in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben ist dieser Grundsatz nicht mit gleicher Schärfe in Betracht zu ziehen wegen der grösseren Sesshaftigkeit der betreffenden Arbeiter. Nun wird ferner im Gegensatz zum §. 6, wenn vor dem Unfalle schon eine nach der Rechtsprechung vorhandene Arbeitsverminderung besteht, bei den Ersteren angenommen: die verminderte Arbeitsfähigkeit findet schon ihren Ausdruck in dem verminderten Lohn (Amtliche Nachrichten, 1887, Nr, 17), Ziff. 258[1]). Ob also ein früher Verletzter ebensoviel oder gar mehr als ein gleichwerthiger Arbeiter verdient, ist hier gleichgültig. Bei den Letzteren aber wird erst festgestellt, ob er einen geringeren Lohn verdient und zwar wegen der früheren partiellen Erwerbsunfähigkeit. Lässt sich dieser niedrige Lohn nicht feststellen, so wird die Frage nach letzterer gar nicht erörtert (Amtl. Nachr. 1893, S. 165, Z. 801). Der Zweck des letzten Absatzes im §. 6 des Landw. u. s. w. Unf.-Ges. war nach den Motiven (Handbuch der Unf.-Vers., S. 541): Streitigkeiten über die oft schwer zu entscheidende Frage, ob theilweise Erwerbsunfähigkeit vorlag, möglichst auszuschliessen. Ob die Entscheidungen in ihrem Wohlwollen für die Arbeiter, nämlich der ländlichen, nicht mitunter sich zu Sklaven der Logik machen oder in einem Gegensatz zu den thatsächlichen Verhältnissen setzen, kann aber wohl untersucht werden. Ein landwirthschaftlicher Arbeiter verliert ein Auge und wird mit 25% i. v. entschädigt, erleidet er einen Bruch, mit 10%, eine grobe Entstellung mit — in dem Falle Amtl. Nachr. 1894, S. 276, Z. 1341 — 25%. Wenn er als ländlicher Arbeiter trotzdem denselben Lohn erhält — und das ist ja in der Regel der Fall — so erhält er doch Rente. Kommt ein neuer Unfall hinzu, so erhält er dann eine Rente, als ob er vorher gar nicht geschädigt gewesen wäre. Das sieht allerdings einigermassen so aus, als ob der arme Verletzte nicht nur für den verbliebenen Schaden auf wirthschaftlichem Gebiete, sondern auch für sein Unglück entschädigt worden ist; das befremdet und macht die Mitarbeiter neidisch.

Nach den Gesetzen der ausgleichenden Gerechtigkeit sollte

[1]) Die Entscheidungen etc. sind meist nach der ausgezeichneten Zusammenstellung von Götze-Schindler: Taschenkalender z. G. d. Arb.-Vers.-Ges., 1899 zitirt.

ein landwirthschaftlicher Arbeiter, wie er höhere Rente wegen Sesshaftigkeit und dem starken Angebot minderwerthiger Arbeiter, — die bei Bauern namentlich gar nicht unterkommen können —, als andere erhält, auch wegen Nachfrage nach vollwichtigen Arbeitern eine niedrigere bezw. gar keine (eventuell ruhende) Rente erhalten, wenn er dasselbe wie früher leisten und verdienen kann.

Analog den Uebertreibungen bei Unfällen seitens der Antragsteller hat man auch mit denen der Gemeinden bezüglich der vor dem Unfalle vorhandenen Erwerbsfähigkeit zu rechnen. Dasselbe gilt übrigens mut. mut. bei der Invaliditäts-Versicherung.

Im Allgemeinen besteht bei dem Arbeiter die irrige Meinung, dass er, wenn er nicht genug mehr arbeiten kann, um sich das Nothwendigste zu verdienen, nunmehr auf Grund seiner Marken bezw. wegen der Folgen des Unfalls soviel bekommen müsse, um zur Noth leben zu können. Dass die Gemeinden aber sich sträuben, ihre Armenlast zu vermehren, ist natürlich. So liest man erstaunliche Angaben über die bisherige vollständige Arbeitsfähigkeit sichtlich altersschwacher etc. Arbeiter, namentlich auch Besitzer. Das Drängen der minderwerthigen Arbeiter nach Rente hat allerdings auch einen guten Grund in der Scheu und der Beschämung, von der Gemeinde unterstützt zu werden. Jedenfalls kann eine ländliche Arbeiterin, die noch die Verdienstgrenze (hier 85,50 M. p. a.) erreicht, nicht von ihrem Erwerbe existiren. Dann muss sie aber zunächst Armengeld erhalten, bis sie etwa auch zu dem obigen Verdienst nicht mehr fähig ist. Und in dieser Beziehung sind die ländlichen Arbeiter in der That schlimmer daran wie Andere, eben weil sie nichts Anderes verstehen, als Feldarbeit und weil minderwerthige Arbeiter von dem Dominium nur zum Theil, von den Bauern aber u. A. gar nicht verwendet werden können.

Auf eine Lücke soll hierbei noch aufmerksam gemacht werden: Wie wird das festgestellt, dass Jemand wegen angeblicher Arbeitsunfähigkeit Armenunterstützung erhalten muss? Abgesehen von unzweifelhaften Fällen kann das nur auf Grund ärztlicher Untersuchung geschehen. Wer ist verpflichtet, diese zu veranlassen? Die Leute haben natürlich kein Geld und der Arzt keine Verpflichtung, die Polizeiverwaltungen aber keine Mittel für diesen Zweck. Auch das wäre eine Aufgabe für den künftigen Kreisarzt, alle solche Beschwerden von angeblich Arbeitsunfähigen, die von den Armenverbänden als unbegründet zurückgewiesen werden, vom Landrath zur Prüfung zu erhalten, die Simulanten zu entlarven, andernfalls aber auf die Pflichterfüllung der Armenverbände energisch hinzuwirken.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Versammlung der Medizinalbeamten des Regbez. Danzig am 4. Juli 1899.

Die Versammlung fand in der Wohnung des Vorsitzenden statt; anwesend waren die Herren Reg.- und Med.-Rath Dr. Borntraeger, Vorsitzender, die

Kreisphysiker DrDr. San.-Rath Annuske-Putzig, Arbeit-Marienburg, Bremer-Berent, Eschricht-Danzig, San.-Rath Deutsch-Elbing, Kämpfe-Karthaus, San.-Rath Dr. Wendt-Pr. Stargard, der kommissarische Kreiswundarzt Dr. Meyer-Elbing und die pro physicatu geprüften Aerzte DrDr. Berg-Danzig, Hochmann-Marienburg, Lotzin-Elbing.

Es werden einige kleinere Mittheilungen gemacht und wird beschlossen, die Einnahmen für die Referate über die Vorträge der Vereinskasse zu überweisen.

Sodann erörterte der Vorsitzende die **Bedeutung und Wichtigkeit der Brunnen- und Wasseruntersuchungen** durch die Medizinalbeamten selbst, gab einen kurzen Ueberblick über die hier in Frage kommenden Prinzipien und führte eine einfache, nach seiner Anschauung für die meisten Fälle genügende Wasseranalyse praktisch aus, wie sie im Wesentlichen für die Untersuchung der Wässer durch die Sanitätsoffiziere der Kaiserlichen Marine vorgeschrieben ist. Es wurde, ausser den physikalischen Eigenschaften des Wassers, bestimmt sein Gehalt an Ammoniak, salpetriger Säure, Salpetersäure und Schwefelsäure qualitativ, an Chlor, Eisen und organischen Substanzen (durch Kaliumpermanganat in saurer Lösung) quantitativ, desgleichen der Härtegrad. Die Art der bakteriologischen Prüfungen wurde kurz erwähnt.

Nach der Einnahme des Mittagsmahles mit Damen im „Rathskeller“ erfolgte gemeinsam mit dem „Verein für Gesundheitspflege zu Danzig“ und einigen Gästen ein Ausflug zu Dampfer nach der alten Seestadt Hela auf der Spitze der gleichnamigen Nehrung, wo das neu erbaute Kurhaus, dessen auf ca. 100 m niedergetriebener artesischer Brunnen, sowie einige andere Anlagen (Seebad, Brunnen in der Dorfstrasse, Fischräuchereien u. s. w.) besichtigt wurden.

Dr. Borntraeger-Danzig.

Bericht über die diesjährige Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege vom 13.—15. September zu Nürnberg.

2. Sitzungstag, Donnerstag, den 14. September.

(Schluss.)

Der zweite Verhandlungstag war ausschliesslich der **Bedeutung und Aufgabe des Schularztes** gewidmet. Der erste Referent, Geh. Oberschulrath Prof. Dr. Schiller-Leipzig, der in seinem Vortrage den Standpunkt des Schulmannes vertrat, warf einleitend zunächst einen kurzen Ueberblick auf die bedeutenden Fortschritte, die die medizinische Wissenschaft und mit ihr die Hygiene in den letzten 25 Jahren gemacht hat. Auch bezüglich der Schulhygiene seien in letzter Zeit nicht unerhebliche Fortschritte zu verzeichnen; dieselben hätten allerdings bis jetzt die Hygieniker und Schulärzte noch nicht befriedigt und zwar sei die Ursache davon theils in der Macht der Ueberlieferung und der menschlichen Unvollkommenheit zu suchen, theils auch wohl darin, dass manche Erscheinungen in übertriebenem Masse als schädlich hingestellt würden. Der Verein für öffentliche Gesundheitspflege habe sich schon in den Jahren 1877, 1878 und 1895 mit der Frage der Anstellung von Schulärzten beschäftigt, und wenn jetzt von ärztlicher Seite eine solche immer dringender verlangt werde, so liege dies nicht allein in den mangelhaften hygienischen Schuleinrichtungen, sondern auch besonders in dem Umstande, dass an die Schulhygiene immer grössere Anforderungen gestellt würden. Viele Stadtverwaltungen gingen den Staatsbehörden längst mit gutem Beispiele voran und trieben eine verständige soziale Schulhygiene. Anfangs seien die Hygieniker viel zu weitgehend gewesen, und daher der Widerstand der Lehrer gegen die Anstellung von Schulärzten entstanden. Nachdem aber die einsichtigen Aerzte dies eingesehen hätten, und namentlich auch seitdem der preussische Kultusminister die Wiesbadener Einrichtungen als Muster hingestellt habe, finde die Anstellung von Schulärzten immer mehr Anklang. Hierin könne aber nicht der Gipfelpunkt der Schul-Hygiene erblickt werden; denn die Uebelstände in den Schulen haben ihren Grund nicht allein im Mangel an Schulärzten, sondern in der mangelhaften Ausbildung des Lehrerpersonals. Die Untersuchung und Beaufsichtigung von 4000 oder auch nur 1500 Schulkindern könne immer nur eine oberflächliche sein; deshalb sei die Mitwirkung des Lehrers unbedingt erforderlich. So müssten z. B. die Lehrer ihr Hauptaugenmerk auf möglichste

Sauberkeit und gute Lüftung in den Schulen richten. Leider würden aber oft seitens der Kommunalbehörden die Kosten für eine ausreichende Reinhaltung der Schulen gespart.

Vorläufig werde die Anstellung von Schulärzten wohl nur auf die Volksschule beschränkt bleiben; namentlich sei auf den Dörfern und in den kleinen Städten die schulärztliche Beaufsichtigung dringend nothwendig, da sich hier die meisten sanitären Missstände fänden. An den höheren und Mittelschulen seien Schulärzte wohl wünschenswerth, aber nicht direkt nothwendig, da hier die Beaufsichtigung zum grössten Theil schon von den Eltern ausgeübt resp. die erforderliche ärztliche Ueberwachung bereits im elterlichen Hause gewährt werde. In den Volksschulen würden auch die zur Abstellung von Missständen nöthigen Erfahrungen rascher und leichter gewonnen werden. Freilich werde ein energisches Eingreifen der Schulärzte leicht zu Verwaltungsstreitfragen und zu grossen Aufwendungen seitens der Gemeinden führen. Wünschenswerth sei eine Mitwirkung der Baubeamten auf dem Gebiete der Schulhygiene in der Weise, dass diese vielleicht ein- bis zweimal im Jahre in Gemeinschaft mit den Schulärzten die Schullokalitäten in bauhygienischer Hinsicht zu untersuchen hätten. Vor allem sei aber ein Zusammenarbeiten von Schularzt und Lehrer erforderlich, denn durch ein derartiges Heranziehen zur Mitarbeit werde der Widerstand der Lehrer gegen diese neue Einrichtung gebrochen, während er jetzt noch durch die Befürchtung aufrecht erhalten werde, dass die Schulärzte die Uebermacht in den Schulen erhalten könnten. Deshalb dürfe auch den Schulärzten in den Schulen ein „Befehlsrecht“ nicht zugestanden, sondern nur die Führung in schulhygienischen Sachen übertragen werden. Redner widerlegt dann noch die Ansicht eines kleinen Theils der Lehrerschaft, dass bei vorhergegangener hygienischer Ausbildung der Lehrer die Anstellung von Schulärzten überflüssig sei. Freilich würde ein hygienisch vorgebildeter Lehrer manchen von ihm erkannten Uebelstand beseitigen können, indessen seien hierfür doch gründliche und nur durch eingehendes gründliches Studium zu erlangende Kenntnisse erforderlich. Dagegen sei, wie schon gesagt, die Mitwirkung des Lehrers nicht zu entbehren; denn viele noch schwebende Fragen, wie z. B. die Entwickelung der Kinder im frühesten Alter, die Ueberbürdungsfrage u. s. w. können nur bei gemeinsamer Arbeit von Lehrern und Schulärzten gelöst werden. Ebenso wie man aber vom Lehrer eine gewisse hygienische Vorbildung verlangen müsse, sei auch eine spezialistische Ausbildung der Schulärzte namentlich in Bezug auf Augen-, Ohren-, Zahn- und Nervenkrankheiten, Rückgratsverkrümmungen u. s. w. erforderlich.

Zum Schluss warnt Redner, mit seinen Forderungen zu weit zu gehen; man solle im Gegentheil nur solche aufstellen, die durchführbar seien und sich womöglich schon anderwärts bewährt hätten. Wenn sich die Schularztfrage in praktischen Grenzen bewege, dann werde sie auch sehr bald einer befriedigenden Lösung entgegengeführt werden.

Der zweite Referent, Dr. Schubert-Nürnberg, der das Thema vom ärztlichen Standpunkt aus beleuchtete, wies auf die schulärztlichen Einrichtungen in Wiesbaden hin, die von Seiten des preussischen Kultusministers als Muster aufgestellt seien und die bereits in Frankfurt a. M. Nachahmung gefunden hätten und in Darmstadt, Königsberg, Heilbronn, Giessen und Offenbach bald in's Leben treten würden. Auch in Leipzig seien die schulärztlichen Einrichtungen weiter ergänzt und selbst in Berlin, wo man am meisten der Anstellung von Schulärzten sich widersetzt hätte, habe man ernste Schritte auf diesem Gebiete gethan. Nach Ansicht des Referenten ist aber eine schulärztliche Beaufsichtigung nicht allein für die Volks-, sondern auch für die höheren und Mittelschulen nothwendig; denn nur zu oft würden gerade in gebildeten Familien die Krankheiten der Kinder verkannt — er nenne z. B. nur die durch chronische Entzündung und Hypertrophie der Mandeln, des Rachens und der Nasenschleimhaut entstehende Schwerhörigkeit und Unfähigkeit zum Aufmerken — und die Kinder für unlustig, träge und eigensinnig gehalten. Ebenso würden gerade von wohlhabenden Eltern Befreiungen ihrer Kinder vom Turnunterricht verlangt, obwohl es diesen vom hygienischen Standpunkte aus betrachtet weit dienlicher sein würde, noch einige Stunden mehr zu turnen. Vortragender kam dann auf die Ueberbürdungsfrage, in der gerade der Schularzt ein Wort mit zu sprechen habe, und zwar weniger mit Rücksicht auf die qualitative, als auf

die quantitative Ueberbürdung. Der Schularzt müsse deshalb bei Feststellung des Schul- resp. Stundenplanes hinzugezogen werden, die Kinder einer regelmässigen periodischen Untersuchung unterwerfen, hierbei ein besonderes Augenmerk auf die Hygiene des Körpers und Körperhaltung, besonders beim Schreiben u. s. w. richten und auch die Unterrichtsmittel (Papier, Bücherdruck u. s. w.) kontroliren; auf die Einführung der Steilschrift sei immer wieder von Neuem hinzuwirken. Nicht minder müsse der Schularzt die Entstehung und Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schule zu verhüten suchen, die Schulräume, Nebenräume und sonstigen Einrichtungen in hygienischer Hinsicht überwachen und sich durch unvermuthete Revisionen von der in der Schule herrschenden Reinlichkeit überzeugen.

Für grössere Städte, wo mehrere Schulärzte erforderlich seien, empfahl Redner die Anstellung eines Schuloberarztes, der die Vermittelungsperson zwischen Schulärzten und Schulbehörde sein und der Schuldeputation als stimmberechtigtes Mitglied angehören müsse. Am besten eigne sich hierzu der Amtsarzt. Ebenso sei bei der Zentralinstanz eine oberste, unter Oberleitung eines hervorragenden Hygienikers zu stellende Behörde für Schulgesundheitspflege vorzusehen, die dafür zu sorgen hätte, dass den Forderungen der Gesundheitspflege in dem Schulwesen Rechnung getragen würde, und der die Aufsicht über die Schulärzte, die Sorge für die hygienische Ausbildung der Lehrer u. s. w. zu übertragen sei.

Schliesslich betonte Referent die Pflicht des Staates, dafür zu wirken, dass von Seiten der Schule mehr auf die körperliche Entwickelung der Kinder Bedacht genommen würde; denn der Staat sei an deren körperlichen Erziehung nicht minder interessirt wie an ihrer geistigen, und zwar besonders mit Rücksicht auf die Erhaltung der Wehrkraft. Aber auch die Mädchen müssten behufs Kräftigung ihres Körpers mehr zu körperlichen Uebungen herangezogen werden. Am zweckmässigsten sei die Verlegung des Schulunterrichts auf die Vormittagsstunden, während des Nachmittagsm indesten seine Stunde für alle möglichen körperlichen Uebungen (Jugendspiele, Marschübungen, Schwimmen, Rudern, Schlittschuhlaufen u. s. w.) einschliesslich des Turnunterrichts angesetzt würde. Selbstverständlich müssten hierbei aber alle sportlichen Uebertreibungen vermieden werden. Jedenfalls sei die Entwickelung der Schulgesundheitspflege und Schularztfrage jetzt auf einen Punkt angelangt, wo die Mitarbeit des Staates, der bisher als wohlwollender Beobachter seitwärts gestanden, nicht mehr entrathen werden könne.

Die beiden Referenten hatten ihre Ausführungen in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

1. „Zur Wahrung und Förderung der Gesundheit der Schuljugend ist die Anstellung hygienisch vorgebildeter Schulärzte für alle vom Staat, von der Gemeinde oder von Privaten geleiteten niederen und höheren Unterrichtsanstalten erforderlich.

2. Die Aufgabe der Schulärzte umfasst:

I. Die Ueberwachung der gesundheitlichen Verhältnisse des Schulgebäudes und der Schuleinrichtungen.

II. Die Beaufsichtigung des Vollzuges der über Hygiene des Unterrichts und der Unterrichtsmittel erlassenen Vorschriften.

III. Die Obsorge für die Gesundheit der Schulkinder; und zwar:

a) Die Unterstützung des Amtsarztes bei Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten;

b) Die Feststellung körperlicher Mängel der Kinder zum Zweck fortgesetzter Beobachtung oder besonderer Berücksichtigung beim Schulbetrieb;

c) Die Ueberwachung der körperlichen Erziehung, soweit diese von der Schule geleitet wird.

3. Grössere Gemeinden sollen für ihre Volks- und Mittelschulen aus eigenen Mitteln Schulärzte anstellen, deren Dienstordnung den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die vom Amtsarzt auszuübende schulhygienische Aufsicht anzupassen ist. In grösseren Städten empfiehlt sich die Bestellung eines Schuloberarztes zum Zweck der Begutachtung und Vorbereitung aller wichtigen und allgemeinen schulhygienischen Anordnungen und zur Vermittlung des dienstlichen Verkehrs mit der Schulbehörde. Wenn möglich ist hierfür der Amtsarzt zu wählen.

In kleineren und unbemittelten Gemeinden hat der Staat für Anstellung einer genügenden Anzahl von Schulärzten zu sorgen. Desgleichen fällt ihm die Pflicht zu, für die staatlichen höheren Unterrichtsanstalten Schulärzte aufzustellen.

Privatschulen sind den am Ort thätigen städtischen oder staatlichen Schulärzten zuzuweisen.

Wenn bei staatlichen oder städtischen Unterrichtsanstalten oder Schulgruppen besondere Aufsichtsräthe, Kuratorien, Schulkommissionen oder dergleichen bestehen, so muss der zuständige Schularzt oder Schuloberarzt darin Sitz und Stimme haben.

4. Der zentralen Schubehörde des Staates oder der Provinzen sind tüchtig vorgebildete ärztliche Hygieniker als vortragende Räthe für Schulgesundheitspflege in genügender Zahl beizugeben. Ihnen fällt die Vorbereitung und Ueberwachung aller Verfügungen über die Hygiene der Schulgebäude, der Schuleinrichtungen, des Unterrichts und der Schüler, besonders aber der weitere Ausbau des körperlichen Erziehungswesens zu. Sie haben ferner in bestimmten nicht zu langem Turnus sämmtliche höheren Schulen, Volks- und Privatschulen ihres Bezirks einer eingehenden hygienischen Revision zu unterziehen. Endlich sollen sie für die Leiter aller Schulen Fortbildungskurse veranstalten und über die Wirkung der Schule auf die Gesundheit von Lehrern und Schülern zweckdienliches Material sammeln.

5. Die Lehrer und Lehrerinnen an allen Schulen sind hygienisch vorzubilden; hierfür sind die Lehrerseminarien und die Hochschulen in Anspruch zu nehmen. Schulhygiene wird für alle Lehrerkategorien ein allgemein verbindliches Prüfungsfach."

In der sich anschliessenden Diskussion wu de fast durchweg die Nothwendigkeit der Anstellung von Schulärzten betont, nur der erste Redner, Oberbürgermeister Delbrück-Danzig bekannte sich als Gegner der von den Referenten aufgestellten Grundsätze und wies dabei auf die bestehenden Einrichtungen in Danzig hin, die sich gut bewährt hätten. Dort sässen zwei Aerzte in der Schuldeputation, die die allgemeinen Schulverhältnisse überwachen, während für Untersuchungen der Schulkinder auf das etwaige Vorhandensein von Augen-, Ohren-, Nasen- u. s. w. Krankheiten Spezialisten gegen Honorar herangezogen würden. Man möge lieber die bestehende Organisation entsprechend ausstalten, als neue Verwaltungsspezialitäten hervorrufen; denn diese würden schwerfällig arbeiten, viel Schreibereien verursachen und oft Kompetenzkonflikte herbeiführen.

Stadtrath Kalle-Wiesbaden sprach seine Freude darüber aus, dass sich Schulmann und Arzt in den Schlusssätzen geeinigt hätten. Von der freiwilligen Thätigkeit der Aerzte verspreche er sich keinen ausschlaggebenden Erfolg, er stehe deshalb auf dem Standpunkt der Referenten. San.-Rath Dr. Loth-Erfurt theilte die Erfahrungen mit, die man in Erfurt mit der Anstellung von Schulärzten gemacht habe; die Resultate ihrer Thätigkeit seien durchaus günstige, namentlich in Bezug auf schwachbegabte Kinder und der Entstehung bezw. Verhütung ansteckender Krankheiten. Er könne deshalb die schulärztliche Beaufsichtigung nicht genug empfehlen, müsse sich aber gegen die Anstellung von beamteten Aerzten als Schuloberärzte aussprechen, da e· dann allzu leicht zu Differenzen zwischen der Stadtverwaltung und der staatlichen Behörde kommen würde. Prof. Dr. v. Esmarch-Königsberg trat ebenfalls den Ausführungen des Oberbürgermeisters Delbrück entgegen; denn eine periodische, spezialistische Untersuchung könne den Schularzt, der in der Schule wie der Hausarzt in der Familie wirken müsse, nicht ersetzen. Ansteckende Krankheiten, wie Scharlach, Diphtherie u. s. w. liessen sich nur bei fortwährender Kontrole erkennen. Hierbei müsse der Schularzt namentlich von dem Lehrer unterstützt und deshalb dieser hygienisch vorgebildet sein. Dr. Strassmann-Berlin stimmte ebenfalls den Referenten bei, jedoch dürfe man nicht zu viel von dem Schularzt verlangen und zu grosse Hoffnungen auf seine Thätigkeit setzen. Er könne nur dann seine Aufgabe lösen, wenn er der Unterstützung des Lehrers, der die Kinder fortwährend unter Augen habe, sicher sei. Die Anstellung von beamteten Aerzten als Oberschulärzte widerspreche den Bestimmungen der Städteordnung und sei deshalb zu widerrathen.

Oberbürgermeister Zweigert-Essen erkannte zwar die Nothwendigkeit einer möglichst ausreichenden Handhabung der Schulhygiene an; er sei aber

zweifelhaft, ob die Anstellung von Schulärzten zweckmässig und nicht der in Danzig eingeschlagene Weg vorzuziehen sei. Den Nachweis grosser Missstände, den doch die Anstellung von Schulärzten bedinge, habe er bis jetzt vermisst. Immerhin aber könne ein derartiger Versuch gemacht werden, jedoch müsse mehr Gewicht auf die hygienische Ausbildung der Lehrer gelegt werden; denn ohne deren Mitwirkung könnten alle Schulärzte namentlich in Bezug auf Lüftung und Sauberkeit in den Schulen nur wenig ausrichten. Mit Rücksicht auf die weitere Entwickelung des Schularztwesens empfehle es sich, Stadtärzte anzustellen, die nach dem neuen Gesetz, betr. die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w., mit den amtlichen Funktionen der Kreisärzte betraut werden könnten. Diese Stadtärzte würden dann auch die gegebenen Schuloberärzte sein.

Seminaroberlehrer Netsch-Dresden gab die Versicherung ab, dass bei weitem die grösste Mehrzahl der deutschen Lehrer der Schularztfrage sympathisch gegenüberstehe, jedoch müsse er der Einführung der Schulhygiene als Lehrgegenstand in den Seminarien wegen der dadurch entstehenden Ueberbürdung widersprechen. Dr. Petruschky, Direktor des bakteriologischen Instituts in Danzig, verlangte eine bakteriologische Ausbildung der Schulärzte und eine Vermehrung der bakteriologischen Untersuchungsanstalten. Sehr wichtig wäre z. B. die Untersuchung des Auswurfs kränklicher Lehrer auf Tuberkelbazillen sowie der Mund und Rachenschleimhaut der Kinder auf Diphtheriebazillen in der Rekonvalescenz, um die betreffenden Kinder erforderlichen Falles vom Schulbesuch fern zu halten.

Stadtrath Grimm-Frankfurt a. M. empfahl ebenfalls den Stadtarzt zum Oberschularzt zu bestellen. Im Uebrigen dürfe der Schularzt keine eigene Instanz bilden, sondern der Schulbehörde und dem Lehrer gegenüber nur als Berather fungiren, wie der Stadtbaurath gegenüber der Stadtverwaltung. Dr. Deppich-Pottenstein wies darauf hin, dass sich die Anstellung von Schulärzten auf dem Lande schwieriger gestalte, da die Landbevölkerung zu misstrauisch und schwerfällig gegen Neueinrichtungen sei, und vor allen Dingen kein Geld anwenden wolle. Aber gerade hier sei mit Rücksicht auf die vielen gesundheitlichen Missstände in den Schulen eine ärztlich-hygienische Ueberwachung nothwendig; dazu würde es aber genügen, wenn diese jährlich mindestens einmal durch den beamteten Arzt revidirt würde.

In seinem Schlussworte betonte der erste Referent, Geh. Rath Prof. Dr. Schiller, noch die Wichtigkeit der Mitarbeit des Elternhauses; denn so lange diese nicht gewonnen sei, werde mit hygienisch gebildeten Schulärzten nichts erreicht. Man müsse deshalb durch Aufsätze und Schriften für Belehrung des Publikums wirken. Der Ansicht des einen Vorredners (Netsch), dass die Lehrerseminaristen durch Einführung der Schulhygiene als Lehr- und Prüfungsgegenstand überbürdet würden, sei entschieden unzutreffend, namentlich werde dadurch das Gedächtniss nicht überanstrengt. Der zweite Referent schloss sich diesen Ausführungen an.

Von einer Beschlussfassung über die Thesen wurde auch hier Abstand genommen und die Sitzung um 2 Uhr geschlossen.

Am Nachmittag fanden wiederum Besichtigungen (städtisches Elektrizitätswerk, Lebkuchen- und Chokoladenfabrik von Häberlein, verschiedene öffentliche Schulen, vereinigte Pinselfabriken u. s. w.) und am Abend 7½ Uhr ein Gartenfest im Stadtpark statt.

3. Sitzungstag, Freitag, den 15. September d. J.

Zu Beginn der Sitzung gelangte zunächst durch Oberstabsarzt Prof. Dr. Jaeger-Königsberg i. Pr. eine Erklärung der Frauen, welche der vorhergehenden Sitzung beigewohnt hatten, zur Verlesung, in der diese Vorschläge zur erspriesslichen Mitbetheiligung der Frauen bei der Schulgesundheitspflege machen. Mit Rücksicht auf das grosse Interesse, das gerade die Mütter an der Gesundheit der Schuljugend haben, müsse man dahin streben, diese mehr als bisher für die Mitarbeit heranzuziehen, damit die häusliche Gesundheitspflege mit der Schule Hand in Hand gehe. Man solle deshalb einen Schulgesundheitsrath bilden, dem auch Frauen als Mitglieder angehören müssten. Ausserdem empfehle sich die Errichtung von schulhygienischen Kursen für Frauen. Der Verein wird ersucht, für Durchführung dieser Vorschläge das Weitere zu veranlassen.

Die beifällig aufgenommene Erklärung wurde dem Ausschusse zur Be-

rathung überwiesen. Es erfolgte dann die Neuwahl des Ausschusses für das nächste Jahr; gewählt wurden Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gaffky-Giessen, Oberbürgermeister v. Borscht-München, Stadtbaurath Mayer-Stuttgart, Horfrath Dr. Stich-Nürnberg, Oberbürgermeister Schneider-Magdeburg und Geh. Baurath Stübben-Köln.

Auch an diesem Sitzungstage stand nur ein Verhandlungsgegenstand auf der Tagesordnung: **Massregeln gegen die Rauchbelästigung in den Städten.** Der an Stelle des verhinderten Baudirektors v. Bach-Stuttgart eingetretene Referent Ingenieur Hayer-Stuttgart unterschied in seinem Vortrage zwischen Dampfkesselfeuerungen und Feuerungen in Haushaltungen, kleineren gewerblichen Betrieben, wie Bäckereien u. s. w., und ging dabei näher auf das Wesen und die Ursache der Rauchplage ein. Diese entsteht bekanntlich bei unvollkommener Verbrennung der beim Erhitzen ausscheidenden Gase. Anthrazit und Kokes entwikelten fast gar keinen oder nur sehr wenig Rauch. Bei der Kohle und anderen Verbrennungsstoffen sei eine rauchlose Verbrennung zu erzielen 1) durch Entwickelung genügend hoher Temperaturen, 2) durch Zuführung genügender Luftmengen und 3) durch richtige Vertheilung der Luft mit den verbrennenden Gasen. Leider werde sich wohl keine Feuerung konstruiren lassen, die allen diesen Ansprüchen genüge, da die wechselnde Eigenschaft der verschiedenen Brennstoffe, die Betriebsverhältnisse und die Verschiedenheit der Kesselsysteme hier mit in Betracht kämen. Für die Dampfkesselfeuerungen der Industrie käme die Rauchbelästigung erst in 2. Linie in Frage, für sie sei in 1. Linie von Interesse, billige und den Betrieb nicht zu oft störende Feuerungen zu haben. Anderseits aber falle das Interesse des Publikums mit dem der Industrie zusammen, da mit der grössten Ausnutzung des Materials auch die geringste Rauchentwickelung verbunden sei. Da aber die Bevölkerung im Allgemeinen durch die Industrie Vortheile habe, so nehme sie die Rauchbelästigung vielfach gern mit in den Kauf. Mit allgemeinen Rauchverboten allein liesse sich nichts oder nur wenig erzielen. Die wirkliche Bekämpfung und Beseitigung der Rauchplage sei nur von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der örtlichen und sonstigen Verhältnisse zu erreichen. Bei bestehenden Anlagen müsse durch Zuziehung von Lehrheizern genau festgestellt werden, in wie weit die Belästigungen auf das Heizerpersonal, das Material und die Feuerungskonstruktion zurückzuführen seien. Bei Neuanlagen müsse die Konsessionsertheilung von der Zwekmässigkeit der Heizanlage abhängig gemacht werden sowie eine genaue und gründliche Untersuchung staatfinden. Dabei sei besonders auch darauf das Augenmerk zu richten, ob die Rostfläche dem Wärmebedarf entspreche. Zur Beurtheilung dieser Punkte müssten die Gewerbeinspektoren und Dampfkesselüberwachungsvereine herangezogen werden. Desgleichen sei die Errichtung von Heizerschulen anzustreben und auf bessere Ausbildung des Heizerpersonals, das vor der Anstellung sich einer strengen Prüfung zu unterziehen habe, hinzuwirken.

Fast noch mehr aber wie die Dampfkesselfeuerungen verunreinigten die kleineren Feuerstellen in Haushaltungen, Bäckereien und anderen Kleinbetrieben die Luft. Wenn auch hier die Belästigung weniger in die Augen falle, so müsse andererseits betont werden, dass die Vertheilung über die Stadt eine mehr gleichmässige sei. Für diese Feuerungen sei die Heizung mit Anthrazit und Kokes oder Gas ganz besonders zu empfehlen. Da aber die Leuchtgasheizung sich zu theuer stelle,sei auf die Verwendung von Wassergas, das heute nur 3,5 Pf. pro Kubikmeter koste, Bedacht zu nehmen. Zum Schluss fasste Referent seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. „Es giebt keine Feuerung, welche zum Zwecke der Rauchverhütung allgemein vorgeschrieben werden könnte.
2. Unter den bestehenden Feuerungen giebt es aber Einrichtungen in genügender Zahl, welche den örtlichen Verhältnissen (Kesselsystem, Brennstoff, Betriebsverhältnisse etc.) richtig angepasst und richtig bedient, völlig zufriedenstellende Ergebnisse erzielen lassen.
3. Einfaches Rauchverbot vermag dem Uebelstand nicht zu steuern.
4. Die Ansprüche an Rauchverhütung sind den örtlichen Verhältnissen entsprechend zu bemessen.
5. Das Vorgehen gegen die Rauchbelästigung hat von Fall zu Fall und nur unter Mitwirkung geeigneter, technisch erfahrener Organe zu geschehen.

Durch vorsichtige, wenn nöthig auch mit Schonung getroffene, aber ausdauernd verfolgte Massnahmen sind die betheiligten Kreise zu erziehen.

6. Eine ganz wesentliche Rolle bei der Rauchentwickelung spielt die Bedienung. Es ist deshalb der Heranziehung eines tüchtigen Heizerstandes ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

7. Für Haushaltungsfeuerungen, sowie für verschiedene kleinere gewerbliche Feuerungen ist die Einführung von Gasfeuerungen mit zentraler Gaserzeugung in grösserem Umfange ins Auge zu fassen."

Er bemerkt hierzu, dass die Frage der Rauchbelästigung die Behörden vieler Städte sowie technische Vereine schon beschäftigt, und Veranlassung zu geeigneten Untersuchungsorganen gegeben habe. Es sei deshalb zu hoffen, dass es den Bemühungen der Städte allmählig gelingen möge, die Rauchplage zu beseitigen.

Die sehr lebhafte Diskussion über diesen Vortrag eröffnete Prof. Nussbaum-Hannover, indem er Mittheilungen über die in Hannover nach dieser Richtung angestellten Versuche machte. Dieselben hätten ergeben, dass bei jeder Art von Brennstoffen sich bei richtiger Anlage der Heizung ein ständiges Rauchen vermeiden liesse. Er stimme dem Referenten bei, dass der Kleinbetrieb im Allgemeinen mehr Rauchbelästigung verursache, als der Grossbetrieb. Wenn einem Schornsteine grosse und dicke Rauchmassen entsteigen, so sei zweifellos irgend ein Fehler vorhanden; gewöhnlich sei die Heizfläche zu klein oder es fehle an der geeigneten Bedienung. Da der Russfall hauptsächlich dem Kleinbetriebe zu verdanken sei, so müsse man auch diesem mehr Aufmerksamkeit als bisher zuwenden. Redner glaubt nicht, dass das Wassergas eine grosse Zukunft habe, da die Heizkraft desselben nicht sehr gross sei und sich daher zu theuer stellen würde. Er müsse für die ausgedehnte Verwendung von Koks und Anthrazit namentlich im Kleinbetriebe plaidiren, da diese wenig Rauch entwickeln. An Stelle des theuren Leuchtgases würde sich die Einführung eines nicht leuchtenden, aber heizkräftigeren und billigeren Gases empfehlen. Der zweite Redner, Ingenieur Schott-Köln, empfahl besonders die Verwendung der Braunkohle, da sie, richtig verheizt, fast nicht oder nur sehr wenig rauche. In Mitteldeutschland würden jährlich 3 Millionen Tonnen Briquettes produzirt, von denen allein 800 000 Tonnen nach Berlin gingen. Die verhältnissmässig rauchfreie Luft in Berlin sei seines Erachtens auf die Verwendung dieser Braunkohlenbriquettes in den Haushaltungen und Kleinbetrieben zurückzuführen. Die Feuerung mit Briquettes sei keineswegs theurer; wo daher mitten in der Stadt ein Schornstein besonders rauche, sollten die Behörden die Abstellung dieses Uebelstandes fordern.

Oberbürgermeister Ebeling-Dessau besprach die Rauchplage vom Standpunkte des Verwaltungsbeamten. Von einer blossen Belehrung seien keine grossen Erfolge zu erwarten; ohne Eingreifen der Polizei werde man nur wenig ausrichten. Er verkenne allerdings nicht die Schwierigkeiten, die zu überwinden seien; denn man möge gegen die Industrie nicht gern scharf vorgehen, da sie der Bevölkerung auch unzweifelhaft Nutzen bringe. Andererseits aber werde die Industrie, deren oberster Grundsatz doch das Geldverdienen sei, aus freien Stücken nicht zur Einrichtung rauchfreier Heizungsanlagen zu bewegen sein. In die Haushaltungen könne die Polizei unmöglich eingreifen; er hoffe jedoch, dass allmählich der Ruf „Koche mit Gas" immer mehr Anklang finde. Was aber die Braunkohlenheizung namentlich bei Dampfkesselfeuerungen beträfe, so mache sich hierbei mehr als die Rauchplage die Aschenplage bemerkbar. Zum Schluss betonte Redner noch, dass der Verein für öffentliche Gesundheitspflege für die Zukunft die Frage der Rauchbelästigung stets im Auge behalten müsse.

Bezirksarzt Dr. Dorffmeister-Augsburg wies auf die starke Rauchbelästigung durch schlecht angelegte Waschküchen hin, wogegen die Baupolizei einschreiten müsse. Auch die Rauchentwickelung beim Asphaltiren in grösseren Städten sei belästigend. Namentlich aber sei die Rauchplage aus dem Bäckereibetriebe äusserst unangenehm; gerade hier seien oft noch vorsündfluthliche Einrichtungen in den Feuerungsanlagen vorhanden. Eine durchdringende Abhülfe dieses Missstandes sei nur möglich, wenn den Schlachthöfen entsprechend an der Peripherie der Stadt auch Zentralbackhöfe angelegt würden, und im Innern der Stadt nur der Verkauf der Backwaaren gestattet würde.

Bürgermeister Bansi-Quedlinburg erklärte sich ebenfalls gegen die

Verwendung von Braunkohlen der vielen Flugasche wegen, die sie zurücklasse und die schädlich für die Augen sei. Die Rauchplage würde nicht eher beseitigt werden, als bis allgemein die Kokes- und Gasfeuerung eingeführt werde. Die Städte müssten deshalb für die Verbilligung dieser Feuerung sorgen und auch deren Benutzung besser ausgestalten. Geh. Hofrath Prof. Neidinger-Karlsruhe betonte, dass die Ursache der Rauchbelästigung einmal in dem schlechten Heizmaterial, anderseits in dem ungeschulten und gleichgültigen Heizpersonal liege. Die Hausfrauen müssten sich mehr um die Heizung kümmern und die Fabrikherren nicht so oft mit dem Heizpersonal wechseln.

Fabrikbesitzer Tafel-Nürnberg bestritt, dass die rauchlose Feuerung durchweg wirthschaftlich günstige sei; denn bei der Forderung rauchfreier Feuerungsanlagen würden der Industrie grosse Kosten auferlegt. Dieselbe sei wohl bereit, Opfer zu bringen, doch dürften die Kosten nicht derart hohe sein, dass die Existenz der Industrie dadurch gefährdet werde. Zu einer der grössten Kalamitäten gehöre das Wechseln des Heizpersonals, woran aber die Industrie keine Schuld trage. Die Behörden sollten deshalb nicht so scharf vorgehen; für einen Theil der Bevölkerung würden dadurch wohl kleine Belästigungen beseitigt, während einem andern Theil grosse Kosten verursacht und viele Scherereien bereitet würden.

Geh San.-Rath Dr. Wallichs-Altona ist dem Vorstande sehr dankbar dass er das Thema der Rauchbelästigung auf die Tagesordnung gesetzt habe. In Hamburg-Altona sei die Rauchbelästigung eine so arge, dass dort kaum eine Tanne gedeihen könne. Er sei weit entfernt, der Industrie Hindernisse in den Weg legen zu wollen, aber nach dem heutigen Stande der Technik sei eine Abhilfe möglich. Regierungsrath Beisner-Merseburg theilte noch mit, dass es in einigen Krankenhäusern zu Halle a/S. gelungen sei, die Flugasche der Braunkohlenheizung fast ganz zu beseitigen. Auch er verspreche sich sehr wenig von der blossen Selbsthülfe zur Beseitigung der Rauchplage; hier müsse die Polizei mit Energie einschreiten.

Nachdem der Referent in seinen Schlussworte nochmals auf die Nothwendigkeit einer besseren Ausbildung des Heizerpersonals und die Errichtung von Heizerschulen hingewiesen hatte, wurde die Versammlung durch den Vorsitzenden mit herzlichen Dankesworten an die staatlichen und städtischen Behörden geschlossen. Kr.-Phys. Dr. Nünninghoff-Bielefeld.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Beitrag zur forensischen Würdigung der Selbstanklagen von Geisteskranken. Mitgetheilt von Direktor Dr. Kreuser in Schussenried. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Bd., 4. H., 1899.

Kr. weist darauf hin, dass Selbstanschuldigungen bei Melancholischen, Imbezillen und Hysterischen nicht ganz selten seien; die Erkennung derartiger Zustände macht meist keine grossen Schwierigkeiten. Viel mühsamer kann sich die Beurtheilung gestalten, wenn es sich, wie in dem von Kr. mitgetheilten Falle, um ein vielfach bestraftes Individuum handelt, dessen chronische halluzinatorische Verrücktheit erst nach längerer Voruntersuchung in der Anstaltsbeobachtung erkannt wurde. Der Kranke hatte sich mehrfacher Brandstiftungen, später eines Raubmordes bezichtigt und verlangte wegen angeblicher Gewissensbisse seine Bestrafung. Kr. wies nach, dass er hereditär belastet, seit langer Zeit geistig insuffizient und dem Alkohol ergeben sei. Das Zusammenwirken all dieser Momente hatte ein eigenartiges Krankheitsbild von Wahnvorstellungen, Visionen, Angstanfällen und Selbstanklagen gezeitigt, das jedoch nach Ansicht des Referenten nur mit inniger Einschränkung der Paranoia zuzurechnen sein dürfte. Dr. Pollitz-Brieg.

Ein Fall von simulirter Geisteskrankheit. Von Dr. Henrik A. Th. Dedichen, Rotroldasyl, Norwegen. Allg. Zeitschr. f. Psych., 56. Bd., 3. H.; 1899.

Simulation von Geisteskrankheiten ist — darin besteht unter allen Sachverständigen Uebereinstimmung — im Allgemeinen recht selten; man beobachtet sie am häufigsten noch bei belasteten, degenerirten Individuen, und der Arzt

hat die doppelte, oft recht schwierige Aufgabe zu lösen, einmal die Simulation nachzuweisen und anderseits die geistige Gesundheit des Simulanten darzuthun. Grade bei Degenerirten verlaufen Geistesstörung in so mannichfachen Bildern, dass es nicht immer leicht ist, Krankhaftes und Simulirtes zu scheiden. D. berichtet über einen in diese Kategorie gehörigen, 21jährigen Strafgefangenen, der wegen zahlloser Betrügereien, Brandstiftung und Fälschungen in Untersuchungshaft gekommen war. Er verfiel hier in Geistesstörung, die nach Ansicht des Gerichtsarztes in schlecht nachgeahmten Krämpfen bestand (?). Die weitere Beobachtung fand in der Irrenanstalt statt. Der Angeklagte bot ca. 14 Tage lang einen ängstlich-halluzinatorischen Zustand, erschien schlaflos und ängstlich. Später wurde er mittheilsam, gab jedoch auf einfache Fragen ganz unsinnige Antworten und erzählte viel von angeblichen nächtlichen Visionen. Sodann stellte sich wieder ein kurz dauerndes stuporöses Stadium ein, an das sich ein solches psychischer Klarheit anschloss, in dem der Kranke in wenig geschickter Weise Schwachsinn simulirte (wollte z. B. nicht bis 5 zählen können, nicht wissen, wo er sich befand u. a. m.) und von angeblichen Halluzinationen erzählte. Am Ende der Beobachtung hatte er 4 Kilo an Gewicht zugenommen. In der Gerichtsverhandlung gab er zu, simulirt zu haben. D. führt zum Schlusse aus, dass die einzelnen Symptome in fortwährendem Widerspruch miteinander gestanden hätten, dass der Kranke ferner auf Suggestion hin immer Neues beigebracht habe, und dass auch einzelne Symptome, die auf Geisteskrankheit gedeutet hätten, simulirt gewesen seien. Referent ist demgegenüber geneigt anzunehmen, dass es sich hier doch um einen Epilektiker gehandelt habe, der in seinen freien Zeiten — dem Charakter der Epileptiker entsprechend — simulirt hat. Ders.

Klinische Beobachtung zweier Fälle von polyneuritischer Psychose (Disphrenia alcoholico-polyneuritica). Von Dr. S. Kahlbaum, Oberarzt am städtischen Irrenhaus in Breslau. Allg. Zeitschr. f. Psych., 56. Bd., 3. H.; 1899.

K. theilt zwei Fälle sogenannter Korsakoff'scher Psychose mit, deren Unterscheidung von der Paralyse und dem Delirium tremens mancherlei Schwierigkeiten machen kann, wegen des Verlaufs und der Prognose der Krankheit jedoch sehr wichtig erscheint. Gemeinsam ist in all' diesen Fällen eine Reihe somatischer Erscheinungen des chronischen Alkoholismus; auch Gang- und Sprachstörungen, welch' letztere sich allerdings von dem Silbenstolpern der Paralytiker wohl unterscheiden, werden Anfangs beobachtet, verschwinden dagegen in der Abstinenz. Die Krankheit setzt akut unter dem Bilde eines Delirium tremens ein, und wird durch Desorientirtheit über die Aussenwelt (allopsychische D.), Gedächtnissdefekt für die jüngste Vergangenheit und zahlreiche Halluzinationen und Illusionen charakterisirt. Im Gegensatz zum Delirium tremens stellen sich jedoch gleich im Anfang eigenthümliche motorische Erscheinungen, zwecklose rythmische und arythmische Bewegungen ein (Hyperkinese nach Wernicke), und der Verlauf gestaltet sich kumulirend, indem die Krankheit erst nach mehreren Monaten ihre Höhe erreicht. Die Desorientirtheit macht sich später auch auf dem Gebiete der Persönlichkeits- und Körperlichkeitsvorstellungen (auto- und somatopsychische D.) geltend. Demenz gehört im Allgemeinen nicht zu diesem Krankheitsbilde. K. bezeichnet die Delirium tremens-Symptome als Begleiterscheinungen einer aus Störungen der Motilität und Orientirung zusammengesetzten Psychose. Im Sinne der Wernicke'schen Klassifikation handelt es sich um eine „hyperkinetische Motilitätspsychose mit totaler Desorientirung". Ders.

Ueber progressive Zwangsvorstellungspsychosen. Von Privatdozent Dr. Karl Heilbronner in Halle. Aus der Königl. psych. Klinik in Breslau. Monatsschr. f. Psychiatrie; V. Bd., 6. H.; Juni 1899.

Man war lange Zeit allgemein der Ansicht, dass Kranke, die an Zwangsvorstellungen leiden, nur ausnahmsweise an komplizirten Psychosen erkranken, wenn auch nicht selten derartige Zustände die Anstaltspflege nothwendig machen. Wille hat zuerst darauf hingewiesen, dass durch Addition und Subtraktion von Symptomen zu und von den Zwangsvorstellungen sich neue Krankheitsbilder entwickeln können. H. untersuchte seinerseits unter eingehender psychologischer Analyse zwei dahin gehörige Fälle, um festzustellen, „nach welchen Gesetzen sich die Progression vollzieht."

Eine 33jährige Diakonissin, die bereits im Anschluss an eine Pneumonie vor 5 Jahren psychisch erkrankt war, litt seit Januar 1896 an „quälenden Gedanken“ (sie solle Jemanden ermorden), später traten „sinnliche Gedanken“ auf, die sich besonders beim Treppensteigen einstellten, so dass Patientin nur schwer zum Treppensteigen veranlasst werden konnte. Dem Auftreten dieser Gedanken folgte stets ein Anfall von Angst, in welchem sie gelegentlich mehrere Selbstmordversuche machte. Die Kranke war schlecht genährt, vollkommen orientirt und voll Verständniss über ihren Zustand. Neben den sinnlichen Vorstellungen, denen Reizzustände in den katarrhalisch erkrankten Genitalien vorausgingen, stellten sich beim Beten oder dem Anblick religiöser Bilder zwangsweise Vorstellungen von Schimpfworten ein. Als nächstes Stadium traten Selbstanklagen auf, indem sie sich vorwarf, dass sie zu viel an ihre Sensationen gedacht habe. Gelegentlich deutete sie — aber immer mit vollem Verständniss des Krankhaften — an, dass ihr Leiden ein Werk des Teufels sei. Diese Einsicht ging jedoch bald verloren, während die Vorstellungen und die nachfolgende Angst an Extensität und Intensität zunahmen. Neben zahlreichen hypochondrischen Ideen trat der Versündigungswahn immer mehr in den Vordergrund, später gesellten sich auch Phoneme entsprechenden Inhalts hinzu, unter gleichzeitigem starkem Rückgang des Ernährungszustandes. Beziehungswahnvorstellungen wurden gelegentlich geäussert. Im September — also nach ca. $^3/_4$jähriger Dauer der Krankheit — trat eine Besserung ein; die Kranke schlief besser, gewann an Körpergewicht und hatte eine gewisse, beschränkte Krankheitseinsicht, allerdings unter Fortbestehen phantastisch-hypochondrischer und zahlreicher Versündigungs- und Beziehungsvorstellungen. Die Intelligenz und die Merkfähigkeit hatten nicht gelitten. Eine weitere Veränderung im Krankheitsbilde trat nicht ein.

Der zweite Fall, der eine Frau betrifft, die mehrfach geboren hatte und während der Gravidität erkrankte, bot eine weitgehende Uebereinstimmung mit dem ersten. Doch trat eine so bedeutende Besserung ein, dass die Kranke wieder in Geschäft und Familie thätig sein konnte; dabei blieben die Zwangsvorstellungen zum Theil bestehen. — Beiden Fällen ist, wie H. ausführt, der Ausgang von Zwangsvorstellungen und der Uebergang in eine progredient verlaufende Psychose gemeinsam. Geht die Einsicht in das Krankhafte der sich aufdrängenden Vorstellungen verloren, so treten Erklärungswahnideen auf. So gewinnt das Krankheitsbild im Anfang viel Analogien mit der Melancholie und der Angstpsychose. Massgebend für den weiteren Verlauf und den Ausgang der Psychose ist nicht nur die Form, sondern auch, wie H. betont, die Individualität der Kranken. Die ätiologischen Momente sind in beiden Beobachtungen gänzlich verschieden; die Fälle beweisen daher nach H., wie unberechtigt eine Klassifikation der Psychosen nach ätiologischen Gesichtspunkten erscheint.

Derr.

Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (Fournier). Von Dr. Ferdinand Klein, I. Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Eberswalde. Monatsschrift für Psychiatrie; Bd. V, 6. H., Bd. VI, H. 1 und 2, 1899, Juni-, Juli-, August-Hefte.

Die Lues ruft im Gehirn verschiedenartige Krankheitsprozesse hervor, in manchen Fällen treten zirkumskripte Tumoren, in anderen Fällen meningitische Entzündungen — vorzüglich an der Basis in der Gegend der Sehnerven — auf. Die Diagnose dieser Krankheitsformen macht dem Kenner weniger Schwierigkeiten, als die grosse Gruppe Paralyse-ähnlicher Krankheiten, die sich entweder als arteriosklerotische Prozesse, mit ihren Folgezuständen an Thrombosen und Erweichungen, oder als eigentliche Paralyse manifestiren. Die erstere Form bietet vorzüglich Herderscheinungen, je nach der Stelle, an der die erkrankten Gefässe die Thätigkeit der nervösen Elemente stören; die letztere ist eine progressiv verlaufende, diffuse Erkrankung des Nervenparenchyms, ein „metasyphilitischer Nervenschwund“. Dieser pathologisch-anatomische Unterschied in den beiden Krankheitsformen bedingt auch gewisse klinische Unterschiede, deren Kenntniss von grossem Interesse ist, da der Gesammt erlauf der beiden Formen eine Scheidung nothwendig erscheinen lässt. Nach der psychischen Seite stellt sich, wie Kl. in Uebereinstimmung mit den Autoren nachweist,

bei der Lues cerebri mehr ein partieller geistiger Defekt ein; die Krankheitssymptome beginnen nicht selten mit melancholisch-hypochondrischen Ideen, neuralgiformen- und Stirnkopf-Schmerzen. Sehr wichtig ist in diesen Fällen das Auftreten spezifischer Prozesse kurz vor und während des Ausbruchs der Krankheit. Die Möglichkeit der Heilung und die Wirkung einer entsprechenden Kur betont Kl. als besonderes Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Paralyse. Der Verfasser theilt 7 Fälle der genannten Form aus der Irrenanstalt Eberswalde mit, unter denen der erste vom Gerichte zur Begutachtung seines Geisteszustandes der Anstalt überwiesen worden war, nachdem er durch seine konfusen Angaben und zunehmende Apathie anfänglich den Eindruck der Simulation gemacht hatte. Unter den zahlreichen körperlichen Symptomen befestigte das Vorhandensein einer Stauungspapille die Diagnose, ausserdem war eine spezifische Ulzeration am Schenkel kurz vor Ausbruch der Krankheit zur Beobachtung gekommen.

Zwei Fälle boten neben den Herdsymptomen klinische Bilder der Paranoia mit Gehörstäuschungen und systematisirtem Verfolgungswahn. Gelegentlich (Fall 6) ist das Krankheitsbild durch Symptome des chronischen Alkoholismus komplizirt und die Verwerthung jener zweifelhaft. — Resumirend betont der Verfasser das Hervortreten paranoischer Symptome im klinischen Bilde der Lues cerebri, ferner die langsam fortschreitende mässige geistige Schwäche, den häufigen Wechsel in den Symptomen und eine gewisse Krankheitseinsicht. Unter den körperlichen Symptomen steht die Neuritis optica obenan, sehr häufig werden passagere Lähmungen, Monoparesen und Rindenepilepsie, Sprach- und Schriftstörungen beobachtet. Ganz besondere Bedeutung hat die Unterscheidung der Lues cerebri von der Paralyse nach der prognostischen Seite, da erstere einen sehr langsamen Verlauf nimmt und gelegentlich zu weitgehenden Remissionen führt, die vollkommene Heilung vortäuschen können, ausserdem in manchen Fällen der Therapie zugänglich ist. Ders.

Beiträge zur Frage der retrograden Amnesie. Von Dr. **Max Paul**, Assistenzarzt am Diakonissenhaus zu Kaiserswerth. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Königlichen Charité (Prof. Jolly). Archiv für Psychiatrie; 32. Bd., 1. H., 1899.

Neben den Gedächtnisstörungen, die besonders Epileptiker für die Zeit ihrer Anfälle bieten, treten nicht selten weitergehende Erinnerungsdefekte bei verschiedenartigen Krankheitszuständen auf. P. hat die Literatur über den Gegenstand zusammengestellt unter besonderer Berücksichtigung der französischen Autoren, die zuerst auf das Symptom hingewiesen haben. Die Amnésie rétroantérograde tritt ein 1. für das Ereigniss, das die Amnesie hervorruft (Schrecken, Trauma u. s. w.), 2. für eine vor dem Ereigniss liegende — oft monatelange Zeitepoche, 3. für einen dem Ereigniss folgenden Zeitabschnitt. Das Phänomen findet sich bei Epileptikern, bei Hysterischen und gelegentlich bei Eklamptischen, wie P. durch einen Fall aus der Klinik von Jolly erweist. Ferner wird die Amnesie bei Schädeltraumen und sehr häufig bei wiederbelebten Erhängten beobachtet. Nach einer von P. gegebenen Statistik boten 5 unter 7 derartigen Fällen das Phänomen, während es nach anderen Selbstmordversuchen nicht zur Beobachtung kam. Sehr selten tritt die Amnesie bei vom Ertrinkungstode Geretteten auf, dagegen wurde sie in einzelnen Fällen nach Kohlenoxydgas- und Alkoholvergiftung beobachtet. Hier tritt sie nur für eine kurze Zeit ein; mit dem Verschwinden des Giftes aus dem Körper stellt sich auch die fehlende Erinnerung allmählich wieder her.

Ders.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Die Uebertragung von Krankheitserregern durch Wanze und Blutegel. Aus dem Laboratorium der Königl. chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg i. Pr. Von Dr. med. Paul Mühling, Volontärarzt an der Königl. chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg. Zentralblatt für Bakteriologie; I. Abth., XXV. Bd., S. 703—706.

Verfasser hat die Versuche und Forschungen von Nutall,[1]) Marpmann,[2]) Tictin[3]) und anderer insofern nachgeprüft und erweitert, als er die Weiterverbreitung des Milzbrandes durch die Bettwanze und durch den Blutegel zum Gegenstand seiner Untersuchungon machte: Er fand, dass die Möglichkeit einer innerlichen Infektion der Wanzen sehr eingeengt ist und unter natürlichen Verhältnissen sehr selten stattfindet. Desto mehr kann sich das Insekt äusserlich infiziren, weil eine grosse Zahl von Bakterien an den Haaren seines Körpers rein mechanisch haften bleiben kann. Abgesehen von der durch den Wanzenstich geschaffenen Hautverletzung, die später eine Eingangspforte für Bakterien sein kann, hat der Wanzenstich an sich nichts zu bedeuten. Er kann aber durch Zerquetschen und Zerreiben des Blutsaugers an der gestochenen Stelle insofern gefährlich werden, als Mikroorganismen in den Stichkanal eindringen, die oberflächlich der Wanze anhaften oder im Darm derselben enthalten sind. Jenes ist bei Weitem das häufigste, dieses kommt nur dann in Betracht, wenn die Wanze einige Zeit vorher (spätestens wenige Tage) an einem lokalen infektiösen Herde oder an einem sterbenden, allgemein infizirten Thiere gesogen hat.

In Beziehung auf den Blutegel fand Verfasser, dass die Milzbrandbazillen im Darme desselben binnen Kurzem absterben. Da der Blutegel wegen seines Bisses niemals zerquetscht wird, so kommen überhaupt für die etwaige Uebertragung von Mikroben auf den Menschen die im Darm des Wurmes befindlichen pathogenen Keime gar nicht in Betracht. Es bleiben also nur zu berücksichtigen die äusserlich auf der Haut und an den Mundtheilen des Thieres befindlichen Bakterien. Diese können allerdings in die Bisstelle gelangen, aber auch selbst dann dürften sie durch die meist vorhandene und relativ nicht unbeträchtliche Nachblutung aus der tiefen Wunde herausgeschwemmt werden. Verfasser kommt hiernach zu der Ansicht, dass der Blutegel in der Uebertragung krankheitserregender Keime auf Mensch und Thier gar keine oder wenigstens eine nur unbedeutende Rolle spielt und dass jedenfalls seiner therapeutischen Anwendung keine Bedenken entgegen zu setzen sind.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten.

Die internationale Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten, welche vom 4. bis 8. September in Brüssel tagte und an dessen Verhandlungen Vertreter der meisten Regierungen — für Preussen der Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Schmidtmann — theilnahmen, hat folgende Beschlüsse gefasst:

„1. Sie spricht den Wunsch aus, dass die Regierungen alle Mittel zur völligen Unterdrückung der Prostitution minderjähriger Mädchen anwenden.

2. Sie wünscht die gegenwärtige Vereinigung als Ausgangspunkt der Gründung einer Gesellschaft für sanitäre und moralische Prophylaxe, mit dem Sitz zu Brüssel, deren Aufgabe wäre: a) die Herstellung eines alle drei Monate erscheinenden Organs für die Berichte und Arbeiten der Gesellschaft; b) die Berufung des Kongresses. Der nächste soll 1902 in Brüssel sich versammeln.

Die Konferenz ernennt eine provisorische Kommission (bestehend aus dem jetzigen Bureau), welche Satzungen für den nächsten Kongress und bestimmte Vorschläge für die Organisation der Gesellschaft zu machen beauftragt wird. Sie trifft dafür sofort die nöthigen Vorbereitungen. Ein Jahresbeitrag soll erhoben werden. Die Arbeiten können in französischer, deutscher und englischer Sprache verfasst sein, ein kurzes Resumé derselben wird in die beiden anderen Sprachen übersetzt.

3. Da eine genaue Kenntniss der Lehre von den venerischen Krankheiten eines der wirksamsten Mittel zum Kampf gegen ihre Verbreitung ist, empfiehlt die Konferenz der Regierung dringend, für sorgfältigen Unterricht der Aerzte an den Universitäten in dieser Disziplin zu sorgen, in welcher auch im Staatsexamen zu prüfen ist. Die Examinatoren sollen Fachleute sein.

4. Die Waisen müssen besser als bisher geschützt werden. Zu diesem Ende sollen die Vormünder nicht nur um deren materielle Interessen sich küm-

---

[1]) Z. f. M.; 1897, S. 780; 1898, S. 586. [2]) Z. f. M.; 1898, S. 56. [3]) Z. f. M.; 1897, S. 252.

mern, sondern auch für ihr sittliches Wohl Sorge tragen. Die Erzieher der Jugend haben ihre ganze Sorgfalt auf die moralische Entwickelung derselben zu richten und namentlich die Achtung gegenüber dem Weibe in jeder sozialen Stellung zu lehren.

5. Gegen die Zuhälter ist die ganze Strenge der Gesetze anzuwenden.

6. Von den Regierungen ist die Einrichtung einer Kommission zu fordern, welche die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten in der Zivilbevölkerung zu ermitteln, über die Einrichtungen zur Behandlung derselben, über die Vertheilung der Hospitäler und die Zahl der vorhandenen Betten sich zu unterrichten, die wirksamsten Massregeln in dieser Richtung in Vorschlag zu bringen, sowie über Vorbeugung und Beschränkung der Ausbreitung dieser Krankheiten die Ansichten zu erforschen und ihre Schlüsse daraus zu ziehen hat.

7. Die Regierungen werden ersucht, jede günstige Gelegenheit zu ergreifen, um die Aufmerksamkeit besonders der jungen Leute auf die Gefahren der Prostitution für die Gesundheit beider Geschlechter und auf die unheilvollen Folgen der venerischen Erkrankungen zu lenken.

8. Die Statistik dieser Krankheit ist in allen Ländern auf gleichförmigen Grundlagen einzurichten."

Beitrag zur Frage der Infektiosität der Milch tuberkulöser Kühe, sowie über den Nutzen der Tuberkulinimpfung. Von Dr. Lydia Rabonowitsch und Dr. W. Kempner, Assistenten am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1899, XXXI. Bd., 1. Heft.

Das Vorkommen von Tuberkelbazillen in der Marktmilch ist während der letzten Jahre durch zahlreiche bakteriologische Milchuntersuchungen und Thierversuche nachgeweisen; desgleichen liegt auch eine grössere Reihe von Untersuchungen darüber vor, wie oft von tuberkulösen Kühen stammende Milch infektiös befunden wurde; das Ergebniss schwankte zwischen 6—55 %. Bei diesen Untersuchungen über die Infektiosität der Milch tuberkulöser Kühe fehlten jedoch genauere Angaben über den klinischen Befund der betreffenden Thiere, über ihre eventuelle Reaktion auf Tuberkulin, über den Sektionsbefund u. s. w., Angaben, die für die Beurtheilung dieser so ausserordentlich wichtigen Frage unbedingt nöthig sind. Bisher wurde im Allgemeinen angenommen, dass die Milch hochgradig an Tuberkulose erkrankter oder mit ausgesprochener Eutertuberkulose behafteter Kühe als infektiös anzusehen sei und demgemäss entweder gar nicht, oder nur unter den nöthigen Vorsichtsmassregeln (Pasteurisirung, Sterilisation) in den Handel gelangen dürfe; die Frage, ob die Milch auch Tuberkelbazillen bei beginnender Tuberkulose der Kühe ohne nachweisbare Erkrankung des Euters bezw. bei latenter, nur durch die Tuberkulinreaktion angezeigter Tuberkulose enthalte, war dagegen nicht genügend klargestellt. Die Verfasser haben versucht, dieselbe durch Untersuchungen zu beantworten, die an 15 zu Heilversuchen von der thierärztlichen Hochschule in Berlin angekauften Kühen angestellt wurden. Sämmtliche Versuchsthiere hatten auf Tuberkulin reagirt; die Milchuntersuchung erfolgte etwa 3 Monate nach der Tuberkulinimpfung. Dabei erwies sich von nicht weniger als 10 Kühen = 66,6 % die Milch durch Impfung als infektiös; von den betreffenden Kühen zeigte nur eine einzige Kuh klinisch ausgesprochene Eutertuberkulose, bei einer anderen wurde diese erst histologisch nachgewiesen; drei Kühe litten an fortgeschrittener generalisirter Tuberkulose ohne solche des Euters; eine an geringgradiger Tuberkulose; bei 2 Kühen konnte die Tuberkulose erst nach wiederholten Untersuchungen klinisch festgestellt werden, 2 Kühe boten überhaupt keine sichtbaren klinischen Erscheinungen der Krankheit. Das Ergebniss der Untersuchungen weicht somit nicht nur in Bezug auf den hohen Prozentsatz der infizirten Milch, sondern auch hinsichtlich des klinischen Befundes der untersuchten Kühe bedeutend von den früheren Untersuchungsergebnissen anderer Autoren ab; denn es muss danach angenommen werden, dass sowohl bei beginnender Tuberkulose ohne nachweisbare Erkrankung des Euters, als auch bei latenter, nur durch die Tuberkulinreaktion angezeigter Tuberkulose der Kühe die Milch Tuberkelbazillen enthalten kann. Die Verfasser halten sich daher zu der Annahme berechtigt, dass die Milch auf Tuberkulin reagirender Kühe in jedem Falle als tuberkuloseverdächtig bezeichnet werden müsse; sie empfehlen demgemäss die Tuberkulin-

probe als die wichtigste Massnahme zur Gewinnung einer tuberkelbazillenfreien Milch, der eine weit grössere Bedeutung bezüglich der Frage der Infektiosität beizumessen sei, als der klinischen Diagnose. Rpd.

Zur Hygiene der ersten Lebenstage. Von Dr. Hans Fuchs, Assistenzarzt der Königlichen Frauenklinik zu Kiel. Münchener medizinische Wochenschrift; 1899, Nr. 21.

Der Versuch bestimmte Erkrankungen des Neugeborenen auf das Schuldkonto der Hebammen zu setzen, ist schon zu wiederholten Malen gemacht worden, wie besonders aus den Ausführungen Dohrns, der eine Pemphigus-Epidemie auf derbe Manipulationen einer Hebamme (gelegentlich der ersten Hautreinigung) zurückführt, sowie aus den Auffassungen des Tetanus neonatorum als Effekt zu heisser Bäder (Heber) hervorgehen dürfte.

Einen neuen Schritt in dieser Richtung bedeutet eine Arbeit von W. Gessner, der bestrebt ist, die Aetiologie des so häufigen Icterus neonatorum auf die rauhen Hände der Hebammen zurückzuführen. G. geht dabei von der Annahme aus, dass bei der Hautreinigung post partum durch unzartes Frottiren der Haut seitens der Hebammen meist multiple Hämorrhagien in Cutis und Subcutis entständen.

Diese anatomisch übrigens noch nicht bewiesenen Haemorrhagien hält Gessner nun nicht für den Ausgangspunkt des Icterus und des Harnsäureinfarktes des Neugeborenen, sondern glaubt in ihnen die Quelle für nahezu sämmtliche schwere Erkrankungen der ersten Lebenstage gefunden zu haben. Ueber letzteren Punkt glaubt Verfasser zur Tagesordnung übergehen zu dürfen, während er den Erklärungsversuch des Icterus immerhin für diskutabel hält.

Nach Besprechung der neueren Anschauungen über die Aetiologie des Icterus neonatorum erklärt Verfasser, dass die Beweisgründe, welche Gessner für seine Theorie über die Entstehung des Icterus neonatorum (Bildung des Bilirubins aus den extravasirten rothen Blutkörperchen in loco) beiträgt, lediglich spekulativer Natur sind und nicht durch Experimentellthatsachen begründet werden, weshalb es nahe lag, durch ein einfaches Experiment die schon theoretisch recht gewagt erscheinende Ansicht Gessner's über die Entstehung des Icterus n. zu widerlegen.

Verfasser fand nun durch den Vergleich von gebadeten und nicht gebadeten neugeborenen Kindern, dass von 17 nicht abgeriebenen und nicht gebadeten Kindern 9 = 53 %, von den andern 17 abgeriebenen und gebadeten Kindern 11 = 64 % ikterisch wurden, woraus Verfasser den Schluss zieht, dass für die Neigung zur Gelbsucht die Behandlung der Haut ohne Einfluss zu sein scheint. Bezüglich der Gewichtsverhältnisse betrug bei den 17 Nichtgebadeten der maximale Gewichtsverlust $^1/_{11}$ des Anfangsgewichtes, bei den 17 Gebadeten dagegen $^1/_{16}$ des Anfangsgewichtes.

Einen Unterschied in der Mumifizirung des Nabelstrangrestes bei gebadeten und nicht gebadeten Kindern konnte Verfasser nicht feststellen, wohl aber einen Unterschied in der Abstossung des Strangrestes vom Nabelgrunde, indem diese bis inkl. des siebenten Tages bei 64,7 % der gebadeten, und nur bei 23,5 % der nicht gebadeten Kinder erfolgte.

Gröbere Störungen der Nabelwundheilung wurden vermisst, doch fand sich bei 2 ungebadeten Kindern schmierig gelblicher Belag des Nabelgrundes mit Temperatursteigerungen über 39° (in recto). Bei 7 nicht gebadeten Kindern fanden sich Temperatursteigerungen über 38,5°, während bei den Gebadeten nur in 2 Fällen solche Temperaturerhöhungen vorkamen. Verfasser fürchtet bei einem aseptisch geschulten Personal und bei ausschliesslicher Verwendung sterilisirter Nabelbinden und Bettwäsche das Badewasser als Infektionsquelle nicht und erblickt vielmehr in dem Bade des Neugeborenen einen wichtigen hygienischen Faktor, insofern die Wasserverarmung der Gewebe, die sich beim Neugeborenen in den ersten Lebenstagen oft durch eine eigenthümlich welke, faltige Beschaffenheit des Integumentes bemerkbar macht, zweifellos durch das Bad gemildert und Schlaf, sowie Nahrungsaufnahme sicher in günstigem Sinne beeinflusst werden. Man wird daher gut thun, den Icterus nean., sowie die übrigen Symptome eines darniederliegenden Stoffwechsels aufzufassen als den physiologischen

Ausdruck der eingreifenden Veränderungen, die die Funktion sämmtlicher Organsysteme in den ersten Lebenstagen erleidet. Dr. Waibel-Günzburg.

Ueber die Gesundheitsverhältnisse der Metallschleifer im Kreise Solingen. Von Kreisphysikus Dr. Moritz in Solingen und Dr. Röpke, Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenleiden in Solingen. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; XXXI. Bd., 2. H., 1899.

Die von dem Verfasser angestellten Untersuchungen erstrecken sich auf 1250 Schlosser (776 = 62,08% Meister, 248 = 19,84% Gesellen, 226 = 18,08% Lehrlinge), von denen 353 = 28,3% 14—20 Jahre, 282 = 22,6% 21—25 Jahre, 213 = 17,0% 26—30 Jahre, 258 = 20,7% 31—40 Jahre, 91 = 7,3% 41 bis 50 Jahre, 42 = 3,3% 51—60 Jahre und 11 = 0,9% 61—65 Jahre alt waren. Nur 200 = 16,0% wurden vollständig gesund befunden, 71 = 5,7% waren subjektiv, 979 = 78,3% objektiv krank; unter den über 45 Jahre alten Arbeitern fand sich kein vollständig Gesunder mehr. 351 = 27,92% schliffen trocken, 899 = 72,08% trocken und nass; 16 = 1,3% waren Schwertschleifer, 254 = 20,3% Scheerenschleifer, 686 = 54,9% Messerschleifer, 181 = 14,5% Ausmacher, 37 = 2,9% Polirer, 76 = 6,1% Gabelschleifer. Unter den letzteren war keiner über 45, unter den Schwertschleifern keiner über 50 Jahre alt; beide arbeiten meist trocken, während die Scheeren- und Messerschleifer, die durchschnittlich ein höheres Alter erreichen, grösstentheils nass arbeiten. Atrophie der Nase hatten 291 Arbeiter = 23,4%, Ausbiegung der Nasenscheidenwand bestand bei 184 = 19,7% Polypen bei 37 = 3,0%, Papillome bei 32 = 2,5%. Hyperplasie der Rachentonsillen fand sich in 53 Fällen = 4,2%, Hypertrophie der Gaumentonsillen in 75 Fällen = 6%, chronische Pharyngitis zeigten 403 Untersuchte = 32,2%, chronische Kehlkopfskatarrhe 603 = 48,1%. Brustkrank waren von den Untersuchten 150 = 12,0%, davon hatten 113 = 9,04% Katarrhe (Schleiferkrankheit) und zwar von den Trockenschleifern 13,7%, von den Trocken- und Nassschleifern 11,3%. Unter diesen Lungenkranken sind sicher 33⅓% tuberkulös; denn die sog. Schleiferkrankheit schafft, ebenso wie die meisten chronischen Brustaffektionen überhaupt, die zur Aufnahme und zum Fortkommen des Tuberkelbacillus günstigen Nährböden, begünstigt ausserdem durch hereditäre Disposition und durch das Zusammenleben mit tuberkulösen Angehörigen. Neben diesen hauptsächlich auf die schädliche Wirkung des Staubes zurückzuführenden Erkrankungen der Schleifer kommen noch die Folgen des Alkoholmissbrauchs in Betracht. Das Gefühl von Trockenheit im Halse veranlasst den angehenden Schleifer zu häufigem Trinken; vom Wasser geht er allmählich zum Bier und schliesslich zum Branntwein über; die Folgen des Alkoholmissbrauchs bleiben dann nicht aus. Bei den untersuchten Schleifern fanden die Verfasser 138 Mal = 11,0% Fettherz und 67 Mal = 5,8% Fettleber. Rheumatismus wurde in 55 = 4,4% Fällen festgestellt.

Die hauptsächlichste Berufsschädlichkeit der Schleifer ist der Staub; demgemäss muss seine Entwickelung möglichst verhindert und seine Beseitigung energisch angestrebt werden. Zur Verhinderung der Staubentwickelung ist das sicherste Mittel, thunlichst nur nass zu schleifen; behufs Beseitigung des Staubes ist für wirksame Staubabsaugevorrichtungen und für häufige und gründliche Entfernung der sich in den Schleifstuben und auf den Geräthen ablagernden Staubes Sorge zu tragen. Desgleichen hat der Schleifer auf Sauberkeit am eigenen Körper zu achten; die Einrichtung von Brausebäder ist daher thunlichst anzustreben. Als weitere Schutzmassregeln empfehlen die Verfasser ferner: Athmen durch die Nase, gerade Körperhaltung bei der Arbeit, Einnahme der Mahlzeiten in den Frühstücks- und Vesperpausen ausserhalb des Arbeitsraumes, gleichmässige, nicht zu warme Temperatur in den Arbeitsräumen, Benutzung jeder Gelegenheit zum Aufenthalt im Freien, besonders an arbeitsfreien Tagen u. s. w. Um dem Alkoholmissbrauch energisch zu bekämpfen, sei das Branntweintrinken in den Schleifstuben während der Arbeitszeit gesetzlich zu verbieten. Eine obligatorische ärztliche Untersuchung beim Eintritt in den Schleiferberuf, sowie regelmässig jährliche oder in längeren Zwischenräumen vorzunehmende ärztliche Untersuchungen werden nicht für nöthig erachtet, da die Schleifer alle Krankenkassenmitglieder sind und bei der leichtesten Gesundheitsstörung ärztlichen Rath in Anspruch nehmen. Von grossem prophylakti-

schem Werthe sei aber die genaue Einhaltung der Arbeitszeit, (höchstens 10 Stunden bei erwachsenen und 8 Stunden bei jugendlichen Arbeitern) und die richtige Einlegung von Pausen. Desgleichen müsste die Alters- und Invaliditäts-Versicherung auch auf die selbstständigen Sehleifer, die jetzt noch 67,4 % der Gesammtzahl ausmachen, ausgedehnt werden, damit der Erkrankte nach Wegfall der Krankenkassen-Unterstützung eventuell auf das Eintreten der Invaliditäts-Versicherung rechnen kann. Die Verfasser sind überzeugt, dass durch eine genügend lange Behandlung in den Heilstätten die Lungenschwindsucht der Schleifer geheilt werden kann; sie sind aber ebenso sicher überzeugt, dass dieser Heilerfolg bei der Rückkehr in den alten, gesundheitsschädlichen Beruf wieder zu Schanden gemacht wird. Deshalb müsse nach Mittel und Wege gesonnen werden, um in Anschluss an die Anstaltsbehandlung gleichzeitig einen Berufswechsel der Schleifer zu ermöglichen. Rpd.

Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1896. Zusammengestellt aus den Mittheilungen der einzelnen Bundesregierungen. Berichterstatter: Dr. Brucke, kgl. preuss. Stabsarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamte. Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt. V. Bd., 3. (Schluss-) Heft. Mit 4 Tafeln. Berlin 1899. Verlag von J. Springer. Preis: 4 Mark.

Zu Erstimpfungen waren vorzustellen 1670598 Kinder = 3,18 % der mittleren Bevölkerung, gegen 3,23 % im Vorjahre. Hiervon wurden von der Impfung befreit: a) weil sie die natürlichen Blattern überstanden hatten: 84; b) weil sie bereits im Vorjahre als mit Erfolg geimpft eingetragen waren: 80764; c) weil sie bereits im Vorjahre mit Erfolg geimpft, aber erst im Berichtsjahre zur Nachschau erschienen waren: 2626.

Von den erstimpflich gebliebenen 1587124 Kindern wurden geimpft a) mit Erfolg: 1359864; b) ohne Erfolg: 31142; mit unbekanntem Erfolge: 3390.

Von je 100 geimpften Erstimpflingen wurden mit Erfolg geimpft: 97,52, im Vorjahre 98,24. Am günstigsten waren die Erfolge im Fürstenthum Birkenfeld (99,62 %), am ungünstigsten wiederum in Lothringen (83,09 %). Ohne Erfolg wurden geimpft 31142 Erstimpflinge = 1,96 % gegen 1,34 % im Vorjahre. Diese Zahl hat sich demnach um 0,62 % ungünstiger gestellt, nachdem sie sich während der beiden Vorjahre in fallender Richtung bewegt hatte. Auf 100 ausgeführte Erstimpfungen entfallen 2,23 ohne Erfolg gegen 1,53 im Vorjahre.

Es blieben ungeimpft: a) weil auf Grund ärztlicher Zeugnisse zurückgestellt: 145625; b) weil nicht aufzufinden oder zufällig abwesend: 11508; c) weil vorschriftswidrig der Impfung entzogen: 35595.

Am häufigsten waren die Zurückstellungen auf Grund ärztlicher Atteste wiederum in Reuss j. L. (22,10 %), am seltensten wiederum im Fürstenthum Lübeck. Die Zahl der vorschriftswidrigen Entziehungen hat sich in 31 Bezirken vermehrt, namentlich in Bremen; vermindert in 48.

Die Impfungen wurden ausgeführt: a) mit Menschenlymphe in 1299, b) mit Thierlymphe in 1396703, c) mit Lymphe nicht näher bezeichneter Art in 1109 Fällen.

Zur Wiederimpfung waren insgesammt 1176070 Kinder = 2,24 % der mittleren Bevölkerung vorzustellen (im Vorjahre = 2,21 %). Unter diesen wurden von der Impfpflicht befreit: a) weil sie während der vorhergehenden 5 Jahre die natürlichen Blattern überstanden hatten: 164; b) weil sie während der vorhergehenden 5 Jahre mit Erfolg geimpft waren: 6333.

Von je 100 vorgenommenen Wiederimpfungen waren erfolgreich 92,76 (im Vorjahre 93,93). Die höchsten Erfolgziffern wurden ermittelt im Schwarzwaldkreise (99,60 %; die niedrigsten wiederum in Hamburg (46,81 %) Auf Grund ärztlicher Zeugnisse wurden zurückgestellt 1,31 % (im Vorjbhre 1,30). Die meisten Befreiungen wurden verzeichnet in Lübeck und Hamburg (je 4,38 %); die wenigsten in Schaumburg-Lippe (0,21 %). Vorschriftswidrig der Impfung entzogen wurden 0,51 % (im Vorjahre 0,57 %). Vermehrt haben sich diese Entziehungen in 36 Bezirken, vermindert in 43. Gar keine Entziehungen kamen vor in: Sigmaringen, Fürstenthum Lübeck, Sondershausen und Waldeck.

Die Anzahl der Schnitte betrug im Allgemeinen 4—6; einzelne Aerzte machten, besonders bei schwächlichen Kindern, nur 3, andere, besonders bei Wiederimpfungen, bis zu 10 Schnitte. Die Vorschrift der Einarmimpfung fand ungetheilten Beifall der Mütter. Kreuzschnitte sind in Preussen nur vereinzelt, in Bayern häufiger als bisher angewendet worden. Von Impfinstrumenten findet das Platin-Iridium-Messer mehr und mehr Aufnahme.

Der Widerstand gegen das Impfgesetz scheint im Allgemeinen im Berichtsjahr weniger umfangreich gewesen zu sein, als im Jahre 1895; wiederholt äusserte er sich lediglich durch eine erhebliche Zunahme der Privatimpfungen.

Todesfälle, welche längere oder kürzere Zeit nach der Impfung auftraten, mit der Impfung selbst in Beziehung gebracht und als Impfschädigungen angesehen wurden, sind im Ganzen 3 bekannt geworden. Bei 10 weiteren Todesfällen, welche von Impfgegnern als Impfschädigungen öffentlich besprochen worden waren, haben die amtlichen Nachforschungen ergeben, dass sie entweder mit der Impfung überhaupt ausser Zusammenhang stehen, oder dass auch ein mittelbares Verschulden der Impfung ausgeschlossen ist.

Die in jedem Jahre beobachteten Entzündungen der Haut in der Umgebung der Impfpusteln haben sich auch im Berichtsjahre, meist in vereinzelten Fällen gezeigt. Im Allgemeinen war der Verlauf gutartig, dauernde Gesundheitsschädigungen sind nicht zurückgeblieben. Anschwellungen der in der Nähe der Impfstellen gelegenen Lymphdrüsen und Vereiterung derselben sind nur vereinzelt vorgekommen. Stärkere Entzündung oder Entzündung und Vereiterung des Unterhautgewebes ist wiederholt beobachtet worden und konnte fast immer auf Verunreinigungen und Beschädigungen des Impffeldes zurückgeführt werden. Die sog. Späterysipeln sind im Allgemeinen durch nachträgliche Verunreinigungen der Impfpusteln entstanden und dürfen daher der Impfung selbst nicht zur Last gelegt werden; von den „Früherysipeln" ist bei Weitem der grösste Theil gar nicht als echte Rose anzusehen, sondern es hat sich nur um stärkere rosenartige Randentzündung gehandelt. Bei den „Hauterkrankungen" hat es sich in den allermeisten Fällen um ganz harmlose Ausschläge gehandelt, die ohne das Allgemeinbefinden der Impflinge wesentlich zu stören, nach kurzer Zeit verschwanden. Von ansteckenden Hautkrankheiten ist mehrfach über Impetigo contagiosa berichtet, welche an drei Orten seuchenartig aufgetreten ist.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1897, nebst Anhang, betr. Pockenerkrankungen im Jahre 1897. Berichterstatter: Dr. Brucke, kgl. preuss. Stabsarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Die Zahl der Pockentodesfälle im Deutschen Reiche ist während des Jahres 1897 noch mehr gesunken; es wurden nur 5 Todesfälle festgestellt, gegen 10 im Jahre 1896, 27 im Jahre 1895 und 116 im Durchschnitt des zehnjährigen Zeitraumes 1886/95. Auf je 1 Million Einwohner entfallen Todesfälle an Pocken im Jahre 1897: 0,09; 1896: 0,19; 1895: 0,52; im zehnjährigen Durchschnitt 2,34. Diese 5 Todesfälle kamen in 5 Gemeinden Preussens vor: 2 davon lagen im Kreise Osterode i. Ostpr., 1 im Kreise Ratibor, 1 im Bezirk Merseburg und 1 in Berlin. Setzt man die Verhältnissziffer der Pockentodesfälle in den 270 Städten des Deutschen Reichs (0,01: 100000 Einwohner) als Einheit, so entfällt auf die Städte der Niederlande etwa die 7fache, Englands etwa die 16fache, Belgiens etwa die 21fache, Frankreichs etwa die 123fache, Oesterreichs etwa die 247fache Zahl.

Was die Pockenerkrankungen im Jahre 1897 anlangt, so sind in den 24 ausserpreussischen Bundesstaaten und in Elsass-Lothringen 16 Erkrankungen zur amtlichen Kenntniss gekommen: 8 in Bayern, 4 in Sachsen, je 2 in Braunschweig und Rudolstadt. Von diesen stand 1 im Alter bis zu 15 Jahren; 3 im 16.—20.; 2 im 21.—30.; 3 im 31.—40.; 7 im 40. bis 50. Jahre. Die Impfnarben betreffend hatten:

3 Kranke 1—2 deutliche Narben (leicht erkrankt),

2 Kranke 3—4 deutliche Narben (1 schwer, 1 leicht erkrankt),
2 „ 5—6 „ „ (1 mittelschwer, 1 leicht erkrankt),
2 „ in unbestimmter Zahl deutliche Narben (2 leicht erkrankt),
5 „ undeutliche Impfnarben (5 leicht erkrankt),
1 Kranker hatte keine Impfnarben (schwer erkrankt),
1 „ war nicht geimpft (mittelschwer erkrankt).

Aus Preussen ist über 28 Pockenerkrankungen berichtet worden, von denen 5 (17,2 %) tödtlich verliefen. Die Fälle ereigneten sich in 18 Ortschaften, je 3 lagen im Bezirk Königsberg, Merseburg und Schleswig, je 2 in Gumbinnen, Marienwerder und Berlin, je 1 in Berlin, Posen, Oppeln.

Im ersten Lebensjahre starb 1 Kind; im 2. ein ungeimpftes und 1 unbekannten Impfzustandes; im Alter von 3—5 Jahren waren 4 mit Erfolg geimpfte Kinder befallen; im Alter von 6—10 Jahren standen 6; von 11—15: 2 einmal mit Erfolg geimpfte Kinder. Der Altersklasse von 16—20 Jahren gehörten 4 Kranke an, darunter 2 ungeimpfte und 2 mit 12 Jahren wiedergeimpfte, der von 21—30 Jahren 2 wiedergeimpfte. In der Altersklasse von 31—40 Jahren standen 2; 41—50 Jahren 3; von 51—60 Jahren 2; 60 Jahre alt war 1 Arbeiter unbekannten Impfzustandes.

Ueber die Art und Zahl der Impfnarben ist Folgendes zu bemerken:

7 Kranke hatten 3—4 deutliche Narben (1 schwer, 1 mittelschwer, 5 leicht erkrankt),
9 „ „ 5—6 „ „ (7 leicht, 2 sehr leicht erkrankt),
1 „ „ 8 „ „ (leicht erkrankt),
1 „ „ undeutliche „ (gestorben),
9 „ „ keine [nicht geimpft bezw. unbekannten Impfzustandes] Narben (3 gestorben, 4 schwer, 1 mittelschwer, 1 leicht erkrankt).
Ueber 2 Kranke fehlen solche Angaben (1 gestorben, 1 leicht erkrankt).

Ders.

Zur Aetiologie der Krebspest. Von Dr. A. Weber, Königlich württembergischer Assistenzarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt. Mit zwei Tafeln. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. XV. Bd., 2. Heft. Berlin 1899. Verlag von J. Springer. Preis: 8 Mark.

Als Erreger der für unsere Krebszucht so verhängnissvollen Krebspest spricht Hofer-München einen Bacillus an, den er aus dem Muskelfleisch von pestkranken Krebsen isolirt hatte. W. prüft die Hofer'schen Befunde mit folgendem Ergebnisse nach. Der Bacillus ist ein kleines, etwa 1,0 bis 1,5 μ langes und 0,25 μ dickes, an beiden Enden abgerundetes Stäbchen von äusserst lebhafter Eigenbewegung. Er besitzt mehrere, bis 6, lange, wellige Geisseln, färbt sich leicht mit den gewöhnlichen Anilinfarben und wird nach Gram entfärbt. Auf Gelatineplatten zeigen die oberflächlich gelegenen Kolonien vor Eintritt der Verflüssigung ein zartes blattartiges Wachsthum, sie sind silberhell und stark gekörnt. Charakteristischer sind die tiefer gelegenen Kolonien. Sie erscheinen nach 16 Stunden makroskopisch als kleine, helle Punkte, die sich unter dem Mikroskop als runde, gelbliche Scheiben mit unregelmässig welligem Rande und unebener, grob gekörnter Oberfläche erweisen. Einige Stunden später beginnt die Verflüssigung, wobei der gebuchtete Rand verschwindet, kreisrund wird und die Bakterien eine deutlich sichtbare Bewegung annehmen, so dass eine solche Kolonie den Eindruck eines in steter Bewegung sich befindenden Haufens feinster Glassplitterchen macht. Hervorzuheben ist ein ausgesprochener Spermageruch der Gelatineplatten. Auf Agar bildet sich ein feuchter, schleimiger, leicht irisirender Belag. Blutserum wird ziemlich rasch unter Entwickelung eines aromatischen honigartigen Geruchs verflüssigt. Das Wachsthum auf Kartoffeln ist ein spärliches, es entsteht ein gelblich brauner, schleimiger Belag, der nur sehr langsam über die Impfstelle hinauswächst. Sporenbildung wurde niemals beobachtet. Dieser Hofer'sche Bacillus ist für Krebse äusserst pathogen. Eine Dosis von $^1/_{1000}$ Pfeiffer'scher Oese genügt noch, um bei den Krebsen ohne Ausnahme innerhalb 4 bis 11 Tagen den Tod herbeizuführen; er erregt bei ihnen eine Krankheit, die ein charakteristisches, mit den älteren Beschreibungen der Krebspest im Allgemeinen übereinstimmendes Krankheitsbild

— Abwerfen von Gliedmassen, Scheeren und Beinen, sowie Auftreten von Krämpfen — aufweist. Ders.

Die Erfolge der Freiluftbehandlung bei Lungenschwindsucht. Nach dem aus den Lungenheilstätten und Luftkurorten eingegangenen Material bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamte durch Dr. Engelmann, Regierungsrath. Ibidem.

E. hat 2673 Zählkarten, welche 2610 Tuberkulöse betrafen, statistisch bearbeitet. 80,7 % der Kranken waren männlichen, 19,3 % weiblichen Geschlechts, 49,2 % lebten in relativ günstigen, 33,8 % in mittelmässigen und nur 17 % in ausgesprochen schlechten sozialen Verhältnissen; 37 % waren erblich belastet. Was vorausgegangene Krankheiten anlangt, welche die Tuberkulose begünstigt haben können, so war bei 17,72 Influenza vorausgegangen, 9,52 % hatten an akuten Erkrankungen der Athmungsorgane, 8 % an Rippenfellentzündung, 3 % an Skrophulose gelitten. In beinahe der Hälfte der Fälle handelte es sich um frische Erkrankungen von weniger als 1jähriger Dauer. Die 2610 Verpflegten befanden sich im Ganzen während 250878, oder ein jeder durchschnittlich 96,12 Tage in Behandlung. Das Allgemeinbefinden war unter je 100 Neuaufgenommenen gut bei 41, mittelmässig bei 37,8, schlecht bei 21,1. Unter je 100 Entlassenen gut oder sehr gut bei 73,5, mittelmässig bei 18,2, schlecht bei 6,1. Von den 2610 Verpflegten zeigten 228 beim Schlusse der Behandlung keine Zunahme des Gewichts oder Verminderung, 68 waren während der Behandlung gestorben, bei 105 fehlen Angaben; von den übrigen hatte jeder im Durchschnitt 5,5 kg an Körpergewicht zugenommen. Von 2589 unter 2610 der Verpflegten ist eine allgemeine Charakteristik der Ergebnisse gegeben worden; von je 100 derselben sind 84,6 als geheilt oder gebessert, 9,0 als ungebessert, 3,7 als verschlechtert entlassen worden, 2,6 gestorben. Unter je 100 der lebend Entlassenen waren 65,7 vollständig erwerbsfähig für den alten Beruf, 6,5 für einen anderen Beruf, 12,8 theilweise erwerbsfähig, 15,1 nicht erwerbsfähig. Die wichtige Frage nach der Dauer des Heilerfolges kann aus dem vorliegenden Material nicht genügend beantwortet werden. Ders.

Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten. Ibidem.

A. Ostafrika. I. General-Sanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für das Berichtsjahr vom 1. April 1896 bis 13. März 1897 erstattet von Stabsarzt Dr. Ollwig.

II. General-Sanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für das Berichtsjahr vom 1. April 1897 bis 31. März 1898 erstattet von Stabsarzt Dr. Gaertner.

III. Die Impfungen, welche vom 1. Juli 1896 bis 30. Juni 1898 in Deutsch-Ostafrika durch die Aerzte der Kaiserlichen Schutztruppe ausgeführt worden sind. Nach amtlichen Berichten zusammengestellt im Kaiserlichen Gesundheitsamte.

B. Marschallinseln. Aerztlicher Jahresbericht, erstattet von Regierungsarzt Dr. Bartels.

Die Berichte enthalten nichts, was für den Medizinalbeamten von Interesse ist. Ders.

Ueber zinkhaltige Aepfelschnitte nebst Versuchen über die Wirkung des äpfelsauren Zinks. Von Dr. Brandl, Reg.-Rath, und Dr. Scherpe, Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Mit drei Tafeln und in den Text gedruckten Abbildungen. Ibidem.

Die seit einer Reihe von Jahren in grossen Mengen aus den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika nach Europa eingeführten Dörräpfel lenkte die Aufmerksamkeit der deutschen Staatsbehörden zuerst im Jahre 1898 auf sich, als in Kiel Zink in denselben nachgewiesen wurde, dessen Menge theilweise so hohe Werthe erreichte, dass der Genuss dieser Aepfel wohl Nachtheile für die Gesundheit zur Folge haben konnte. Seitdem sind häufig im Verkehr befindliche Ring- und Scheibenäpfel untersucht und vielfach wegen Zinkgehalt beanstandet worden. Wie die Anwesenheit von Zink, besonders in grösserer Menge, in den Aepfeln zu erklären sei, darüber gingen die Meinungen der Beurtheiler Anfangs

sehr auseinander. Der eine wollte wissen, dass die Aepfel beim Trocknen mit Zinkoxyd bestäubt werden, um ihnen die helle Farbe zu erhalten, andere glaubten, dass die Aepfelscheiben mit Lösungen von Bleisalzen, Zinkhydrosulfit, Zinkdisulfit etc. getränkt würden, um die weisse Farbe zu konserviren, vielleicht auch, um die Aepfel feucht zu erhalten und dadurch das Gewicht beim Lagern nicht abnehmen zu lassen. Heute kann als sicher angenommen werden, dass das betr. Zink, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, aus den mit verzinktem Eisendraht bezogenen Horden stammt, die durch den Obstsaft leicht angegriffen werden. Doch machen es nach Brandl die hohen Zahlen (wie 2,5% Zink) kaum glaubhaft, dass die Zinkaufnahme ausschliesslich durch das Dörren auf verzinktem Drahtgewebe bedingt sei, daneben besteht die Möglichkeit, dass auf zinkhaltigem Boden wachsende Apfelbäume Zink aufnehmen und in die Früchte überführen. Was nun die Gesundheitsstörungen anlangt, welche durch die längere Einverleibung von äpfelsaurem Zink etwa auftreten können, so haben die Thierversuche ergeben, dass eine resorptive Vergiftung, selbst nach beträchtlichen Mengen, erst dann zu Stande kommmen dürfte, wenn eine Beschädigung des Darmepithels erfolgt. Bei des Brechakts fähigen Thieren konnte eine solche Wirkung nicht erzielt werden, da die zinkhaltige Nahrung entweder bald erbrochen wurde, oder die Thiere die Aufnahme derartigen Futters verweigerten. Br. ist daher der Meinung, dass in den meisten Fällen der Genuss solcher zinkhaltigen Aepfelschnitte auch beim Menschen erhebliche Gesundheitsstörungen nicht verursachen wird; immerhin ist nach Br. mit Rücksicht auf die wechselnde Grösse des Zinkgehalts eine gewisse Vorsicht geboten, umsomehr, als gerade Kranken und Stärkungsbedürftigen Aepfelkompots gereicht zu werden pflegen. Ders.

Ueber die Gesundheitsschädlichkeit des Zinks, beurtheilt nach Versuchen über den Verbleib intravenös einverleibter Zinksalze. Von Reg.-Rath Prof. Dr. Jakobj. Ibidem.

J. bestätigt durch seine Versuche die Schlussfolgerung B.'s, dass nach Einführung von Zinksalzen in den Magen, sofern dieselben nicht eine Schädigung der Schleimhaut durch Aetzung bedingen, grössere Mengen in das Blut nicht überzugehen vermögen. Ders.

Ergebnisse der Weinstatistik für 1897. Von Dr. Sonntag, Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Aus der auf sechs Tabellen zusammengestellten Statistik ergiebt sich, dass die in der Bekanntmachung des Bundesraths vom 29. April 1892 festgesetzten Mindestwerthe für den Gesammtgehalt des Weines an Extraktstoffen, für den nach Abzug der nichtflüssigen Säuren verbleibende Extraktgehalt und für den nach Abzug der freien Säuren verbleibende Extraktgehalt in keinem Falle unterschritten worden sind. Ders.

Ueber Gewürze. Ingwer. Von Dr. Johannes Buchwald. (Hierzu eine Tafel.) Ibidem.

Nach einer kurzen Einleitung, die Geschichte des Ingwers betr., giebt B. eine ausführliche Beschreibung der Ingwerpflanze, ihrer Verbreitung, Kultur, Erntebereitung, der wichtigsten Handelssorten, der Anatomie des Rhizomes, der Pulver, um zuletzt die Frage, ob und in welchem Umfange das Gewürz zu betrügerischen Zwecken verfälscht wird, zu erörtern, eine Frage, die für Deutschland eine sehr günstige Beantwortung findet, da bei uns der Ingwer als Küchengewürz fast keine Verwendung findet und in Pulverform überhaupt nicht importirt wird. Ders.

Ueber die Baudouin'sche Reaktion. Von Dr. Wilhelm Kerp. Ibidem.

Durch die zum Reichsgesetz vom 15. Juni 1897 seitens des Bundesraths unterm 4. Juli 1897 erlassenen Ausführungsbestimmungen ist als Mittel zur Kennzeichnung der Margarine ein Zusatz von Sesamöl vorgeschrieben worden. Ueber die Richtigkeit und Nützlichkeit dieser Massregel ist ein lebhafter Streit der Meinungen entstanden und die vorgebrachten Klagen und Zweifel vereinigen sich wesentlich in folgenden drei Punkten:

1. Das Sesamöl ist kein allgemeines Kennzeichnungsmittel der Margarine in dem Sinne, dass Jedermann damit ohne Weiteres Butter von Margarine unterscheiden kann. Dagegen erfüllen künstliche Theerfarbstoffe, wie Phenolphtaleïn oder Dimethylamidoazobenzol, diesen Zweck vollkommen.

2. Salzsäure giebt nicht nur mit Furfurol und Sesamöl, sondern auch mit anderen Stoffen, welche, wie z. B. Curcuma, zum Färben der Butter benutzt werden, ja sogar mit Furfurol allein identische Färbungen. Die Reaktion ist daher nicht eindeutig, sondern giebt zu Täuschungen und Irrthümern Veranlassung.

3. Butter, welche aus der Milch von mit Sesamkuchen gefütterten Kühen stammt, giebt unter noch nicht näher gekannten Umständen die Baudouin'sche Reaktion. Der charakteristische Bestandtheil des Sesamöles, welcher die betreffende Reaktion bedingt, geht demnach unverändert in die Milch über. Die Butter produzirende Landwirthschaft läuft daher Gefahr, auf Grund dieses Umstandes des Betrugs, der Verfälschung der Butter mit Margarine, unrechtmässig bezichtigt zu werden.

Die von K. nach diesen Richtungen hin angestellten, aber noch nicht völlig abgeschlossenen Versuche, lassen den engen Zusammenhang erkennen, in welchem die betr. Reaktion mit der Furfurol-Salzsäurefärbung steht. Nur weil Furfurol mit Salzsäure eine Färbung giebt, färbt sich Sesamöl mit Furfurol und Salzsäure, und alle Mittel, wie Essigsäure, Oxalsäure u. s. f., welche Furfurol allein nicht in gefärbte Substanzen überzuführen vermögen, versagen auch bei einem Gemisch von Sesamöl und Furfurol. Dass für die Praxis diese Furfurol-Salzsäurefärbungen störend wirken können, ist nach K. unzweifelhaft, doch sollen solche Färbungen nur vereinzelt und unregelmässig auftreten; vorläufig soll das Sesamöl beibehalten werden, weil es in Bezug auf die Margarine nicht nur nicht ein Fremdkörper ist, sondern sogar zur Verbesserung der Qualität derselben beiträgt; Vorzüge, welche die Theerfarbstoffe nicht besitzen.

Ders.

Ueber das Schicksal des o-Oxy-Chinolins und über die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren im Harn des Hundes; nebst einem Anhang über die Zusammensetzung des Chinosols. Von Dr. med. E. Rost, kommissarischen Hülfsarbeiter im Kaiserl. Gesundheitsamte. Ibidem.

Gelegentlich einiger Versuche über die Wirkungen des Chinosols wurde zur Entscheidung der Frage, ob es eine Desinfektionswirkung auch auf den Darm besitze, die Methode der Messung der Darmfäulniss an der Menge der im Harn ausgeschiedenen gepaarten Schwefelsäure versucht. Die Ergebnisse am Hunde waren folgende:

1. Einer Paarung mit Schwefelsäure unterliegen das Ortho-Oxychinolin und das Oxychinolinsulfat, wahrscheinlich auch das Chinolin selbst.

2. Durch Abstumpfen der Magensalzsäure während der Verdauungsperiode steigt die Menge der gepaarten Schwefelsäuren im Harn an. Die Darmfäulniss wird also auch beim Hunde von der Magensalzsäure in ihrer Grösse beeinflusst.

3. Bei vollkommener Nahrungsentziehung sinkt im Laufe von 12 Tagen die Menge der Aetherschwefelsäuren ganz beträchtlich, erreicht aber niemals den Werth 0.

Die chemische Untersuchung des Chinosols ergab, dass ihm nicht die seiner vermeintlichen Formel entsprechende Zusammensetzung zukommt.

Ders.

Kleine Mittheilungen aus den Laboratorien des Kaiserlichen Gesundheitsamtes. Ibidem.

a. **Chemische Untersuchungen von 2 amerikanischen Konservirungsmitteln für Fleisch und Fleischwaaren.** Von Dr. E. Polenske, technischem Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte.

Die beiden Mittel sind unter den Namen: „Zanzibar-Carbon“ und „Freeze-em“ neuerdings in den Handel gebracht worden. Das erstere ist ein mit ätherischen Oelen schwach parfümirtes Präparat, welches annähernd aus 75 % gewöhnlichen Kochsalzes und 25 % eines Theerfarbstoffes, des Bismarckbrauns, zusammengesetzt war. Freeze-em, dessen Wirkung der Kälte gleichkomme

und Fleisch 1—3 Wochen lang frisch erhalten soll, bestand aus wasserfreiem Natriumsulfit mit einem Gehalt von 15,6 % Natriumsulfat, sowie aus Spuren von Natriumchlorid und Natriumkarbonat.

b. **Zur Bestimmung des Schwefels im Petroleum.** Von Siegfried Friedländer, diplomirtem technischen Chemiker, Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt.

F. empfiehlt das Ohlmüller'sche Verfahren, bei welchem die Verbrennung von 10 bis 12 g Petroleum, die zu einer technischen Schwefelbestimmung ausreichend sind, nur 25 bis 30 Minuten beansprucht. Ders.

Neuere Versuche über die Unschädlichmachung vom Stärkefabrikabwässer. Von Dr. Seelos, Assistent am hygienischen Institute der Universität Heidelberg. Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten; XXXI. Bd., 3. H., 1899.

Die Beseitigung oder Unschädlichmachung der Abwässer aus Kartoffelstärkefabriken, die häufig ungereinigt oder mangelhaft gereinigt in Läufe der kleineren Flüsse abgeleitet werden und hier durch ihre rasche Zersetzung nicht nur einen unangenehmen, penetranten, die ganze Umgebung belästigenden Geruch verursachen, sondern auch die Fischzucht in hohem Grade gefährden, ist schon oft Gegenstand von Erörterungen gewesen; den bisherigen Bemühungen zur Beseitigung dieser Missstände ist es jedoch noch nicht gelungen, ein Verfahren zur Reinigung dieser Abwässer zu schaffen, das auch der Rentabilität nur einigermassen entsprochen hätte. Die von König als zweckmässigste Reinigung empfohlene Berieselung kann nur stattfinden, wenn ein geeignetes und hinreichend grosses Gelände zur Verfügung steht, wie es bei der ungeheuren Produktion von Stärkeabwässern nur selten der Fall ist. In Betracht kommt daher vorzugsweise die chemische Reinigung der Abwässer. Die von Seelos nach dieser Richtung hin angestellten Versuche, ein Verfahren zu finden, das neben vollkommener Unschädlichmachung der Abwässer auch bezüglich der Rentabilität den Anforderungen genügt, haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

Durch geeignete Zusammenstellung chemischer Fällungsmittel, aus Magnesiumsulfat, Eisenchlorid und Eisensulfat zu ungefähr 0,01 % und darauf folgenden Zusatz von Kalkhydrat bis zur Alkaleszens ist es möglich, in Stärkeabwässern von nicht zu starker Konzentration nicht nur alle suspendirten, sondern auch mindestens 50 % der gelösten organischen Substanzen zur Ausscheidung zu bringen. Durch gründliche zuvorige Lüftung („Aërirung") der Abwässer wird im Allgemeinen der Reinigungsaffekt nur unbedeutend erhöht; dagegen ist ein in Zersetzung begriffenes Abwasser der chemischen Reinigung bedeutend zugänglicher, als ein frisches. Die Kosten für die vorgeschlagene chemische Reinigung der Kartoffelstärkeabwässer belaufen sich auf 7 Pf. pro Kubikmeter. Rpd.

Ueber die Filtrationskraft des Bodens und die Fortschwemmung von Bakterien durch das Grundwasser. Aus dem bakteriologischen Laboratorium des Turiner städtischen Gesundheitsamtes. Versuche von Dr. Fr. Abba, Dr. Edm. Orlandi und Dr. Al. Rondelli. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1899, XXXI. Bd., 1. H.

Um die Filtrationskraft des oberhalb und zu den Seiten der Filtergallerien der Turiner Wasserleitung gelegenen Bodens zu prüfen und zu erforschen, wie weit Bakterien durchsickern und vom Grundwasser mit fortgeschleppt werden, sowie ob und welchen Einfluss die Verunreinigung des Bodens auf den Bakteriengehalt des in die Gallerien eintretenden Wassers haben kann, haben die Verfasser verschiedene Versuche angestellt, bei denen sie als Bakterienmaterial zur Bodenverunreinigung den Bacillus prodigiosus benutzten. Derselbe erwies sich zu diesem Zwecke als vorzüglich geeignet; ausserdem konnten gleichzeitig Farbstoffe, wie Uranin oder Methyleosin verwendet werden, da diese keinen Einfluss auf die Vitalität des Prodigiosus haben. Auf Grund ihrer Versuche kommen die Verfasser zu dem Schluss:

„Bei Filtrationsversuchen, die in grosser Entfernung von dem zu verunreinigenden Wasser vorgenommen werden, ist die bakteriologische Methode zuverlässiger als die physikalische, weil die Bakterien früher als der Farbstoff im Wasser erscheinen oder, besser gesagt, früher, als so viel Farbstoff hineingelangt ist, dass er sich dem Auge erkenntlich macht.

Der Bacillus prodigiosus verbleibt sehr lange im Boden, selbst in den tiefsten Bodenschichten, und unter den gewöhnlichen Bedingungen wird er entweder gar nicht in die Wassergallerien geschleppt, oder in solcher Verdünnung, dass er bei den täglich vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen des Wassers sich nicht kundthut; dagegen kann er nach längeren Regenperioden oder nach Irrigationen in's Wasser gelangen und so ein werthvoller Fingerzeig werden zur Feststellung des Einflusses, den die lokalen Meteorwässer oder die künstlich auf das Terrain der Gallerien geleiteten Wässer auf das normaler Weise in diese eintretende Trinkwasser haben. Rpd.

Bewegung der Bevölkerung in Preussen während des Jahres 1898. Die Zahl der Geburten (1 260 297) und Eheschliessungen (280 394) hat in Preussen während des Jahres 1898 eine erhebliche Zunahme gegenüber dem Vorjahre (1 234 303 bezw. 274 693) erfahren, diejenige der Sterbefälle dagegen (665 011) eine wesentliche Abnahme (1897: 682 981). Die Geburtsziffer (38,6 ‰) ist damit ebenso wie die Heirathsziffer (17,2 ‰) gegenüber den Vorjahren 1896/97 (durchschnittlich 38,3 ‰ bezw. 16,6 ‰) bedeutend gestiegen, während die Sterbeziffer (21,6 ‰) einen so tiefen Stand erreicht hat, wie er für das Königreich Preussen noch niemals beobachtet ist. In Folge dessen ist auch die natürliche Bevölkerungsvermehrung, d. i. der Ueberschuss der Geburten über die Sterbefälle noch nie so gross gewesen, als im Jahre 1898: 554 342 Köpfe gegenüber 511 000 im Jahre 1897, 518 666 im Jahre 1896 und 478 369 im Jahre 1895. Rpd.

Besprechungen.

Dr. R. Flinzer, Bezirksarzt in Plauen i. V.: Die Medizinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen. Unter Berücksichtigung der Reichsgesetzgebung systematisch geordnet und mit Erläuterungen versehen. II. Nachtrag. Leipzig 1899. Rossberg'sche Hofbuchhandlung. Kl. 8°; 394 Seiten. Preis: 4,80 Mark, gebunden: 5,60 Mark.

Der II. Nachtrag der im Jahre 1895 vom Verfasser herausgegebenen vortrefflichen Sammlung der Medizinalgesetze im Königreich Sachsen giebt ein recht übersichtliches Bild von der stets fortschreitenden, zeitgemässen und den hygienischen Anforderungen thunlichst Rechnung tragenden Entwickelung des dortigen Medizinalwesens, die fast auf allen Gebieten hervortritt. Das Erscheinen des Nachtrages wird von den betheiligten Kreisen sicherlich mit Freuden begrüsst werden; sein Inhalt ist ebenso übersichtlich wie in dem Hauptwerke und genau diesem entsprechend geordnet, wodurch der Gebrauch des Werkes sehr erleichtert wird. Ein sehr ausführliches Sachregister wird ausserdem beim Nachschlagen nie im Stich lassen. Rpd.

Dr. B. Dobczynski: Die Tuberkulose (Schwindsucht) und deren Bekämpfung nach den Anschauungen eines praktischen Arztes. Frankfurt a. M. 1899. Verlag von Johannes Alt. 38 Seiten. Preis: 0,80 Mark.

Das Schriftchen bringt nichts Neues. Es bietet aber eine von scharfer Beobachtung zeugende, sachlich dargestellte, im Ganzen geschickte Zusammenfassung der Gedanken — aber auch der Zweifel, die den in anstrengender Berufsthätigkeit stehenden und meistens auch mit der Behandlung von Tuberkulösen bis zum Uebermass beschäftigten Arzt bewegen.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Tagesnachrichten.

Die immer drohender werdende Pestgefahr scheint die Ausführung des in der vorjährigen Session vom Abgeordnetenhause geführten Beschlusses betreffs möglichst baldigen Erlasses eines Reichs-Seuchengesetzes oder falls dieses nicht zu erreichen sei, eines preussischen Noth-Seuchengesetzes näher zu

rücken. Politischen Blättern zu Folge soll schon in der nächsten parlamentarischen Tagung, sei es auf dem einen oder anderen Wege, der Versuch unternommen werden, wirksame Vorschriften zur Verhütung von Seuchengefahren und zur Bekämpfung von Epidemien zu erreichen. Hoffentlich geschieht dies mit besserem Erfolge als in den Cholerajahren!

Am 19. und 20. Oktober d. J. haben im Kaiserlichen Gesundheitsamte zu Berlin **Berathungen über die Pest** stattgefunden, an denen ausser verschiedenen ordentlichen und ausserordentlichen Mitgliedern des Gesundheitsamts auch hervorragende Hygieniker und Bakteriologen sowie zahlreiche höhere Militärärzte u. s. w. theilgenommen haben.

Berufung. An Stelle des zum Leiter des hygienischen Instituts der Universität Königsberg ernannten Prof. Dr. Pfeiffer ist Prof. Dr. Frosch zum Vorsteher der wissenschaftlichen Abtheilung im Institut für Infektionskrankheiten ernannt.

Am 12. Oktober d. J. hat im preussischen Kultusministerium eine Berathung von Vertretern verschiedener preussischen Ministerien unter Zuziehung von Vertretern des Drogistenstandes stattgefuuden, um die in einer Petition der letzteren vorgetragenen Wünsche (s. d. Zeitschrift Nr. 18, S. 636) betreffs einheitlicher Regelung der Vorschriften über die Aufbewahrung von Drogen und Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken sowie über die Revisionen von Drogenhandlungen einer Prüfung und Erörterung zu unterziehen. Mit dem Ergebniss der Berathung scheinen die Drogisten zufrieden zu sein.

Die **Plenarversammlung des Königlich Sächsischen Landesmedizinalkollegiums** wird am 20. November d. J. stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen u. A.: 1. Ist die Einführung der Anzeigepflicht bei Tuberkulose erforderlich; eventuell in welchem Umfange? 2. Empfiehlt es sich, die ärztlichen Verordnungen abschriftlich auf den Arzneibehältnissen vermerken zu lassen? 3. Antrag des ärztlichen Kreisvereinsausschusses für Leipzig auf Abänderung der Ehrengerichtsordnung (§. 10 [Zulassung der Vereidigung der Zeugen] und §. 14 [Abweisung der Beschwerde bei Ausbleiben des geladenen Beschwerdeführers]). 4. Antrag des San.-Rath Dr. Heinze-Leipzig auf Revision des Krankenversicherungsgesetzes unter Zuziehung eines sachverständigen ärztlichen Berathers behufs gesetzlicher Festlegung des Begriffes „Aerzte“ und „ärztliche Hülfe“, sowie behufs Einführung der freien Aerztewahl, Regelung der Honorirung der kassenärztlichen Leistungen, Einsetzung von Schiedsgerichten zur Schlichtung von Streitfällen u. s. w.

Der **Ausschuss der preussischen Aerztekammern** wird am 9. Dezember d. J. in Berlin tagen und am folgenden voraussichtlich eine Sitzung des **Geschäftsausschusses des Aerzte-Vereinsbundes** stattfinden.

Die am 17. Oktober in Hannover abgehaltene **Jahresversammlung des Zentral-Verbandes der Ortskrankenkassen im Deutschen Reich** hat im Gegensatz zu den Beschlüssen des Deutschen Aerztetages beschlossen, den Reichstag zu ersuchen, dem auf gesetzliche Festlegung der freien Aerztewahl und Honorirung der ärztlichen Einzelleistungen gerichteten Bestreben des Deutschen Aerztetages seine Genehmigung zu versagen. Ein Antrag auf Zulassung der Frauen zum medizinischen Studium und zum ärztlichen Beruf wurde ebenfalls angenommen, desgleichen der Antrag: „Bei dem Bundesrath vorstellig zu werden, um möglichst bald die Behandlung der Frage betreffs Anstellung von im Auslande approbirten Aerztinnen als Kassenärztinnen für das Reichsgebiet herbeizuführen.“

Gegen den Erlass einer **Standesordnung für Aerzte** hat sich der neue Oberpräsident v. Bethmann-Hollweg in der am 14. Oktober d. J. stattgehabten Sitzung der Brandenburger Aerztekammer entschieden ausgesprochen. Die Standesordnung sei unnöthig, denn der junge Arzt brauche keinen Leitfaden für sein Verhalten, ja es sei sogar bedenklich, in einem Leit-

faden vorschreiben zu wollen, wie sich ein junger Arzt benehmen solle. Das sei wesentliche Sache des Takts. Noch bedenklicher aber sei es, Grundlagen für die Ehrengerichte aufstellen zu wollen. Die Kammer könne keine authentische Interpretation zu dem Ehrengerichtsgesetz geben; jedenfalls würden sich doch die in Frage kommenden Gerichtshöfe nicht nach einer derartigen Standesordnung richten können. Es könne höchstens in Frage kommen, da, wo bisher die Praxis geschwankt habe, die Meinung der Kammer zum Ausdruck zu bringen mit dem Anheimgeben an die Gerichte, sich dieser Meinung anzuschliessen. Aber eine derartig schwankende Praxis gebe es vorläufig noch gar nicht, da die Ehrengerichte noch nicht in Wirksamkeit getreten seien; werde einmal später die Nothwendigkeit einer Einwirkung an die Kammer herantreten, so könne es sich nicht um eine Standesordnung im Allgemeinen, sondern nur um ein bestimmtes Votum über diesen oder jenen Fall handeln; er halte daher eine Entscheidung jetzt für verfrüht. — Die Aerztekammer beschloss, die Angelegenheit zu vertagen.

Zurückweisung zugesandter Patentmittel seitens eines Arztes mit dem Bemerken, dass er derartige Mittel als Reklameunfug betrachte, ist keine Beleidigung des betreffenden Fabrikanten. Ein Arzt sandte ein ihm von einem Fabrikanten zur Anwendung in seiner ärztlichen Praxis zugeschicktes Medikament mit der Erklärung zurück, dass er ein Mittel in seiner Praxis nicht anwenden könne, dessen Zusammensetzung ihm unbekannt sei. Er betrachte dies für einen Reklameunfug und verbitte sich derartige Zusendung. Von dem Fabrikant deshalb wegen Beleidigung verklagt, wurde der Arzt zunächst von der Strafkammer des Landgerichts verurtheilt, von dem Strafsenate des Kammergerichts dagegen durch Urtheil vom 21. Oktober d. J. freigesprochen, mit der Begründung, dass der Vorderrichter, der in der Form der Aeusserung eine Absicht, zu beleidigen, gelesen habe, Form und Inhalt mit einander verwechselt habe; der Angeklagte hätte sich nicht anders ausdrücken können und werde durch §. 193 des Str.-G.-B. geschützt.

Die **Revision von Drogenhandlungen hat durch die Ortspolizeibehörden unter Zuziehung von Sachverständigen, aber nicht von diesen allein zu geschehen.** Ein für Medizinalbeamte mit Rücksicht auf ihre Thätigkeit als Revisoren von Drogenhandlungen interessanter Fall ist in diesen Tagen vor dem Landgericht in Verden zur Entscheidung gekommen. Der Kreisphys. Dr. Hoche aus Hemelingen und der Apotheker Langer aus Geestemünde wollten am 11. Juli 1899 eine Revision der Drogenhandlung des Kaufmanns B. in F. vornehmen. Sie trafen in den Geschäftsräumen den Sohn des B. an, den sie mit dem Zwecke ihres Kommens bekannt machten. Der Sohn holte darauf den in der Nebenstube anwesenden Vater. Als dieser erschien, hatten die beiden Revisoren bereits Sachen aus dem Regal genommen, und der Kreisphysikus hielt eben eine Flasche Pain-Expeller, welche ihm vom Apotheker übergeben war, in der Hand. Nach kurzem Gruss rief B.: „Rühren Sie meine Sachen nicht an, das ist mein Eigenthum“ und entriss dem Kreisphysikus die Flasche, der ihm noch erklärt hatte, sie kämen im Namen der Regierung und hätten ein Recht zum Revidiren. Die Revisoren mussten deshalb, ohne die Revision zu beenden, sich wieder nach Hause begeben. B. hatte sich durch sein Verhalten eine Anklage wegen Nöthigung zugezogen. Es erfolgte aber seine kostenlose Freisprechung, da zur Revision der Drogenhandlungen nur die Polizei, allerdings unter Zuziehung der Sachverständigen, befugt sei.

Die **Pest** hat in Porto in der Zeit vom 6.—16. Oktober eher eine Zu-, als Abnahme erfahren. Die Zahl der angemeldeten Erkrankungen betrug 67, diejenige der Todesfälle 15; darnach scheinen die Erkrankungen nicht mehr so bösartig als früher zu verlaufen. In der benachbarten Ortschaft Bagnia sind während des gleichen Zeitraumes 10 Erkrankungen mit 6 Todesfällen beobachtet.

Aus Brasilien wird gemeldet, dass die Pest in Santos aufgetreten sei. In der Zeit vom 16. bis 18. Oktober sind daselbst 7 Erkrankungen mit 2 Todesfällen vorgekommen.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 22. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Novbr.

Zur Kasuistik der Selbstmorde durch Schuss.

Aus dem gerichtsärztlichen Institute der Universität in Krakau.
Von Prof. Dr. Leo Wachholz in Krakau.

I. Drei Schüsse gegen den Kopf. Selbstmord oder Mord?

Am 17. Januar 1899 verliess Anton P., 38jähriger Schlossermeister, seine Wohnung sammt seinem Freunde. Nach Angabe des letzteren sind sie in ein Gasthaus eingetreten, aber schon gegen 8 Uhr Abends soll sich Anton von ihm verabschiedet haben und nach Hause gegangen sein. Anton's Frau wartete vergeblich bis in die späte Nacht auf ihren Mann, dennoch fühlte sie sich nicht beunruhigt, da sie überzeugt war, dass dieser bei seinem Freund über Nacht geblieben ist. Am nächsten Morgen fand man ihn auf einer Wiese ausserhalb der Stadt P. bewusstlos liegen. Dicht bei ihm fand man einen Lancaster-Revolver (8 mm. Kaliber), dessen Magazin drei abgefeuerte und zwei volle Ladungen enthielt. Anton P. wurde sofort in das hiesige Landeskrankenhaus gebracht, wo er um 4 Uhr 30 Min. Nachmittags, ohne das Bewusstsein zu erhalten haben, verschied. Die Leiche wurde dem hiesigen gerichtsärztlichen Institute überliefert mit der Anweisung eine sanitätspolizeiliche Sektion auszuführen, da es sich wahrscheinlich um Selbstmord handelt.

Sektionsprotokoll:

Aeusserlich: Eine normal gebaute, gut genährte Mannesleiche von 165 cm Körperlänge. Beinahe das ganze Gesicht und der vordere Kopfantheil mit geronnenem Blut bedeckt, die sonstigen Körperdecken blassgelblich. An der Innenfläche des rechten Vorderarmes eine schwarz ausgeführte Tätowirung, die aus einem Herz und Inschrift „A. P. 1888“, oberhalb dem Herz aus einer Krone, unterhalb dessen aus zwei Zweigen, einem Kreuz und des in deutsch verfassten Spruches: „Gott mit uns Brüder“ besteht. An den abschüssigen

Thoraxparthien spärliche, weniger deutliche Todtenflecke; Leichenstarre überall vorhanden. Nach sorgfältigem Abwaschen des Gesichts und Kopfes werden ersichtlich: a) in der rechten Schläfengegend, 1 cm oberhalb der rechten Ohrmuschel eine dreieckige, mit etwas abgerundeten Ecken versehene, 3 cm lange Wunde, deren Ränder mit Blut unterlaufen sind; das an die Wunde angrenzende Kopfhaar kolbenartig verdickt, röthlich gefärbt und leicht gekräuselt; b) im oberen Abschnitt der linken Ohrmuschel eine kaum merkliche, unregelmässig schlitzförmige Wunde, c) eine ganze der sub b) beschriebenen ähnliche Wunde, die 3 cm gegen den Hinterkopf von ihr entfernt, aber in derselben Höhe gelagert ist. Die ganze linke Ohrmuschel schwarz, wie mit Russ bedeckt, die den Wunden angrenzenden Haare versengt von derselben Beschaffenheit wie rechterseits. Beide Hände wie auch die sonstigen Körperdecken unverletzt, die Hände nirgends geschwärzt.

Innerlich: Die Innenseite der Kopfdecken in der Nachbarschaft der drei beschriebenen Wunden mit geronnenem Blut unterlaufen. Die harten und die weichen Hirnhäute an entsprechenden Stellen eingerissen und in der Umgebung blutig unterlaufen. Das Gehirn normal entwickelt, in den Seitenventrikeln und in dem mittleren Ventrikel etliche Blutgerinnsel. In der Mitte der Aussenfläche des rechten Stirnlappens findet sich eine mit zerfetzten und blutig unterlaufenen Rändern versehene Wunde, welche tief in die Stirnlappen eindringt. Der dadurch entstandene Kanal durchdringt parallel mit der Koronarnaht die beiden Stirnlappen und endet mit einer etwas kleineren Wundöffnung im linken Stirnlappen. Der Kanal läuft von der rechten Schläfengegend und von oben zur linken Schläfe und etwas nach unten; derselbe ist in seinem rechten Antheile deutlich breiter, seine Wandungen sind zerfetzt und mit Blutgerinnseln bedeckt. Etwas unterhalb der Mitte dieses Kanals, nahe der Basis des rechten Stirnlappens befindet sich ein deformirtes Bleigeschoss, in den zerfetzten Wandungen finden sich kleine Knochentrümmer. Drei cm gegen hinten von der linken Kanalmündung findet sich eine dritte, vollkommen ähnliche Wundöffnung. Dieselbe führt in einen Kanal, welcher sich von vorne und aussen gegen hinten und innen bis in den hinteren Abschnitt des linken Hirnventrikels erstreckt. Anfangs durchdringt dieser Kanal den linken Vorderlappen, sodann bildet er an der Grenze zwischen den Basen des linken Vorder- und linken Unterlappens eine unebene mit Blut unterlaufene Rinne, endlich durchdringt er das Hinterhorn des linken Hirnventrikels, wo sich ein zweites deformirtes Bleiprojektil in Blutgerinnsel eingehüllt befindet. Die weichen Hirnhäute in der Gegend des Vermis sup. blutig unterlaufen. In der rechten Schläfenschuppe findet sich eine unregelmässige 3 cm lange Oeffnung, deren äusserer Rand meistentheils scharf, der innere Rand meistentheils terassenförmig beschaffen ist; von dieser Oeffnung zieht sich durch den vorderen Drittheil der rechten mittleren und durch die rechte vordere Schädelbasisgrube eine Fissur, die überall mit Blut unterlaufen ist. In der linken Ohrgegend finden sich zwei gleiche, regelmässig runde, 1 cm im Durchmesser grosse Oeffnungen, die von einander 3 cm in der Richtung von vorne nach rückwärts entfernt sind; ihre äusseren Ränder sind glatt und scharf, ihre inneren Ränder terassenförmig. Am äusseren Rand der ersten Oeffnung findet sich ein winziger Bleisplitter. Sonst waren allen anderen Organe von normaler Beschaffenheit. —

Gutachten: 1) Gewaltsamer Tod durch dreifachen Schuss, der mittels eines Revolvers gegen den Kopf abgefeuert wurde. Die Versengung der Kopfhaare und die Pulverschwärzung der Wundränder beweisen, dass alle drei Schüsse aus unmittelbarer Nähe abgegeben worden sind. Dieser Umstand, sowie die Verletzungen und das Ergebniss der polizeilichen Erhebungen widersprechen nicht der Annahme, dass es sich gegebenen Falls um einen Selbstmord handelt.

2) Die Beschaffenheit aller drei Wunden und der Verlauf der Schusskanäle im Gehirn erlaubt als wahrscheinlich anzunehmen, dass der erste Schuss gegen die rechte Schläfe, wobei sein Projektil im rechten Stirnlappen stecken blieb, dass sodann der

zweite und dritte Schuss gegen die linke Schläfe abgefeuert wurden. Das Projektil des zweiten Schusses durchdrang quer den linken Stirnlappen, sodann den ersten Schusskanal und verliess den Schädel, nachdem es die erste Einschussöffnung in der rechten Schläfe entsprechend grösser machte. Das Projektil des dritten Schusses eröffnete den hinteren Abschnitt des linken Seitenventrikels. Da die zwei ersteren Schüsse weder eine stärkere Blutung, noch eine Hirnerschütterung zu verursachen brauchten, ausserdem keine lebens- und funktionswichtigen Gehirnpartien verletzten, so erscheint die Annahme eines Selbstmordes vollkommen gerechtfertigt; sie findet noch ihre Unterstützung in dem Umstande, dass Denatus beinahe durch 12 Stunden von der Zeit, als er gefunden worden ist, am Leben blieb.

Der bereits mitgetheilte Fall gehört, wie ich mit Litthauer[1]) sagen darf, zu den selteneren Fällen, die in der gerichtsärztlichen Praxis vorzukommen pflegen, wiewohl er auch in der einschlägigen Literatur nicht als allein dastehend betrachtet werden kann. So sah z. B. Strassmann[2]) bei einem 40jährigen Mann drei kleine runde Schusswunden in der rechten Schläfe; die eine Kugel fand sich im Schläfenmuskel, unter welchem der Knochen zersplittert war, die zweite sass im durchbohrten Knochen, die dritte fand sich in einer Höhle im benachbarten Theil des rechten Schläfenlappens. Naegeli[3]) berichtet über einen Selbstmord, den er, Huguenin und Kappeler begutachtet haben. Am Kopfe eines 56jährigen Mannes wurden zwei Nachschusswunden festgestellt. Der eine Schusskanal begann als eine erbsengrosse Oeffnung an der linken Supraorbitalinzissur und durchdrang in der Richtung von links und vorne nach rechts und hinten den rechten Stirnlappen, den vorderen Theil der rechten Sylvi'schen Grube und den vorderen Theil des rechten Schläfenlappens ohne irgendwo die Zentralwindungen oder die innere Kapsel zu verletzen; der zweite Schusskanal begann unterhalb des inneren linken Augenwinkels und verlief von vorn nach hinten und rechts unter der Schädelbasis bis zum rechten Rand des Clivus und endete in der halben Höhe des Hinterhauptbeins. Dieser zweite Schuss durchriss die Carotis im Sulcus caroticus und verursachte eine Quetschung des rechten Kleinhirns. Alle drei Sachverständigen sprachen sich dahin aus, dass man die Annahme eines Selbstmordes nicht von der Hand weisen kann, ja vielmehr dass dieselbe als gerechtfertigt erscheint, wenn nur der Schuss, welcher den rechten Stirnlappen durchdrang, der erste gewesen ist. Kappeler erörterte dies Gutachten an der Hand mehrerer entsprechender Beobachtungen, darunter einer eigenen, wo nach ähnlichen Schüssen, wie dieser im rechten Stirnlappen, das Bewusstsein des Verletzten unmittelbar nach der Verletzung vollkommen erhalten blieb, wo somit die Möglichkeit der Zufügung eines zweiten Schusses gegen die eigene Person gegeben war. Die Beobachtung

[1]) Vierteljahrsschr. f. ger. Mediz. u. s, w.; 1895, Bd. X, S. 50.
[2]) Lehrb. d. ger. Mediz.
[3]) Vierteljahrsschr. f. ger. Mediz. u. s. w.; 1884, Bd. 41.

Kappeler's betraf einen Selbstmörder, bei dem die Obduktion einen von vorn und innen nach hinten und aussen verlaufenden Schusskanal ergab, der den oberen Theil des rechten Grosshirns passirte und Bluterguss in den rechten Seitenventrikel verursachte, ausserdem einen zweiten Schusskanal in der rechten Schläfengegend, welcher den Knochen durchdrang und mit einer Quetschung des Schläfenlappens endete. Hayes Agnew[1]) erwähnt in Besprechung eines wahrscheinlichen Mordfalles durch Schuss gegen Kopf und Herzgegend mehrere ihm bekannte Fälle, in welchen das Bewusstsein trotz schwerer Hirnverletzung der Betroffenen erhalten blieb. Zwei dieser Fälle betrafen zwei Selbstmörder, bei denen die Kugel von Schläfe zu Schläfe gedrungen war und trotzdem das Bewusstsein nicht aufgehoben wurde; der erste Selbstmörder starb erst am 14. Tage nach der Verletzung, der zweite genas. Dieser letztere erinnert mich an einen vom k. u. k. Regimentsarzt Steiermark hierorts demonstrirten Fall, der einen Infanteristen betraf; derselbe durchschoss sich mit Mannlicher-Gewehr einen Stirnlappen in vertikaler Richtung (Einschussöffnung unter dem Kinn, Ausschussöffnung nahe der Mitte der Koronarnath) und trotzdem verlor er weder das Bewusstsein, noch das Leben. Als Beweis, dass nach Schussverletzung des Gehirns sich ein Selbstmörder noch einen zweiten Schuss beibringen oder auf irgend eine andere Weise seinem Leben ein Ende machen kann, berichtet Hayes Agnew u. a. über zwei Beobachtungen von Prof. Machod; die eine gehört einem Studenten an, der sich am Aborte eine Kugel in den Schädel jagte, dann in sein Zimmer zurückkehrte und hier gegen das Herz einen zweiten Schuss abfeuerte. Im zweiten Falle schoss sich ein Polizeimann in Gegenwart von Zeugen zuerst in die rechte Schläfe und dann in's Herz; das Projektil des ersten Schusses fand man in der linken Grosshirnhaemisphaere. Auch Hofmann[2]) berichtet über zwei Selbstmordfälle, in denen die Selbstmörder trotz grober Hirnverletzungen mittels eines Schusses bei Bewusstsein blieben. Ueber andere einschlägige Fälle berichten Förster[3]) und Litthauer.

Diese hier angeführten Fälle bilden einen hinreichenden Beweis dafür, dass ein Selbstmörder hintereinander mehrere Schüsse gegen seinen Kopf abfeuern kann. Selbstverständlich erscheint in solchen Fällen die Annahme eines Selbstmordes nur dann gerechtfertigt, wenn 1) sowohl die Lokalisation, wie auch das Aussehen der äusseren Wunden nebst anderen bekannten Momenten für einen Selbstmord sprechen und 2) wenn die gefundenen Schussverletzungen solche gewesen sind, die weder sofortige Bewusstlosigkeit, noch einen sofortigen Tod verursachen mussten. In dem Eingangs beschriebenen Falle waren nun alle Momente gegeben, die einen Selbstmord anzunehmen gestatteten. So waren erstens alle drei Wunden durch einen Nahschuss verursacht, die Einschussöffnungen befanden sich an Körperstellen,

[1]) Virchow's Jahresber.; 1887, S. 508.
[2]) Lehrbuch der ger. Med.; 1898, S. 393.
[3]) Litthauer; l. c.

gegen welche Selbstmörder gewöhnlich ihre Schüsse abzugeben pflegen und neben der Leiche lag ein Revolver, somit eine Waffe, die im Vergleich mit einer Pistole ungleich geringere Verwundungen anrichtet und rascher mehrmals hintereinander abgefeuert werden kann. Das Fehlen einer Pulverschwärzung und geringer Verletzungen an Händen des Denatus konnte nicht als Gegenbeweis für die Annahme eines Selbstmordes betrachtet werden, indem ja erfahrungsgemäss diese Merkmale öfters ausbleiben. Was nun die Frage anbelangt, ob Denatus nach Abfeuern des ersten noch weitere zwei Schüsse sich beibringen konnte, so muss man sie in unserem Falle schon deswegen bejahen, weil die Schüsse keine stärkere Blutung verursacht haben, ausserdem keine solchen Hirntheile trafen, deren Verletzung sofortigen Tod, Bewusstlosigkeit oder Lähmung herbeiführen musste. Indem aber von den drei festgestellten Wunden, diese, welche den hinteren Abschnitt des linken Hirnventrikels eröffnete, die weitaus gefährlichste war, so glaube ich nicht fehl zu gehen, wenn ich dieselbe als die zuletzt beigebrachte ansehe.

II. Herzverletzung durch Schuss aus einer Flobertpistole. Selbstmord oder Zufall?

Am 8. Januar wurde dem Institut die Leiche eines 16jährigen Dieners der Waarenhandlung F. zur sanitätspolizeilichen Sektion eingeliefert, indem im ersten Augenblicke die Todesursache unbekannt blieb. Man fand die ganz angekleidete Leiche um 8 Uhr in der Frühe im Schlafzimmer der Dienerschaft neben dem Bette liegen. Denatus betrat zum letzten Mal um 7 Uhr das Schlafzimmer, in welchem zu dieser Zeit Niemand verweilte. Erst nachdem die Leiche an's Institut geliefert wurde, fand man bei genauer Zimmerdurchsuchung unter dem Bette des Verstorbenen eine 20 cm. lange Flobertpistole, mit welcher die Dienerschaft in Mussestunden sich amüsirte. Die Tags darauf angeführte Sektion ergab bei der äusseren Besichtigung in der Mittellinie des Körpers und in der Gegend des Brustbein-Schwertfortsatzes eine runde, erbsengrosse, pergamentartig vertrocknete Hautaufschürfung in deren Mitte eine kaum merkliche und nur für eine sehr feine Sonde passirbare Oeffnung wahrgenommen wurde. Das Unterhautzellgewebe war im Bereiche dieser geringen Wunde etwa Thalerbreit mit frisch geronnenem Blut unterlaufen. Die äussere Wunde drang in den Brustkorb hinein und bildete einen Kanal, der die rechte Herzkammer perforirte. Die vordere Herzwand zeigte in der Mitte und dicht an der rechten Seite der Kranzschlagader, die hintere Wand dicht am rechten Herzrand eine erbsengrosse, mit dunklem Blut unterlaufene Oeffnung. Der Herzbeutel war theils mit frisch geronnenem, theils mit dunklem, flüssigem Blut gefüllt. Ein Geschoss war nicht zu finden. Da sich bei der Kleiderbesichtigung an entsprechender Stelle auch eine kleine ringsumher stahlgrau geschwärzte Oeffnung feststellen liess, unterlag es keinem Zweifel, dass diese tödtliche Herzverletzung einem Schuss aus einer Kleinkaliberwaffe, also aus einer Flobertpistole

entstammte. Was nun die Frage anlangte, ob gegebenen Falls Mord, Selbstmord oder Zufall vorlag, so hatte man nur zwischen Selbstmord und Zufall zu entscheiden, da Mord schon aus äusseren Umständen ausgeschlossen werden konnte. Wie bekannt, wird Selbstmord durch Schuss dann angenommen, wenn unter Anderen die Einschussöffnung diese Eigenschaften zeigt, welche einem Nahschusse zukommen. Da diese Eigenschaften von der Ladungsgrösse abhängen, die Flobertpatronen aber pulverfrei und deswegen von schwächerer Wirkung sind, so kann es nicht Wunder nehmen, wenn diese charakteristischen Merkmale bei einem Flobertschuss vollkommen ausbleiben oder nur schwach zum Vorschein gelangen. Wie schon oben bemerkt wurde, waren in unserem Falle weder die Umgebung der äusseren Wunde, noch die Wandungen des Schusskanals irgendwo geschwärzt, das Unterhautzellgewebe war mit dunklem, CO-freien Blut unterlaufen, (somit der Paltauf'sche Befund negativ.) Hätten wir nun die charakteristische Schwärzung an den Kleidern vermisst, so wäre es unmöglich gewesen, mit voller Sicherheit die Verletzung als Schusswunde zu erklären.

Da ich in der mir zugänglichen Literatur ausser einer Mittheilung von Räuber[1]) sonst nichts über Schussverletzungen durch Flobertgeschosse finden konnte, so habe ich aus Anlass des mitgetheilten Falles einige Experimente mit derselben Flobertpistole unternommen, mit der sich Denatus erschoss. Auf Grund dieser meiner Beobachtung, wie auch auf Grund meiner Experimente kann ich der Meinung Räubers „den Verletzungen mit Flobertschusswaffen, welche mit ihren winzigen, kaum erbsengrosen Geschossen in der Hauptsache wohl nur als Spielzeug dienen, dürfte man im Allgemeinen nur eine untergeordnete Bedeutung beimessen" nicht zustimmen, da ja doch ein Schuss aus einer Flobertpistole oder einem Flobertgewehr, genügende Propulsionskraft besitzt, um tötliche Verletzung beizubringen. Wenn man dabei bedenkt, dass der sonst verrätherische Knall bei einem Flobertschuss verhältnissmässig gering, die Verletzung selbst wenig charakteristisch ist, so muss man gestehen, dass dieses Waffensystem sich zum Begehen eines Verbrechens eher eignen würde, als gewöhnliche, mit Pulver geladene Waffen.

Es war nun mein Bemühen, zu erforschen, was für Eigenschaften einem Flobertschuss zukommen. Aus der bereits erwähnten Pistole habe ich aus verschiedener Entfernung Schüsse gegen unbekleidete, sodann angekleidete Leichen, gegen Meerschweinchen und endlich gegen mit frischem Ochsenblut getränkte, in Papierhülsen eingehüllte Watte abgefeuert.

Diese Experimente ergaben folgende Resultate: War beim Abfeuern die Pistolenöffnung dicht an einen Leichentheil angesetzt, so entstand eine gleichförmige Schwärzung der Schusskanalwände, ausserdem setzte sich der Rauch in Form eines stahlgrauen, glänzenden Niederschlages an dem Zeigefinger und

[1]) Diese Zeitschrift, Jahrg. 1898; S. 636.

Daumen der den Schuss abfeuernden Hand. Die Schwärzung der Hand blieb stets aus, wenn die Pistolenmündung nicht an die zutreffende Oberfläche dicht angedrückt war. Bei Schuss aus einer Entfernung von 10—15 cm erschien die Umgebung der äusseren Einschussöffnung und die Kanalwandungen geschwärzt. Von je grösserer Entfernung die Schüsse abgefeuert wurden, desto schwächer erschien die Schwärzung an der Einschussstelle; bei Entfernung von 40 cm blieb sie konstant aus. Die Schusskanalwände blieben schon stets von der Schwärzung verschont, bei 20 cm Entfernung. Gewöhnliche Männerkleidung hielt vollständig den Qualm so auf, dass weder die Umgebung, noch der Schusskanal geschwärzt erschienen, wenn nur die Pistolenmündung nicht dicht angesetzt war. Bei Schuss aus 15 cm Entfernung gegen Meerschweinchen fiel die Untersuchung der blutunterlaufenen Wundränder auf Kohlenoxydhaemoglobin stets negativ aus.

Indem nun im bereits beschriebenen Falle die Wandungen des Schusskanals sich nicht geschwärzt zeigten und in der Blutunterlaufung kein CO nachzuweisen war, so unterlag es keinem Zweifel, dass beim Abfeuern der Pistole ihre Mündung nicht dicht an die Sternalgegend angedrückt war. Die an den Kleidern gefundene Schwärzung erlaubte aber den Schluss zu ziehen, dass der Schuss aus einer kleineren Entfernung als aus 40 cm gefallen ist. Diese Auseinandersetzungen wie auch andere Umstände des Falles, wie Schuss gegen bekleideten Körper und an einer bei Selbstmördern nicht gewöhnlichen Stelle widersprachen nicht der Annahme eines unglücklichen Zufalles bei unvorsichtigem Umgehen mit geladener Waffe umsomehr, da Denatus keinen Grund hatte Selbstmord zu begehen und nie Selbstmordabsichten geäussert hatte.

Die Tuberkulose-Frage in England.

Von Kreisphysikus Dr. Oebbecke in Einbeck.

Im Hinblick auf den vom 24.—27. Mai d. J. in Berlin abgehalteuen Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit dürfte eine Darstellung der neuesten Entwicklungsphase der Tuberkulose-Frage in England zeitgemäss und von Interesse sein. Die Frage beschäftigt hier bereits die weitesten Volkskreise; man spricht allerwärts von einem Kreuzzug gegen die Tuberkulose, von einer defensiven und agressiven Mobilmachung des ganzen Volkes gegen diesen Volksfeind etc. Diese Volksbewegung hat auch schon zu dem erfreulichen Resultate geführt, dass sich in London eine feste Organisation vollzogen hat unter dem Namen „the national association for the prevention of consumption and other forms of tuberculosis.“ Zweigvereine sollen im ganzen Lande gebildet werden; das Volk soll im weitesten Umfange an dieser Organisation theilnehmen.

Im Dezember 1898 fand ein bemerkenswerthes „Meeting“ dieser Vereinigung unter dem Präsidium des „Prince of Wales“ in London statt, an dem auch „the Marquis of Salisbury“, „Lord

Rosebery" und Mr. Walter Long, der Landwirthschaftsminister, theilnahmen und durch ihre Anwesenheit ihr Interesse für diese wichtige Staatsfrage bezeugten. „Sir William Broadbent, the chairman of the organisation" gab folgendes Referat über die Tuberkulose als Volkskrankheit und die Bekämpfung derselben:

Nahezu 60000 Todesfälle kommen jedes Jahr an Tuberkulose in England und Wales vor, davon 40000 an Lungentuberkulose, 6000 an Intestinalphtise (tabes mesenterica), 6500 an tuberkulöser Meningitis, 5500 an Gelenktuberkulose etc. Trotz dieser traurigen Resultate lasse sich aber auf Grund der neueren Forschungen über das Wesen der Tuberkulose behaupten, dass die Krankheit eine äusserlich erworbene und daher ausrottbar sei. Es gebe wohl eine gewisse hereditäre Disposition bezüglich der Empfänglichkeit für die Tuberkulose aber keine eigentliche immanente Heredität. Als Ursache sei allerseits der Koch'sche Tuberkelbacillus anerkannt, welcher durch den Auswurf von Kranken verbreitet werde und im getrockneten und zerstäubten Zustande mit der Athemluft Eingang in die Lunge finde oder mit den Speisen in den Intestinalkanal eindringe und sich hier ansiedele. Eine besondere Rolle spiele bei der Uebertragung der Tuberkulose auch die Milch, namentlich bei den skrophulösen und tuberkulösen Kinderkrankheiten. Aber auch die Milch erlange erst ausserhalb der Kuh ihre tuberkulöse Eigenschaft und lasse sich hiervon rein erhalten. Sie würde namentlich beim Melken durch Geschwüre am Euter der Kuh infizirt, durch Kochen könnten jedoch die in ihr enthaltenen Keime unschädlich gemacht werden.

Als Präventivmassregeln gegen die Verbreitung der Tuberkulose kommen demnach in Betracht: Das Sputum der Kranken dürfe nicht in einen trockenen und zerstäubten Zustand gerathen; jeder Kranke müsse deshalb ein kleines Spucknäpfchen bei sich führen, das Flüssigkeit enthalte, gut verschliessbar sei und leicht nach dem Gebrauch ausgekocht werden könne. Der Inhalt eines solchen Gefässes müsse stets in die fliessenden Abwässer der Kanalleitungen entleert werden, nicht auf ruhig lagerndes Abfallmaterial, wo das Wachsthum von Tuberkelkolonieen leicht möglich sei. Auch könne das Sputum in kleine Papierstücke entleert und sogleich verbrannt werden. Ausser diesen Regeln für den Einzelnen seien für die Masse noch gewisse hygienische Vorschriften nöthig. Jedes Gemeinwesen solle dafür sorgen, dass seine tuberkulösen Kranken möglichst bald in isolirten und gesund gelegenen Heilstätten Unterkommen und Behandlung finden. Grosse und dichtbevölkerte Städte müssen für eigene Sanatorien sorgen; bei kleineren Gemeinwesen müsse die höhere Verwaltungseinheit hierfür eintreten. Diese Sanatorien dienten nicht nur zur Heilung der Kranken, sondern auch zum Schutz der Gesunden; sie müssen deshalb auf öffentliche Kosten unterhalten werden. Die nicht heilbaren Kranken lernten hier, wie sie sich nach ihrer Entlassung im Umgang mit gesunden Menschen zu verhalten haben, um Uebertragung zu verhüten.

Bei Mensch und Thier sei ferner die Wohnungsfrage resp. Stallfrage gegenüber dieser Krankheit und ihrer Verhütung von höchster Bedeutung. Auch hier müssen gewisse hygienische Vorschriften, wenn eine Ausrottung der Tuberkulose ermöglicht werden soll, streng auf gesetzlichem Wege durchgeführt werden. Es kommt dabei in Frage die Ventilation der Wohnungen, schädliche Feuchtigkeit und Uebervölkerung. Beim Zusammenleben mit Tuberkulösen in derselben Wohnung seien nicht diese selbst gefährlich bezüglich der Uebertragung, sondern alle Gegenstände, wo sich getrocknete Partikel des Sputums ansetzen können, die nachher als Staub in die Zimmerluft übergehen. Jede Staubentwickelung im Zimmer solle deshalb vermieden werden durch feuchtes Aufwischen etc.; Staubbecken und Staubfänger müssen in Wohnungen, wo Tuberkulöse sind, vermieden werden. Eine gute Ernährung solle die allgemeine Widerstandskraft bei hereditär Disponirten erhöhen. So könnten durch einfache, aber streng und konsequent durchzuführende Mittel sichere Erfolge erzielt werden, da die Tuberkulose nur auf einfach mechanischem Wege verbreitet werde und deshalb auf gleichem Wege bekämpft werden könne. Bei allen diesen Massnahmen sei es aber nöthig, sich vermittels Belehrung an die Ueberzeugung des Publikums zu wenden und damit an die freiwillige Mitarbeit des-

selben zu appelliren, weil Zwangsmassregeln hier stets nur beschränkte und ungenügende Wirkung haben.

Was die Vorschriften bezüglich des Milchviehs anbelangt, so sei in Dänemark bereits auf gesetzlichem Wege die Tuberkulinprobe eingeführt und dadurch eine strenge Scheidung der Ställe für gesundes und krankes Vieh ermöglicht. Gegen die Entstehung der Tuberkulose in den Ställen seien besondere Vorschriften in Bezug auf Bau und Betrieb nöthig. Jedes gesunde Stück Vieh müsse ein amtliches Zertifikat erhalten, dass die Tuberkulinprobe nichts Verdächtiges ergeben habe. Die so schliesslich erwirkte Wertherhöhung des gesammten Viehstandes werde dann auch die anfänglich geschädigten Besitzer zufrieden stellen, zumal wenn sämmtliche Viehbesitzer zu den gleichen Massnahmen angehalten werden.

Die Kontrole von tuberkulösem Fleisch lasse sich nur durch die obligatorische Einführung von Schlachthäusern ermöglichen. Tuberkulöses Fleisch müsse für den Konsumenten besonders gekennzeichnet werden, damit bei der Zubereitung als Nahrungsmittel besondere Vorsichtsmassregeln angewendet werden; denn es sei festgestellt, dass durch einfaches Kochen und Braten die Temperatur in den innersten Theilen des Fleisches 60 bis 70 Grad nicht übersteigt, durch welche Temperatur aber Tuberkelbazillen noch nicht getödtet werden.

Es kam schliesslich zur Annahme folgender Resolution:

„Die Versammlung erklärt ihre Billigung zu den Bestrebungen der „national association for the prevention of consumption", zu den Massnahmen gegen die Verbreitung der Tuberkulose sowie für die Heilung Erkrankter. Zu billigen ist insbesondere, auf Zwangsmassregeln zu verzichten und sich mehr an die Ueberzeugung und Freiwilligkeit des Publikums zu wenden."

Weiter bemerkenswerthe Aeusserungen in der Tuberkulosefrage fanden statt in einem „meeting of the health committee" zu Crewe, im März 1899. Nach einem vorausgegangenen Bericht über die Tuberkulose als Volkskrankheit von Dr. Meredith Joung wurden nachstehende Resolutionen angenommen:

1. Der „medical officer of health" muss berechtigt sein, in allen Fällen die amtliche Diagnose auf Tuberkulose zu machen. Weitere Exekutiv-Massnahmen darf er aber nur mit Genehmigung des Kranken oder seiner Angehörigen vornehmen.

2. Der „medical officer" muss periodisch die Milchzufuhr in seinem Bezirk bakteriologisch kontroliren.

3. Die Desinfektion der Häuser, Betten, Kleider etc. muss in allen Fällen, wo es sich um Tuberkulose handelt und wenn der behandelnde Arzt oder die Familie es beantragen, auf öffentliche Kosten geschehen.

4. Der „medical officer" muss in Verbindung mit praktischen Aerzten und Aerztevereinen stehen, um sich über die zur Zeit in seinem Bezirk behandelten Tuberkulosefälle unterrichten zu können und geeignete Zusammenstellungen und Anträge an das „health committee" machen zu können.

5. Für das Publikum muss eine übersichtliche und leichtverständliche Druckschrift über die Preventivmassregeln und Schutzmassregeln beim Zusammenleben mit tuberkulösen Kranken herausgegeben werden, für deren Verbreitung der „medical officer" in seinem Bezirk zu sorgen hat.

6. Für die Einrichtung der Milchviehställe, Milchwirthschaften und Milchverkaufsstellen müssen einheitliche Lokalvorschriften amtlich erlassen werden, deren Ausführung der „medical officer" zu überwachen hat.

7. Sämmtliche Milchviehbesitzer müssen eine amtliche Instruktion erhalten betreffend die Behandlung und die Verhütung der Tuberkulose beim Vieh, die bei der Kontrole durch den „medical officer" zu Grunde zu legen ist.

Ueber die Verminderung und Verhütung der Tuberkulose sprach sich der „medical officer of Portsmouth" in einem Bericht an das „town council" in folgender Weise aus:

Wie die Sanatorien am Besten zur Heilung der vorhandenen Krankheit dienen, so sei die Hauptpreventivmassregel zur Verhütung der Tuberkulose, strenge Vorschriften bezüglich der Wohnungen durchzuführen, als dem Orte,

wo das engste Zusammenleben von Gesunden und Kranken stattfinde. Das Hinterhaussystem mit seinen ringsumschlossenen Höfen müsse verboten werden, damit frische Luft rings um das Haus zirkulire. Der reinigenden Wirkung des Sonnenscheins müsse freie Bahn gegeben werden und die Anlage der Strassen eine solche sein, dass die Verbrauchsluft von den Wohnungen leicht weggeführt und frische Luft leicht zugeführt werde. Enge und winklige Strassen seien zu vermeiden. Fenster und Thüren müssten so angelegt sein, dass jede Stelle im Hause leicht gelüftet werden könne, ebenso müssten Korridore und Treppen als Hauptventilationskanäle im Hause dienen. Die Feuchtigkeit der Zimmerluft müsse durch Rohrverbindungen mit der äusseren Luft oder mit dem Treppenhause auf einem hygienischen Mittelwerth erhalten werden, was besonders bei Schulen unbedingt nöthig sei, wo die Lungen jugendlicher und unerfahrener Kinder in Frage kommen. Trockener Hausabfall sei ohne Staubentwickelung aus der Wohnung zu entfernen und eine besondere Aufmerksamkeit den Werkstätten innerhalb der Familienwohnungen zuzuwenden, die als kleine, zerstreute Betriebe weniger leicht wie grosse selbstständige Betriebe zu überwachen seien. Genügende Wirkung könne hier aber nur von einem allgemeinen Gesetz (omnibus bill) erhofft werden, dem sich alle gleichmässig zu unterwerfen haben.

In einem Vortrage, den Dr. Sims in Jorkshire College zu Leeds vor ca. 800 Zuhörern hielt, hub er folgende bemerkenswerthe Punkte hervor:

Zunächst bezeichnete er die Tuberkulosefrage bei der furchtbaren Mortalität von Mensch und Thier als die brennendste der Gegenwart, und betonte ebenfalls, dass die Krankheit keine eigentliche hereditäre, sondern eine „infektive" sei und man sich daher auch im Einzelnen wie im Ganzen davor schützen könne. Würden die Kinder von tuberkulösen Eltern vor äusserlicher Uebertragung behütet, so würden sie die Krankheit nicht bekommen. Allgemeine Stärkung des Körpers und der Lungengewebe durch entsprechende Uebungen würden hier unterstützend wirken. Die Tuberkulose verursache jetzt 50% mehr Todesfälle als die sämmtlichen (7) übrigen Infektionskrankheiten zusammen. Bezüglich der Wichtigkeit der Milchkontrolle schliesst Referent sich den bereits erwähnten Vorschlägen an. Hygiene, nicht Specifica seien hier vor Allem die wahren Hülfsmittel.

Einige bemerkenswerthe Punkte aus einem Vortrage von Dr. Nasmith, medical officer of Fife, verdienen ebenfalls Erwähnung:

Er beziffert die Sterblichkeit an Tuberkulose in Europa auf 1 Million pro Jahr. Nur wenige Gegenden sind von der Krankheit ausgenommen, wie die arktischen und antarktischen Regionen, Wüsten und hohe Berggegenden. Kein Alter bleibt verschont. Das ungünstigste Alter liegt zwischen 25 und 30 Jahren. Ein Drittel der Todesfälle bei Kindern unter 10 Jahren erfolgt an Tuberkulose. Bei Kindern ist hauptsächlich die Milch der Infektionsträger. Wo Gesunde und Tuberkulöse zusammenleben, muss das Essgeschirr getrennt gehalten und gereinigt werden, ebenso die Wäsche und Kleidung. Keine tuberkulöse Mutter darf ihr Kind selbst nähren.

Dr. Douglas, medical officer, berichtete in einem jüngst gehaltenen Vortrage über einige wichtige Untersuchuugen betreffs der Tuberkulose bei Milchkühen:

Von 15 tuberkulösen Kühen hatten 8 mit tuberkulösen Geschwüren besetzte Euter. Mit der Milch von letzteren wurden 48 Experimente angestellt, wovon 34 Uebertragung der Tuberkulose zur Folge hatten. 69 Experimente mit der Milch von tuberkulösen Kühen ohne geschwürige Euter hatten keinen einzigen Uebertragungserfolg.

Douglas ist gleichfalls für die obligatorische Tuberkulinprobe und Zertifikate für die gesunden Kühe.

Professor Greenfield, University of Edinburgh, bezeichnet die Tuberkulose geradezu als Staubkrankheit (dust disease). Der Staub ist nach ihm nicht nur gefährlich als Infektionsträger,

sondern er übt auch einen mechanischen, die Infektion begünstigenden Reiz auf die Lunge aus. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass die Kinder nach überstandenen Masern besonders empfänglich für tuberkulöse Infektion sind und dass in solchen Fällen Aerzte und Eltern besonders streng die hygienische Prophylaxe beobachten müssen. Bei der Bedeutung, welche eine hygienische Aufsicht über die Schule besitzt, wo die ganze Nation als schulpflichtig in Frage kommt, hält er die Organisation einer schulärztlichen Kontrole und feste Bestimmungen über eine Schulhygiene für unerlässlich und von grosser wirthschaftlicher Bedeutung.

Man sieht aus diesen Aeusserungen, mit welcher Einstimmigkeit und Einmüthigkeit in England die führenden Geister der medizinischen Wissenschaft und die weitesten Volkskreise Hand in Hand gehen, um den furchtbaren Volksfeind, die Tuberkulose, zu bekämpfen, mit welch' sicheren Hoffnungen man eine Ausrottung der Tuberkulose durch hygienische Mittel erwartet, wenn Wissenschaft und Volk zusammengehen, wenn man bereit ist, gewisse Mühen und Opfer zu Gunsten des Ganzen auf sich zu nehmen. Wie die Tuberkulose eine Krankheit ist, welche auf mechanischem Wege sich verbreitet, so hofft man, ihr auf gleichem Wege begegnen zu können. Die Einfachheit und überzeugende Klarheit der anzuwendenden Mittel ermöglicht es ferner, eine freiwillige und opferwillige Mitarbeit des Publikums zu erwirken, da Zwangsmassregeln hier stets ungenügend wirken werden.

Hoffen wir, dass auch der Mai-Kongress dieses Jahres in der Tuberkulosefrage eine so mächtige Wirkung und Anregung zur Mitarbeit im deutschen Volke erzeugen werde, wie es in England sich ermöglichen liess; dann werden Massregeln, die tief in das häusliche Leben des Einzelnen eingreifen, gern ertragen werden und der Erfolg noch die gegenwärtige Generation von der Nützlichkeit und dem Segen ihrer Opferwilligkeit überzeugen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam in Berlin am 25. Oktober 1899.

Anwesend waren Reg.- u. Med.-Rath Dr. Roth, die Kreisphysiker DrDr. Benda-Angermünde, Schulz-Berlin (Niederbarnim), Grossmann-Freienwalde, Kuhnt-Beeskow, Aust-Nauen, Gottschalk-Rathenow, Struntz-Jüterbogk, Passauer-Potsdam, Lindow-Prenzlau, Prawitz-Kyritz, Nickel-Perleberg, Wiedemann-Ruppin, Jaenicke-Spandau, Elten-Berlin (Teltow), Solbrig-Templin, Itzerott-Belzig, sowie die Kreiswundärzte DrDr. Podlewsky-Oderberg, Pfleger-Plötzensee, Kasten-Freienwalde, Günther-Luckenwalde, Schartow-Potsdam, Giese-Prenzlau, Buchholz-Wittstock. Als Gäste nahmen Theil die Bezirksphysiker San.-Rath Dr. Becker und San.-Rath Dr. Stüler in Berlin.

Reg.- u. Med.-Rath Dr. Roth eröffnete die von ihm einberufene Versammlung und begrüsste die Erschienenen, insbesondere die Gäste. Nach kurzem geschichtlichem Rückblick des Geh. San.-Raths Dr. Lindow konstituirte sich die Versammlung zwecks Abhaltung regelmässiger Sitzungen und ernannte Reg.- u. Med.-Rath Dr. Roth zum Vorsitzenden, die DrDr. Schulz und

Nickel zu Schriftführern. Auf Vorschlag des Vorsitzenden wurde hierauf an Herrn Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Kanzow-Potsdam eine von sämmtlichen Anwesenden unterzeichnete Begrüssungskarte gesandt. Es folgte sodann das Referat des H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Roth: **„Ueber den gegenwärtigen Stand der Seuchenverhütung im Bezirk"**, dem wir Folgendes entnehmen:

Die Mittel im Kampf gegen die ansteckenden Krankheiten unterscheiden wir als mittelbare und unmittelbare. Zu den ersteren gehört die Schaffung tadelloser Haus- und Gemeindeeinrichtungen, insbesondere die Bereitstellung eines einwandfreien Trinkwassers und die unschädliche Beseitigung der festen und flüssigen Abfallstoffe. Unter den direkten Kampfmitteln ist neben der Anzeigepflicht, deren Regelung und Kontrole von besonderer Wichtigkeit die Bereitstellung von Unterkunftsräumen für ansteckende Kranke. Während in einzelnen Kreisen nach dieser Richtung anerkennenswerthe Fortschritte zu verzeichnen sind, lässt in anderen die Unterbringung anstaltspflegebedürftiger und namentlich ansteckender Kranker zu wünschen übrig.

Von den 72 Städten der Bezirks besitzen zur Zeit nur 40 allgemeine (öffentliche und private) Krankenhäuser, und zwar zusammen 50, ausserdem haben 6 ländliche Ortschaften allgemeine Krankenanstalten. Von den 32 Städten ohne Krankenhäuser haben 19 im Armenhause oder im Polizeigewahrsam für plötzliche Erkrankungen und Verunglückungen, namentlich bei Durchreisenden, 1—2 Räume in nothdürftigster Weise ausgestattet. Unter den Städten ohne Krankenhäuser befinden sich solche mit 6000 und mehr Einwohnern.

In diesen 56 allgemeinen Krankenanstalten stehen 2380 Betten zur Verfügung, so dass auf je 10000 Einwohner nur 13,5 Betten entfallen, ein Verhältniss, das als ein ausreichendes nicht erachtet werden kann.

Von den 56 Krankenanstalten sind nur 5 mit besonderen Isolirbaracken für ansteckende Kranke ausgestattet. Einzelzimmer für ansteckende Kranke sind ausserdem in 18 Krankenhäusern vorgesehen, ausreichend gesondert jedoch nur in den wenigsten von diesen (6), so dass nur in 11 von den 56 allgemeinen Krankenanstalten dem ersten Erforderniss, das an ein Krankenhaus gestellt werden muss, genügt ist.

Desinfektionsapparate befinden sich bei 25 Krankenanstalten, von denen die meisten auch für Desinfektionszwecke ausserhalb der Anstalt zur Verfügung stehen. Ausserdem sind noch 13 Desinfektionsapparate für die freie Bevölkerung vorhanden. Von diesen 38 Apparaten ist ein Theil in Folge mangelhafter Bedienung in einem mehr oder weniger unbrauchbaren Zustande. In einzelnen Kreisen ist ein Desinfektionsapparat überhaupt nicht vorhanden, in anderen war der einzige dort vorhandene Apparat für die Bedürfnisse der freien Bevölkerung gänzlich unzureichend. Die Bedienung der Desinfektionsapparate erfolgt fast durchweg durch nicht ausreichend vorgebildete Personen, überwiegend Krankenwärter oder Krankenhausväter, so dass es nicht Wunder nimmt, wenn Klagen über Beschädigungen der Sachen durch die Desinfektion häufig vorkommen. Mangels geeigneter Desinfektion bleibt die Wohnungdesinfektion in der Regel den Familienangehörigen selber überlassen. Dieser Mangel geeigneter Desinfektionsapparate und vorschriftsmässig ausgebildeter und ausgerüsteter Desinfektoren hat sich bei der Bekämpfung der Seuchen, namentlich der Diphtherie und des Scharlachs, wiederholt im Bezirk fühlbar gemacht.

Um die vom ersten Beginn der Erkrankungen nothwendige Unschädlichmachung der Ansteckungsstoffe zu erreichen, ist die zielbewusste Mitwirkung der Aerzte und des Pflegepersonals unentbehrlich. Vielfach werden auch namentlich auf dem Lande die amtlichen Desinfektoren hierbei mit Erfolg heranzuziehen sein. Von besonderer Wichtigkeit ist es, dass überall auch auf dem Lande Schwestern und Diakonissen bereit gestellt werden, die neben den Aerzten berufen sind, darüber zu wachen, dass die Anordnungen namentlich auch bezüglich der Unschädlichmachung der Ansteckungsstoffe vorschriftsmässig ausgeführt werden. Während in einzelnen Kreisen Pflegeschwestern überall leicht erreichbar sind, ist dies in anderen Kreisen nicht in gleichem Masse der Fall. Neben den mündlichen Unterweisungen sind ausserdem von besonderer Bedeutung kurzgefasste, gemeinverständliche Belehrungen über das Verhalten beim Herrschen ansteckender Krankheiten, die für die einzelnen Krankheiten in Plakatform gedruckt in jedem Fall einer ansteckenden Krankheit durch die

Gemeindevorstände den betreffenden Familien übermittelt werden. „Sanitäre Belehrung ist oft besser und wirksamer als sanitäre Gesetze." Ausserdem wird auf dem Lande auf die Bereitstellung der hauptsächlichsten Desinfektionsmittel Bedacht zu nehmen sein.

Es ergiebt sich hieraus die Nothwendigkeit, für Verbesserung unserer Rüstung im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten Sorge zu tragen, eine Nothwendigkeit, die neuerdings durch die Zunahme der inneren Wanderungen und die wiederholten Seuchenverschleppungen (Flecktyphus, Pocken u. a.) durch die Wanderarbeiter sowie im Hinblick auf die sanitären Verhältnisse des Auslandes eine besonders dringende geworden ist. Was in erster Linie Noth thut, sind Krankenhäuser und speziell Unterkunftsräume für ansteckende Kranke. Desinfektionsapparate und dazu gehörige Transportgeräthe für infizirte und gereinigte Sachen, sachgemäss ausgebildete und ausgerüstete Desinfektoren, Vermehrung der Gemeindeschwestern, Heranziehung der Aerzte zur Mitwirkung und gemeinverständliche, kurzgefasste Belehrungen bei den einzelnen ansteckenden Krankheiten.

Zum Schluss berührte Referent noch kurz die Hygiene der kleinen Städte. Die Landstädte von 2000 bis 5000 Einwohnern haben nach den vorliegenden Statistiken bereits einen stark industriellen Charakter angenommen; fast genau die Hälfte ihrer Bewohner gehört der Industrie an. Die eigentlichen Industriestädte sind die Kleinstädte mit 5000 bis 20000 Einwohnern, in denen 572 ‰ der Bevölkerung industriell sind. Die Mittel- und Grossstädte bleiben in dieser Beziehung hinter den Kleinstädten zurück. Ergiebt sich hieraus schon ein besonderer Anlass, der Hygiene der Kleinstädte besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, so wird die Nothwendigkeit hierfür auch durch die Statistik dargethan, wonach die Sterblichkeit in dem Lebensalter von 15—40 Jahren durchschnittlich am grössten in den Kleinstädten und Landstädten ist; zumal in der Zeit von 15—30 Jahren übertrifft sie die Sterblichkeit in allen anderen Ortsgrössenklassen, am wesentlichsten in dem leistungsfähigen Alter von 20 bis 30 Jahren, während sie in den späteren Jahren von der der Mittelstädte etwas übertroffen wird. Wenn auch in vielen Fällen die hohe Sterblichkeit der Kleinstädte nicht dem Wohnort, sondern der Beschäftigung zuzuschreiben ist, so unterliegt es doch keinem Zweifel, dass die hygienischen Verhältnisse speziell der Kleinstädte gegenüber den günstigen natürlichen Lebensbedingungen des platten Landes und den durch die Hygiene bedeutend verbesserten Lebensbedingungen der Grossstädte am meisten zurückgeblieben sind. Da die industrielle Bevölkerung am meisten des Schutzes von Leben und Gesundheit bedarf, da sie vielfach unter ungünstigen Bedingungen arbeiten muss, gilt es, die allgemeinen Gesundheits- und Lebensbedingungen in den Kleinstädten als dem eigentlichen Sammelpunkt der industriellen Bevölkerung zu heben und auf eine Besserung der Arbeitsbedingungen hinzuwirken. Gleichzeitig erwächst hieraus den Medizinalbeamten die Aufgabe, den Fragen der speziellen Gewerbehygiene und Gewerbesanitätspolizei erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden, wozu auch die neuerliche Ausführungsanweisung zur Gewerbeordnung vom 9. August d. J. einen weiteren Anlass bietet.

In der sich anschliessenden lebhaften Diskussion wurde die Schwierigkeit des Transports der fahrbaren Desinfektionsapparate auf schlechten Wegen erwähnt und über schlechte Erfahrungen durch Verderben von Sachen bei der Desinfektion berichtet. Der Vortragende bat, die wohl vorhandenen Schwierigkeiten nicht zu sehr hervorzuheben, und betonte die Wichtigkeit der Beschaffung gut ausgebildeter Desinfektoren, wozu Berlin jederzeit zur Verfügung stehe. Durch sachgemässe Ausführung würden auch die Erfahrungen bessere werden. Ueber solche wurde von anderer Seite berichtet. Die Formalindesinfektion konnte noch nicht als vollwerthiger Ersatz der Dampfdesinfektion anerkannt werden. Unter allseitiger Zustimmung als nothwendig bezeichnet wurden für die Zwecke einer erfolgreichen Verwendung der Desinfektionsapparate die sofortige Meldung der in Frage kommenden Infektionskrankheiten an den Kreisphysikus und schleunigste Feststellung durch ihn an Ort und Stelle, sowie die Einführung eines Desinfektionszwanges. Auch wurde vorgeschlagen, den Aerzten, die darüber oft nicht genügend orientirt seien, eine Zusammenstellung der anzeigepflichtigen Krankheiten in die Hand zu geben. Desgleichen wurde die Ausarbeitung gemeinverständlicher, kurzgefasster Belehrungen für die einzelnen

ansteckenden Krankheiten beschlossen. Die Kreisphysiker San.-Rath Dr. Jaenicke und Dr. Aust erklärten sich bereit, der nächsten, im Februar anzuberaumenden Versammlung die betreffenden Entwürfe vorzulegen.

II. Ueber die Besserung der Lage der Hebammen. Der Referent, Kreisphysikus Dr. Nickel-Perleberg besprach zunächst die von Seiten der Regierung angestrebten Reformen, den Ministerialerlass vom 6. August 1883 und die neu erlassenen Taxen, und erwähnte sodann die Ziele der Vereinigung deutscher Hebammen. Er selbst schlug vor:

1. Beseitigung des Instituts der frei praktizirenden Hebammen nach dem Muster des Königreichs Sachsen oder, wenn dies sich nicht als durchführbar erweisen sollte, möglichste Beschränkung derselben durch Verminderung der Anzahl der Schülerinnen auf den Hebammenlehranstalten.

2. Bekämpfung der Hebammenpfuscherei. Vorgeschlagen wird zu diesem Zwecke Angabe der Hebammen oder Wickelfrau auf den statistischen Meldekarten, welche die Standesbeamten vierteljährlich über die Geburten einzureichen haben. Bei Durchsicht dieser Karten würde dann der Physikus sofort ein vollständiges Bild über den Umfang der Kurpfuscherei seines Kreises erhalten und in der Lage sein, von Amtswegen einzuschreiten.

3. Abgrenzung der Hebammenbezirke mit Rücksicht auf die Bevölkerungsdichtigkeit. In Städten genügt eine Hebamme für 3000 Einwohner, auf dem Lande für 2000 vollkommen. Bei dieser Abgrenzung ist auch besonders auf die Vertheilung der Hebammen in den Nachbarkreisen Rücksicht zu nehmen.

4. Fürsorge für Alter und Invalidität, am besten nach der jetzigen Lage durch Anschluss an die staatliche Invalidenversicherung, die trotz ihrer Nachtheile von keiner bisher gegründeten Kasse (Liebenwerda, Saarburg) übertroffen wird.

In der Diskussion wurde bemerkt, dass eine Beseitigung der frei praktizirenden kaum angängig sein dürfte und man sich mit der Beschränkung würde begnügen müssen.

Nach einigen Anfragen endete die Versammlung, an die sich noch ein recht gemüthliches Beisammensein anschloss. Dr. Schulz-Berlin.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Hildesheim vom 4. November, abgehalten im Sitzungssaale der Königlichen Regierung.

Diese Versammlung erhielt eine besondere Bedeutung durch die Anwesenheit des neuen Regierungspräsidenten, Herrn v. Philipsborn, welcher der Versammlung die Ehre erwies, den Vorsitz zu übernehmen.

Sonstige Anwesende: Oberregierungsrath Glasewald, Regierungsrath v. Kamptz, Regierungs- und Geh. Medizinalrath Dr. Grun; die Physiker: Lemmer-Alfeld, Strecker-Duderstadt, Oebbecke-Einbeck, Wengler-Göttingen, Wiechers-Gronau, Becker-Hildesheim, Bachmann-Ilfeld, Schulte-Münden, Müller-Northeim, Richter-Peine, Schnelle-Hildesheim (Marienburg), Lotze-Osterode, Kühn-Uslar, Riehn-Klausthal, sowie Kreiswundarzt Dr. Kessler in Salzgitter.

Nach Erledigung der laufenden Geschäfte durch den Herrn Geh. Medizinalrath Dr. Grun bildete den ersten Teil der Tagesordnung das Referat des Kr.-Phys. Dr. Bachmann-Ilfeld über die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der in dieser Hinsicht im Regierungsbezirke Hildesheim gültigen Gesetze und Verordnungen. Der Referent machte im Anschluss hieran mehrere Vorschläge betr. Aenderungen der zur Zeit gültigen medizinalpolizeilichen Gesetzgebung, von denen auf Anregung des Herrn Regierungspräsidenten folgende zur weiteren Berathung auf die Tagesordnung der nächsten Frühjahrsversammlung gestellt werden sollen: 1. Erlass einer neuen Polizeiverordnung über Anzeigepflicht bei gemeingefährlichen Krankheiten; 2. Ausarbeitung einer neuen populären Belehrung über gemeingefährliche Krankheiten; 3. Erlass einer Polizeiverordnung über die Anlage von Düngerstätten in ländlichen Gemeinden. Diese Entwürfe nebst Motiven sollen vom Referenten im Laufe des Winters den betheiligten Herren in Abzügen zugestellt werden.

Als zweiten Punkt der Tagesordnung berichtete ebenfalls Bachmann-Ilfeld kurz über die eigenartigen Verhältnisse der Kanalisation der

Lungenheilstätte der Halle'schen Knappschafts-Pensionskasse zu Sülzhayn bei Ellrich am Harz, welche kürzlich zu dem Projekte einer Degener-Rothe'schen Anlage mit Kohlebrei-Klärung geführt haben.

Sodann begab sich die Versammlung nach dem städtischen Krankenhause, wo der dirigirende Arzt, Kr.-Phys. Dr. Becker, die seit Kurzem bestehende Degener-Rothe'sche Anlage sowie einen Zimmer-Desinfektions-Apparat nach Flügge erklärte, welchen die Firma Schwarzlose-Söhne (Berlin) kostenlos zur Ansicht gesandt hatte.

Schliesslich hatten sämmtliche Theilnehmer die Ehre, einer Einladung des Herrn Präsidenten zum Mittagessen folgen zu dürfen, wo noch manch anregendes Wort gesprochen wurde. Wohl alle Betheiligten schieden mit dem Gefühl, dass eine Neubelebung der öffentlichen Gesundheitspflege für unseren Bezirk im Gange sei, nicht allein veranlasst durch das zu erwartende Inkrafttreten des Kreisarzt-Gesetzes, sondern ganz besonders auch durch das äusserst rege Interesse, welches unser neuer Herr Regierungspräsident allen Fragen der öffentlichen Gesundheit entgegenbringt. Dr. Bachmann-Ilfeld.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Erwerbsverminderung von 50 % bei Verlust eines Auges und Herabsetzung der Sehschärfe des anderen Auges auf $^5/_8$ der normalen. Rekursentscheidung des Reichs-Versicherungs-Amtes vom 31. Mai 1899.

Nach dem einwandsfreien Gutachten des Dr. St. vom 1. August 1898 bestehen die Folgen des Unfalls, den der Kläger am 30. Dezember 1897 erlitten hat, in dem völligen Verlust der Sehkraft des rechten Auges, in einer mässigen Entstellung dieses Auges, in einer Herabsetzung der Sehkräfte des linken Auges auf $^5/_8$ der normalen und einer gewissen Empfindlichkeit, sowie Schwäche des linken Auges gegen kalte Luft, Hitze, Staub etc., die leicht zu Thränen, Röthe und Lichtscheu führt. Würde es sich allein um den Verlust des rechten Auges handeln, so wäre allerdings schon eine Rente von 25 % der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit angemessen. Da aber auch das linke Auge in seiner Sehkraft herabgesetzt und, worauf es vor Allem ankommt, in hohem Grade der Schonung bedürftig ist, so kann selbst eine Rente von 40 % nicht für ausreichend erachtet werden. Das Reichs-Versicherungsamt hat vielmehr nach freiem Ermessen den Grad der durch den Unfall verursachten Erwerbsunfähigkeit des Klägers auf 50 % geschätzt und danach die Rente festgesetzt.

Verlust des Anspruchs auf die durch Privatversicherung vereinbarte Versicherungssumme in Folge Unterlassung der geforderten Sektion der Leiche. Urtheil des III. Zivilsenats des Reichsgerichts vom 15. November 1898.

.... Nach der im Revisionswege nicht angreifbaren Auslegung des Berufungsgerichts ist im Sinne des §. 10 ein Fall jedenfalls dann „zweifelhaft", wenn die Gesellschaft auf die ihr gemachte Mittheilung in Zweifel stellt, dass der Tod die direkte und durch irgend welche andere Umstände nicht vermittelte Folge des Unfalls sei. Kann nach dieser Auslegung die Direktion die Sektion verlangen, wenn sie den Fall für zweifelhaft erachtet, so geht sie dieses Rechts auch nicht durch die inzwischen erfolgte Beisetzung oder Beerdigung der Leiche verlustig: §. 10 begrenzt das Recht der Direktion nicht zeitlich durch die Beisetzung oder Beerdigung, verpflichtet vielmehr nur den Rechtsnachfolger, unverzüglich in zweifelhaften Fällen die Sektion vornehmen und der Direktion noch vor der Beerdigung einen Bericht über den Befund zugehen zu lassen. Diese hat nach Feststellung des Berufungsgerichts nach erlangter Kenntniss vom Todesfall unverzüglich der Klägerin die Sektion als unerlässlich bezeichnet, und wenn die Klägerin, die nicht einmal die Direktion selbst, sondern nur den Agenten in Berlin telegraphisch vom Ableben ihres Ehemannes benachrichtigt hatte, die Depesche der Beklagten vor der Beisetzung nicht erhalten haben will,

weil angeblich Verwandte sie angenommen und ihr aus Schonung vorenthalten haben, so ändert dies nichts an der Thatsache, dass die Beklagte ihrerseits alles nach der Sachlage Mögliche gethan hat, um noch vor der Beisetzung die Sektion herbeizuführen. War aber das Verlangen der Beklagten berechtigt, so war auch die Klägerin verpflichtet, die Sektion und die zu deren Vornahme erforderliche Aufnahme der Leiche aus der Gruft zu gestatten. Mit der Verweigerung der Gestattung sind die Ansprüche aus der Versicherung nach §. 20 der Bedingungen verwirkt. Entschuldigungsgründe stehen der Klägerin nicht zur Seite. Die Bedeutung der Sektion für die Beklagte ist im Berufungsurtheile zutreffend hervorgehoben und durfte danach die Klägerin nicht im Vertrauen auf Aeusserungen des behandelnden Arztes das Begehren der Beklagten zurückweisen.[1]) Unerheblich ist auch, ob, wie die Klägerin unter Berufung auf sachverständiges Gutachten behauptet, nicht aus der Sektion, sondern allein aus der Krankheitsgeschichte die Frage des Kausal-Zusammenhangs zu beantworten ist. Sollte dies auch der Fall sein, so wird doch dadurch nicht das Recht der Beklagten berührt und die Klägerin entschuldigt. Für die Annahme aber, dass die Beklagte nur aus Chikane auf ihrem Rechte bestanden habe, bietet, wie das Berufungsgericht ausführt, die Sachlage nicht den entferntesten Anhalt.

Unfallversicherungs-Praxis; 1899, Nr. 19.

Mittelbarer ursächlicher Zusammenhang der Strahlenpilzkrankheit mit dem Hufschlag eines Rindes. Aerztliches Obergutachten des Obermedizinalraths Dr. Grashey in München vom 12. September 1898 und Rekursentscheidung des bayerischen Landesversicherungsamtes vom 5. Oktober 1898.

Die Frage 1, ob überhaupt anzunehmen sei, dass die am 21. November 1897 verlebte Bauersehefrau Margaretha B. an Strahlenpilzkrankheit (Aktinomycosis) gestorben sei, ist zu bejahen. Hierfür sprechen die Krankheitserscheinungen, der Verlauf der Krankheit und das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung des operativ entleerten Eiters und der operativ entfernten Geschwulsttheile. Frage 2, ob erwähnte Krankheit spontan und ohne Infektion entstehen könne, ist zu verneinen. In dieser Beziehung sind von der Wissenschaft vollgültige Beweise erbracht, und kein wissenschaftlich gebildeter Arzt hegt einen Zweifel über die infektiöse Natur der Krankheit. Frage 3, ob nach den gepflogenen Erhebungen mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne, dass die Infektion der Margaretha B. durch den Hufschlag ihrer Kuh an die linke Kieferseite vom 28. Januar 1897 erfolgt sei, beantwortete ich dahin, dass für diesen Infektionsmodus hohe Wahrscheinlichkeit bestehe aus folgenden Gründen: Die meisten Strahlenpilz-Infektionen gehen sowohl beim Menschen als auch beim Rind von der Mundhöhle aus. Dass der Pilz in der Mundhöhle eine Eingangspforte in die Gewebe gefunden habe, ist besonders dann anzunehmen, wenn die Weichtheile des Mundes oder die Knochen der Kiefer zuerst von der Pilzwucherung ergriffen wurden. Bei Frau B. war die linke Hälfte des Unterkieferknochens zuerst ergriffen; es kann also die Infektion von der Mundhöhle aus nicht wohl bezweifelt werden. Auf welche Weise der Strahlenpilz in die Mundhöhle der Frau B. gelangte, lässt sich nicht feststellen. In den Akten ist vorzugsweise die Frage ventilirt, ob Frau B. von einem strahlenpilzkranken Rind aus infizirt worden sei. Man hat Erhebungen gepflogen, ob im Stalle der Familie B. ein derartig erkranktes Rind war, und da sich herausstellte, dass weder in diesem Stalle, noch im Wohnorte überhaupt in den letzten sieben Jahren ein strahlenpilzkrankes Rind beobachtet wurde, so hat man den Schluss gezogen, dass der obenerwähnte Hufschlag auf keinen Fall die Infektion herbeigeführt haben könne. Dem gegenüber muss hervorgehoben werden, dass der Strahlenpilz nicht etwa nur beim Menschen und beim Rind vorkommt, sondern auch auf den Getreide-Aehren, und dass der Pilz nicht lediglich vom Menschen auf das Rind und umgekehrt übertragen wird, sondern am häufigsten vom Futter aus in's Rind gelangt und dass Menschen, welche mit Getreide und

[1]) Der Tod war an Lungenentzündung erfolgt; nach dem Zeugniss des behandelnden Arztes sollte diese in ursächlichem Zusammenhange stehen mit einem drei Monate vorher im Kampfe mit einem brünstigen Hirsch erlittenen Unfalle.

Futter umgehen, den Pilz auch direkt von da aufnehmen können. Wenn Frau B. thatsächlich mit strahlenpilzkrankem Vieh nicht in Berührung kam, dann wird sie ihn wohl direkt durch Einathmung von Getreide- oder Futterstaub in den Mund gebracht haben; denn aufgenommen hat sie den Pilz nach Art und Verlauf ihrer Erkrankung und nach dem Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung. Ferner habe ich hervorzuheben, dass nicht jeder Mensch, welcher solche Pilze in die Mundhöhle auf irgend eine Weise aufnimmt, ohne Weiteres an Strahlenpilzwucherungen erkrankt, sondern dass der Pilz nur dann in die Weichtheile eindringt, wenn dieselben verletzt sind. Demnach konnte auch Dr. H. mit Recht sagen, dass durch einen Hufschlag einer Kuh, der keine blutende Wunde machte, die Strahlenpilzkrankheit nicht hervorgerufen werden könne. Gleichwohl ist der erwähnte Hufschlag nicht als so harmlos aufzufassen, wie er nach dieser Aeusserung aufgefasst worden ist; denn entscheidend ist, ob der Hufschlag eine blutende Wunde machte oder nicht. Hierbei braucht man sich aber keine irgendwie grössere Wunde der Wangenhaut vorzustellen, sondern es genügte eine minimale Hautwunde, ja es genügte eine minimale Verletzung der Mundschleimhaut. Nun muss ich bemerken, dass ich mir einen so harmlosen Hufschlag, welcher nicht einmal die Schleimhaut des Mundes verletzt, nicht wohl denken kann; denn letztere wird durch den Schlag doch heftig gegen die Zähne gepresst. Die Wahrscheinlichkeit, dass durch erwähnten Hufschlag die Wangenschleimhaut der Frau B. verletzt wurde, ist mindestens erheblich grösser, als die Wahrscheinlichkeit des Gegentheils. Hierzu kommt aber noch ein Moment: der Strahlenpilz wuchert in einem Gewebe, in das er durch eine, wenn auch nur kleine Wunde Eingang gefunden hat, ungleich leichter und sicherer, wenn das Gewebe durch eine Kontusion in seiner Vitalität alterirt ist, als wenn das Gewebe sonst ganz gesund ist. Demnach muss ich sagen, dass Frau B. Anfangs des Jahres 1897, als sie den Hufschlag erlitten hatte, durch denselben ganz besonders zu einer Strahlenpilzerkrankung disponirt war, wenn Strahlenpilze auf irgend eine Weise in ihre Mundhöhle gelangten. Am 20. April 1897 war ihre Erkrankung schon soweit fortgeschritten, dass sie wegen Kieferklemme ärztliche Hülfe suchen musste. Nimmt man an, dass unmittelbar nach dem am 28. Januar 1897 erlittenen Hufschlag oder doch sehr bald nach demselben die Infektion erfolgte, so konnte die Wucherung des Pilzes bei seiner langsamen Entwickelung am 20. April 1897 recht wohl den oben angegebenen Grad erreicht haben. Es besteht somit zwischen Hufschlag und Infektion auch zeitliches Zusammentreffen. Aus all diesen Gründen kann, wie oben erwähnt, mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Infektion durch den Hufschlag der Kuh im Januar 1897 erfolgt sei. Hierbei ist der Hufschlag als Gelegenheitsursache aufgefasst, d. h. er ermöglichte, dass der auf irgend eine Weise in die Mundhöhle gelangte Infektionskeim in der Mundhöhle sich festsetzen und weiter entwickeln konnte. Andererseits möchte ich noch Folgendes zu bedenken geben: Wollte man den Hufschlag nicht als Gelegenheitsursache gelten lassen, so müsste man eine andere Gelegenheitsursache annehmen, für welche nach der Aktenlage keinerlei Anhaltspunkte vorhanden sind. Dies hiesse aber, eine hervorragend wirksame Gelegenheitsursache ignoriren und eine andere unbekannte an ihre Stelle setzen.

Auf Grund des vorstehenden Gutachtens hob das königl. Landesversicherungsamt in München mit Rekursentscheidung vom 5. Oktober 1898 die gegentheiligen Entscheidungen der Vorinstanzen auf und erklärte die beklagte land- und forstwirthschaftliche Berufsgenossenschaft für schuldig, für die Verletzte vom Beginn der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls an bis zu ihrem Tode eine der jeweiligen Erwerbsbeschränktheit entsprechende Unfallrente zu gewähren und dem Wittwer die vom gleichen Zeitpunkt an erwachsenen Heilkosten, sowie die Leichenkosten zu ersetzen.

Unfallversicherungs-Praxis; 1899, Nr. 22.

Heilgehilfen, Wundarzneidiener, Hebeammen etc. sind nicht versicherungspflichtig. Revisions-Entscheidung des Reichversicherungsamts vom 25. Januar 1899.

Zunächst unterliegt es keinem Zweifel, dass der Kläger, soweit er von

wechselnden Auftraggebern ohne Vermittelung eines Arztes als Heilgehilfe beschäftigt wurde (also beispielsweise beim Zahnziehen, Anlegen von einfachen Verbänden, Setzen von Blutegeln bei Aderlassen und dergl.) nicht Lohnarbeiter, sondern selbständiger Gewerbetreibender war, ebenso wie bei seiner Thätigkeit als Barbier. Die Ausübung der Heilkunde, der niederen wie der höheren, erfordert im Allgemeinen in so erheblichen Masse ein Handeln auf eigene Verantwortung und die Anwendung besonderer Fachkenntnisse, dass die dem Lohnarbeitsverhältniss eigenthümliche persönliche Abhängigkeit von dem Auftraggeber, die Unterordnung unter seinen Willen damit nicht vereinbar ist. Dies gilt insbesondere auch von den Personen, welche, wie der Kläger, den Besitz der nöthigen Kenntnisse durch eine Prüfung nachgewiesen haben, und behördlich auf die getreue Erfüllung ihrer Berufsaufgaben verpflichtet worden sind. Dafür, dass auch nach der Anschauung des gewerblichen Lebens der Heilgehilfe nicht Arbeiter, sondern selbständig ist, spricht unter Anderem die herkömmliche Verbindung des Berufes als Heilgehilfe oder Wundarzneidiener mit dem Barbiergewerbe. Die am nächsten verwandten, ebenfalls regelmässig unabhängigen Berufsarten sind die der Abreiber und Kneter, der Hebammen, der selbständigen, freien Krankenpflegerinnen. Uebrigens erkennt der Kläger in der Gegenschrift selbst an, dass er hinsichtlich seiner freien Praxis als Heilgehilfe, die ungefähr 400 Mark Jahreseinkommen abgeworfen habe, nicht versicherungspflichtig gewesen sei. Steht dies aber fest, so fehlt es an einem ausreichenden Grunde für die Annahme, dass der Kläger, soweit er bei den Ortsarmen der Gemeinden Rheinbischofsheim und Holzhausen Heilgehilfendienste für einen von den Gemeinden bewilligten festen Jahresbetrag verrichtete, nicht mehr selbstständiger Gewerbetreibender, sondern Bediensteter der Gemeindeverwaltung gewesen sei. Denn diese seine Thätigkeit unterschied sich von der zuerst erörterten fast ausschliesslich nur durch das Vorliegen eines festen Vertrages und eines nicht nach den Einzelleistungen, sondern ein für allemall in unveränderlicher Summe bestimmten Lohnsatzes. Beide Umstände sind jedoch nicht wesentlich. Der Kläger blieb gleichwohl bei der Ausübung seines Berufes selbst unabhängig. Dass ein Gewerbetreibender gegenüber einem ständigen Auftraggeber sich für einen bestimmten Zeitraum zur Uebernahme aller in sein Fach einschlagenden Leistungen gegen einen Pauschbetrag verpflichtet, ist nichts seltenes und mit der gewerblichen Unabhängigkeit sehr wohl vereinbar. Es lässt sich auch nicht etwa annehmen, dass der Kläger mit jenen Verträgen Beamter der Gemeinden geworden war. Denn die übernommenen Leistungen gehörten als solche nicht zu den Aufgaben der Gemeindeverwaltung, und der Kläger besorgte mit seiner Heilgehilfenthätigkeit nicht die Geschäfte der Gemeinden, sondern seine eigenen. Sein Verhältniss zu den Gemeinden ist etwa zu vergleichen demjenigen, in dem ein im Uebrigen seiner freien Praxis obliegender Arzt sich befindet, wenn er beispielsweise als Hausarzt, Armenarzt, Arzt einer Kuranstalt, eines Theaters u. s. w. mit einzelnen Auftraggebern feste Vereinbarungen getroffen hat. Nicht mit Unrecht weist auch die Revisionsschrift auf die Hebammen hin, die häufig von einer Gemeinde oder Gemeindeverbänden mit einer festen Vergütung für die bei Unbemittelten unentgeltlich zu leistende Hilfe bestellt werden und gleichwohl als gewerblich selbständig angesehen werden müssen. Was sodann diejenigen Verrichtungen anlangt, für welche der Kläger von den Aerzten, insbesondere gelegentlich von Operationen zugezogen wurde, so lässt sich nicht zugeben, dass der Kläger deswegen, weil der Arzt die Heilbehandlung leitete und sich daher die Bestimmung darüber, ob und in welcher Weise die in das Fach des Heilgehilfen schlagenden Massnahmen anzuwenden seien, vorbehalten musste, als Gehilfe des Arztes im Sinne des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes zu gelten habe. Denn rechtlich betrachtet leistet der Wundarzneidiener dabei, etwa von vereinzelten Handreichungen wie Reinigen, Bereithalten der Instrumente und dergleichen abgesehen, nicht Dienste, die eigentlich dem Arzte zu verrichten oder verrichten zu lassen obläge. Nach allgemeiner Anschauung bilden vielmehr die der niederen Heilpflege eigenthümlichen Hantirungen ein besonderes Gebiet der gewerblichen Bethätigung für sich, wenn auch die Grenzen gegenüber dem Bereich ärztlicher Thätigkeit nicht immer scharf zu ziehen sind. Der Arzt verordnet Massnahmen der niederen Heilbehandlung ebenso wie die Anwendung von Arzneien, ist aber ebenso wenig der Arbeitgeber des Heilgehilfen wie des Apothekers, die seine Anordnungen ausführen. Die Ausführung erfolgt denn auch im Zweifel nur auf Rechnung des Arztes, selbst wenn dieser

vertretungsweise den Auftrag übermittelt haben sollte. Wenn übrigens die Gegenschrift oder die Erklärung des Medizinalraths R. besonders betont, dass die Thätigkeit des Wundarzneidieners sich gerade durch die ihm von dem leitenden Arzte ertheilte Anweisung und dessen Aufsicht als eine unselbständige Gehilfenthätigkeit kennzeichne, so ist dem gegenüber zu beachten, dass neben den Anweisungen und der Aufsicht des Arztes, die sich naturgemäss nur auf die Art und das Mass der in jedem Falle gebotenen Mittel im Allgemeinen erstrecken, für den Heilgehilfen ein weiter Spielraum bei der Ausführung der Behandlung im Einzelnen bleibt. Dass es bei dem Kläger sich anders verhalten hätte, ist nicht ersichtlich; im Gegentheil ergeben die Verhandlungen, dass er vielfach im weiteren Verlauf eines vom Arzt eingeleiteten Heilverfahrens die angeordneten Massnahmen wie Magenausspülungen, Blasenausspülungen, Verbände selbständig — wie es in dem Zeugniss des Medizinalrahts R. vom 22. Juli 1898 heisst: „stellvertretend" — besorgt hat, also innerhalb der von dem Arzt bestimmten Grenzen unter eigener Verantwortung und nach eigenem Ermessen thätig war. Soweit die Thätigkeit aber in der That von dem Arzte vorgeschrieben und geleitet wurde, liegt nur derselbe Sachverhalt vor wie bei Hebammen, die bei einer ärztlich geleiteten Entbindung, oder bei freien Krankenpflegerinnen, die hinsichtlich der zur Pflege gehörigen Verrichtungen sich den Weisungen des Arztes unterordnen und anbequemen müssen, ohne dass diese aus dem geringeren Grade ihrer Fachbildung entspringenden sachlichen Beschränkungen zur Annahme eines Verhältnisses persönlicher Abhängigkeit von dem Arzte und zur Verneinung ihrer gewerblichen Selbständigkeit nöthigten. Ob eine andere Beurtheilung einzutreten haben würde, wenn ein Wundarzneidiener lediglich als Angestellter eines Krankenhauses beschäftigt ist, kann dahingestellt bleiben. Der Umstand, dass bisher unbeanstandet Versicherungsbeiträge geleistet sind, verschafft dem Kläger einen sicheren Anspruch auf die Rente nicht und vermag die Behörden des Rentenfeststellungsverfahrens an der Anwendung der gesetzlichen Vorschriften über die Versicherungspflicht nicht zu hindern. Hiernach musste die angefochtene Entscheidung wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts aufgehoben und zugleich, da die Sache entscheidungsreif ist, die Abweisung des Klägers ausgesprochen werden.

Aerzliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 15, 1899.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Stoffe der Leukozyten. Von Privatdozent Dr. A. Schattenfroh, Assistent am hygienischen Institut der Universität Wien. Archiv für Hygiene; Band XXXV, Seite 135—204.

Verfassers erneute Untersuchungen[1]) über die bakterienfeindlichen Eigenschaften der Leukozyten führten zu folgenden Ergebnisssätzen:

1. Die bakteriziden Stoffe der Leukozyten wirken auf rothe Blutkörperchen fremder Thierspezies nicht ein; sie sind deshalb mit den globuliziden Stoffen des Blutserums nicht zu identifiziren. Letztere sind vermuthlich überhaupt nicht in den Leukozyten enthalten.

2. Die bakteriziden Stoffe der Leukozyten sind in ihrer Wirkung unabhängig vom Salzgehalte ihres Mediums und bleiben auch bei fast völligem Salzmangel der umgebenden Flüssigkeit wirksam.

3. Die bakteriziden Wirkungen in den Versuchen von Löwit[1]) und Bail[2]) sind nicht durch aus den Zellen frei gewordene Stoffe bedingt, sondern theils freiem Alkali zuzuschreiben, theils auf Beobachtungsfehler zurückzuführen.

4. Das Nucleohiston (im weiteren Sinne die aus den Zellextrakten durch Essigsäure fällbaren Stoffe) übt keine bakteriziden Wirkungen aus.

Dr. Dietrich-Mersebnrg.

Ueber sporadische und epidemische eitrige Cerebrospinalmeningitis. Von G. Stadelmann-Berlin. Vortrag, gehalten im Verein für innere Medizin am 15. Mai 1899. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1899, Nr. 29.

Im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall einer essentiellen

---

[1]) Vergl. Z. f. M. 1898, S. 423; [2]) desgl. 1898, S. 555; [3]) desgl. 1898, S. 586.

sporadischen Meningitis, welcher in Heilung überging, schildert Stadelmann zunächst den bakteriologischen Befund, zu welchem er aus den in den verschiedenen Stadien der Krankheit gemachten Lumbalpunktionen gelangte. Wie im Original näher einzusehen ist, handelte es sich um eine Reinkultur dicker Stäbchen, die ausserordentlich beweglich waren. Dieselben färben sich mit den gewöhnlichen Anilinfarben, besitzen eine Geissel, die durch Löffler'sche Färbung nachgewiesen wurde; häufig treten an den Stäbchen helle Partien auf, die in der Mitte des Bacteriumleibes liegen und möglicherweise Sporen sind. Die Enden sind oft kolbig aufgetrieben. Die Gestalt der Bakterien ist häufig sehr polymorph, und in älteren Kulturen haben sie nicht immer die Stäbchenform, sondern auch das Aussehen von Kokken. Nach Gram sind sie nicht färbbar. Auf Agar konnten Kulturen erst 5—6 Tage nach der Impfung nachgewiesen werden, die als runde, hellglänzende, fast durchsichtige Kolonien imponiren und die am 7. Tage etwa Stecknadelkopfgrösse erreicht haben. Das Bacterium ist fakultativ aërob. Nach längerer Züchtung wird das Wachsthum beschleunigt, so dass Kulturen schon nach 2—4 Tagen, selbst nach 24 Stunden aufgehen. In Bouillonkulturen ist nach drei Tagen üppiger Wachsthum vorhanden. Impfungen auf Gelatine zeigen bei Stichkulturen nach 4—6 Tagen feine Pünktchen an der Oberfläche, dann aber wächst die Kultur auch in die Tiefe; die Gelatine wird dabei nicht verflüssigt. Die Thierversuche ergeben keine ganz unzweifelhafte Pathogenität.

Stadelmann sieht in der von ihm beschriebenen Bakterienart, welche sich besonders durch die Eigenart ihres Wachsthums charakterisirt, die Ursache des beobachteten Krankheitsbildes und hebt hervor, dass der Verlauf der Erkrankung durch das Ergebniss der Lumbalpunktion sehr schön studirt werden konnte und dass mit dem Klarerwerden der Lumbalflüssigkeit auch normale Verhältnisse wieder Platz griffen.

Im Anschluss an den beobachteten Fall und das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung bringt St. einige allgemeinere Bemerkungen und Erörterungen über die eitrige Meningitis, und zwar ist nur von Fällen die Rede, in denen die Aetiologie noch ziemlich dunkel ist, und die bald sporadisch auftreten, bald in epidemischer Form. Nach des Vortragenden Ueberzeugung kann dem Weichselbaum'schen Meningococcus intracellularis die Rolle eines spezifischen Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis zur Zeit wenigstens noch nicht zugeschrieben werden. Nach seiner Ansicht ist vielmehr bei einer grossen Anzahl der Epidemien von Cerebrospinalmeningitis der Pneumococcus von Fränkel die ätiologische Ursache. Bis jetzt müssen beide Mikroorganismen als die Erreger der epidemischen Cerebrospinalmeningitis zugelassen werden. Der Meningococcus intracellularis findet sich auch bei anderen Meningitiden als Nebenbefund. Er kann in Folge dessen nicht als spezifischer Befund für die epidemische Form in der Weise angesehen werden, dass man aus seinem Nachweise allein den Schluss zieht, hier muss es sich um eine Meningitis cerebrospinales epidemica gehandelt haben.

Bezüglich der Anzeigepflicht bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis und ihrer für die Regelung der Patienten oft unangenehmen Konsequenzen mit Isolirung, Desinfektion u. s. w., steht Stadelmann auf dem Standpunkt, dass die Diagnose nur durch die Lumbalpunktion und die nachher stattfindende bakteriologische Untersuchung gesichert werden könne. Der Vortragende hält die Anzeige nur für erforderlich, wenn bei der bakteriologischen Untersuchung der Meningococcus intracellularis von Weichselbaum und der Pneumococcus von Fränkel gefunden werden, während beim Befunde von anderen Bakterien, wie in seinem geschilderten Falle, die Anzeige unterbleiben kann.

Dr. Dütschke-Aurich.

Die Bakterien aseptischer Operationswunden. Von Prof. Doederlein-Tübingen. Münchener med. Wochenschrift; 1899, Nr. 26.

Unsere Bestrebungen, durch möglichste Fernhaltung der Spaltpilze von den Operationswunden günstige Heilbedingungen zu schaffen, sind bis heute noch nicht zu einem befriedigenden Abschlusse gekommen. Die verschiedenen Versuche zur Verbesserung der Asepsis wurden bisher auf ihre Wirksamkeit meist durch den Heilungsverlauf und schliesslich durch die so trügerische Operationsstatistik geprüft. Angesichts der Unzuverlässigkeit eines derartigen

Prüfsteins erschien es dem Verfasser viel einfacher und zuverlässiger, mit Hülfe bakteriologischer Untersuchungen die Anwesenheit oder Abwesenheit der Keime in dem Operationsgebiet selbst während und am Schlusse der Eingriffe festzustellen und somit die Bakterien selbst zum Prüfobjekt der Asepsis zu machen.

So wurden dann in geeigneten Fällen nach eröffneter Bauchhöhle zu verschiedenen Zeiten, namentlich am Schlusse der Operation, mit stumpfen, jedes Mal frisch geglühten Platinlöffeln grössere Flächen des Peritoneums bestrichen und das sog. Aussaatmaterial in Petri'sche Schalen, in geeignete Nährböden gebracht. Ebenso wurde nach Schluss der Peritonealnaht von der Bauchwunde selbst verimpft.

Als Ergebniss zahlreicher derartiger Einzelversuche konnte man jedes Mal nicht unbeträchtliche Keimmengen in diesen Operationsgebieten nachweisen, und zwar um so mehr, je länger die Bauchhöhle eröffnet war und je mehr man in derselben umhertasten musste.

Die Untersuchungen des Verfassers, durch besondere Vorbereitungen der Luft des Operationsraumes durch Dampf, Regen oder durch Anbringung eines grossen feuchten, über den Operationstisch angebrachten Tuches die Luftkeime zu vermindern, haben kein wesentliches Resultat ergeben und ist Verfasser jetzt mehr und mehr zu der Ueberzeugung gekommen, dass eine andere Infektionsquelle für die in die Operationswunden gelangenden Keime vorherrscht; da Instrumente, Tupfer, Naht und Unterbindungsmaterial bei jedesmaliger Prüfung als steril befunden wurden, so blieb nur die Person des Operirenden übrig und hier musste immer wieder in erster Linie auf die Hand, deren Hautkeime, zurückgegriffen werden.

Verfasser hegt nach seinen neueren Untersuchungen ernste Zweifel an der Möglichkeit, die Haut sicher keimfrei machen zu können.

Nach Paul und Kroenig[1]) ist die Desinfektionskraft einer Kaliumpermanganatlösung, der eine bestimmte Menge Salzsäure zugesetzt wird, so gross, dass sie auch von einer konzentrirten 5proz. Sublimatlösung nicht erreicht wird. Diese Lösung soll nun bei der Desinfektion der Hände ausser ihrer zuverlässigen keimtödtenden Wirkung weiterhin den Vorzug haben, dass man an der Braunfärbung der Haut einen jeder Zeit leicht erkennbaren Massstab für die lückenlose Benetzung der ganzen Handfläche hat und dass anderseits das sich entwickelnde Chlor eine den anderen Handdesinfektionslösungen fehlende Tiefenwirkung entfaltet.

Verfasser machte nun Versuche mit dieser Lösung, aber auch hier widersprach der Erfolg den Erwartungen. Die zum Beginn der Operation vollständig und gleichmässig schwarzbraun tingirten Hände, in deren Haut die Farbstofflösung eingedrungen war, entfärbten sich während der Operation langsam, durch Abscheuern der oberen Epidermislagen; dass dieser Entfärbungsprozess auf eine Abschilferung der obersten Zelllagen der Haut zurückzuführen war, ergab sich daraus, dass zuerst die Tastfläche der am meisten gescheuerten Finger, namentlich des Zeige- und Mittelfingers hell wurde. Mit diesem Hellwerden, also mit dem zu Tage tretenden tieferer, zuerst aber durch Permanganatimprägnation abgesperrter Epidermislagen traten nun in den von den Händen abgenommenen Kulturproben Bakterien auf; und zwar stand die Zahl der aufgegangenen Kolonien im Verhältniss zu der Grösse der Scheuerflächen, weshalb die von Paul angenommene Tiefenwirkung der Permanganatsalzsäuredesinfektion danach in Zweifel gezogen werden musste. Diese Ergebnisse lehrten zugleich, dass in dem Abschilferungsprozess, welchem die Hände während der Operation unterliegen, die hauptsächlichste Quelle für das allmähliche Wiederauftreten der Hautkeime erblickt werden muss. War diese Auffassung richtig, so mussten doch auch die Hände die Quellen für jene Bakterien sein, welche Verfasser in so grosser Zahl in den Trikotoperationshandschuhen nachweisen konnte.

Auch hierfür suchte Verfasser weitere Anhaltspunkte zu gewinnen dadurch, dass er eine grössere Anzahl aseptischer Bauchhöhlenoperationen mit Trikothandschuhen ausführte, wobei aber unter den Trikothandschuhen kondomdünne Gummihandschuhe die Haut der Hände gegen die Trikothandschuhe abschloss. Unter solchen Versuchsbedingungen musste nun gemäss der obigen

[1]) Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1897, XXV. Bd.

Auffassung der Bakterienreichthum der blutigen Trikothandschuhe ein wesentlich geringerer werden, sofern die Händehaut die Hauptinfektionsquelle für die Handschuhkeime war; diese Versuche gelangen in überraschender Weise. Der Handschuhsaft selbst erwies sich zwar bei länger dauernden Operationen durchaus nicht als keimfrei, fangen doch die blutklebrigen Trikothandschuhe sicher aus der Luft Spaltpilze auf; aber sowohl diese Handschuhsaftproben, wie die mit Ausstrichmaterial aus dem Wundgebiete angelegten Kulturproben zeigten, dass die Hauptkeimträger aus dem Operationsmechanismus ausgeschaltet waren. Auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse kommt Verfasser zu folgenden Forderungen und Schlüssen:

Ein vollständig keimfreies Operiren, eine wahre Asepsis, so dass gar keine Mikroorganismen in die Wunde gelangen, ist überhaupt eine unerfüllbare Forderung, aber auch kein absolutes Desiderat für günstige Wundheilung. Statt in dieser Beziehung unerfüllbaren Träumen nachzuhängen, erscheint es zweckmässiger, sich mit der Wirklichkeit abzufinden. In erster Linie muss daher erstrebt werden, pathogene Keime fernzuhalten, deren Verbreitung aber glücklicher Weise ganz anderen Bedingungen unterliegt, als diejenige der unvermeidbaren Operationskeime. Hier ist es die direkte Uebertragung mittelst Instrumente, Tupfer und Ligaturmaterial oder Hände, die wir zu fürchten und zu vermeiden haben. Für die Hände muss die immer mehr in den Vordergrund tretende Forderung in aller Schärfe aufrecht erhalten werden, dass deren Haut vor der Imprägnation mit pathogenen Keimen überhaupt bewahrt wird, dass namentlich die Berufsoperateure sich vor einer derartigen Infektion der Haut ihrer Hände dadurch schützen, dass sie niemals mit unbekleideten Händen septisches Material berühren oder aber, dass sie, wenn sie mit septischen Händen aseptische Operationen auszuführen genöthigt sind, durch Gummihandschuhe andererseits die Wunde vor ihrer Haut schützen. An diesem Grundsatz, der einer der wichtigsten der ärztlichen Berufsarbeit ist, muss bei allen Operationen, ärztlichen Untersuchungen u. s. w. streng festgehalten werden.

Zweitens erscheint es dem Verfasser ebenso wichtig, unter Rücksichtnahme darauf, dass auch bei aller Sorgfalt doch Bakterien in die Wunde kommen, den Kampfesbedingungen im Körper dadurch zu Hülfe zu eilen, indem wir jene Faktoren unterstützen, welche die in den Körper gelangten Keime vernichten. Viele dieser Kampfesbedingungen seien bekannt, viele werden wir noch kennen lernen. So müssen wir besonders bei allen unseren peritonealen Operationen darauf bedacht sein, dass nach Schluss der Bauchhöhle keinerlei Wundsekretion, als günstiger Nährboden für Bakterien, sich in derselben ansammeln kann, sowie durch Drainage für Abfuhr unvermeidsamer Sekrete sorgen etc.

Dr. Waibel-Günzburg.

Autotransfusion und Prophylaxe bei Lungentuberkulose. Von Stabsarzt Dr. Jacoby in Bayreuth. Münchener med. Wochenschrift; 1899, Nr. 19.

Ausgehend von der Theorie, dass die Lungentuberkulose deshalb „fast gesetzmässig" (Bollinger) in den Lungenspitzen ihren Anfang nimmt, weil diese von allen Theilen der Lungen beim aufrecht gehenden und beim sitzenden Menschen am wenigsten Blut erhalten, veröffentlichte Dr. J. bereits in Nr. 8 und 9 des Jahrganges 1897 der Münchener med. Wochenschrift ein Heilverfahren, welches in erster Linie darauf basiren sollte, eine Hyperämie der Lungenspitzen zu erzeugen und so die bakterizide Wirkung des Blutes und vornehmlich seiner Alexine (Buchner) gegen die Lungentuberkulose nutzbar zu machen. Dieses Heilverfahren nannte Dr. J. Autotransfusion und sollte darin bestehen, dass die statischen Verhältnisse der Blutsäule in den Lungen durch eine besondere Art der Lagerung des Patienten derartig beeinflusst werden, dass durch die Tieflagerung der Schultern mit Elevation der unteren Extremitäten und des Beckens die ständige hypostatische Senkung des Blutes von den Lungenspitzen nach den Mittel- und Unterlappen, wie sie bei der aufrechten Haltung des Menschen nach dem Gesetze der Hypostase unzweifelhaft statthat, eingeschränkt und somit auf indirektem Wege eine bessere Versorgung der Lungenspitzen mit Blut erzielt würde.

Zu diesem Zwecke liess sich Dr. J. eigene Liegesessel konstruiren, dessen Fusstheil auf einfache Weise gradatim höher gestellt werden kann. (Liegesessel-

fabrik von Rüping & Fritz in Koburg). Nachdem dieses Heilverfahren von verschiedenen Autoren versucht und als zweckmässig und erfolgreich befunden wurde, fordert Dr. J. auf, weitere Versuche in dieser Richtung zu machen und die Flach- resp. Schrägliegekur, die ja sehr einfach durchzuführen sind, prophylaktisch und therapeutisch in Anwendung zu ziehen. Eine Kontraindikation bilden nur stärkere Haemoptoe und Haemopholie. Man gewöhne also alle erblich belasteten, blutarmen, hustenden, einer Disposition zur Phthise verdächtigen, in der Entwickelungsperiode begriffenen, paralytischen Thorax zeigenden und alle im Anfangsstadium der Phthise begriffenen Individuen daran, das Kopf- und Keilkissen in Fortfall kommen zu lassen und auf den Rücken flach zu schlafen.

Auch empfiehlt es sich, solche Individuen morgendlich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde und länger die Flach- und Schrägliegekur im Freien oder bei ungünstigem Wetter in halb offenen Räumen (Veranden, Pavillons, Liegehallen etc.) durchmachen zu lassen, wobei nur immer darauf zu achten ist, dass eine allmähliche Gewöhnung an diese Lagerung stattfinden muss.

Weiter hebt Dr. J. noch den Vorschlag Unterberger's über die Haussanatorieneinrichtung für Lungentuberkulose hervor, worunter ein besonderer, isolirt gelegener Theil eines Krankenhauses zu verstehen wäre, in welchem lediglich Lungentuberkulose auf Grund der heutigen modernen Therapie behandelt wird. Ein solches Sanatorium sollte nach Dr. J. heutzutage in keinem grösseren Krankenhauskomplex fehlen und deshalb in allen grösseren Krankenhausanlagen auf die Errichtung von Isolirpavillons mit Liegehallen, sowie auf die Beschaffung von Liegesesseln Rücksicht genommen werden.

Bezüglich der Prophylaxe zur erfolgreichen Bekämpfung der Lungentuberkulose postulirt Dr. J. Folgendes:

1. Die Lungentuberkulose, als die verbreitetste Infektionskrankheit, ist anzeigepflichtig zu machen. Nach Dettweiler sind im Deutschen Reiche zu jeder Stunde 1 200 000 Menschen an Lungentuberkulose krank und sterben jährlich 230 000 bis 250 000 daran.

2. Die gesammte Bevölkerung ist durch eine unentgeltlich zu vertheilende Broschüre über das Wesen, die Gefahren und die Verbreitung der Lungentuberkulose sowie über ihre Erblichkeit, die Ansteckung durch das Sputum, die Gefahren des Genusses von ungekochter Milch, die Schädlichkeit gewisser Berufsarten, die Wohlthat uneingeschränkten Luftgenusses und die Heilbarkeit der Phthise aufzuklären.

3. Das Bespeien des Bodens in öffentlichen Lokalen und Anlagen ist zu bestrafen, ähnlich wie es auf den Fussboden in Wartesälen und anderen öffentlichen Lokalen bereits in einigen Staaten Nordamerikas mit 5 Dollar Strafe geahndet wird.

4. Die Gesammtbevölkerung ist durch Amtsärzte, Kassenärzte etc. obligatorisch einer periodischen Untersuchung auf den Lungen zu unterziehen, so weit das nöthig und durchführbar ist, womit zugleich eine allgemeine Gesundheitsbesichtigung im Sinne der Prophylaxe im grossen Stile zu verbinden wäre.

5. Die Errichtung von Volksheilstätten ist durch Organisirung der Privatwohlthätigkeit und durch staatliche Beihülfe in Fluss zu bringen.

6. Bei jedem Zivil- und Militärkrankenhause ist ein Haussanatorium für Lungentuberkulose zu errichten, wobei speziell auf die Erbauung von Liegehallen und Beschaffung von Liegesesseln Rücksicht zu nehmen wäre, um alle Fälle von Anfangstuberkulose sofort nach der Brehmer-Dettweiler'schen Methode in Behandlung nehmen zu können. Ders.

Immunisirung und Serotherapie der Tuberkulose. Von Privatdozent A. M. Maxutow zu Kiew. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1899, Nr. 75 und Nr. 76.

Die Thatsache ist bekannt, dass die Toxine, die in einer mit spezifischen Mikroorganismen beschickten Bouillon entstehen, in einen gesunden Organismus in allmählich steigenden Dosen eingeführt, diesen immun machen und dessen Serum die Eigenschaften eines Heilmittels gegen die betreffende Krankheit verleihen können. Nicht so bei dem Tuberkulin. Meerschweinchen, mit Tuberkulin immunisirt, gingen sogar rascher an Tuberkulose zu Grunde, als die nicht immunisirten Kontrolthiere. Deshalb injizirte Maragliano nicht nur die

Leiber der abgetödteten Bakterien, sondern auch deren sämmtliche, beim Wachsthum in Bouillon entstehenden Stoffwechselprodukte.

Koch hatte beobachtet, dass bei Injektion von Tuberkelbazillenkulturen unter die Haut die Bakterienleiber mit den käsig zerfallenen Lymphdrüsen ausgestossen wurden; deshalb folgerte er, dass Immunität sich wahrscheinlich nur dann entwickele, wenn die Bakterienmassen rasch resorbirt würden. Wann aber die Resorption erfolgt, weiss Niemand. Die Thiere können wohl dem Tuberkulin gegenüber Immunität erlangen, ohne dass jedoch diese letztere sie gegen eine tuberkulöse Infektion zu schützen vermag. Soll im erkrankten Organismus eine Resorption der Bakterienleiber vor sich gehen, so müssen diese eine gewisse Veränderung durchgemacht haben. Bei der Frage: weshalb erfolgt diese Resorption nicht immer? kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass die Resorption die Folge, nicht die Ursache der Immunität ist. Zum Zwecke der Immunisirung muss diejenige Substanz gewonnen werden, die dem Organismus des für die Tuberkulose empfänglichen Thieres in einen Zustand versetzen kann, in welchem er die Bakterien ohne allgemeine oder lokale Störungen aufzulösen und zu resorbiren vermag. Deshalb wurden verschiedene Extrakte aus Organen von an Tuberkulose zu Grunde gegangenen Menschen und Thieren angefertigt; die grösste Toxität enthielten die Extrakte aus den Perlknoten tuberkulöser Rinder. Mit diesem Extrakte wurden Immunisirungsversuche angestellt, und zwar musste die Reaktion auf die Injektion vollständig geschwunden sein, ehe die nächste Injektion erfolgte. Auf diese Weise wurden Meerschweinchen immunisirt, die dann gegen Einimpfung von Tuberkelbazillenkulturen unempfänglich waren und sich bei der Sektion gesund zeigten.

Aus dem Blute einer ebenso immunisirten Ziege wurde dann ein Serum gewonnen, das eine spezifische Fähigkeit besass, tuberkulöse Gewebe zu beeinflussen. Näheres lässt sich noch nicht sagen, nur so viel scheint sicher zu sein, dass dieses Serum die Eigenschaft besitzt, die Entwickelung eines tuberkulösen Krankheitsprozesses auffallend schnell zum Stillstand zu bringen und dass, falls eine Rückbildung der Krankheit erfolgt, dieselbe aller Wahrscheinlichkeit nach nur zu der Zeit stattfindet, wo der Organismus unter dem Einflusse des injizirten Serums steht. Wahrscheinlich ist zur Gewinnung des „Tuberkulosetoxins“ ein geeignetes Medium nothwendig in Form der Säfte des lebenden Organismus, die in der künstlichen Bouillon nicht enthalten sind.

Dr. Hoffmann-Halle.

Ueber Schutzmassregeln gegen die Ausbreitung der Lungentuberkulose. Von Prof. Dr. Pribram. Prager medizinische Wochenschrift; Nr. 26, 1899.

Im Auftrage des K. K. Landes-Sanitätsraths hatte Herr Hofrath Prof. Pribram sich zu einem Initiativantrage des Stadtphysikus Dr. Zahor in Prag, welcher sich auf Massregeln zur Verhütung der Menschentuberkulose bezog, gutachtlich zu äussern. Er führt hierbei im Wesentlichen Folgendes aus:

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass der Tuberkelbacillus als der alleinige Erreger der Krankheit anzusehen sei und demgemäss einen wichtigen Angriffspunkt zu bilden habe, bezw. dass seine Verbreitung möglichst eingeschränkt werden müsse. Es gehöre jedoch das Zusammenwirken einer grossen Anzahl von Ursachen dazu, um ihn, wenn er mit dem menschlichen Körper in Berührung komme, zum Krankheitserreger werden zu lassen. Diese seien besonders: die erbliche Veranlagung, die Herabsetzung der persönlichen Widerstandsfähigkeit durch ungünstige Lebensverhältnisse — unzulängliche Nahrung und ungeeignete Lebensführung —, Umgang mit tuberkulösen Personen, die Schädlichkeiten bestimmter Gewerbskategorien. Wie die Tuberkulose eine Weltseuche ist, ist es zu ihrer Ausrottung auch erforderlich, dass die weitesten Kreise, die Staaten, ja der ganze Staatenkomplex des Welttheils konzentrisch gegen sie mit Abwehrmassregeln vorgehen. Ehe aber eine solche allgemeine Organisation des Kampfes gegen die Seuche möglich ist, muss es als richtig und vernünftig bezeichnet werden, wenn jedes einzelne Gemeindewesen, jedes einzelne Land, jeder einzelne Staat in seinem besonderen Wirkungskreise das Möglichste vorkehrt. Nicht alle oben erwähnten Gesichtspunkte können zu gleicher Zeit mit den verfügbaren Mitteln in praktisch durchführbarer Weise verfolgt werden; bei einigen derselben ist die Durchführbarkeit eine verhält-

nissmässig leichte, bei anderen eine ausserordentlich schwierige. Nicht die wirksamsten, sondern die am ehesten durchführbaren Massregeln müssen darum in erster Reihe angestrebt werden, und die Erfahrung und der durch geeignete Belehrung erweckte gesunde Sinn der Bevölkerung müssen dann auf dem schwierigen Pfade weiterhelfen. Als solche in wohlhabenden Gemeinden leicht durchzuführenden Massnahmen bezeichnet der Verfasser unter ausführlicher Begründung:

1. Die Sorge für amtliche Desinfektion der Effekten, Bettstätten u. s. w. der an Tuberkulose Verstorbenen.
2. Zu diesem Behufe die Anzeigepflicht bezüglich der an Tuberkulose eingetretenen Todesfälle.
3. Der Ersatz für die etwa zur Zerstörung kommenden Effekten an die armen Hinterbliebenen der in ihren Familien verstorbenen Tuberkulösen.
4. Die Belehrung der Bevölkerung über die Gefahren und die Uebertragungsweise der Tuberkulose und über die geeignetsten Vorbeugungsmassregeln auf dem Wege der Presse.
5. Für besondere Fälle, z. B. bezüglich des Auswurfs u. s. w. die Erlassung von Kundmachungen und amtlichen Warnungen an geeigneter Stelle und in geeigneten Zeiträumen.
6. Die Anbringung von entsprechend konstruirten Spucknäpfen in öffentlichen Lokalitäten, Versammlungsorten, Schulen und den grösseren Vehikeln (Tramwagen u. s. w.).
7. Belehrung und strenge Aufsicht nach der gleichen Richtung in den Schulen.
8. Trennung vorgeschrittener Tuberkulösen von anderen Kranken und Pfleglingen in den öffentlichen Humanitätsanstalten.
9. Die Anbahnung der Gründung von besonderen Heilstätten für Tuberkulöse auf dem Wege der Staats- und Landeshülfe, der privaten Assoziation und nicht zum Geringsten durch Heranziehung der hierbei sehr stark interessirten Krankenkassen. Dr. Glogowski-Görlitz.

Die in den Sol- und Seebädern bestehenden Kinderheilstätten und ihre Bedeutung im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit. Von Dr. E. Vollmer, Bad Kreuznach. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1899, Nr. 52.

Der Heilstättenbewegung für Lungenkranke ist die Heilstättenbewegung für skrofulöse und skrofulotuberkulöse Kinder vorausgegangen. Die meisten chronischen Krankheiten fordern zur Anstaltsbehandlung heraus; der Zweck solcher Anstalten ist ein doppelter, die Gesunden zu schützen und die Kranken zu pflegen bezw. zu heilen. In der sofortigen Isolirung aller ansteckenden Krankheiten ist die grösste Garantie für die Unterdrückung derselben gegeben. Deshalb wurden die Heilanstalten für skrofulotuberkulöse Kinder gegründet. Gleichgültig, ob Skrofulose und Tuberkulose identisch sind, so viel steht fest, dass die Skrofulose leicht in Tuberkulose übergeht, und dass die Heilung von Skrofulose einen Schutz vor der Tuberkulose bedeutet. Somit sind also die Heilstätten für Skrofulose Mitkämpfer im Kampfe gegen die Tuberkulose, und die Förderung solcher Heilstätten ist eine Hebung der Volkswohlfahrt.

In dieser Kulturaufgabe ist Deutschland lange hinter England, Italien und Frankreich zurückgeblieben. Jetzt haben wir in Deutschland 48 derartige Institute, die alle für die weniger Bemittelten eingerichtet sind. Von 1885 bis 1897 sind in diesen Kinderheilstätten 109266 Kinder verpflegt. Die Hygiene begünstigt in den oberen Gesellschaftsklassen alle Art von Sport, aber mit noch grösserem Rechte muss sie Heilstätten verlangen für die im Sumpf mangelhafter Verhältnisse erstickenden Kinder. Dr. Hoffmann-Halle a. S.

Wohin soll der Arzt seine Lungenkranken schicken? Krankenhaus, Heimstätte oder Heilstätte? Von Dr. Elkan in Blankenfelde. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1899, Nr. 54.

Wenn in die Heilstätten nur solche Lungenkranken aufgenommen werden sollen, bei denen an den Lungen so wenig wie möglich Objektives nachgewiesen werden kann, so entsteht naturgemäss die Frage: was geschieht mit den übrigen Kranken? Da muss man drei Arten von Anstalten verlangen:

In's Krankenhaus gehören alle Schwindsüchtigen, die Komplikationen (Laryngitis, Enteritis, Vitium cordis u. s. w.) haben, wo die Ernährung Schwierigkeiten bereitet und ein dauerndes Krankenlager droht. Natürlich soll auch das Krankenhaus alle nur möglichen Heilfaktoren (Luft, Sonne u. s. w.) ausgiebig benutzen.

In die Heimstätten sollen solche Kranke geschickt werden, die keine Komplikationen haben, also solche Phthisiker, deren Zustand eine längere Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zulässt. Es wird sich also um ausser Bett seiende, fieberfreie Patienten handeln, bei denen die Phthise sichergestellt ist, wo aber der Prozess nur eine mittlere Ausdehnung angenommen hat.

Die Heilstätten dagegen sollen reservirt bleiben für die grosse Kategorie von Menschen, bei denen die Möglichkeit einer tuberkulösen Erkrankung vorliegt, die aber durch nichts Positives sicher gestellt werden kann. Die Heilstätte soll thatsächlich heilen und gleichzeitig als Erziehungsanstalt wirken.

Ders.

Sind Heilstätten für Lungenkranke für die Umwohner gefährlich? Von Dr. Max Breitung-Koburg. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1899, Nr. 59.

Es besteht vielfach eine grosse Abneigung, Gelände für eine Heilstätte herzugeben, weil man für die Umgebung fürchtet. Der tuberkulös Erkrankte bildet allerdings eine Gefahr für seine Umgebung, aber nur dann, wenn durch Hustenstösse Tuberkelbazillen übertragen werden können; diese ausgehusteten Bazillen haben jedoch meist nur ein kurzes Leben. Für eine Infektion ist eine lange, dauernde Berührung mit dem Infektionsmaterial und eine bestehende Krankheitsanlage nothwendig. Deshalb wird eine Heilstätte für die Umwohner niemals eine Gefahr bedeuten; im Gegentheil, die Heilstätte wird einen erzieherischen Werth in hygienischer Beziehung für ihre Umgebung haben. Verfasser behauptet sogar, dass 100 Heilstätten noch nicht den Bruchtheil einer ziffermässig zu berechnenden Gefahr darbieten, als die Schleppe einer einzigen Dame, welche auf der Strasse den Staub aufwirbelt und unseren Respirationsorganen zuführt.

Die Heilstättenbewegung ist die elementare Gewalt des humanitären Prinzips. Und dieses Prinzip wird zum Ziele gelangen, wenn auch der Weg steil, hart und steinig ist; auch hier heisst es: Per aspera ad astra!

Ders.

Besprechungen.

Dr. G. von Liebig: Der Luftdruck in den pneumatischen Kammern und auf Höhen. Vom ärztlichen Standpunkt. Mit eingedruckten Abbildungen und 9 Tafeln. Braunschweig 1898. — Gr. 8°; 240 Seiten.

Das Buch zerfällt in einen theoretischen und einen praktischen Abschnitt, in welchem der Einfluss der therapeutischen Anwendung von verdünnter und verdichteter Luft beschrieben wird, und in einen Anhang über die Bergkrankheit. Im theoretischen Theile wird über die allgemeinen Wirkungen des Luftdrucks berichtet, in sehr ausführlicher Weise die Einwirkung erhöhten Luftdrucks auf Athmung und Zirkulation besprochen sowie durch viele eigene Versuche und Beobachtungen anderer Autoren erläutert. Besonders über den Gasaustausch sind zahlreiche Experimente angestellt worden. Als praktisches Ergebniss werden die Erfolge der pneumatischen Kammer des Dianabades im Reichenhall angeführt, und zwar sollen die Wirkungen des erhöhten Luftdrucks beruhen 1) auf Vermehrung der Sauerstoffaufnahme; 2) auf Erweiterung der Lungenstellung; 3) auf Entleerung der Kapillaren, wenn sie durch Kongestion oder durch Stasen erweitert sind; 4) auf der Nachwirkung. — Die Anwendung der pneumatischen Kammer geschieht daher bei Chlorose, Menostase, bei Schwächezuständen, Asthma, Emphysem, nach abgelaufener Pleuritis zur Entfaltung der Lungen, bei nervösen Herzleiden (dagegen nicht bei Klappenfehlern), bei akuten und chronischen Bronchialkatarrhen, bei tuberkulöser Disposition, bei Blutungen, Kongestionen (sogar bei Zahnschmerzen). Ueber die Wirkung des verminderten Luftdrucks auf Herz und Lungen werden zahlreiche Beobachtungen auf Berg-

besteigungen, auch Laboratoriumsversuche angeführt; die Hauptwirkung ist die Beschleunigung der Athmung und des Pulses. Betreffs der Theorie der Bergkrankheit muss auf die Auseinandersetzungen des Originals verwiesen werden. In dem Abschnitte der Höhenkurorte ist angegeben, dass in Höhen über 1000 m die Schwindsucht selten ist, dass in Nordamerika und Peru Höhenlagen von 2—3000 m zur Heilung derselben aufgesucht werden. Wegen der in Folge des verminderten Luftdrucks engeren Lungenstellung tritt eine venöse Stauung ein, von der Verfasser vermuthet, dass sie (nach Analogie des Bier'schen Verfahrens) zur Heilung von tuberkulösen Infiltraten beiträgt; ausserdem ist die grössere Trockenheit der Luft und die bedeutendere Ausscheidung von Kohlensäure von Vortheil. Ferner sind die Höhenkurorte angezeigt bei schwächlichen, jungen Personen, bei pleuritischen Exsudaten, bei Asthma nervosum, bei Abspannung der Nerven durch Ueberarbeitung oder andere schwächende Einflüsse. Bei Herzfehlern, Arteriosklerose, chronischen Bronchialkatarrhen, vorgerücktem Alter ist das Höhenklima zu meiden. Dr. Pape-Schönau a. K.

Dr. med. Wilh. Rudeck: Medizin und Recht. Medizinisch-juristisches Handbuch in Ehescheidung- und Vaterschaftsklagen, in Sachen des ärztlichen Berufsgeheimnisses und des Operationsrechts, bei streitiger Dispositionsfähigkeit u. s. w. Mit den gesetzlichen Bestimmungen Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz, sowie den Entscheidungen der obersten Gerichtshöfe, unter Berücksichtigung des neuen Bürgerlichen Gesetzbuchs. Jena 1899. Verlag von Hermann Costenoble. Gr. 8°, 473 S. Preis: 10 M.

Der etwas komplizirte Titel dieses Buches ermöglicht keine richtige Vorstellung von seinem Inhalte und auch die Mannigfaltigkeit dieses letzteren lässt keinen richtigen Einblick in die Disposition, nach welcher der Verfasser seinen Stoff ausgewählt und bearbeitet hat. In acht Haupttheilen behandelt er 1) das Berufsgeheimniss der Medizinalpersonen, 2) die Verpflichtung und Berechtigung zu ärztlichen Eingriffen, sowie die Fragen: Wer ist der Vater eines Kindes in strittigen Geburts-Verhältnissen (3)? aus welchen medizinischen Gründen wird eine Ehe für nichtig erklärt bzw. geschieden (4)? welche rechtlichen Folgen hat die Syphilis für die Ehe (5)? Sodann folgt als 6. Haupttheil eine Erörterung über Leben, Lebensfähigkeit, Geschlechts und Zeugungsfähigkeit einer Person, hierauf ein Abschnitt (7) über die Dispositionsfähigkeit bei Geisteskrankheiten und endlich spricht Haupttheil 8 über „Kunstfehler der Medizinalpersonen." Als Anhang sind nebst einem Register noch Tabellen für die Schwangerschaftsdauer unehelicher Geburten beigegeben.

Im nachstehenden Referate sollen vorzugsweise diejenigen Kapitel berücksichtigt werden, welche sich mit den ärztlichen Berufsrechten und -Pflichten beschäftigen, also die Haupttheile 1, 2 und 8.

Das Berufsgeheimniss der Medizinalpersonen behandelt Dr. Rudeck in drei Kapiteln auf 39 Seiten, ohne jedoch, abgesehen von der Mittheilung zahlreicher Gesetzes-Texte und älterer Gerichts-Entscheidungen, über einige rein moralisirende Bemerkungen und Ausführungen hinauszukommen. Dass in vielen Fällen die Pflicht zur Verschwiegenheit dem Arzte, ebenso in analogen Fällen dem Rechtsanwalte sehr schwer fallen, dass sie einen seelischen und sittlichen Konflikt heraufbeschwören kann, der den ganzen Mann aufs Tiefste erschüttert — das ist eine Thatsache, die Jedermann geläufig ist, die daher einer umständlichen Besprechung und Detail-Malerei zugleich nicht mehr bedarf. Aber gerade dem, worauf es ankommt, widmet der Verfasser das wünschenswerthe Eingehen nicht: d. i. die Abgrenzung zwischen der Schweigepflicht und dem Rechte, ja, der Pflicht zu reden. Es ist ein eigenartiges Zusammentreffen, dass von den Berliner Morden der letzten Jahre die nur ganz vereinzelt geglückte Entdeckung der Thäter in zwei der schaurigsten Fälle gerade durch Aerzte herbeigeführt wurde. In dem einen Falle hatte ein Arzt auf einer Unfall-Station dem einem der beiden jugendlichen Mörder die Wunde, welcher dieser bei Begehung der That sich zugezogen hatte, in Ausübung seines Berufes verbunden; in dem anderen Falle hat ein Arzt der Anstalt, in welcher der Mörder einer

Dienstmagd unter falschem Namen als Patient Aufnahme gefunden hatte, durch Messungen an dem Körper des Bewusstlosen die Indentität dieses letzteren mit dem verfolgten Verbrecher festgestellt und daraufhin Anzeige erstattet. Es unterliegt keinem Zweifel, dass hier wie dort es sich um die Offenbarung von Privatgeheimnissen handelt, zu welcher der behandelnde Arzt von der zuständigen Seite, dem Kranken, nicht befugt war. Es lässt sich ferner nicht erkennen, dass beide Mörder dieses Geheimniss im Sinne des Gesetzes anvertraut hatten, denn als anvertraut ist es auch anzusehen, wenn der Arzt etc. die Kenntniss der erheblichen Thatsache in Ausübung des Berufes erlangt hat. Anderseits liegt der Fall des §. 139 Strafgesetzbuchs, welcher zur Anzeige verpflichtet, nicht vor; denn diese Gesetzesstelle findet nur auf das zur Kenntniss gelangte „Vorhaben eines Mordes zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechers möglich ist" Anwendung, hier aber waren die Strafthaten bereits begangen und nicht von ihnen, sondern von der Person des Thäters erhielt der betreffende Arzt gelegentlich der Ausübung seines Berufes Kenntniss. Haben sich nun diese beiden Aerzte strafbar gemacht, indem sie die in §. 300 des Strafgesetzbuchs ihnen auferlegte Plicht zur Verschwiegenheit ausser Acht liessen? „Darf sich der Arzt eigenmächtig und ohne vom Gesetze dazu autorisirt zu sein, aufwerfen zum Vertreter des allgemeinen Interesses gegenüber dem in seine Hand gelegten privaten Interesse?" Dieses Problem, das in den letzten Jahren vielfach die weitesten Kreisen beschäftigt hat, lässt sich aber mit einigen sentimentalen Deduktionen nicht lösen und auch nur um einen Schritt der Lösung näher bringen. Wer dasselbe öffentlich erörtert, muss sich bemühen, diejenige Formel zu finden, vermöge welcher die Rechtsprechung und auch die Gesetzgebung zu befriedigenden Ergebnissen, die jetzt noch fehlen, dereinst und hoffentlich recht bald — gelangen kann. Der Verfasser hätte hier die Literatur, insbesondere die Monographie von Liebmann heranziehen müssen als Vorbild für die Art, ein derartiges Thema nutzbringend zu behandeln, während er selbst sich darauf beschränkt, gelegentlich einmal das Werk von Placzek anzuziehen. Ein anderes Problem, das hierher gehört, besteht in der Bestimmung des Verhältnisses, in welchem der bereits mehrfach angeführte §. 300 Strafgesetzbuchs zu den prozessualen Bestimmungen über das Recht der Zeugniss-Verweigerung steht. Hier liegt die Sache so, dass sich die Strafandrohung des §. 300 sowohl gegen die approbirte Medizinalperson, wie gegen den Kupfuscher richtet, d. h. gegen denjenigen, der, ohne approbirt zu sein, die Heilkunde berufsmässig ausübt; während das Recht der Zeugniss-Verweigerung nur dem wirklichen Arzte vom Gesetzgeber eingeräumt worden ist. Zu bestimmen wäre auch der Rahmen, innerhalb welcher der behandelnde Arzt einen Fall aus seiner Praxis für die Zwecke seiner Lehrthätigkeit und in wissenschaftlichen Untersuchungen, zur Unterstützung eines von ihm in einem anderen Falle abgegebenen Gutachten und drgl. verwenden darf. Ueber alle diese Punkte geht Rudeck aber ohne Weiteres hinweg. Endlich aber erweckt die Angabe auf dem Titel, dass auch das Bürgerliche Gesetzbuch in der Arbeit Berücksichtigung gefunden habe, die Erwartung einer Belehrung über die zivilrechtlichen Folgen der Preisgebung eines Berufs-Geheimnisses. Die Sache liegt hier keineswegs einfach: Referent, der in einem anderen Zusammenhange dieses Thema noch weiter auszuführen gedenkt, möchte sich hier auf folgende Andeutungen beschränken: Nach §. 823 B. G.-B. ist zum Schaden-Ersatze verpflichtet, „wer vorsätzlich und fahrlässig das Leben, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigenthum, ein sonstiges Recht eines Anderen widerrechtlich verletzt"; und Absatz 2 fügt hinzu: „Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz verstösst." Ist nun §. 300 a. a. O. ein solches „den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz?" Man wird dies ohne Bedenken bejahen dürfen. Wenn nun aber z. B. der Arzt das Zustandekommen einer Heirath unter den Voraussetzungen des in Rede stehenden §. 300 durch die Mittheilung an den Vater der Braut verhindert, dass der Bräutigam, sein Patient, an der Syphilis erkrankt sei, wird er dann dem Bräutigam Ersatz leisten müssen für die diesem entgangenen Vortheile einer „glänzenden Partie," also für Vortheile, die dieser sich nur unter grobem Verstosse gegen die guten Sitten verschaffen konnte? Zum Schlusse endlich: wie liegt die Thatsache, wenn der Arzt Mittheilung macht von Thatsachen, die er wahrgenommen zu haben glaubt, die aber in Wahrheit gar nicht bestehen? Er glaubt, dass der Bräutigam, dessen behandelnder Arzt er ist, an der Schwind-

sucht leide, und theilt diesen Glauben als positive Thatsache dem Vater der Braut mit. Ist hier auch der §. 300 des Str.-G.-B. verletzt und welches sind die zivilrechtlichen Ansprüche, die für den Bräutigam hieraus erwachsen? Es ist zu bedauern, dass der Verfasser sich nicht zu einer intensiveren Bearbeitung des ebenso wichtigen wie ergiebigen Stoffes hat entschliessen können; weder eine neue Frage ist von ihm angeregt, noch eine schon ältere in selbstständiger und in ausführlicher und zugleich gründlicher Weise behandelt worden.

Der zweite Haupttheil der Rudeck'schen Schrift (S. 41—105) betrifft die Verpflichttung und Berechtigung zu ärztlichen Eingriffen. Das erste Kapitel widmet sich der Frage, nach der Verpflichtung. Der Verfasser untersucht hier, ob im Zivilprozess oder in einem ähnlich gestalteten Verfahren eine Partei auch gegen ihren Willen einer ärztlichen Untersuchung unterworfen werden könne. Dass dies natürlich nicht der Fall sei, belegt er durch zahlreiche im vollen Wortlaute angeführte Gerichts-Entscheidungen. Ebenso kann Niemand von einem Anderen verlangen, dass er sich einer Operation unterziehe, etwa der Ehemann gegenüber seiner Frau, um nach Beseitigung bestimmter Hindernisse durch operativen Eingriff die eheliche Beiwohnung zu ermöglichen. Es ist dies indess keine eigentlich medizinische Frage und liegt ausserhalb des Rahmens ärztlicher Berufsinteressen. In dieser Hinsicht hätte der Verfasser in Betracht ziehen sollen die Folgen, welche sich für einen Arzt daraus ergeben, dass er eine Person gegen deren Willen untersucht. Eine solche Handlungsweise könnte sich juristisch in erster Reihe als Nöthigung im Sinne des Strafgesetzbuchs charakterisiren, unter Umständen aber auch als Beleidigung. Ebenso musste eingegangen werden auf die ärztlichen Untersuchungen, welche im Entmündigungsverfahren (Zivilprozess-Ordnung, Buch VI, Abschnitt III) vorgeschrieben sind. Der §. 599 Z.-P.-O.[1]) bestimmt, die Entmündigung wegen Geisteskrankheit und wegen Geistesschwäche) darf nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat. Kann nun derjenige, welcher entmündigt werden soll, gezwungen werden, sich einer Beobachtung durch einen Psychiater unterziehen zu lassen, auch wenn die Ueberweisung in eine Irren-Anstalt zum Zweck der Beobachtung damit nicht verbunden ist? Das Gesetz spricht sich hierüber nicht aus, indess wird man aus inneren Gründen diese Frage bejahen müssen, da sonst das Gericht wohl nur in Ausnahmefällen ein Gutachten auf Grund unmittelbarer Wahrnehmungen entgegenzunehmen in der Lage wäre. Endlich vermisst man jede Berücksichtigung der im Strafprozesse sich als nothwendig ergebenden ärztlichen Untersuchungen, obwohl doch hier gerade manche interessante Komplikationen sich ergeben. Nicht nur, dass z. B. die wegen Abtreibung der Leibesfrucht oder wegen Kindesmordes Angeklagte sich zur Feststellung des Thatbestandes einer ärztlichen Untersuchung auf gerichtliche Anordnung unterziehen muss, desgleichen ein Angeklagter, dessen Zurechnungsfähigkeit in Zweifel steht und der nun durch Beschluss einer Anstalt zum Zweck der Beobachtung überwiesen wird —, auch ein Zeuge kann sehr leicht in die Lage kommen, dass die Ermittelung seines körperlichen Zustandes geboten erscheint, so z. B. für die Frage, ob eine gewaltsame Beischlafsvollziehung, ob eine Körperverletzung stattgefunden habe, welche den dauernden Verlust der Sehkraft auf einem Auge herbeiführte u. dergl. — Das zweite Kapitel dieses Theiles ist überschrieben „Das Recht zu ärztlichen Eingriffen". Im Umfange von über dreissig Seiten werden auch hier zunächst einige Gesetzesbestimmungen über die Behandlung von Leichen schwangerer Frauen und sodann mehrere, allgemein bekannt Entscheidungen höherer Gerichte vorausgeschickt. Die eigentliche Frage selbst beantwortet Rudeck durch ein Zitat aus Erlenmeyer, welcher untersucht, ob gegenüber einem Morphinisten, der gegen seinen Willen in ärztlicher Behandlung gehalten wird, das Delikt einer Freiheitsberaubung begangen werde, ausserdem wird angeführt, dass man an Patienten keine Experimente vornehmen dürfe. Die Frage, ob nicht ausdrücklich genehmigte operative Eingriffe des Arztes als Körperverletzungen zu beurtheilen seien, wird dabei leider nicht mit einem Worte

[1]) Nach der neuen Fassung des Gesetzes (Gesetz vom 17. Mai 1898), welche am 1. Januar 1900 zur Geltung gelangt, entspricht ihm der textlich unveränderte §. 655.

gestreift, wiewohl die vorausgeschickten Gerichts-Entscheidungen hierzu den Anlass hätten bieten müssen; nur einige Bemerkungen über die Vornahme des Kaiserschnittes unter Hinweis auf die Praxis des Talmud hielt der Verfasser für nöthig und zugleich für ausreichend. Der Fall Ihle scheint dem Autor, als er dieses Kapitel schrieb, noch nicht bekannt gewesen zu sein.

Die Schlussbetrachtung des ganzen Werkes, der achte Haupttheil, betrifft ebenfalls eine Materie von ganz hervorragender Wichtigkeit für jeden Arzt, nämlich die rechtliche Beurtheilung der Kunstfehler. An die Spitze dieser Abhandlung hätte der Verfasser am aller wenigsten den Satz stellen dürfen, mit dem er sie einleitet: „Der Arzt ist nichts weiter als ein Gewerbetreibender.“ Wäre er in der That nicht mehr, auch in rechtlichem Sinne nicht mehr, so hätte kein Arzt die Möglichkeit, eine andere Methode in seinem Heilverfahren einzuschlagen, als die allgemein anerkannten; denn so bald er von dem handwerksmässig Ueberkommenen und Geübten abginge, würde er Gefahr laufen, wegen eines Kunstfehlers strafgerichtlich sich verantworten zu müssen. Und doch verwirft Rudeck selbst den Ausspruch Caspar's: Ein Arzt ist strafbar, wenn er im gegebenen Falle ein Verfahren am Krankenbette eingeschlagen hat, welches ganz und gar abweichend ist von dem, das die überwiegende Mehrzahl aller Aerzte seiner Zeit in eben solchem und einem diesem ganz ähnlichen Falle befolgt; und mit Recht sagt er, dass man von jedem ärztlichen Eingriffe nur verlangen kann, 1. die Beachtung jener allgemeinen Regeln der Heilkunst und jener Erfahrungssätze der Wissenschaft, welche einem Wandel der Anschauungen nicht mehr unterliegen und als Naturgesetze angesehen werden und 2. die Beachtung der gemeinen Kenntnisse und Fähigkeiten. Trotz Gewerbeordnung und aller an sie sich anlehnenden Rechts-Anschauungen erhebt den Arzt über das Niveau eines banausischen Gewerbebetriebes eben die Thatsache, dass er in seiner Berufsübung der eigensten wissenschaftlichen Ueberzeugung zu folgen, zugleich die Befugniss und die Pflicht hat. Indess ist die Grenzscheide hier so schwer zu finden, dass eine strafgerichtliche Untersuchung wegen fahrlässiger Körperverletzung, begangen durch einen sog. Kunstfehler die grössten Schwierigkeiten verursachen muss. Es kann daher nicht genügen, wenn der Verfasser sich mit einigen allgemeinen Redewendungen begnügt und sodann zur Reproduktion einer Anzahl von Gerichts-Entscheidungen übergeht, die u. a. aus den Jahren 1863 und 1864 stammen, also aus einer Zeit, zu welcher unser Strafgesetzbuch noch gar nicht galt, und mit welcher die moderne Rechtsanschauung die Fühlung nur noch in bescheidenem Umfange aufrecht zu erhalten vermag. Die Darstellung lässt jeden Versuch zur Gewinnung leitender Grundsätze vermissen; auch hier sagt der Autor von der zivilrechtlichen Seite der ganzen Frage nichts, von der strafrechtlichen nur Unzulängliches.

Auf die übrigen Theile des Buches einzugehen, möchte Referent sich versagen. Die voraufgeschickten einzelnen Bemerkungen machen die Formulirung eines Gesammturtheils entbehrlich. Erwähnt sei nur noch, dass im Einzelnen der Verfasser sich zu Aussprüchen veranlasst sieht, die im Munde eines Arztes doppelt merkwürdig erscheinen, so z. B., wenn er auf Seite 72 sagt: „Der Arzt ist eben bloss Naturwissenschaftler, für ihn giebt es keine Moral, ausser wenn sie ihm nützlich ist, sondern bloss gesetzliche Schranken.“ Referent kann es dem Aerztestande füglich anheimgeben, mit derartigen Sentenzen sich abzufinden; ihm selbst führten eigene Wahrnehmungen gerade zu der entgegengesetzten Anschauung, dass nämlich der ärztliche Beruf, wie wenig andere, die Uebertragung sittlicher Anschauungen in die Wirklichkeit ermöglicht und dass die Angehörigen dieses Berufes, auch abseits des eigenen Nutzens, von dieser Möglichkeit häufigen und freudigen Gebrauch machen.

Dr. Bieberfeld-Berlin.

Prof. Dr. A. Cramer in Göttingen: Ueber die ausserhalb der Schule liegenden Ursachen der Nervosität der Kinder. II. Band, 5. Heft der Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Berlin 1899. Reuter & Reichard. Gr. 8°; 28 S. Preis: 0,75 Pf.

Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass in Laienkreisen der Einfluss der Schule bei dem Zustandekommen der nervösen Zustände der Kinder leicht

überschätzt wird, sucht Cramer hier auf die ausserhalb der Schule liegenden Ursachen der Nervosität die Aufmerksamkeit hinzulenken. Er unterscheidet hierbei die inneren, endogenen und die äusseren, exogenen Ursachen. Zu den ersteren gehört die erbliche Belastung, die jedoch bei der Hälfte geistig gesunder Menschen festgestellt ist. Schwerer in's Gewicht fällt häufig die Schädlichkeit, die belasteten Kindern durch den stetigen nachtheiligen Einfluss des Verkehrs mit ihren nervösen oder geisteskranken Verwandten erwächst; namentlich ist hier der Einfluss der Mutter von Wichtigkeit. Auch konstitutionelle Erkrankungen der Mutter vor oder während der Schwangerschaft können bekanntlich eine Disposition zu nervösen Erkrankungen in der Nachkommenschaft setzen, so z. B. Lues, Tuberkulose, Diabetes u. s. w. Zu den exogenen Ursachen rechnet Cr. die Kinderkrankheiten, den zu frühen Schulbesuch, Kopftraumen, psychische Einflüsse, wie Schreck, Angst etc. Dazu kommen Züchtigungen, die namentlich nervöse und zurückgebliebene Kinder ungünstig beeinflussen und ihre krankhaften Zustände erhöhen. Eine weitere Ursache liegt in den unzweckmässigen und verkehrten Verhältnissen, unter denen die Kinder aufwachsen, so z. B. vieles Zusammensein mit Erwachsenen, unzweckmässige Lektüre, Theilnahme an Gesellschaften, zu zahlreiche Zerstreuungen, Mangel an ausreichendem Schlaf, Ueberanstrengungen im Pubertätsalter, Zufuhr von Alcoholica, geschlechtliche Verirrungen und Verführungen etc. Wir ersehen hieraus, wie zahlreichen Schädlichkeiten die Kinder auch ausserhalb der Schule ausgesetzt sind, denen eine nicht unbedeutende Rolle bei dem Zustandekommen der Nervosität der Schulkinder zuzuschreiben ist. Bei vorhandener Nervosität kann dieselbe durch die Schule nur gesteigert werden. Namentlich für die geistig zurückgebliebenen Kinder sind die gewöhnlichen Schulen ungeeignet; Cr. befürwortet deshalb die Einrichtung besonderer Klassen oder Schulen für geistig zurückgebliebene Kinder. Auch eine zeitweilige Entfernung der nervösen Kinder aus der Schule erweist sich mitunter zweckdienlich. Dr. S. Kalischer-Schlachtensee b. Berlin.

Dr. Karl Wernicke, Medizinalrath und o. ö. Professor in Breslau: a. Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau. Psychiatrische Abhandlungen. Breslau 1899. H. 10—11. Preis: 2,50 M.

W. giebt eine symptomatische Analyse von 31 Krankheitsfällen, die im Laufe eines Semesters zur klinischen Vorstellung kamen. Die Eintheilung und Analysirung folgt den in seinem Grundriss niedergelegten Anschauungen (konf. Ref. d. Z. 1896, S. 516); 11 der Fälle gehörten den chronischen Psychosen an, während 20 derselben akute Störungen darstellten. Für die erstere Gruppe, die man den paranoischen Zuständen zurechnen kann, ist charakteristisch „eine krankhafte Veränderung des Bewusstseinsinhaltes, d. h. eine Bewusstseinsfälschung"; diese letztere kann sich beziehen auf die Vorstellungen der Aussenwelt, der Persönlichkeit und der Körperlichkeit — allopsychisch, autopsychisch und somatopsychisch. Unter chronischer Autopsychose versteht W. Krankheitsbilder, die von anderen Autoren als originäre Verrücktheit, Beziehungswahn, Querulantenwahn u. s. w. bezeichnet werden. Ferner unterscheidet er autopsychische Defektzustände wie die Hebephrenie. Die chronische Halluzinose entspricht der typischen Verrücktheit. Eine im Senium aufgetretene Angstpsychose mit späterem Uebergang in Wahnbildung wird z. B. in folgender Weise analysirt: 1. Es besteht äussere Desorientirtheit, indem Personen und Situationen verkannt werden, 2. bei erhaltener persönlicher Orientirtheit bestehen abnorme Sensationen (körperliche Desorientirtheit), 3. Beziehungswahn, 4. Halluzinationen verschiedener Art. 5 Erinnerungsfälschung. Der Zustand wird als „chronische aszendirende Allo-Somatopsychose" bezeichnet. Auch bei der Diagnose der akuten Psychosen legt W. die Aenderung des Bewusstseinsinhaltes der Eintheilung zu Grunde, dabei werden die reinen Angstpsychosen den Somatopsychosen zugerechnet, während die Melancholie und Manie wegen der autopsychischen Grössen- und Kleinheitswahnideen den Autopsychosen subsummirt werden. Treten Erscheinungen vermehrter, verminderter oder veränderter Motilität besonders in den Vordergrund, so spricht der Verfasser von Motilitätspsychosen und unterscheidet: Hyperkinese, Akinese und Parakinese. In dieser Gruppe finden sich u. a. Krankheitsbilder, die von anderen Autoren der Katatonie zugerechnet werden. Als absolut heilbar werden hier die Fälle von reiner akinetischer

Psychose (wie sie der Stupor darstellt) und von hyperkinetischer Motilitätspsychose, dem periodischen Menstrual-Irresein entsprechend, hervorgehoben. Selbstverständlich ist mit dieser summarischen Uebersicht nicht die Zahl der von W. aufgestellten Krankheitstypen erschöpft, es handelt sich dabei überhaupt nicht nur um eine neue Gruppirung, sondern um eine ganz besondere Auffassung und Verwerthung der Krankheitssymptome, die von der bisherigen Methode vollkommen abweicht. Aus diesem Grunde wird die Lektüre der höchst geistvoll analysirten Fälle nicht jedem Leser sofort verständlich werden.

b. Ueber die Klassifikation der Psychosen. Heft 12. Preis: 1 Mark.

W. verwirft die, besonders von Kraepelin, aufgestellte Eintheilung der Psychosen nach ätiologischen Gesichtspunkten, die nur für die Beurtheilung des Verlaufs von Wichtigkeit sind. Die Eintheilung muss sich, wie in der pathologischen Anatomie, nach der erkrankten Lokalität richten. Sind — nach dem Gesetz der spezifischen Energie — bestimmte Gehirnelemente Träger eines bestimmten Gedankeninhaltes, so kann man die inhaltlichen Störungen des Bewusstseins zur Grundlage einer psychiatrischen Eintheilung machen. Der mikroskopisch-anatomische Befund bei Psychosen lässt, soweit positive Ergebnisse erzielt wurden, stets eine Erkrankung des nervösen Parenchyms erkennen, so dass man annehmen kann, dass den meisten Geisteskrankheiten stets ein gleichartiger Krankheitsprozess zu Grunde liegt.

Diese allgemein-pathologischen Ueberlegungen zwingen zu den oben angegebenen Eintheilungsprinzip. — Nach dem Vorstellungsinhalt unterscheidet W. bei akuten und chronischen Psychosen Störungen auf dem Gebiet der Vorstellungen der Körperlichkeit, Aussenwelt und Persönlichkeit (Somato-, alloauto-Psychosen).

Nach dem Vorherrschen von psychomotorischen Störungen sind Motilitätspsychosen anzunehmen, die als Akinese oder als Parakinese oder Hyperkinese auftreten. Als Fundamentalsatz seiner Eintheilung stellt W. die These auf, dass jede Geistesstörung zu einer Desorientirung führt. Tritt diese sehr schnell ein, so resultirt der Affekt der Rathlosigkeit; dementsprechend wird in der Symptomatologie eine autopsychische u. s. w. Desorientirtheit oder Rathlosigkeit unterschieden. W. benutzt für seine Analyse der Geisteskrankheiten das Schema für die aphasischen Störungen; dabei hebt er hervor, dass sein Schema, von dem hier nur ein Theil wiedergegeben werden kann, mit einem im Jahre 1838 von Stark publizirten nahe Berührungspunkte hat.

Bei der überaus grossen Zahl von Krankheitstypen gelingt es mittels der vom Autor angegebenen Klassifikation das Typische seltener Fälle in bestimmter Weise festzuhalten, während die häufiger vorkommenden Formen sich schon jetzt in bestimmte Gruppen theilen lassen. Als solche nennt W. unter anderer unter den Allopsychosen: das Delirium tremens, die Presbyophrenie, die akute Halluzinose (sonst halluzinatorische Verwirrtheit). Zu den Autopsychosen werden die Melancholie, der paralytische Grössenwahn, der Querulantenwahn (zirkumskripte Autopsychose) u. s. w. gerechnet.

Ferner werden kombinirte Psychosen unterschieden, z. B. der hypochondrische Verfolgungswahn als „chronische aszendirende Allosomatopsychose". Die Manie stellt den Typus der hyperkinetischen Motilitätspsychose dar. Zum Schluss betont der Verfasser, dass nur wenige Psychosen verschiedene Zustandsbilder durchlaufen, wie die alte Ueberlieferung bisher lehrte. Diese wenigen, zu denen die paralytischen und hebephrenischen Geistesstörungen zu zählen sind, können als zusammengesetzte Psychosen bezeichnet werden. — Wie man aus dem Mitgetheilten ersieht, ist die Wernicke'sche Klassifikation ohne genauere Kenntniss ihrer psychologischen Grundlage und ihrer besonderen Nomenklatur, nicht ohne Weiteres verständlich. Dr. Pollitz-Brieg.

Dr. Krieger, Geh. Med.-Rath in Strassburg: Der Werth der Ventilation. Gutachten des Strassburger Gesundheitsraths. Strassburg 1899. Verlag von Ludolf Beust. Gr. 8°; 113 S.

Die vorstehende, im Auftrage des Strassburger Gesundheitsraths als Gutachten über Heizungs- und Ventilationsfragen herausgegebene Schrift beschäftigt sich nur mit der Heizung und Ventilation in Wohn- und Schlafräumen, Schulen,

Krankenanstalten und grösseren Versammlungsräumen; die auf dem Gebiete der Gewerbehygiene in dieser Hinsicht zu stellenden Anforderungen bleiben dagegen unerörtert. Sie bringt auch keine neuen wissenschaftlichen Untersuchungen, sondern Verfasser begründet seine Schlussfolgerungen hauptsächlich auf die Forschungsergebnisse hervorragender Hygieniker sowie auf seine eigenen, langjährigen praktischen Erfahrungen und Beobachtungen, wozu ihm seine amtliche Thätigkeit reichliche Gelegenheit bot. Gerade dadurch gewinnt aber die Schrift doppelt an Werth; denn es lässt sich nicht läugnen, dass man auf dem Gebiete der Heizung und insbesondere auf demjenigen der Ventilation bisher vielfach von unbegründeten und selbst irrigen theoretisch-hygienischen Voraussetzungen und Anschauungen ausgegangen ist und dadurch die praktische Ausführung speziell der Ventilationsanlagen oft so kostspielig gestaltet hat, dass deren Kosten in grellem Widerspruch mit ihrem gesundheitlichen Nutzen standen. Es muss deshalb als ein grosses Verdienst des Verfassers anerkannt werden, dass er es versucht hat, in vorurtheilsfreier, klarer und auch für den Laien leicht verständlicher Darstellungsweise die in dieser Beziehung herrschenden und zum Theil unhaltbaren, landläufigen, zum Theil auch noch in hygienischen Lehrbüchern vertretenen Ansichten kritisch zu beleuchten und richtig zu stellen.

Der grösste Theil der Schrift ist ihrem Titel gemäss der Ventilation gewidmet. Verfasser entwickelt hier namentlich in Bezug auf die Theorie der Luftverunreinigung in bewohnten Räumen, sowie auf den Werth der Ventilation zur Verhütung und Beseitigung dieser Verunreinigung eine Reihe neuer und wohlbegründeter Gesichtspunkte, denen man im Grossen und Ganzen beistimmen kann. Zunächst werden die verschiedenen Ursachen und angeblich gesundheitsschädlichen Folgen der Luftverunreinigung in bewohnten Räumen sowie der Nutzen der Ventilation zu ihrer Beseitigung eingehend besprochen und auf das richtige Maass zurückgeführt. Mit Recht betont Verfasser, dass nicht die Sauerstoff-Abnahme und Kohlensäure-Anhäufung als gesundheitsschädlich zu fürchten und deshalb als Massstab für die Luftverunreinigung anzusehen ist, sondern die sogenannte schlechte Gesellschaft der Kohlensäure: die unangenehmen und übelriechenden, von unreinem Athmen, schlecht gereinigter Haut, schweissigen Füssen, Blähungen, schmutzigen Kleidern u. s. w. herstammenden Riechstoffe, die jedoch nicht als „Gifte", sondern lediglich auf reflektorischem Wege durch Vermittelung der Riechnerven und des Zentralnervensystems nachtheilig auf unser Wohlbefinden wirken. Auch für die Bekämpfung des Staubes oder die Verhütung ansteckender Krankheiten habe die Ventilation wenig oder gar keinen Nutzen, sondern könne möglicher Weise sogar durch Staubaufwirbeln bezw. Fortschleppen von Krankheitserregern schaden. Desgleichen würden die gesundheitsschädlichen Wirkungen der Luftverunreinigung weit überschätzt; denn die Ursache dieser Schädlichkeiten sei hauptsächlich in der mit dem Leben in geschlossenen Räumen meist verbundenen sitzenden Lebensweise und verminderten Muskelthätigkeit sowie in unvollkommenen Heizvorrichtungen, zu grossem oder zu geringem Feuchtigkeitsgehalt der Wohnungsluft, gestörter Wärmeökonomie u. s. w. zu suchen.

Der hygienische Werth der Ventilation zum Zwecke der Herstellung einer reinen Luft in Wohnungen, Schulen und Krankenanstalten sei demnach nicht so gross, als gewöhnlich angenommen werde; weit mehr nütze in dieser Beziehung Reinlichkeit, Beseitigung der Quellen übler Gerüche u. s. w. Viel wichtiger sei dagegen die Ventilation im Interesse der Wärmeökonomie des Körpers zur Herstellung einer angemessenen Temperatur und Bewegung der Luft, sowie zur Regulirung ihres Feuchtigkeitsgehalts. Zur Erfüllung dieser Forderungen genügt aber nach seiner Ansicht in Wohn- und Schlafräumen sowohl, als in Schulen und Krankenzimmern die sogenannte konstante natürliche Lufterneuerung durch Wände, Spalten und Ritzen von Fenstern und Thüren — hervorgerufen durch den Temperaturunterschied zwischen der Innen- und Aussenluft und daher im Winter am stärksten wirkend — und die intermittirende Fensterlüftung, die am leichtesten und bequemsten durch kippbare Oberfenster bezw. durch Oeffnen der Fenster bewirkt werde. Weitere Ventilationseinrichtungen, insbesondere künstliche, mit grossen Kosten verknüpfte (Luft- oder Dampfluftheizung mit Vorwärmekammern, Staubkammern mit Druck- und Saugevorrichtungen) hält Verfasser für derartige Räume nicht für nöthig; er verwirft selbst isolirte Ventilationsschächte (Abluftkanäle), wie sie z. B.

jetzt für alle Volksschulen vorgeschrieben sind. Als Heizvorrichtungen werden einfache, der Grösse des Raumes entsprechende Oefen, auch Dauerbrand-, Ventilations- (mit nach aussen führenden Frischluftkanälen, besonders für Schulen geeignet) und Gasöfen sowie für grössere Schulgebäude und Krankenanstalten Zentralheizung, und zwar Niederdruckdampfheizung mit Ventilationsregulirung empfohlen.

Die Schrift ist aus der Praxis heraus für die Praxis geschrieben; sind auch einzelne Ausführungen des Verfassers, z. B. die Empfehlung der Gasöfen nicht völlig einwandfrei, so wird man sich doch seinen grundsätzlichen Anschauungen und hauptsächlichsten Vorschlägen im Allgemeinen anschliessen können, insbesondere dem Hauptgrundsatze, dass die Fensterlüftung in Verbindung mit der natürlichen Ventilation für Wohn- und Schlafzimmer, sowie für Schulsäle und Krankenhäuser in der Regel ausreicht, und dass es viel vernünftiger ist, diese einfache, natürliche, altbewährte und deshalb gleichsam Gemeingut aller Schichten des Volkes gewordene Lüftungsmethode anzuwenden und sie dadurch dem Volksbewusstsein immer mehr einzuprägen, als immer wieder neue künstliche Methoden zu erfinden, anzupreisen und auszuführen, deren Nutzen höchst problematisch, deren Betrieb sehr komplizirt und deren Anlage- und Betriebskosten vor allem verhältnissmässig hohe sind. Der Hygieniker und insbesondere der Medizinalbeamte hat alle Ursache, bei Schulbauten und namentlich bei kleineren Krankenhausbauten mit den finanziellen Mitteln der betreffenden Gemeinden, Stiftungen u. s. w. zu rechnen; er muss sich deshalb hüten, aus übertriebener und unbegründeter Angst vor Luftverderbniss übermässig hohe Räume zu verlangen, die nicht nur schwer heizbar und meist fusskalt sind, sondern auch die Bau- und Betriebskosten unnöthig vertheuern; noch mehr muss er sich aber vor der Forderung kostspieliger Ventilationseinrichtungen hüten, denn gerade die Vereinfachung der Lüftungsanlagen ist bei diesen Bauten mit Rücksicht auf die geringeren Kosten und der leichteren Handhabung dringend geboten.

Die für die hygienische Beurtheilung derartiger Fragen hauptsächlich in Betracht kommenden Gesichtspunkte haben durch den Verfasser eine so vortreffliche Beleuchtung erfahren, dass ein eingehendes Studium seiner Schrift allen betheiligten Kreisen, namentlich Medizinalbeamten und Aerzten, Gemeinde- und Schulaufsichtsbehörden, Krankenhausvorständen, Bautechnikern u. s. w. auf's Wärmste empfohlen werden kann; sie bietet nach dieser Richtung hin äusserst beherzigenswerthe Winke und Vorschläge, die nicht nur voller Beachtung werth, sondern auch geeignet sein dürften, in den Ansichten über die Wirkung des Aufenthalts in geschlossenen Räumen, über die Aufgaben der Heizung, des Luftwechsels u. s. w. sowie über den Werth der natürlichen und künstlichen Ventilation einen Umschwung in den bisherigen Anschauungen anzubahnen, der auch in finanzieller Hinsicht von grosser Tragweite ist.

Der Schrift sind als Anlage recht zweckmässige und gemeinverständliche Vorschriften und Regeln über Heizung und Lüftung der Schulzimmer beigegeben, die sich durchaus innerhalb der Grenzen des unbedingt Nothwendigen und leicht Ausführbaren halten und deshalb eine allgemeine Einführung verdienen. Nur betreffs der hier vorgesehenen Zeitbestimmung für die gründliche Lüftung der Schulsäle während der Erholungspause kann Referent der Ansicht des Verfassers nicht beipflichten; denn ein $^1/_2$—1 Minuten bezw. 1—2 Minuten dauerndes Oeffnen von ein oder mehreren Fenstern genügt dazu nicht, sondern muss mindestens um das Doppelte verlängert werden; ausserdem sollte das gleichzeitige Oeffnen der Thüren verlangt werden. Rpd.

Dr. S. Schwalbe: Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande. Leipzig 1899. Verlag von Georg Thieme. Kl. 8°; 152 S. Preis: eingeb. 2 M.

Der übermässige Zudrang zum medizinischen Studium und die dadurch bedingte Ueberproduktion von Aerzten im Deutschen Reiche veranlasst jetzt mehr denn je manchen jungen Arzt zur Auswanderung, wobei besonders solche Staaten bevorzugt werden, in denen der deutsche Arzt nicht nur angesehen ist, sondern auch günstige Aussichten auf eine einträgliche Praxis hat. Die Auswahl ist in dieser Hinsicht keine so leichte, wenn der auswandernde Arzt nicht hinterher bittere Enttäuschungen erleben will; denn auch in vielen anderen

europäischen und aussereuropäischen Staaten liegen die ärztlichen Konkurrenzverhältnisse ebenso ungünstig wie in Deutschland. Jedenfalls muss sich der betreffende Arzt vorher genau über die einschlägigen Verhältnisse des von ihm auserwählten Landes informiren; bisher fehlte es aber an einem zuverlässigen Orientirungswerke, das ihm in dieser Beziehung die erforderliche Auskunft geben konnte. Der Verfasser hat sich der schwierigen Aufgabe unterzogen, diese fühlbare Lücke auszufüllen, und Dank der selbstlosen Mitwirkung von Behörden und Kollegen ist ihm dies auch in vortrefflicher Weise gelungen. Nicht weniger als 98 Staaten sind berücksichtigt und bei jedem einzelnen Staate nicht nur die grundlegenden Bedingungen für die Zulassung zur Praxis mitgetheilt, sondern auch ausreichende Anhaltspunkte für die Beurtheilung der ärztlichen Erwerbs- und der sonstigen Verhältnisse (Anforderungen in Bezug auf Sprachkenntnisse, Kosten des Lebensunterhaltes, Klima und dessen Einfluss auf den Gesundheitszustand u. s. w.) gegeben. Dem Auskunft suchenden Arzt kann demgemäss das Büchlein als zuverlässige Grundlage für seine Orientirung warm empfohlen werden; wenn es ihn auch nicht in allen Fällen von der Nothwendigkeit, sich weitergehende Aufschlüsse über sein zukünftiges Arbeitsfeld zu verschaffen, entbindet. — Der Verfasser hat sich ein grosses Verdienst durch seine mühevolle Arbeit erworben, für die ihm die auswanderungslustigen Aerzte nur dankbar sein können. Sein Wunsch, dass im Interesse der Erwerbsverhältnisse des namentlich in den Kulturstaaten durch Ueberfüllung arg leidenden ärztlichen Standes aber auch zum Wohle mancher Völker die starren Schranken, welche mehrere Staaten gegen die Einwanderung fremdländischer Aerzte errichtet haben, im Beginn des kommenden Jahrhunderts fallen mögen, wird allerdings wohl kaum in Erfüllung gehen; denn wie sich aus seiner Zusammenstellung und insbesondere aus der am Schluss beigefügten Zusammenstellung der Zulassungsbedingungen ergiebt, sind jene Schranken in den einzelnen Staaten mit der fortschreitenden Kultur immer enger geworden. Rpd.

Tagesnachrichten.

Nach den politischen Blättern haben sich die zuständigen Behörden für die Vorlegung eines **Reichsseuchengesetzes** in der diesjährigen Reichstags-Session entschieden; dasselbe soll sich allerdings nur auf eine gleichmässige Regelung der Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten und keineswegs auch auf die sonst zur Verhütung und Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erforderlichen Massregeln erstrecken.

In **Frankfurt a. M.** hat am 8. d. M. in Gegenwart des Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten Studt, des Oberpräsidenten Graf v. Zedlitz-Trützschler, der Vertreter der medizinischen Fakultäten der Universitäten zu Marburg und Giessen u. s. w. die **Einweihung des staatlichen Instituts für experimentelle Therapie** stattgefunden. Nachdem der Oberbürgermeister Adickes die Erschienenen im Namen der Stadt begrüsst hatte, dankte der Minister der Stadt Namens der Regierung, indem er betonte, dass kaum ein Gemeinwesen Deutschlands die Wissenschaft so gefördert habe, wie Frankfurt a. M. Der heutige Tag sei ein Ehrentag für die Stadt und die heutige Feier für die Weiterentwickelung der Heilkunde von grosser Bedeutung. Er übernehme den Bau mit dem Wunsche, dass das Institut ein Ausgangspunkt der medizinischen Wissenschaft und Forschung werden möge! Nach einer kurzen Danksagung des von der Marburger medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannten Oberbürgermeisters Adickes hielt Prof. Dr. Schmidt-Metzler einen Vortrag über die Bestimmung des Instituts für die Serumforschung im Allgemeinen.

Durch einen vor Kurzem ergangenen Erlass des preussischen Kultusministers ist den medizinischen Fakultäten das Recht verliehen, mit Genehmigung des Ministers den öffentlichen Promotionsakt bei **Erlangung der medizinischen Doktorwürde** zu erlassen, wie dies bekanntlich bereits in Bayern und Sachsen zulässig ist.

Aus Anlass der drohenden Pestgefahr haben in Folge ministerieller Anordnung vom 14. v. M. in Preussen während der Zeit vom 6.—11. d. M. im

Institut für Infektionskrankheiten sowie in allen hygienischen Universitätsinstituten **Kurse über die Aetiologie der Pest** und einige andere Infektionskrankheiten, wie asiatische Cholera, Unterleibsthyphus, Ruhr u. s. w. sowie über die Bekämpfung dieser Seuchen besonders zu beobachtenden Gesichtspunkte stattgefunden, zu denen sämmtliche Regierungs- und Medizinalräthe und diejenigen Kreisphysiker am Sitz der Regierung, die den Regierungs- u. Medizinalrath für gewöhnlich vertreten, einberufen sind. Die Kurse sollen zugleich den leitenden Medizinalbeamten benachbarter Bezirke Gelegenheit bieten, sich zur Herstellung einer wünschenswerthen Gleichmässigkeit über die eintretenden Falls erforderlichen Massnahmen unter einander und in Gemeinschaft mit den sachverständigen Bakteriologen verständigen zu können, damit den Regierungspräsidenten im Ernstfalle in den so vorbereiteten Medizinalbeamten genügend sachverständige Beiräthe zur Seite stehen. — Die von der Medizinalverwaltung getroffene Anordnung ist sicherlich von den betheiligten Medizinalbeamten mit grosser Freude begrüsst worden; sie wird wesentlich dazu dienen, die im öffentlichen Interesse dringend wünschenswerthe Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis auf hygienischem Gebiete zu fördern, und nicht ohne segensreiche Folgen für das Allgemeinwohl bleiben!

Der Entwurf für die **IV. Ausgabe des Deutschen Arzneibuches** ist jetzt fertiggestellt und den Bundesstaaten zur Berathung zugegangen. Gleichzeitig sind einem Beschlusse des Bundesraths vom 12. v. M. gemäss die in dem Entwurfe vorgesehenen wesentlichen Abänderungen und Neuerungen den Fachkreisen schon jetzt durch Rundschreiben des Direktors des Kaiserl. Gesundheitsamtes, Vorsitzenden der ständigen Kommission zur Bearbeitung des Deutschen Arzneibuches, mitgetheilt.

Der belgischen Kammer ist jetzt ein lang vorbereiteter Entwurf eines **Gesetzes betreffend die Heilkunde** vorgelegt, der eine Neuregelung des gesammten Medizinalwesens vorsieht und neben Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunde auch solche über die Ausübung der Pharmazie, der Hebammenkunst, der Thierheilkunde u. s. w. enthält.

Am 1. d. M. hat unter Vorsitz des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Virchow in Berlin eine Sitzung des **Deutschen Reichs-Komitees für den XIII. Internationalen Kongress** zu Paris stattgefunden. Ein mit dem Reisebureau von Carl Stangen getroffenes Abkommen wurde genehmigt. Demnach ist dieses offizielles Verkehrsbureau des Komitees und wird insbesondere, unter Kontrole des Schatzmeisters, Geh. Rath Bartels, die Anmeldungen und Einzahlungen der deutschen Mitglieder entgegennehmen, nach Paris übermitteln und für passende Unterkunft in Paris Sorge tragen. Anfragen betreffs des Kongresses sind an den 1. Schriftführer des Komitees, Prof. Dr. Posner-Berlin SW. oder an Carl Stangen's Reisebureau-Berlin W. zu richten.

Die **Pest** scheint sich immer mehr auszubreiten. Jetzt wird auch ihr Auftreten in Algerien (Provinz Konstantine) gemeldet; die Ursache, ob Einschleppung aus Oporto oder Indien, hat sich noch nicht feststellen lassen. Die französische Regierung hat sofort umfassende Vorsichtsmassregeln angeordnet und insbesondere Schutzimpfungen in grossem Masse vornehmen lassen. — Ferner soll die Seuche in Lourenço Marques (Mozambique) ausgebrochen und in Madagaskar im Zunehmen begriffen sein. Letzteres gilt auch in Bezug auf Indien. Hier sind in der Zeit vom 30. September bis 7. Oktober 6727 Pesttodesfälle vorgekommen, 1000 mehr als in der Woche zuvor. In Bombay betrug die Zahl der Erkrankungen vom 20. Septbr. bis 16. Oktbr. 464, davon verliefen 411 tödtlich.

In Oporto sind in der Zeit vom 17.—26. Oktober 34 Erkrankungen und 15 Todesfälle, aus der Umgebung der Stadt nur 4 Erkrankungen angemeldet. Dass die Gefahr und weitere Einschleppung nach Europa nicht ausgeschlossen ist, beweisen die in den letzten Tagen vorgekommenen Pesterkrankungs- bzw. Todesfälle unter den Passagieren der aus Brasilien bezw. aus Konstantinopel nach Triest zurückgekehrten oesterreichischen Lloyddampfer „Berenice“ (4) und „Polis Mytilene“ (1).

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. 1899.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben
von
Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 23. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Dezbr.

Beitrag zur Frage der Werthbemessung der Desinfektion des Impffeldes.

Von Kreisphysikus Dr. Schwabe-Langensalza.

Auf der Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschwsig 1897 hielt Schlossmann-Dresden einen Vortrag: „Wie kann sich der Impfarzt vor wirklichen und angeblichen Impfschädigungen schützen?“ Der Vortragende wies als überzeugter Anhänger und energischer Verfechter des obligatorischen Impfzwanges darauf hin, dass man die immer kühner ihr Haupt erhebende impfgegnerische Bewegung nicht mit einem souveränen Lächeln abthun dürfe, vielmehr die heilige Pflicht habe, die aus dem Lager der Impfgegner gegen den Impfzwang geschleuderten Vorwürfe nach Möglichkeit auf ihre Begründung zu prüfen, eventuell seine Lehren daraus zu ziehen und den „simplen Lanzettstichen die Aufmerksamkeit einer wichtigen Operation zu schenken habe“. Man dürfe, ohne das Impffeld genügend gereinigt zu haben, nicht„ darauf losimpfen“. Ohne diese vorausgeschickte Desinfektion sei der Impfarzt von den sich an seine Operation eventuell anschliessenden Infektionen nie frei zu sprechen. Beim Lesen dieses letzten Passus beschlich mich seiner Zeit zunächst ein drückendes Gefühl der Beschämung und des Unbehagens: ich musste mir gestehen, dass ich in meiner achtjährigen Praxis als öffentlicher Impfarzt wohl stets sorgsam auf die tadellose Sauberkeit meiner Instrumente, meiner Hände, des Impflokals und der Kinder geachtet, auch hie und da nicht genügend gewaschene Impflinge, nicht gut ventilirte und malpropre aussehende Lokale zurückgewiesen, dass ich aber nie die Impfregion desinfizirt hatte.

Ich gewann aber meine Ruhe und das Gefühl der Befriedigung, ohne Pflichtverletzung meines Amtes als Impfarzt gewaltet zu haben, wieder, als ich in meinen Impfaufzeichnungen blätterte und die zahlreichen von mir abgehaltenen Impftermine im Geiste Revue passiren liess. Ich fand, dass ich auch bei der von mir geübten Impftechnik nicht eine einzige ernste Impfschädigung gesehen hatte, mit Ausnahme von vereinzelten starken und zusammengeflossenen Pustelrandröthen bis zur maximalen Ausdehnung einer Mannshandfläche, letztere aber nur ganz selten bei Wiederimpflingen, die auf Befragen stets ein energisches Kratzen und Scheuern zugaben. Die Behauptung Schlossmann's, dass diejenigen Impfärzte, welche sich „in einer angenehmen Selbsttäuschung noch dem schönen Wahne hingeben, dass Impfschädigungen überhaupt nicht vorkommen," anders urtheilen würden, wenn sie statt am 8. Tage am 12. Tage die Nachschau ausüben würden, vermochte ich nach meinen Erfahrungen auch nicht als richtig anzuerkennen, da ich als fast alleiniger Arzt in meinem Impfbezirk sicher in meiner Klientel doch einige Male solche spät auftretenden Impfschädigungen hätte zu Gesicht bekommen müssen. Als praktisch würde sich überdies m. E. für die Wiederimpflinge ein so weit herausgeschobener Nachschautermin durchaus nicht erweisen, da bei diesen häufig schon am 8. Tage die nur rudimentär entwickelten Pusteln sich bereits so weit zurückgebildet haben, dass am 12. Tage die Abgabe des Urtheils über den Erfolg der Impfung sehr erschwert werden würde.

Als ich im April vorigen Jahres in Nr. 8 d. Zeitschr. die interessanten Versuche von Meyer-Brome über Impfstoff und Impftechnik las, bewogen mich die vorzüglichen Erfolge der Impffelddesinfektion die letztere auch für meine Impflinge zu acceptiren. Die Impfregion jedes einzelnen Kindes, mit Ausnahme der mir zur Kontrole dienen sollenden, wurde mit steriler Watte, angefeuchtet mit Alkohol absolut. und Spiritus saponat. $\overline{aa}$, ohne Wasserverwendung abgerieben und mit steriler Watte abgetrocknet. Ich wählte den Zusatz des Spiritus saponat., weil Alkohol ohne vorhergehende Seifen-Wasser-Behandlung der Haut nach Ahlfeld's Untersuchungen keine ausreichende Desinfektion leistet, die Seifen-Wasser-Behandlung mir zu zeitraubend schien, der Seifenspiritus aber auch in die tieferen Epidermisschichten eindringt und damit eine schätzbare Tiefenwirkung verbindet (Mikulicz). Meine Hände behandelte ich zu Beginn der Impfung nach ausgiebiger Waschung in gleicher Weise, später nahm ich nach je ca. 40 Impflingen wieder eine einfache Waschung vor. Für 35—40 Impflinge brauchte ich fast eine Stunde. Die Impfung selbst wurde mittelst 4 Schnitte durch die zu Hause sterilisirten und in Glaskölbchen zu je 25 Stück aufbewahrten Wiedemann'schen Stahlblechlanzetten ausgeführt. Jeder Impfling erhielt seine eigene Lanzette. Ich kann an dieser Stelle hervorheben, wie schnell und handlich es sich mit diesen Lanzetten impft, auf welche wohlfeile Art man damit jedwede Uebertragung von Impfling zu Impfling vermeiden und selbst die ängstlichste und voreingenommenste Mutter beruhigen

und zufriedenstellen kann. Die Lymphe wurde aus dem schräg in einer Klemme aufgestellten Originalröhrchen direkt mit der Lanzette entnommen. Die geimpften Kinder wurden erst nach Eintrocknung der Lymphe angezogen.

Der Erfolg der voraufgeschickten Desinfektion war zwar nicht so günstig bezüglich der erzielten, absolut reizlosen Pusteln, wie der von Meyer mitgetheilte, aber immerhin noch so zufriedenstellend, dass ich zunächst bei der Methode zu beharren beschloss. Ich muss ausserdem hervorheben, dass ich auch das allerzarteste, kaum messbare Rosa am Pustelrande nochzu den entzündlichen Röthen zählte. Die Nachschau machte eine immense Arbeit.

Bei 394 Erstimpflingen mit aus 1576 Schnitten entwickelten 1560 Pusteln zeigten:

12	Pusteln	eine Randröthe von	5	mm Breite,
5	„	„ „	10	„ „
187	„	„ „	ca. 2	„ „
27	„	„ „	ca. 1	„ „
229	„	„ „	ganz zart rosa, eben noch wahrnehmbar,	
1100	„	waren ohne jede Spur von Reaktion, wie gedrechselt,		

also 70,5 % (Meyer 84 %).

Bei den 15 ohne vorhergehende Desinfektion geimpften Erstimpflingen zeigten von den aus 60 Schnitten entwickelten 60 Pusteln:

21	Pusteln	eine Randröthe von	ca. 3	mm Breite,
10	„	„ „	5	„ „
9	„	„ „	ca. 8	„ „
4	„	„ „	10	„ „
2	„	„ „	ca. 15	„ „
14	„	waren absolut reaktionslos entwickelt, also 23,3 %.		

Bei 280 Wiederimpflingen mit aus 1120 Schnitten entwickelten 900 Pusteln zeigten:

16	Pusteln	eine Randröthe von	5	mm Breite,
1	„	„ „	ca. 8	„ „
2	„	„ „	10	„ „
275	„	„ „	2	„ „
85	„	„ „	zart rosa, kaum messbar,	
521	„	waren ohne jede Spur von Reaktion, wie gedrechselt,		

also 57,89 %.

Bei den 20 ohne vorausgegangene Desinfektion geimpften Wiederimpflingen zeigten von den aus 80 Schnitten entwickelten 50 Pusteln:

14	Pusteln	eine Randröthe von	5	mm Breite,
12	„	„ „	ca. 8	„ „
6	„	„ „	10	„ „
4	„	„ „	15	„ „
2	„	„ „	fast 20	„ „
4	„	„ „	ca. 1—2	„ „
8	„	waren ohne jede Randröthe, also 15 %.		

Die zur Verwendung gelangte Lymphe aus der Hallenser staatlichen Lymphanstalt war eine recht wirksame: Bei den 405 Erstimpflingen war die Impfung nur bei einem Kinde ohne jeden Erfolg, bei einem entwickelte sich nur eine Pocke, bei 6 nur zwei Pocken. Bei den 300 Wiederimpflingen waren nur 12 Misserfolge zu verzeichnen, darunter bei 6 zum zweiten bezw. dritten Mal Revaccinirten.

Der Umstand, dass trotz gleichmässiger Behandlung der besonders vorbereiteten Impflinge doch noch zahlreiche und an In- und Extensität sehr verschiedene Reaktionsröthen aufgetreten waren, die Erwägung, dass die sorgsamste Desinfizirung des Impffeldes durch spätere Infektion der Impfschnitte oder Läsion der Pusteln illusorisch gemacht werden müsse, ferner die Kenntnissnahme von den Freyer'schen Versuchen, endlich die langjährigen sehr günstigen Impfresultate des mir benachbarten Impfarztes, der nie seinen Impfungen eine Desinfektion vorausgeschickt hatte, in Verbindung mit meinen eigenen guten Erfahrungen mit der alten Impfmethode veranlassten mich, in der diesjährigen Impfperiode die Desinfektion wieder fortzulassen und eine Gegenprobe zu machen. Nur die Arme derjenigen Impflinge behandelte ich mit Alkohol abs. und Seifenspiritus aa, die mir grobsinnlich als nicht genügend sauber erschienen. Diese Reinigung wurde unter 443 Erstimpflingen an 6, unter 451 Wiederimpflingen an 15 vorgenommen. Der Erfolg meiner alten Impftechnik war bei den restirenden 873 Impflingen ein verblüffender.

Von den aus 1748 Schnitten bei 437 Erstimpflingen entwickelten 1563 Pusteln zeigten:

50	Pusteln	eine	Randröthe	von	2	mm	Breite,
25	„	„	„	„	3	„	„
18	„	„	„	„	5	„	„
6	„	„	„	„	ca. 7,5	„	„
2	„	„	„	„	10	„	„
350	„	„	„	ganz zart rosa, noch eben angedeutet.			
1112	„	waren ohne jede Spur von Randröthe, wie gedrechselt, von Hanfkorn- bis Kleinkirschkern-Grösse, also 71,15 %.					

Von den aus 1744 Schnitten entwickelten 1268 Pusteln der 436 Wiederimpflinge zeigten:

150	Pusteln	eine	Randröthe	von	ca. 1	mm	Breite,
30	„	„	„	„	ca. 2	„	„
40	„	„	„	„	3	„	„
30	„	„	„	„	5	„	„
8	„	„	„	„	ca. 7,5	„	„
8	„	„	„	„	10	„	„
3	„	„	„	„	15	„	„
1	„	„	„	„	20	„	„
148	„	„	„	ganz zart rosa, noch eben wahrnehmbar.			
850	„	waren ohne jede Spur von Randröthe, wie gedrechselt, von Hanfkorn- bis Kleinkirschkern- bis Kleinzierbohnengrösse, also 67,03 %.					

Es entwickelten sich also bei vorausgegangener Desinfizirung des Impffeldes ohne jede Reaktionsröthe

bei Erstimpflingen: 70,59 % Pusteln,
bei Wiederimpflingen: 57,89 „ „

ohne vorausgegangene Desinfizirung

bei Erstimpflingen: 71,15 % Pusteln,
bei Wiederimpflingen: 67,03 „ „

Dieses Resultat erschütterte stark meine zu Gunsten der Desinfektion gezogenen Schlüsse und bestärkte mich in meiner früheren Annahme, dass 1. bei der entzündlichen Reaktion auf den gesetzten Impfreiz auch der individuellen Reaktion eine nicht unbedeutende Rolle zufällt, und 2. auch die penibelste Säuberung des Impffeldes eine Verunreinigung des letzteren durch ungeschicktes

Aufnehmen und Tragen der Impflinge seitens der Mütter (Anstreichen des geimpften Armes gegen die unsauberen Taillen, Kindermäntel u. s. w., Berühren der Impfschnitte mit der Hand), durch Bespeichelung seitens des Impflings u. s. w. nicht wett zu machen im Stande sei (von dem unzweckmässigen Verhalten später zu Hause noch ganz abgesehen). Aber auch so erschien mir das Räthsel dieses eigenartigen Resultates noch nicht genügend gelöst. Während ich noch über die Lösung nachdachte, hörte ich den mir benachbarten Impfarzt über die Schwäche des diesjährigen Impfstoffes klagen, der ihm so viele Einzelpocken wie noch nie zuvor geliefert habe; er habe freilich auch noch nie so reizlose Pusteln gesehen wie in den diesjährigen Impfterminen. Dass sich mit der von mir beobachteten auffallend gleichmässigen Reizlosigkeit der Pustelnumgebung ebenfalls eine überraschend schwache Wirkung des Impfstoffes in diesem Jahre vergesellschaftet hatte — ich habe noch nie so viele Einzelpocken und so viele totale Misserfolge bei Erstimpflingen (24 unter 443) notirt — kam mir nun erst recht zum Bewusstsein. Mit diesem Zusammentreffen aber von Schwäche der Lymphe und auffallend geringer Reaktion des Impffeldes ist m. E. auch der Schlüssel für das mir nicht genügend geklärte räthselhafte Impfergebniss gegeben: die auch von anderen Impfärzten vermuthete Bedeutung der Konzentration des Impfstoffes für das Zustandekommen örtlicher Reizerscheinungen. Ich will nicht in Abrede stellen, dass unter besonderen Umständen die Bakterien des Impffeldes zur Entwickelung umfangreicherer Entzündungen der Schnittregion Veranlassung geben können, wie ja auch hie und da einmal ein Stecknadelriss, eine kleine Schnittwunde im Alltagsleben sich entzündet, aber das Hauptmoment bilden diese Impffeld-Bakterien für das Auftreten entzündlicher Nebenerscheinungen bei der Pustelbildung nicht; der individuellen Reaktion und der Konzentration der Lymphe sind vielmehr m. E. zum Mindesten ebenbürtige Rollen zuertheilt. Es muss doch im höchsten Grade auffallen, dass die Impfschnitte, auf welchen keine Pockenbildung erfolgt, nie zu Entzündungen führen, die auch nur annähernd an In- und Extensität denen in der Pustelumgebung beobachteten gleichen. Wie soll man aber für diese Thatsache eine plausible Erklärung finden, wenn in der That der Reichthum der Impfregion an Strepto-, Staphylo- und anderen Kokken die alleinige Schuld an dem Zustandekommen mehr weniger starker Entzündungen tragen sollen, wie Meyer und andere anzunehmen geneigt sind? Auch ist zu bedenken, dass Meyer seine vorzüglichen Resultate durch durchschnittlich dreimaliges Abreiben mit nicht absolutem Alkohol erreicht hat, d. h. mit einer Desinfektionsmethode, der Ahlfeld nach seinen zahlreichen und eingehenden Versuchen die Kraft der Desinfizirung abspricht. Es ist ferner in Betracht zu ziehen, dass die Desinfizirung eines so beschränkten Gebietes wie des Impffeldes noch zahlreiche Infektionsquellen während der Impfung unberücksichtigt lässt; auf die Spätinfektionen habe ich schon vorher hingewiesen. Kurz, auch Meyer's Erfolge lassen noch eine Reihe Fragen über den Werth der Impf-

felddesinfektion unbeantwortet. Meines Erachtens ist der Zeitpunkt noch nicht als gekommen zu betrachten, um die Reinigung der Impffläche zur gesetzlichen Vorschrift zu erheben. Ich bin vielmehr der Ansicht Haase's, dass noch zahlreiche Nachprüfungen nothwendig sein werden, ehe diese Frage spruchreif erachtet werden kann. Von dem Impfarzt zu verlangen, mit sterilen Händen zu impfen, wie es Meyer auch gesetzlich festgelegt wissen will, halte ich für eine Utopie. Wie soll ein Impfarzt das anstellen, wenn ihm die Pflicht obliegt, selbst sein Operationsfeld zu reinigen und zwischendurch zur Impfung anscheinend nicht geeignete Impflinge auf eventuelle Zurückweisung vom Termin oder Zurückstellung für das nächste Jahr zu untersuchen? Der Impfarzt soll und muss — das ist selbstverständlich, mit am Krankenbett benutzten Kleidungsstücken nicht im Impftermin erscheinen und seine Hände tüchtig desinfiziren. Aber sterile Hände, das ist doch noch etwas anderes! Verzweifeln doch schon einzelne unserer chirurgischen Koryphäen an einer wirklichen Sterilisirung der Hände und sind deshalb gar auf Operationshandschuhe verfallen. Wollen wir die Impfung zur Laparotomie aufbauschen, — und es sind ja in der That, abgesehen von den sterilen Händen, von Schlossmann, Flinzer und anderen die Bereitstellung lediglich der Impfung dienenden Räume durch die Kommunen verlangt worden — ja, dann bestimme man auch, dass der Impfarzt im Operationsmantel mit Gesichtsmaske und Handschuhen seines Amtes walte, dass die Impflinge wie zu einer Laparotomie vorbereitet, die Mütter mit ihren zahlreichen Infektionskeimen durch geschulte Assistenten ersetzt werden. Doch allen Ernstes: man soll auch in seinen Vorsichtsmassregeln nicht zu weit gehen. Est modus in rebus! Schlossmann's Forderung, dass zu einem Impftermin nur höchstens 30 Impflinge zugelassen werden dürften, um bessere hygienische Verhältnisse in den Impflokalen zu schaffen, hat entschieden etwas für sich. In den Dörfern wird diese Zahl, wenn es nicht besonders grosse Gemeinden sind, durchschnittlich unbedeutend überschritten; in den Städten stehen meist so grosse luftige Säle zur Verfügung, dass auch 75—100 Impflinge vielfach sehr viel bessere hygienische Verhältnisse finden, als sie daheim gewohnt sind. Nur 30 Kinder in einem Termin in den Städten von über 10000 Einwohnern impfen zu wollen, ist überdies ein in praxi undurchführbares Verlangen. Wo soll der Impfarzt die Zeit zu den sich daraus ergebenden massenhaften Impfterminen hernehmen? Eher würde ich vorschlagen, die Impflinge auf mehrere Räume des Impflokals zu vertheilen. Die weitere Vorschrift Schlossmann's, zur Vermeidung der Uebertragung von Intestinal-Krankheitskeimen und Schweissreizung der Impfschnitte die Impfung schon am 15. Mai auszusetzen, halte ich für unnöthig und unpraktisch. Unnöthig, weil die Monate Mai und Juni durchschnittlich — Gott sei's geklagt und Falb mag für mich zeugen — so kühle Tage bringen, dass man eher befürchten müsste, die Impflinge könnten sich nach dem 15. Mai erkälten, als unter der hohen Aussentemperatur

leiden. Die Erstimpflinge aber gar den Unbilden des März und April aussetzen wollen, oder nach Schlossmann überhaupt im Winter zu impfen, das wäre unpraktisch: die öffentliche Impfung würde bei den Müttern noch unbeliebter werden, als sie es jetzt schon ist, und die Impfgegner bekämen Oberwasser.

Noch ein Wort über die von Schlossmann warm vertheidigten Impfverbände zur Vermeidung entzündeter Impfschnitte. Sch. leitet die Nothwendigkeit dieser Verbände aus seiner Erfahrung ab, dass die sekundären Impfinfektionen, die auf einer Läsion der Impfpusteln oder der entstehenden Borken beruhten, ungleich häufiger seien als die primären. Ich pflichte diesem Erfahrungssatz vollkommen bei, ziehe aber gleichzeitig den für meine Auffassung von dem Werth der Impffelddesinfektion günstigen Schluss daraus, dass eben die Gefahr einer Primärinfektion lange nicht in dem Masse besteht, wie vielfach angenommen wird. Die Impfschnitte und Pusteln gegen Schädigungen von aussen schützen zu wollen, ist sicher ein berechtigter Wunsch; wie aber gestaltet sich der Werth dieser viel Zeit beanspruchenden Impfverbände? Von Okklusivverbänden, die ich hie und da versuchsweise in Form von Celluloidkapseln anwendete, habe ich durchaus keinen Einfluss auf die Reaktionsröthe gesehen; im Gegentheil, es erschien mir, als ob durch Behinderung der Hautperspiration und durch die Schweissansammlung die Pusteln gereizt wurden und längere Zeit zur Eintrocknung bedurften, als die ungeschützten. Einen festsitzenden Verband nach Sch., — mit offizineller Borsalbe bestrichenes Gazestreifchen, darüber ein Stück Billrothbattist, denn einige Touren einer in Dampf sterilisirten Mullbinde, endlich eine appretirte Gazebinde — der am 12. Tage gewechselt und im Ganzen drei Wochen liegen bleiben soll, habe ich noch nicht anzulegen versucht. Unter einem solchen Verbande soll der seröse Pustelinhalt einfach eintrocknen, ohne sich vorher eitrig verändert zu haben. Ob nun die Verbände wirklich so tadellos liegen bleiben und wirken, wie Sch. es rühmt, will auch noch sorgsam nachgeprüft werden. Flinzer bestreitet das nach seinen Erfahrungen, muss sich freilich dafür von Sch. den Vorwurf mangelhafter Dexterität machen lassen. Es will mir auch sehr zweifelhaft erscheinen, ob die Mühen, einen so komplizirten Verband anzulegen, wirklich im Verhältniss zu dem erzielten Erfolg stehen. Ich muss überdies auch hier wieder die Frage aufwerfen: wo soll in aller Welt auch hierzu der Impfarzt die Zeit hernehmen? Wenn Sch. am Schluss seines Vortrages diejenigen Impfärzte als die schlimmsten Impfgegner apostrophirt, die sich aus Gegnerschaft gegen alles Neue, allen Fortschritten zur Erzielung einer von keiner Nebenwirkung begleiteten Impfung prinzipiell entgegenstellen, so muss ich seiner Ansicht beitreten, aber mit der Einschränkung, dass die Gegnerschaft gegen das Neue nicht nur berechtigt, sondern direkt geboten ist, so lange dieses auf seinen Werth noch nicht genügend ge- und erprobt ist. Es ist doch vom höchsten Interesse, dass im Gegensatz zu Meyer, Schlossmann, Haase-Soldin und anderen die zur Prüfung der Impf-

stofffrage eingesetzte Kommission auf Grund ihrer Untersuchungsresultate sowohl den Kausalnexus zwischen Hautbakterien und Impfreaktionserscheinungen, als auch jeden Einfluss der Alkoholabreibungen des Impffeldes auf Ex- und Intensität der Impfreaktionserscheinungen entschieden negirt.

Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass auch die von mir in diesem Aufsatze veröffentlichten Resultate etwas beitragen werden zur Lösung der Frage: soll man das Impffeld desinfiziren?

Impfergebnisse und Impftechnik.

Von Dr. **Paul Schenk**, Arzt in Berlin, pro physikatu approbirt.

Wer die Impfergebnisse analysiren will, muss drei Faktoren in Betracht ziehen: 1) den Impfling, 2) den Impfstoff, 3) die Impftechnik. Ich habe den Eindruck, als würde bei Betrachtung der Impfergebnisse vielfach ausschliesslich die Impftechnik berücksichtigt. Sicherlich gebührt aber bei dem Erfolge der Impfung dem Impfling die Hauptrolle. Der Impfstoff steht in zweiter Reihe, und erst in dritter Linie kommt die Impftechnik in Betracht. Die Reaktion des Organismus auf die Einverleibung des Impfstoffs ist verschieden stark, je nach der Beschaffenheit des Impflings und des Impfstoffs. Die Impftechnik beeinflusst die Reaktion ebenfalls, doch in geringerem Grade.

Die Zahl der Pusteln beträgt bei Erstimpflingen meist 98—100 % der gemachten Impfschnitte, während bei Wiederimpflingen nur 85—95 % Pusteln sich zu bilden pflegen. Dagegen ist die reaktive Röthung in der Umgebung der Pusteln bei Wiederimpflingen im allgemeinen stärker und weiter ausgedehnt als bei Erstimpflingen.

Es erscheint zweckmässig, wie es bei den folgenden statistischen Angaben geschehen ist, nicht drei, sondern vier Grade der reaktiven Röthung (Entzündung) der Umgebung der Pusteln zu unterscheiden und dieselben als a, b, c, d zu bezeichnen; a bedeutet entweder völliges Ausbleiben der Röthung oder Bildung eines blassrothen Randes um die einzelnen Pusteln, welcher 0,5 cm Breite nicht überschreitet. Bei b ist ein breiterer, jedoch höchstens 1 cm breiter rother Saum vorhanden; die entzündliche Röthe um die einzelnen Pusteln kann stellenweise konfluiren, bleibt jedoch im Allgemeinen getrennt. Bei c besteht ein konfluirender Entzündungshof um die vier Pusteln, der den äusseren Rand der Pusteln bisweilen 1,5—2 cm überschreitet. Bei d ist dieser Hof hochroth und besteht eine etwas stärkere Schwellung. In zwei Fällen unter 843 Erstimpflingen kamen ausgedehntere Erytheme vor. Dagegen habe ich Erysipel, Drüsenvereiterung nie beobachtet.

Bemerkt muss übrigens werden, dass bei der Abschätzung des Grades der entzündlichen Reaktion dem subjektiven Ermessen ein gewisser Spielraum bleibt.

Bei 431 genauer beobachteten Erstimpflingen habe ich im

Ganzen 64 Mal die Reaktion a, 176 Mal die Reaktion b, 142 Mal die Reaktion c, 49 Mal die Reaktion d beobachtet. Bezeichnet man a und b, wenn man will, als normale Reaktion, so hätten wir 240 normale, 191 stärkere Reaktionen. Das wären 55,7 bezw. 44,3 %.

Das Alter scheint auf die Stärke der Reaktion weniger Einfluss zu haben als das Geschlecht. Ob die Erstimpflinge $^1/_2$ Jahr oder über ein Jahr alt sind, der Prozentsatz der schwachen oder starken Reaktion bleibt im Wesentlichen der gleiche. Dagegen reagirt die Haut von Knaben durchschnittlich anscheinend kräftiger auf die Impfung als die von Mädchen. Bei 200 Knaben zeigten 20 die Reaktion a, 78 b, 77 c, 25 d; bei 204 Mädchen 35 a, 84 b, 61 c, 24 d.

Die individuell verschiedene Beschaffenheit der Haut beeinflusst ebenfalls die Stärke der Reaktion. Bei schwächlichen Kindern mit trockener, gewissermassen torpider Haut fand ich häufig die Reaktion sehr gering, während bei wohlgenährten Kindern mit entsprechendem Turgor der Haut die Reaktion gewöhnlich eine stärkere ist.

Entwickeln sich in den sieben Tagen, während welcher die Pusteln zu ihrer vollen Ausbildung gelangen, andere fieberhafte Krankheiten, so schwächen diese vielfach die Reaktion oder verhindern überhaupt den Erfolg der Impfung. Das habe ich im Speziellen bei Masern beobachtet.

Entscheidend für den Erfolg der Impfung ist nächst dem Impfling der Impfstoff. Im vergangenen Jahre habe ich an demselben Tage mit geklärter Lymphe 14 Impflinge geimpft und 13 Impflinge mit gewöhnlicher, ungeklärter. Bei der geklärten Lymphe war das Resultat 9 a, 5 b, bei der ungeklärten 9 b, 4 c.

Der gleiche Impfstoff, mit derselben Technik verimpft an verschiedenen Tagen, hat wie bekannt, je nach seinem Alter verschiedene Reaktion zur Folge. Wichtig ist, dass der Impfstoff während des Impftermins vor der Verunreinigung durch Luftkeime und vor zu starkem Verdunsten geschützt wird.

Bei der Impftechnik kommen in Betracht das Impfinstrument, die Beschaffenheit der Impfwunden und die grössere oder geringere Sauberkeit der Haut des Impflings. Es wird vielfach empfohlen, für jeden Impfling ein besonderes steriles Impfmesser (Impffeder) zu benutzen; mit demselben Rechte fast könnte man die Forderung aufstellen, dass für jeden einzelnen der 4 Impfschnitte ein besonderes Instrument gebraucht werden soll. Wer bürgt dafür, dass das Messer nicht schon bei dem ersten Schnitt in die Haut des Impflings infizirt wird?

Ich habe bisher 1754 Impfungen sämmtlich mit einer einzigen Riesel'schen Impflanzette vollzogen; niemals habe ich dabei ein Erysipel, eine Phlegmone oder Drüsenvereiterung beobachtet. Vor jedem Impftermin habe ich diese Impflanzette sterilisirt; nach jeder Impfung habe ich sie mit steriler Watte und 1 % Lysollösung gereinigt. Man sollte erwarten, dass die in jedem Impftermine an erster Stelle geimpften Kinder eine gleichmässig

schwache Reaktion zeigen müssten. Dem ist nicht so. An 19 Impfterminen habe ich mir die Reihenfolge notirt, in der die Kinder geimpft wurden. In diesen 19 Fällen zeigten die an erster Stelle Geimpften 4 Mal die Reaktion a, 8 Mal b, 6 Mal c, 1 Mal d. Zum Vergleiche stelle ich daneben die an 14. Stelle Geimpften. Von den entsprechenden 19 Erstimpflingen war bei 2 die Reaktion a, 7 Mal b, 7 c, 3 d. Die Lymphe befand sich während der Dauer der Impfung unbedeckt in einem Uhrschälchen. Vielleicht hat dieser Umstand beigetragen zu der durchschnittlich etwas stärkeren Reaktion bei den an 14. Stelle Geimpften; denn eine gewisse Verunreinigung der Lymphe während des Impftermins durch Staub, welcher in das Uhrschälchen fällt, halte ich nicht für ausgeschlossen. Vielleicht wird auch, da ein Verdunsten des Glyzerins in gewissem Grade stattfindet, je länger die Impfung dauert, mit um so konsistenterem, konzentrirterem Impfstoff geimpft und dadurch die Reaktion verstärkt.

Ich habe durchaus den Eindruck empfangen, als hätte auf die Reaktion in der Umgebung der Pusteln die Beschaffenheit der Impfwunden mehr Einfluss, als die mehr oder minder vollkommene Sterilität des Impfmessers. Impfwunden, die weniger als 2 cm von einander entfernt, länger als 1 cm sind, veranlassen unzweifelhaft eine stärkere Reaktion, als solche, die diesen Maassen genügen. Bei längerem Impfschnitt ist naturgemäss die Quantität des eingeimpften Impfstoffes eine grössere. Dasselbe ist der Fall, wenn die Impfschnitte tiefer dringen als durch die Hornschicht der Epidermis. Nach meiner Beobachtung wird die Reaktion in ungleich höherem Grade durch die Länge als durch die Tiefe der Schnitte beeinflusst. Bei dem von der Königlichen Impfstofferzeugungsanstalt zu Berlin gelieferten Impfstoff hat es mir zur Erzeugung wohlausgebildeter Pusteln regelmässig genügt, wenn ich die Haut ganz oberflächlich höchstens $^1/_2$ cm lang ritzte und dabei gleichzeitig den Impfstoff in die Haut brachte, d. h. jedes wiederholte Einstreichen unterliess. Von 1616 bei Erstimpflingen in der letzten Impfperiode gemachten Impfschnitten haben dabei 1616 zur Pustelbildung geführt. An einem Impftermin habe ich die Impfschnitte länger angelegt als 0,5 cm und die Entfernung etwas unter 2 cm gehalten: das Resultat war eine stärkere reaktive Röthung; von 23 Impflingen 8 b, 9 c, 6 d, im Vergleich zu dem Normalsatz 3 a, 9 b, 8 c, 3 d. 20 Impfungen, tiefer dringend als gewöhnlich, dabei jedoch in der Länge sämmtlich unter 0,5 cm gehalten, zeigten dagegen das Resultat 7 a, 7 b, 6 c. Uebrigens muss ich gestehen, dass es mir für den Fall, dass man die Haut in gehöriger Spannung halten will, ein klein wenig unbequem war, die Schnitte in 2 cm Entfernung von einander anzulegen. Verschiedene Male fiel die Entfernung kürzer aus.

Jedes wiederholte Einstreichen des Impfstoffes vermehrt sichtbar die Infektionsgefahr, verstärkt die entzündliche Reaktion. Ueberhaupt ist eine gequetschte Beschaffenheit der Impfwunden zu vermeiden. Man soll weder die Impfwunden als Quetschwunden anlegen, indem man die Haut zu wenig spannt,

noch die ursprünglich als glatte Schnittwunden angelegten durch nachträgliches Eindrücken des Impfstoffes in Quetschwunden verwandeln.

Will man die entzündliche Reaktion auf das Mindestmass herabsetzen, so ist möglichste Sauberkeit der Haut der Impflinge Vorbedingung. Es wird von verschiedenen Seiten vorgeschlagen, dass der Arzt die Haut des Impflings vor der Impfung sterilisiren soll; doch ist es selbst bei Erstimpflingen keine leichte Aufgabe, die Haut zu sterilisiren. Bei der Keimfreimachung spielt das mechanische Moment eine grosse, wohl die grösste Rolle. Das von Ahlfeld für die Hebammen vorgeschlagene Verfahren der Hautsterilisation: drei Minuten Reinigung mit heissem Seifenwasser und Bürste, drei Minuten Abreiben mit Flanelllappen, die wiederholt in 96proz. Alkohol getränkt werden, kann bei Erstimpflingen nicht angewendet werden; bei der zarten Haut derselben erscheint dasselbe in dieser Strenge auch nicht nothwendig. Die zarte Epidermis des Oberarmes der Erstimpflinge beherbergt sicher nicht im Entferntesten so viel Bakterien als ein rissiger Hebammenfinger. Eine Minute langes Ueberreiben der Haut mit warmem Seifenwasser, darauf eine Minute langes Waschen mit 96proz. Alkohol dürfte genügen, um die für die Impfung in Betracht kommende Oberarmgegend bei Erstimpflingen steril zu machen. Vielleicht könnten beide Akte in einem vereinigt werden durch den Gebrauch des von Mikulicz empfohlenen offizinellen Seifenspiritus. Im dem zweiten Bericht der zur Prüfung der Impfstofffrage zusammengetretenen Kommission wird ein Einfluss der Hautbakterien auf die lokalen Reaktionserscheinungen überhaupt in Abrede gestellt. Folgerichtig wird in diesem Bericht auch eine Wirkung der Hautdesinfektion mit 96proz. Alkohol auf die Reizerscheinungen geleugnet. Erzeugten die Hautbakterien die Reizerscheinungen, warum entsteht dann bei Fehlimpfungen niemals eine Hautröthung? (Vergl. den Artikel von Freyer in Nr. 11 des Jahrgangs 1898 dieser Zeitschrift.) Freyer hat, wenn er den einen Arm des Kindes mit Alkohol desinfizirte, den andern nicht, die Reaktion auf beiden Armen stets gleich gefunden. Auch nach meiner beschränkten Erfahrung wird die Reaktion durch der Impfung vorhergehende Desinfektion des Armes mit 96proz. Alkohol keineswegs abgeschwächt. Ich habe in einem Impftermin bei den erschienenen 24 Erstimpflingen die Haut mit steriler Watte, die mit 96proz. Alkohol getränkt war, gründlich abgerieben. Eine Abschwächung der Reaktion habe ich dadurch nicht zu erzielen vermocht. Die Reaktionsgrade waren 1 Mal a, 8 Mal b, 9 Mal c, 6 Mal d. Nach dem sonst gewohnten prozentischen Verhältniss hätte ich zum mindesten erwartet: 3 a, 10 b. 8 c. 3 d. Am folgenden Impftermin, am nächsten Tage, habe ich mit derselben Lymphe ohne Alkoholabreibung im Uebrigen mit der gleichen Technik 21 Impflinge geimpft. Das Resultat war 3 a, 7 b, 7 c, 4 d.

Es liegt nahe in den Fällen von starker Röthung der Umgebung der Impfschnitte, welche ausnahmsweise nicht auf die Beschaffenheit des Impfstoffes zurückzuführen sind, an eine nach-

trägliche Infektion der Impfwunden durch die Hemden der Impflinge, oder die Kleider der Mutter, oder durch absichtliches Ueberwischen der Impfstellen zum Zwecke der Entfernung des Impfstoffes zu denken. Die Impfschutzkapseln, der Abschluss der Impfwunden durch einen Verband scheint mehr der Empfehlung werth, als die Desinfektion mit Alkohol und das Impfen eines jeden Imflings mit einem besonderen Impfmesser. Die k. k. Impfgewinnungsanstalt in Wien hatte auf der diesjährigen Ausstellung für Krankenpflege in Berlin kleine Cellulose-Watteblättchen mit Tegminverschluss ausgestellt. Es soll damit jeder Impfschnitt beklebt und so gegen nachträgliche Infektion geschützt werden. Allerdings würde man bei Anwendung des Tegminverschlusses wohl 4 bis 5 Mal so viel Zeit auf jeden Impfschnitt verwenden müssen, als ohne ihn. Zur Zeit sind noch Versuche im Gange über den Einfluss dieser Tegmin-Watteverbände auf die nach der Impfung entstehenden lokalen Reizerscheinungen.

Eine weitere Mittheilung über Impferfolg.

Von Dr. Hahn in Markt Bohrau.

Im Anschluss an die in Nr. 3 und Nr. 12 dieses Jahrgangs der Zeitschrift veröffentlichten Beobachtungen des Kreiswundarztes Dr. Hartisch und des Kreisphysikus Dr. Dietrich kommt Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Wex (in Nr. 14 d. Z.) auf Grund auch seiner Erfahrungen zu dem Schlusse, dass alle Impflinge mit nur einer Impfblatter als ohne Erfolg geimpft anzusehen und im nächsten Jahre nochmals zu impfen sind, dagegen von einer Autorevacciuation oder Nachimpfung in demselben Jahre grundsätzlich abzusehen ist, da Autorevaccination und Nachimpfungen im Nachschautermin in der weitaus grössten Mehrzahl erfolglos bleiben.

Während ich nun dem ersten Theile dieser Folgerungen rückhaltlos beistimme, denn die Erfolglosigkeit der ersten Impfung wird ja bewiesen durch den Mangel der Immunität gegen die zweite, welchen ausser vielfachen älteren Erfahrungen auf's Neue die Beobachtungen der drei genannten Herren zeigen, kann ich mich dem zweiten Theile aus verschiedenen Gründen nicht anschliessen. Einmal verstösst die Durchführung des urgirten Grundsatzes gegen den Wortlaut des §. 20 der Anlage I der Bestimmungen zur Sicherung der gehörigen Durchführung des Impfgeschäfts, da doch offenbar das „sofort“ sich nicht nur auf die Autorevaccination, sondern auch auf die Nachimpfung bezieht. Sodann ist es sicherlich nicht gleichgültig, wenn in Folge der stets erst im nächsten Jahre vorgenommenen zweiten Impfung eine so grosse Menge[1]) von Kindern ein Jahr länger als es nöthig ist

[1]) Die Zahl der Kreise in Preussen beträgt rund 550. Rechnet man auf jeden Kreis 3 Impfärzte und auf jeden Impfarzt pro Geschäftsjahr 4 einblattrig Geimpfte, so ergeben sich für Preussen allein 6600, und für das gesammte deutsche Reich rund 10000 Einblattrige; gewiss keine zu vernachlässigende Zahl.

des Pockenschutzes entbehrt, um so mehr, da, wie schon Dr. Hartisch bemerkte, aus bekannten Gründen uns die Variolainvasion näher gerückt ist. Endlich beweisen die folgenden dem diesjährigen Impfgeschäft entnommenen Beobachtungen, mit denen ich hoffentlich nicht allein stehen werde, dass es ganz gut möglich ist, durch sofortige Nachimpfung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aus Einblattrigen Mehrblattrige zu machen:

Name:	geboren:	geimpft:	revidirt:	Zahl d. Pusteln:
M. S.	3. III. 98	6. V.	13. V.	1
		13. V.	29. V.	1
B. T.	19. XII. 98	6. V.	13. V.	1
		13. V.	20. V.	3
P. G.	24. XI. 98	13. V.	20. V.	1
		20. V.	27. V.	0
M. L.	1. III. 99	20. V.	27. V.	1
		27. V.	3. VI.	1
B. S.	6. III. 99	20. V.	27. V.	1
		27. V.	3. VI.	2
F. H.	2. VII. 98	20. V.	27. V.	1
		27. V.	3. VI.	2
R. K.	3. X. 98	20. V.	27. V.	1
		27. V.	3. VI.	0
A. L.	2. VII. 98	20. V.	27. V.	1
		27. V.	3. VI.	5
P. K.	1. VIII. 98	20. V.	27. V.	1
		27. V.	3. VI.	4

Von 9 Fällen sind also 7 mit positivem Erfolge sofort nachgeimpft, das sind 77,7 %, eine Zahl, die den von Kreisphysikus Dr. Dietrich durch Nachimpfung im nächsten Jahr erzielten Erfolg (40 %) übertrifft, wobei ich noch bemerke, dass es sich in allen meinen Fällen um gut entwickelte Vollpusteln — gar keine Abortivpusteln oder Knötchen — handelt.

Von der Autorevaccination habe auch ich nicht mehr Gebrauch gemacht; sie jetzt noch anzuwenden, liegt eigentlich keine Veranlassung mehr vor; datirt doch ihre Empfehlung in den oben genannten Vorschriften noch aus der Zeit, in welcher die Impfung mit thierischer Lymphe noch nicht durchgeführt war; sie wird daher gewiss bei einer Revision dieser Bestimmungen daraus verschwinden.[1])

Den besseren Erfolg der zweiten Impfung führe ich, da bei einem so kurzen Intervalle von einem Unterschiede der zeitweisen Empfänglichkeit wohl nicht gut die Rede sein kann, auch die Technik dieselbe war, auf die grössere Virulenz der zur zweiten Inokulation benutzten Lymphe zurück. Denn dass unter den von den Anstalten gelieferten, im Ganzen vorzüglichen Lymphportionen jedes Jahr fast eine vorkommt, die fast bei allen Impflingen weniger gut haftet — es sind durchgehends etwas weniger Schnitte erfolgreich als sonst, die Impfpusteln sind allgemein kleiner, zarter, zeigen geringere Reaktionserscheinungen — diese Erfahrung hat gewiss schon jeder Impfarzt gemacht. Führt doch auch z. B. Dr. Meyer (Nr. 18, Jahrg. 1898 d. Z.) die trotz der Desinfektion des Impffeldes in einem Jahr beobachteten stärkeren

[1]) Nach den neuen Vorschriften vom 28. Juni d. J. (s. Beilage Nr. 22 d. Zeitschr.) ist dies in der That auch der Fall.

Reaktionserscheinungen auf grössere Frische (doch wohl gleichbedeutend mit stärkerer Virulenz) der betreffenden Lymphe zurück.

Ein Blick auf die angeführten 9 Fälle zeigt, dass 6 davon am gleichen Tage — mit derselben Emulsionsnummer — geimpft sind, während sich die übrigen 3 auf 2 andere Nummern vertheilen. Auch bei den übrigen Impflingen war in dem oben angedeuteten Sinne der Impferfolg vom 20. Mai im Ganzen ein weniger befriedigender.

Sollten meine Erfolge bei sofortiger Nachimpfung Einblattriger von anderer Seite bestätigt werden, so wäre dadurch bewiesen, dass es möglich ist, in viel günstigerem prozentualem Verhältniss, als bisher angenommen ist, den Einblattrigen durch sofortige Nachimpfung vollen Impfschutz zu verschaffen.

Späte Entwickelung einer Impfpustel.

Von Dr. Petermöller in Oelde, pro physicatu approbirt.

Am 16. Oktober d. J. impfte ich die Geschwister Bertha W., $2^3/_4$ Jahre alt, und Paul W., $1^1/_4$ Jahre alt. Beide kräftig entwickelten Kinder waren Erstimpflinge. Die Impfung wurde nach voraufgegangener Desinfektion meiner Hände und Instrumente auf dem vorher mit Alkohol abgeriebenen rechten Oberarm durch vier Schnitte vollzogen und zwar mit Lymphe, die einige Tage vorher aus dem K. Impfinstitut in Kassel bezogen war. Am 23. Oktober, dem Tage der Nachschau, waren bei der Bertha W. drei Pusteln in normaler Weise entwickelt; bei dem Paul W. waren drei Narben völlig reaktionslos; nur eine zeigte an den Rändern eine ganz geringe Röthung und kaum hervortretende Schwellung. Demgemäss bescheinigte ich die Impfung bei der Bertha W. als mit Erfolg, bei dem Paul W. als ohne Erfolg ausgefallen.

Am 27. Oktober, elf Tage nach der Impfung, sah ich den Paul W. wieder. Er hatte nunmehr eine schön entwickelte Impfpustel auf gerötheter und geschwollener Basis. Ob diese Pustel jener am Tage der Nachschau in ganz geringem Grade gerötheten Narbe entsprach, konnte ich nicht mehr feststellen. Die Wärterin gab mir an, erst am 25. Oktober, also neun Tage nach der Impfung, hätte sie ein deutlich rothes Knötchen bemerkt. Nachdem ich am 28. Oktober die Autorevaccination ausgeführt hatte, stellte ich einen neuen, die Impfung als mit Erfolg ausgefallen bezeichnenden Impfschein aus; desgleichen ergänzte ich den Impfbericht an die Polizeibehörde. Die Autorevaccination blieb ohne Erfolg.

Derartige späte Impfpusteln scheinen nicht gar so selten vorzukommen (vergl. Schmidt-Petersen, 1898, Nr. 18 dieser Zeitschrift). Es ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass sie bei der Oberflächlichkeit mancher Mütter und Wärterinnen nicht zur Beobachtung und ebenso wenig zur Kenntuiss des Impfarztes gelangen, und dass sich auf diese Weise wiederholt erfolglos ausgeführte Impfungen erklären.

Jedenfalls empfiehlt es sich aus wissenschaftlichem, wie aus

praktischem Interesse, dass der Impfarzt im Nachschautermin den Angehörigen solcher Impflinge, bei denen keine oder nur geringe Reaktion der Impfschnitte vorhanden ist, bekannt macht, die Impfstelle noch in den nächsten 8—14 Tagen zu beobachten und ihm beim Auftreten rother Knötchen oder Pusteln den Impfling nochmals vorzustellen. Wird den Leuten dabei zum Bewusstsein gebracht, dass auch die nachherige Feststellung von Impfpusteln das Kind von der Wiederimpfung im nächsten Jahre befreit, so werden sie es sich schon angelegen sein lassen, der Aufforderung des Impfarztes nachzukommen. Ob es sich empfiehlt, die Leute gesetzlich zu derartigen Bekanntmachungen an den Impfarzt zu verpflichten, werden weitere Beobachtungen und Erfahrungen auf diesem Gebiete lehren.

Impetigo contagiosa und Impfung. Kein ursächlicher Zusammenhang.

Von Kreisphysikus Dr. Haase in Soldin.

Im Jahre 1896 wurde das öffentliche Impfgeschäft im Kreise Soldin in der Zeit vom 6. Mai bis 3. Juli erledigt. Während der Impfperiode herrschten vereinzelt Scharlach, Masern und Keuchhusten, in Folge deren einzelne Impflinge aus Häusern, in denen solche Erkrankungen aufgetreten waren, oder weil daran selbst erkrankt, von der Impfung ausgeschlossen werden mussten. Das Impfgeschäft wurde dadurch nicht gestört, auch durch dasselbe eine Weiterverbreitung der angeführten Krankheiten nicht gefördert. Abgesehen von ganz vereinzelten Fällen stärkerer Entzündungen der Haut in der Umgebung der Impfstellen und einigen leichten Lymphgefässentzündungen bei Wiederimpflingen wurden keinerlei Krankheiten oder Todesfälle im Anschluss an die Impfungen beobachtet. Da ging am 22. Juni aus dem Dorfe W., in welchem die Impfung am 2. Juni, die Besichtigung der Impflinge am 9. Juni stattgefunden hatte, an den Impfarzt von dem Gemeindevorstande die Nachricht ein, dass ein Erstimpfling an den „Pocken“ erkrankt sei, wie der behandelnde Arzt in N. konstatirt habe. Der Impfarzt sollte doch herauskommen und das Kind in ärztliche Behandlung nehmen, wozu er verpflichtet sei. Der Herr Kollege gab die Meldungskarte an mich weiter mit dem Bemerken, dass bei diesem Kinde bei der Besichtigung ein normaler Erfolg konstatirt sei. Ich selbst übersandte die beiden Schriftstücke an den Landrath mit dem Antrage umgehender örtlicher Feststellung, welche am 23. Juni stattfand und folgenden Sachverhalt zu Tage förderte.

Das 1 Jahr 2 Monate alte Kind des Arbeiters K. war am 16. Juni, 7 Tage nach der Revision, an einer Ausschlagskrankheit erkrankt. Die Grossmutter desselben ging nach der Nachbarstadt N. und schilderte dem Arzte den Zustand des Kindes, der darauf erklärt haben sollte: die Krankheit kommt von den „Pocken“ (Schutzpockenimpfung). Die alte Frau kehrte nach dem Dorfe W. zurück und berichtete: das Kind habe die Pocken. Die Untersuchung ergab den nachstehenden Befund: 7 Tage nach der Besichtigung war zuerst an Gesicht,

Vorderhals und Oberbrust ein Ausschlag aufgetreten, welcher schliesslich fast den ganzen Körper überzog. Zur Zeit war derselbe weit verbreitet über Gesicht, Oberbrust, Rücken, Hände, Finger und Aussenseite der Beine, an den Armen nur wenig. Er bestand in hunderten, theilweise schlaffen und faltigen, nicht genabelten Blasen von 0,1—5 cm Durchmesser, welche isolirt auf der fast unveränderten, nicht infiltrirten Haut aufgeschossen und unter der abgehobenen feinen Oberhaut mit theils serösem, theils eitrigem Inhalt gefüllt waren. Der Rand der Blasen war theilweise von einem ganz schmalen hellrothen Saum umgeben. Wo die Blasen schon geplatzt waren, war die Haut entweder mit dicken gelblichen Eiterkrusten oder mit neuer Epidermis bedeckt. Nur ein schmaler blassrother Ring (entsprechend dem Rande der Blase) oder ein runder hellrother Fleck (entsprechend dem Grunde der Blase) zeigte im letzteren Falle den Sitz der Erkrankung an. Die peripheren, submentalen und submaxillaren Lymphdrüsen waren mässig geschwollen, die Körpertemperatur normal. Die Impfpocken am rechten Arme, 4 an der Zahl, waren ohne Borken; ihr Grund war schmierig gelblich, die Umgebung zeigte ein gesundes Aussehen und war von der Schulter bis zum Ellbogen frei von Blasenbildung.

Weiter fand ich bei den 7 resp. 3 Jahre alten Geschwistern dieses Erstimpflings K. die gleiche Ausschlagskrankheit. Dieselbe war bei diesen bereits 2 Wochen vor dem Impftermine (2. Juni) aufgetreten, also spätestens Mitte Mai. Der Ausschlag, welcher nicht ganz so grosse Blasen bildete und mehr pustulös war, sass besonders im Gesicht, weniger am Rücken, Gliitäen, Bauch und Beinen. Die einzelnen Blasen hatten einen Durchmesser bis zu 1,5 cm und waren vielfach nach dem Platzen in gelbe, dicke Eiterkrusten verwandelt.

In demselben Hause mit K. wohnte der Schneidermeister W., in dessen Familie seit Mitte Mai 3 Kinder und die Ehefrau an einem eben solchen Ausschlage erkrankt waren, dessen Sitz und Ausbreitung theilweise noch an den hinterbliebenen, hellrothen Flecken erkennbar war. Zumeist war das Gesicht und der behaarte Kopf betroffen gewesen, weniger der Rücken.

An einem gleichen Ausschlage war seit Ende Mai eine 9jährige Nichte des Schneidermeisters W., welche ausserhalb des Dorfes wohnte, erkrankt, desgleichen seit dem 15. oder 16. Juni deren 12jähriger, revacciuirter Bruder.

Bei weiterer Nachforschung erfuhr ich, dass zu allererst von dieser Krankheit ein ½jähriger Sohn des Bauer Kl. sowie dessen 4jähriger Bruder und zwar vor Weihnachten 1895 befallen gewesen waren. Bei dem ersteren hatte sich der Blasenausschlag allmählich über den ganzen Körper verbreitet und den Tod des Kindes am 24. Mai 1896 veranlasst; bei dem letzteren hatte sich die Krankheit über ein Vierteljahr hingezogen und war schliesslich mit Hinterlassung von zur Zeit noch kenntlichen rothen Flecken, namentlich am Knie, geheilt.

Im Ganzen waren also in dem Dorfe 6 Erst- und 6 Wiederimpflinge geimpft worden, von denen je 1 Induvidium von der Krankheit 1 resp. 2 Wochen nach der Besichtigung befallen worden wa . Während bei dem Erstimpfling die Impfpocken ein schlechtes Aussehen darboten, sahen sie bei dem Wiederimpfling ganz normal aus. Viel grösser dagegen war die Zahl der Erkrankten unter den nicht geimpften Personen, indem der Ausschlag bei 8 Kindern und 1 Erwachsenen festgestellt wurde. Von den 8 Kindern waren 5 schulpflichtig. Die Krankheit war hier bereits 5—6 Monate, theils 1—2—3 Wochen vor der Impfung aufgetreten. Am 12. Juli war bis auf 2 Restanten die Krankheit erloschen und Neuerkrankungen nicht vorgekommen.

Dass es sich in den beschriebenen Fällen um die zuerst von Tilbury Fox 1872 in England und von Kaposi 1871 in Deutschland bekannt gemachte Impetigo contagiosa handelt, kann nach der Beschreibung dieser Krankheit, wie sie Lesser (Lehrbuch für Hautkrankheiten, 1896, S. 321) und Eulenburg (Realenzyklopädie, 1887, X. Band, S. 265) liefert, keinem Zweifel unterliegen. Bei

der Isolirung, Zartheit, Grösse und Beschaffenheit der Blasen, der mangelnden Infiltration des Grundes derselben, dem ungestörten Allgemeinbefinden (abgesehen bei dem verstorbenen Kinde), dem Fehlen von Fieber, dem vorzugsweisen Befallensein des Gesichts, Halses und Kopfes, der zweifellosen Uebertragbarkeit der Krankheit ist eine Annahme von Eczema impetiginodes und Pemphigus acutus ausgeschlossen.

Nach den Beobachtungen, welche 1885 auf Rügen und in den Kreisen Schlawe, Kleve und Meseritz, 1886 im Kreise Eiderstedt und 1887 trotz Anwendung von Thierlymphe in 10 verschiedenen preussischen Kreisen über den Zusammenhang zwischen Impetigo contagiosa und Schutzpockenimpfung gemacht worden waren, lag es nahe, auch im vorliegenden Fallean einen solchen Kausalnexus zu denken. Dagegen sprachen jedoch eine Reihe ernste Berücksichtigung heischender Bedenken. Die Lymphe war aus der Berliner Anstalt zur Gewinnung thierischen Impfstoffes sämmtlichen 5 öffentlichen Impfärzten gemeinsam geliefert worden; keiner derselben hat aber während der Impfperiode 1896 die in Rede stehende Krankheit beobachtet und aus keinem Impfbezirke ist eine gehäuft auftretende, durch Blasenbildung gekennzeichnete Krankheit gemeldet worden. Der Impfarzt, welcher in dem Dorfe W. impfte, hat an demselben Tage mit derselben Lymphe noch in mehreren anderen Ortschaften öffentliche Impfungen vorgenommen, ohne dass in diesen eine Ausschlagskrankheit nach der Impfung aufgetreten wäre. Von den geimpften 12 Kindern waren ferner nur 2 erkrankt, ein Erst- und ein Wiederimpfling. Bei dem Erstimpfling, welcher ausgebreitet und schwer erkrankt war, waren die Impfstellen in schmierige Wundflächen verwandelt, offenbar weil die Krankheit bereits 2 Wochen nach der Impfung aufgetreten war, und die Ausbildung resp. Rückbildung der Pusteln noch in das seiner Zeitdauer nach unbekannte Stadium incubationis fiel. Bei dem Wiederimpfling trat der Ausschlag erst 3 Wochen nach der Impfung auf und die Pocken sahen normal aus. Hier hatte die Infektion offenbar erst so spät nach erfolgter Impfung stattgefunden, dass die Aus- und Rückbildung der Pusteln keine Störung mehr erfuhr. Nimmt man mit Fürst (Pathologie der Schutzpockenimpfung, S. 17) an, dass die Heilung der Pocken vom 14. Tage an beendet zu sein pflegt, so würde hiernach der Zeitraum zwischen Infektion und Manifestation der Krankheit auf der Haut nicht länger wie 8 Tage betragen. Die Krankheit verlief ferner bei den Geimpften nicht schwerer wie bei den Ungeimpften, bei welchen ein Todesfall vorkam. Dagegen war dieselbe bei 8 nicht geimpften (darunter 5 schulpflichtigen) Kindern und 1 Erwachsenen bereits 6 Monate resp. 1—3 Wochen vor der Impfung aufgetreten, besonders in den Familien des erst nach der Impfung erkrankten Erst- und Wiederimpflings. Die Uebertragung hatte offenbar von Familie zu Familie, namentlich beim Wohnen in demselben Hause, und dann von einem Familienmitglied auf das andere stattgefunden. Ob der Schule hierbei ein besonderer Einfluss zuzumessen ist, erscheint mir zweifelhaft; dagegen liess die Reinlichkeit der Betroffenen viel zu wünschen

übrig, da es bei allen Ausschlagskrankheiten in hiesiger Gegend ernster Brauch ist, kein Wasser und keine Seife auf die Haut zu bringen.

Ueber die initiale Lokalisation der Krankheit und deren Zusammenhang mit der Impfung schreibt Fürst (a. o. O. S. 73): „Von den sich meist kräftig, ja zuweilen sehr stark entwickelnden oder unregelmässigen Impfpocken ausgehend, die manchmal eine Tendenz zu längerer Eiterung zeigen, bilden sich zunächst auf der umgebenden Haut kleine perivaccinale Bläschen.“ — Bei dem erkrankten Erstimpfling dagegen zeigte die Umgebung der Impfstellen ein gesundes Aussehen und die Haut von der Schulter bis zum Ellbogen war frei von Blasenbildung. Auch dieser Umstand spricht gegen einen Zusammenhang zwischen Impfung und beobachteter Krankheit.

Aehnlich wie aus dem Reg.-Bez. Düsseldorf 1885 (Pistor, Gesundheitswesen, Bd. II., S. 555) berichtet ist, stellte ich weiter fest, dass die Krankheit in der hiesigen Gegend damals verbreiteter herschte, indem in verschiedenen Nachbardörfern schon seit Anfang 1896 eine Ausschlagskrankheit aufgetreten war, welche nach den Angaben der betroffenen Erwachsenen ansteckend war, durch Krustenbildung im Gesicht sich auszeichnete, hellrothe lange sichtbare Flecken hinterliess und für Milchschorf, Gesichtsflechte (Eczema impetiginodes) gehalten wurde. Es ist mir nicht zweifelhaft, dass diese „Flechtenkrankheit“ die Impetigo contagiosa war, welche später auch nach dem Dorfe W. verschleppt wurde und in deren Blüthezeit dann die öffentliche Impfung fiel, durch welche aber eine Weiterverbreitung nicht statt hatte.

Da ferner die Krankheit nach der Impfung weder gehäufter, noch bösartiger auftrat, auch die gerade Geimpften nur vereinzelt befiel, ist unter Würdigung der vorausgeschickten Erwägungen jeder Zusammenhang zwischen derselben und der Impfung auszuscliessen, vielmehr das enge Zusammenleben der Familien in schlecht gelüfteten Räumen und die mangelhafte Sauberkeit, vielleicht auch das Zusammentreffen in der Schule für die Weiterverbreitung des importirten Krankheitsstoffes anzuschuldigen. Derselbe scheint mir weniger flüchtiger, als fixer, an dem Inhalt der Blasen und den Borken haftender Art zu sein. Der Umstand, dass unter 11 Erkrankungsfällen 1 Todesfall vorkam (9,1 %), bestätigt die Ansicht Bahrs (Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1896, S. 252), dass Impetigo contagiosa keineswegs ungefährlich ist; die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf dieselbe erscheint daher kein unbilliges Verlangen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die IV. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Köln vom 8. Juni 1899.

Es waren erschienen 16 Medizinalbeamte des Regierungsbezirks. Ferner beehrten die Versammlung durch ihre Anwesenheit Ober-Reg.-Rath Fink, Reg.- u. Geh. Med.-Rath a. D. Dr. Schwartz und die pro physicatu geprüften Aerzte Dr. Bliesener und Dr. Krautwig.

1. Kreiswundarzt San.-Rath Dr. Brockhaus-Godesberg referirte „**über die Ergebnisse und Erfahrungen des Handels mit Drogen, Giften u. s. w. ausserhalb der Apotheken**'. Er besprach zunächst die verschiedenen in Betracht kommenden Verordnungen und theilte seine bei den Revisionen gemachten Erfahrungen aus dem Kreise Bonn mit. Es sind im grossen Ganzen dieselben, wie sie auch anderwärts gemacht worden sind: Unkenntniss der gesetzlichen Bestimmungen seitens der Geschäftsinhaber, nicht selten Unfähigkeit, die Bestimmungen zu verstehen und richtig auszuführen, oft sehr grosse Unordnung und Unsauberkeit, sowie schlechte Beschaffenheit der Drogen, besonders auf dem Lande und in kleinen Geschäften.

Referent wies auf die verschiedenen Deutungen hin, welche der Begriff „Heilmittel" bei Gericht findet. Ob der Begriff „Heilmittel" enger oder weiter gefasst wird, ob darunter nur Mittel zur Heilung bestehender Krankheiten verstanden werden können, ist an sich gleichgültig; entscheidend ist, unter welcher Bezeichnung und zu welchem Zwecke die Zubereitungen des Verzeichnisses A feilgehalten und verkauft werden. Dies beweisen z. B. die vielfachen richterlichen Entscheidungen über den bekannten Alpenkräuterthee (Weber), der vom ärztlichen Standpunkt wegen seiner Zusammensetzung von lediglich zu Heilzwecken benutzten Drogen unbedingt als ein Heilmittel angesehen werden muss. Da er aber auf der Umhüllung als „Genussmittel" bezeichnet ist, ist er nach den meisten richterlichen Erkenntnissen dem freien Verkehr zu überlassen. In Elsass-Lothringen ist vom Oberlandesgericht Kolmar ein Gärtner wegen des Verkaufs von Alpenkräuterthee bestraft worden, während ein Hausirer durch den Kaiserlichen Rath einen Wandergewerbeschein zum Verkauf des Thees erhielt. Dass bei dieser Sachlage Sinn und Zweck des §. 1 der Kaiserlichen Verordnung vereitelt wird, liegt auf der Hand.

Der Absatz des §. 1 wird, was die künstlichen Mineralwässer betrifft, verschieden ausgelegt. Die Drogisten behaupten, dass Bromwasser, kohlensaures Lithionwasser, pyrophosphorsaures Eisenwasser u. dergl. dem freien Verkehr überlassen sind, weil sie zwar in ihrer Zusammensetzung natürlichen Mineralwässern nicht entsprechen, aber auch zugleich kein Antimon, Arsen u. s. w. enthalten; nur wenn beide Bedingungen erfüllt, seien die betreffenden künstlichen Mineralwässer den Bestimmungen des §. 1 unterworfen, also nicht freigegeben (Zschiesing, Gesetzsammlung für Drogisten, S. 15). Wäre diese Auffassung richtig, so könnten alle möglichen „flüssigen Gemische" als künstliche Mineralwässer bezeichnet werden und wären dieselben dann, sofern sie nur kein Antimon etc. enthalten, freigegeben. Dies widerspricht aber direkt dem Abschnitt 5 des Verzeichnisses A, der „flüssige Mischungen" den Apotheken vorbehält.

Zu §. 2 bemerkte Referent, dass eine öftere, wenn möglich jährliche Revision des Verzeichnisses B sehr wünschenswerth sei bei der grossen Menge täglich neu auftauchender Mittel, die zu Heilzwecken angepriesen werden. Es ist vom ärztlichen Standpunkt aus sehr zu bedauern, dass Mittel, wie Salophen, Trional, Lactophenin, Ichthyol etc., da sie nicht in dem Verzeichniss B enthalten sind, ausserhalb der Apotheken abgegeben werden können.

Was den Gifthandel betrifft (§. 3), so ist Referent der Ansicht, dass es den Grosshändlern untersagt sein müsste, die dem freien Verkehr entzogenen Zubereitungen des Verzeichnissss A sowie die Drogen und chemischen Präparate des Verzeichnisses B an Kleinhändler abzugeben; eine Bestrafung dieser letzteren wegen Uebertretung der §§. 1 und 2 würde dann seltener nöthig werden. Es ist dem Referenten mehrfach vorgekommen, dass Spezerei- etc. Händler auf dem Lande z. B. gemischte Thees verkauften, ohne zu wissen, dass sie damit das Gesetz übertraten; sie wurden bestraft, während der Grosshändler, dem die gesetzlichen Bestimmungen bekannt waren, straffrei blieb.

Bei der Besprechung der Polizeiverordnung über den Handel mit Giften vom 24. August 1895 bedauerte Referent, dass es nicht möglich ist, bei Ertheilung einer Konzession zum Giftverkauf die Bedürfnissfrage aufzuwerfen. Es ist ein Unding, dass in kleinen Dörfern 3 und mehr Spezerei- etc. Handlungen Gifte führen, wenn es sich auch meist nur um einige wenige giftige Farben handelt. Bei der Ertheilung der Konzession sollte ausserdem nicht allein die Zuverlässigkeit des Nachsuchenden im Allgemeinen berücksichtigt, sondern auch darauf gesehen werden, ob derselbe die gesetzlichen Bestimmungen kennt und die Fähigkeit besitzt, dieselben zu verstehen und richtig auszuführen.

Was die Vorschriften über die Besichtigung der Drogen- und ähnlicher Handlungen vom 1. Februar 1994 betrifft, so ist Referent der Ansicht, dass die Besichtigung aller revisionspflichtigen Geschäfte prinzipiell durch den Kreisphysikus ausgeführt werden sollte; die Zuziehung eines Apothekers hält er nur bei den grossen Drogengeschäften in den Städten für erforlich. Abgesehen davon, dass es für die Ortspolizeibehörden nicht immer leicht ist, einen Apotheker zu finden, der den Anforderungen des §. 1 genügt, wird es den Geschäftsinhabern angenehmer sein, von einem Arzt mit Beamtenqualität besichtigt zu werden, als von einem Apotheker, in dem sie immer den Vertreter eines ihnen feindlichen Standes erblicken. Die nöthigen Kenntnisse der Drogen, ein Urtheil über ihre Güte und Echtheit wird sich der Physikus bald verschaffen können, da es sich in der Mehrzahl der Fälle nur um eine ganz beschränkte Anzahl von Drogen handelt. Des Weiteren betont Referent den Vortheil, den die Zuziehung eines Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft zu den Besichtigungen hat mit Rücksicht auf eine etwa nöthig werdende Haussuchung bezw. eine Beschlagnahme von Gegenständen. Eine Beschlagnahme kann erfolgen nach §. 94 der Str.-P.-O., wenn die beschlagnamten Gegenstände für die Untersuchung von Bedeutung sein können. Eine Einziehung von Gegenständen ist dagegen nach §. 40 des Str.-G.-B. nur zulässig, wenn es sich um ein Vergehen handelt, nicht aber bei Uebertretungen; als solche sind nach §. 1 des Str.-G.-B. die Verstösse gegen die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 oder gegen die Polizeiverordnungen betr. den Handel mit Giften aufzufassen, da sie nach §. 367, Ziff. 3 des Str.-G.-B. nur mit Geldstrafe bis 150 M. oder entsprechender Haft bestraft werden.

Zum Schluss erwähnte Referent die neueste Form der Kurpfuscherei, die Drogenschränke, wie sie von der Firma Wasmuth & Co. in Hamburg, Pralle & Rehse in Hameln und Baum & Co. in Trier geliefert werden. Was den Apothekern verboten ist — auf den Umhüllungen der Mittel die Krankheiten, gegen welche sie wirksam sind, anzugeben — ist dagegen den Drogisten erlaubt.

An das Referat schloss sich eine lebhafte Diskussion.

Kr.-Phys. Dr. Hillebrand-Bergheim berichtete sodann über einen **Fall von Uebertragung des Schweinerothlaufs auf den Menschen.** Derselbe ist in Nr. 16 dieser Zeitschrift, S. 544 veröffentlicht.

Reg.- u. Med.-Rath Dr. Telke-Köln erörterte hierauf meist im Anschluss an neuere Verfügungen etc. verschiedene das Medizinalwesen betreffende Fragen.

Zunächst eine Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten von Koblenz über die **unvermuthete Revision der Hebammen.** Bei der Frage, ob es wünschenswerth ist, auch hier eine derartige Verfügung zu erlassen, scheinen ihm viele Momente für eine derartige Massregel zu sprechen, jedoch hat er Bedenken an der praktischen Ausführung, besonders weil man die Hebammen meist nicht zu Hause antreffen wird. Kr.-Phys. Geh. San.-Rath Dr. Moers-Mühlheim a. Rh. spricht sich sehr dafür aus, die Hebammen auch am Orte ihrer Thätigkeit aufzusuchen, um sich davon zu überzeugen, ob sie reinlich gekleidet sind, wie sie die Desinfektion handhaben, wie die Utensilien beschaffen sind etc. Kr.-Phys. Dr. Wirsch-Rheinbach äussert dagegen Bedenken. Es scheint ihm nicht ganz erlaubt, dass sich der Medizinalbeamte in die Familien eindrängt, um die Hebammen bei ihrer Thätigkeit zu kontroliren. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Telke und Ober-Reg.-Rath Fink sprechen sich schliesslich sehr dafür aus, besonders die unzuverlässigen Hebammen in dieser Weise, natürlich mit Innehaltung des nöthigen Taktes, zu kontroliren.

Sodann warf der Vorsitzende die Frage auf, ob es wünschenswerth erscheint, eine **Taxe für die Thätigkeit der Hebammen** für den ganzen Regierungsbezirk festzusetzen. Auf Antrag des Kr.-Phys. San.-Rath Dr. Schlecht-Euskirchen, welcher auf die zum Theil erbärmliche Bezahlung der Hebammen hinweist, wird beschlossen, dieses wichtige Thema in der nächsten Versammlung besonders zu behandeln.

Sodann besprach der Vorsitzende die Frage, ob Angesichts des Umstandes, dass die **Berichte der Armenärzte** ausserordentlich dürftig ausfallen, **Schemata** für diese Berichte eingeführt werden sollen. Die meisten Physiker haben die Erfahrung gemacht, dass in den meisten Berichten meist so gut wie nichts steht; sie sind daher sehr für Einführung eines Schemas.

Bei der darauf folgenden Besprechung des statistischen Materials der

Mortalitätstabellen weist Geh. San.-Rath Dr. Moers darauf hin, dass es ein grosser Mangel sei, dass die Tabelle nicht eine besondere Rubrik für das 1.—2. Lebensjahr enthalte, welches Lebensjahr in Beziehung auf die Mortalität ganz besonders wichtig erscheine.

Endlich regte der Vorsitzende eine Besprechung des Themas **Konstatirung der Masern** an. Er wies hin auf die Gefährlichkeit mancher Masernepidemien, die mit dieser Krankheit verbundenen Komplikationen, Nachkrankheiten etc. und glaubte, dass man durch frühzeitige Konstatirung und unter Umständen auch durch rechtzeitige Schliessung der Schule mit Erfolg gegen die Weiterverbreitung der Epidemie angehen könne, wie er es häufig in seinem früheren Amtsbezirk erfahren habe. Wichtig sei dies besonders bei Bekämpfung bösartiger Epidemien, wie solche mit relativ hoher Sterblichkeit z. B. in den Jahren 1895 bis 1897 im diesseitigen Bezirke beobachtet sind.

Geh. San.-Rath Dr. Moers und Med.-Rath Prof. Dr. Ungar-Bonn sind weniger geneigt, die Schliessung der Schule zu veranlassen, da sie sich keinen grossen Erfolg davon versprechen, weil man zumeist von dem Auftreten der Masern zu spät Kenntniss erhalte. Sie geben dem Zusammensein der Kinder weniger die Schuld an der Weiterverbreitung der Krankheit und weisen auf den grossen Widerstand hin, den man von Seiten der Schulbehörde in dieser Beziehung findet. In der weiteren Diskussion über dieses Thema wird auf die Nothwendigkeit hingewiesen, von dem jeweiligen Charakter der Masernepidemie die sanitätspolizeilichen Massregeln abhängig zu machen und nicht von vornherein die Flinte in's Korn zu werfen.

Dr. Longard-Köln.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Der Tod durch Ertrinken in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Von Dr. Hermann Schmidt-Dalldorf. Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei; 50. Jahrgang, 1899, Heft I und II,

1. Die Todesursache beim typischen Ertrinken ist Kohlensäurevergiftung.

2. Die Zeichen, auf welche sich die Diagnose gründet, finden sich vornehmlich an dem Respirations-, dem Verdauungs-Traktus, der Paukenhöhle, dem Blute.

2. Die Ertränkungsflüssigkeit dringt in die Lungen ein, und zwar am meisten in diejenigen Parthien, welche der Lungenwurzel am nächsten liegen (Oberlappen?). Die Lungen erfahren hierdurch eine Vergrösserung ihres Volumens und eine Gewichtszunahme (Ballonirtsein). Der Grad der Durchtränkung ist abhängig von der jeweiligen anatomischen Beschaffenheit des Gewebes.

4. Von hoher diagnostischer Bedeutung ist der Nachweis der Ertränkungsflüssigkeit im Magen und Darm.

5. Von untergeordnetem Werth ist die Wreden-Wendt'sche Ohrenprobe wegen ihrer praktisch schwierigen Ausführbarkeit, und weil die Annahme, dass durch die eindringende Flüssigkeit eine Verdrängung des embryonalen Schleimgewebes der Paukenhöhle bewirkt werde, sich als irrig erwiesen hat.

6. Beim mangelnden Nachweis von Ertränkungsflüssigkeit in den genannten Organen kann für die Art des Todes das Auffinden spez. Stoffe im Halse beweisend sein.

Der Nachweis spez. Flüssigkeiten in den inneren Organen spricht nicht für Ertrinken im kriminellen Sinne in denjenigen Fällen, wo sterbend und unter verdächtigen Umständen — z. B. im Kloset — zur Welt gekommene Neugeborene durch vorrespiratorische Athem- und Schlingbewegungen Geburtsflüssigkeit in sich aufgenommen haben.

7. Als ein weniger beständiger diagnostischer Befund ist das Verhalten des Blutes — Nichtgerinnbarkeit, sowie Verdünnung — zu betrachten.

8. Die Bedeutung der unter 3, 4, 5 und 6 aufgeführten Merkmale wird durch die Thatsache eingeschränkt, dass Flüssigkeit, welche mit spez. Stoffen durchsetzt ist, auch spontan in Luftröhre, Magen und Paukenhöhle eindringen kann, besonders dann, wenn durch vorgeschrittene Fäulniss die Wegsamkeit der genannten Organe hergestellt ist.

9. Im Laufe der Zeit entwickeln sich an den Leichen Ertrunkener Veränderungen, welche bedingt sind durch das Verweilen in der Flüssigkeit und den Fortschritt der Leichenfäulniss. Von Einfluss hierauf sind die Beschaffenheit der betr. Flüssigkeit, Witterungsverhältnisse, zufällige Verletzungen, Verharren der Leiche unter dem Wasserspiegel bezw. Wiederauftauchen derselben.

10. Diese Veränderungen gewähren oft werthvolle Anhaltspunkte für die Feststellung der seit dem Tode verstrichenen Zeit (besonders bei Neugeborenen zur Ermittelung des Tages der Geburt und zur Rekognoszirung der Mutter); wichtig ist ihre Unterscheidung von vitalen Verletzungen für die Frage, ob eigene oder fremde Schuld.

11. In denjenigen Fällen, wo Verletzungen und dergleichen einen Hinweis, ob eigene oder fremde Schuld vorliegt, nicht gestatten, können gewisse allgemeine Gesichtspunkte von Bedeutung sein: z. B. das Alter des Ertrunkenen (Wahrscheinlichkeit des Mordes bei Neugeborenen, des Verunglückens im späteren Kindesalter, des Selbstmordes bezw. Verunglückens bei Erwachsenen), ferner Individualität der Person (Geistesstörung, Vermögenslage u. s. w.), endlich lokale Umstände (Ertrinken in Senkgruben und dergleichen).

12. Wichtige Indizien sind Verletzungen, welche sich an Leichen finden und als vitale feststellen lassen. Zu unterscheiden sind zufällige, während des Ertrinkens entstandene — Sturz aus der Höhe auf feste Gegenstände u. s. w. — und vorsätzliche. Beide können durch eigenes oder fremdes Verschulden zu Stande gekommen sein. Ob Zufall, Mord oder Selbstmord vorliegt, ist nur aus der Individualität des Falles zu entscheiden.

13. Vorsätzlich beigebrachte Verletzungen weisen auf Mord oder Selbstmord hin. Gewisse Prädilektionssitze (Pulsadern, Schläfengegend) gewähren Anhaltspunkte für die Annahme des Selbstmordes. Im Allgemeinen spricht die Kombination einer vitalen Verletzung mit Ertrinken mehr für Selbstmord.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber Thymustod. Von Dr. Wladimir Sieradzki. Privatdozent an der Universität Lemberg (früher Krakau). Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. u. Sanitätspolizei. 50. Jahrgang, 1899, Heft IV.

Unter den plötzlichen Todesfällen, welche bei sonst vollkommen gesunden Individuen ohne jede Veranlassung oder unter so geringfügigen Umständen eintreten, dass man dieselben unmöglich als Ursache des Absterbens auffassen kann, wurden von jeher solche beobachtet, in denen als einzig wahrnehmbare anatomische Veränderung die vergrösserte bzw. im späteren Lebensalter über die Norm bestehende Thymus sich vorfand, welche man alsdann in einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Tode brachte. Die meisten Beobachtungen betreffen Kinder in den ersten Lebensjahren, manche jedoch kommen auch bei älteren Kindern, selbst bei Erwachsenen vor. Nach den Anschauungen der älteren Autoren sollte die Bedeutung einer Thymus in dem Drucke liegen, den sie auf die Trachea oder die Gefässe ausübt. Dieser Ansicht ist zuerst Friedleben, später Paltauf u. A. entgegen getreten, welche behaupteten, dass weder eine normale, noch eine vergrösserte Thymus im Stande sei, einen Druck auf die benachbarten Organe auszuüben; bei einem gegenseitigen Drucke der Thymus, Trachea und Gefässe müsste die Drüse an der betreffenden Stelle einer Atrophie unterliegen. Thatsächlich sind aber Fälle zur Sektion gekommen, in denen die Folgen des Druckes sich anatomisch nachweisen liessen, und zwar sass die komprimirte Stelle am häufigsten an der Kreuzung der Trachea mit der Art. anonyma. Dass die Zahl solcher sicher beobachteten Fälle bisher nur eine sehr beschränkte ist, führt S. auf die Art der Obduktion zurück. Eine solche Untersuchung soll nach S. nie vorgenommen werden, bei denen der Hals abpräparirt und der Mundhöhlenboden herausgeschnitten worden ist, da die Verkrümmung der Wirbelsäule, die sich dann erzeugen lässt, in keinem Verhältnisse zu der während des Lebens möglichen stehe. Um bei der Sektion die Konpression der Trachea durch die Thymus zu konstatiren, müsse man vor der Entfernung des Brustblattes und vor dem Abpräpariren des Mundhöhlenbodens untersuchen, indem man die blossgelegte Trachea oberhalb des Sternums quer durchschneidet und mittelst entsprechender Beleuchtung ihr Lumen bis zur Bifurkation genau betrachtet. Die vergrösserte Thymus kann aber nicht blos auf die Trachea drücken, sondern auch eine Konpression der Gefässe, insbesondere

der Venen oder der Nerven herbeiführen, wodurch es einerseits zu Kreislaufstörungen im Gehirn, andererseits zu Konvulsionen und Glottiskrampf oder direkt zu Lähmungen der Nervenzentren und des Herzens kommt. — In einer weiteren Reihe von Fällen wird aber nicht nur jede Spur eines Druckes von Seiten der Drüse vermisst, sondern eine solche kann auch nicht einmal vermuthet werden; so bei plötzlichen Todesfällen älterer Kinder und Erwachsener mit Thymus persistens, wo man mit Rücksicht auf Starrheit der Trachea etc. jede Konpression von vornherein ausschliessen kann. In einer bestimmten Anzahl derartiger Fälle werden alsdann im Organismus noch Veränderungen gefunden, welche in Hypertrophie der Lymphdrüsen, Tonsillen, Milztumor neben Hypoplasie des ganzen Gefässsystems bestehen und die Paltauf als Status thymicus bezeichnet. Hier soll die Ursache des plötzlichen Todes durch die verminderte Widerstandsfähigkeit der betreffenden Individuen äusseren Einflüssen gegenüber erklärt werden. — Ausser diesen zwei Gruppen giebt es endlich noch zahlreiche plötzliche Todesfälle, in welchen ausser einer vergrösserten oder persistirenden Thymus keine pathologischen Veränderungen in anderen Organen gefunden, ein Druck der Drüse auf die Nachbarschaft nicht vermuthet werden kann und von einem Status thymicus Nichts bemerkt wird. Ist auch dann, fragt S., die Todesursache in der Drüse zu suchen, und bildet die hypertrophische Thymus an und für sich schon eine selbstständige und noch dazu eine so gefährliche Krankheit? Antwort auf diese Frage könnten wir nur in der genauen Kenntniss der Physiologie und Pathologie der Thymus finden, die aber noch so wenig durchforscht sind, dass wir ihre Bedeutung in solchen plötzlichen Todesfällen nicht verwerthen können. Um unsichere Hypothesen, wie Hyperthymisation des des Blutes, reflektorisch durch Reizung der Nerven hervorgebrachte Störungen u. s. w. zu vermeiden, bleibt nach S. nichts übrig, als solche Todesfälle zu den ganz unaufgeklärten zu zählen.

Die Hypertrophie der Thymus ist für den Gerichtsarzt von nicht geringer Bedeutung, da das Sektionsergebniss, wie bei mors thymica der Art ist, dass es leicht zu der Vermuthung verleiten kann, der Tod sei in Folge einer strafbaren Handlung eingetreten. Besonders kommt hier in Betracht die Art der gewaltsamen Erstickung, welche keine Spur der angethanenen Gewalt zurücklässt, wie bei einem Kinde durch Verdecken von Mund und Nase mit einem weichen Gegenstande. In anderen Fällen können die den Tod begleitenden Umstände, z. B. bei Erwachsenen eine Rauferei, die Erkenntniss des wahren Sachverhalts erschweren, zumal wenn die Spuren derselben sich nur als geringfügige Verletzungen darstellen. Jedenfalls muss man in zweifelhaften Fällen darauf Bedacht sein, das der Tod mit der vergrösserten bezw. erhaltenen Thymus im Zusammenhang stehen kann. Anderer seits warnt aber S. vor dem Missbrauche der Diagnose „mors thymica“ und will dieselbe auf die Fälle beschränkt wissen, in welchen die Konpression anatomisch festgestellt oder Status thymicus vorhanden ist. Namentlich bei Kindern muss jede andere natürliche Todesursache sicher ausgeschlossen werden können.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur klinischen und forensischen Bedeutung gewisser paranoischer Zustände. Von Privatdozent Dr. Bonhoefer in Breslau. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie; August 1899.

Der von B. mitgetheilte Fall ist insofern von Interesse, als er einige noch nicht mit voller Uebereinstimmung beantwortete Fragen der gerichtlichen Psychiatrie berührt; so z. B., ob paranoische Wahnvorstellungen unter allen Umständen ein Exkulpationsgrund im Sinne des §. 51 des Strafgesetzbuchs bilden; ob stets dem Richter das Recht zuerkannt werden soll, den Nachweis zu verlangen, dass die Wahnvorstellung wirklich auch bei der psychologischen Entstehung der speziell unter Anklage stehenden Handlung eine Rolle gespielt habe; ob endlich beim Vorhandensein von paranoischen Wahnideen ohne Weiteres das Vorhandensein einer Erkrankung des ganzen Geisteslebens und damit eine die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit ausschliessende Geistesbeschaffenheit angenommen werden soll. Der Kranke (Gewohnheitsdieb) verfiel in Folge von minderwerthiger Gehirnorganisation frühzeitig dem Diebstahl und war vor Ausbruch der Psychose als unzurechnungsfähig anzusehen. Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne lag nicht vor, dagegen zeigte er die Erscheinungen

der Degeneration. Auf Basis dieser degenerativen Veranlagung trat in der Strafanstalt subakute paranoische Erkrankung ein (Beeinträchtigungs- und Grössenwahn). Diese Psychose heilte aber mit Hinterlassung residuärer Wahnideen paranoischen Inhalts und liegt nun bereits 10 Jahre zurück; schon Jahre lang waren aktive psychotische Erscheinungen nicht vorhanden. Seinen Wahnideen fehlte das wesentliche Moment der chronischen progressiven Paranoia, nämlich die assoziative Kraft und das Bedürfniss, den vorhandenen Wahn zu verarbeiten und umzuformen. Es bestand sogar eine partielle Krankheitseinsicht für einen Theil der alten residualen Wahnideen. Nur die Wahnideen, die mit gewissen populären Vorurtheilen Verwandschaft hatten und die dem Inhalt des sonstigen Gedankenganges seines Individuums nahe standen, konnten von ihm nicht kritisirt und korrigirt werden. Demnach giebt es residuäre Wahnvorstellungen, die ihre Existenz nicht wie bei der chronischen progressiven Paranoia dem fortschreitenden krankhaften Prozesse der Wahnbildung verdanken, sondern gewissen psysiologisch vorkommenden und in dem Geistesleben gewisser Gesellschaftsschichten besonders verbreiteten Anschauungen und Vorurtheilen. Diese Residualwahnvorstellungen sind nur dort anzunehmen, wo nach dem Ablauf akuter Erscheinungen längere Zeit hindurch alle übrigen Erscheinungen der chronischen systematischen Wahnbildung (so der Beziehungswahn der Paranoia) fehlen und die mangelnde Korrektur der Wahnreste nur durch deren speziellen Inhalt und die Naturanlage des Individuums erklärt wird. Im vorliegenden Falle lagen die residuären Wahnideen völlig im Bereich der gewöhnlichen Gedankengänge, wie sie das Individuum auch vor Ausbruch der akuten Psychose hatte. Diesen Wahnvorstellungen wohnt nach der Auffassung von B. jetzt eine die Zurechnungsfähigkeit ausschliessende Bedeutung nicht mehr bei; sie sind wie Vorurtheile aufzufassen. Sicher waren sie aber von anderer Bedeutung und anders zu würdigen vor 10 Jahren zur Zeit ihrer akuten Entstehung und zur Zeit der Psychose. Damals war für alle kriminellen Handlungen des Individuums (auch für Diebstähle) die aktive Wahnbildung zu berücksichtigen und ein Vorliegen einer Geisteskrankheit im Sinne des §. 51 anzunehmen. Dass die Zurechnungsfähigkeit die Strafvollzugsfähigkeit nicht ohne Weiteres in sich schliesst, ist wiederholt betont. Auch in dem berichteten Falle ist die Strafvollstreckung auf das ärztliche Gutachten hin ausgesetzt und die Ueberführung in eine Irrenanstalt veranlasst worden.

Dr. Kalischer-Schlachtensee b. Berlin.

Ueber den „Automatisme ambulatoire" (Fugues, Dromomanie). Von Dr. L. E. Bregmann in Warschau. Neurologisches Zentralbl.; 1899, Nr. 17.

Der mitgetheilte Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, dessen Krankheitsbild zu dem Délire ambulatoire gehört. Es handelt sich um Fälle, in denen Kranke plötzlich ohne sichtbare Veranlassung ihre Beschäftigung aufgeben, scheinbar ganz zwecklos in die Welt wandern, ohne durch ihr Gebahren die Aufmerksamkeit von irgend Jemand anf sich zu lenken, und erst nach einer mehr oder minder langen Zeit, nicht selten weit von ihrem Wohnorte zu ihrem Normalzustande zurückkehren. Die Erinnerung an das während der Wanderung Erlebte bleibt bald erhalten, bald fehlt sie oder ist lückenhaft vorhanden. Von Charcot wurden derartige automatische Handlungen als larvirte Epilepsie angesehen, obwohl typische epileptische Anfälle bei diesen Kranken oft fehlen. Andere rechneten diese Zustände zu den hysterischen, so Raymond etc. Häufig handelt es sich um degenerirte, neuropathische Individuen ohne Erscheinungen der Hysterie oder Epilepsie. Mitunter sind psychische Aufregungen der Anlass zu diesen Wanderungen oder irgend andere unzureichende Motive, die unbewusst wirken. Andere werden von einem unbestimmten Drang getrieben. Régis schuf für diese Zustände den Namen „Dromomania", indem er sie der Kleptomanie und Dipsomanie gleichstellt. Stets handelt es sich um hereditär schwer belastete Individuen, bei denen die geringfügigste Ursache zur Auslösung dieses Wandertriebes führen kann.

Dr. S. Kalischer-Schlachtensee b. Berlin.

Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen. Referat, erstattet in der Jahresversammlung Deutscher Irrenärzte zu Halle am 21. April 1899. Von Prof. Dr. Wollenberg. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 1899, 56. Bd., 4. H.

Aus W.'s eingehendem Vortrage sei hier das Bemerkenswertheste kurz zusammengefasst: Das Str.-G.-B. verlangt im §. 51 nicht nur den Nachweis einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit, sondern auch einer gewissen Erheblichkeit derselben. Die krankhaften Faktoren müssen derart sein, dass sie für die Willensäusserung des Individuums von Bedeutung werden. Es stehen sich demnach die Zurechnungsfähigkeit und die Zurechnungsunfähigkeit scharf gegenüber. Diese Gegenüberstellung entspricht jedoch nicht der wissenschaftlichen Erfahrung, die vielfache Zwischenglieder zwischen ausgesprochener Geistesstörung und geistiger Gesundheit anerkennt und für dieses breite Grenzgebiet auch in foro eine besondere Berücksichtigung fordern muss. Hierher gehören in erster Linie die zahlreichen Fälle psychischer Anomalien wie sie erblich Belastete bieten und die sich in Exzentrizitäten, Neigung zur Hypochondrie u. s. w. äussern. Vielfach finden sich auch moralische Defekte, deren pathologische Bedeutung jedoch nur im Verein mit anderen Zeichen der degenerativen Anlage anzuerkennen ist. Eine eigentliche Moral insanity giebt es nicht. Alle diese Momente sind nur geeignet, die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit zu vermindern. Das Gleiche gilt für eine grosse Zahl sexuell Perverser, deren auffallende Handlungen an sich noch nicht den Beweis für ihren krankhaften Geisteszustand abgeben. Die Anschauungen der Autoren gehen in der Beurtheilung derartiger Zustände noch weit auseinander. Bei den Zwangszuständen, die eine überaus häufige und meist wenig bedeutsame Störung darstellen, muss die Unzurechnungsfähigkeit des Individuums angenommen werden, wenn die Zwangsvorstellung in direkter Beziehung zur strafbaren Handlung steht oder das geistige Leben in stärkerem Masse beeinflusst. Am meisten Schwierigkeit macht in vielen Fällen die Beurtheilung des Schwachsinns mässigen Grades. Für diesen stellt W. den wichtigen Grundsatz auf, dass der Begutachter nicht so sehr das theoretische Wissen, als die praktische, selbstständige Leistungsfähigkeit des Individuums berücksichtigen soll: ist letztere noch in bescheidenem Masse vorhanden, so ist die Zurechnungsfähigkeit nicht in Frage gestellt. Andererseits ist sie ausgeschlossen in den nicht seltenen Fällen, in denen Sprösslinge besserer Familien sich zwar gewisses Gedächtnissmaterial angeeignet haben, sofort jedoch versagen und moralisch entgleisen, wenn sie auf eigene Füsse gestellt werden. Nicht immer ist es leicht zu entscheiden, — besonders bei Schwachsinnigen der niederen Klassen, — was auf Rechnung der endogenen Anlage, was auf die der Verwahrlosung zu setzen ist. — Bei der Begutachtung der Epileptiker besteht die wesentlichste Schwierigkeit in der Diagnose der Krankheit. Für die eigentlichen epileptischen Dämmerzustände kann die Zurechnungsfähigkeit nicht in Frage kommen; aber auch der „habituelle — stets abnorme — psychische Zustand des Epileptischen empfiehlt ihn einer milderen Beurtheilung in foro." Dieser Satz gilt nicht ohne Weiteres für Hysterische, deren leichtere, vorzüglich körperliche Krankheitserscheinungen an sich noch kein strafmilderndes Moment bilden. Im Uebrigen fällt bei dem vielseitigen Bilde der Hysterie die Beurtheilung je nach dem Grade der vorhandenen Störung verschieden aus, wie vor Kurzem Fürstner bereits betonte (konf. Referat dieser Zeitschr.; 1899, 9. H.). W. bespricht am Schluss seiner Ausführungen die Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit, die in erster Linie die Zulassung mildernder Umstände für alle Verbrechen, ferner eine besondere Art des Strafvollzuges, d. h. eine qualitativ andere Behandlung des minderwerthigen Verbrechers, voraussetze. Ein oft geäussertes Bedenken bestehe in der nicht immer ausreichenden Ausbildung der Gerichtsärzte, die geneigt wären aus Fällen zweifelhafter Diagnose eine zweifelhafte Zurechnungsfähigkeit zu konstruiren. — In der dem Vortrag folgenden Debatte wurde von verschiedene Seiten das Bestreben, schon jetzt den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit gesetzlich festzulegen, als inopportun bezeichnet. Dagegen einigte man sich auf einen Antrag Siemerling-Binswanger, vorerst entsprechendes Material zu sammeln. Dr. Pollitz-Brieg.

1. **Ueber den Stand der Frage der Errichtung von Nervenheilstätten und die Wege zu ihrer Lösung.** Von Sanitätsrath Dr. J. Peretti-Grafenberg.

2. **Ueber die Nothwendigkeit und Einrichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke.** Von Dr. Aug. Hoffmann-Düsseldorf. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 1899, 56. Bd., 4. H.

Beiden Abhandlungen liegen Referate zu Grunde, die im psychiatrischen Vereine der Rheinprovinz erstattet wurden. P. giebt eine Uebersicht über die bisherige literarische Arbeit auf dem betreffenden Gebiete, indem er betont, dass es vorerst nur in Berlin gelungen sei, die Mittel zur Schaffung einer Heilstätte für wenig bemittelte Nervenkranke zusammenzubringen, zumal die Tuberkulosebewegung die materiellen Kräfte vielfach in Anspruch nähme. Ein besonderes Interesse an der Schaffung derartiger Anstalten hätten die Berufsgenossenschaften, desgleichen die Invaliditätsanstalten, während die Provinzial-Verwaltungen durch die Fürsorge für Geisteskranke und Epileptiker bereits genugsam in Anspruch genommen seien. — Im Anschluss an die Ausführung von P. erörtert H. die Frage nach der Art der zu verpflegenden Kranken. Neben den verschiedenen Zuständen der Neurasthenie, deren Behandlung, wie auch in der nachfolgenden Debatte übereinstimmend betont wurde, in der ambulatorischen Praxis wenig erfolgreich sei, will H. beginnende und leichte Psychosen und geistige Schwächezustände den Heilstätten überweisen — ein sehr bedenklicher Vorschlag —, ferner funktionelle Neurosen und organische Rückenmarksleiden, Hirntumoren u. s. w. — In der Diskussion wies besonders Meyhöfer auf den für derartige Unternehmungen ungünstigen Zeitpunkt hin. Schliesslich beschloss man, die Angelegenheit energisch weiter zu betreiben.

Dr. Pollitz-Brieg.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des linken Armes im oberen Drittel. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Mai 1899.

Nach dem Gutachten des praktischen Arztes Dr. K. vom 23. September 1898 muss mit den Vorinstanzen angenommen werden, dass in dem Zustande des Klägers insofern eine wesentliche Besserung eingetreten ist, als der Kläger sich seit der früheren Untersuchung durch denselben Sachverständigen vom 26. Juni 1898 an den Verlust des linken und den alleinigen Gebrauch des rechten Armes gewöhnt hat. Die Beklagte war mithin berechtigt, die bisherige Rente zu kürzen, und wenn sie nur eine Kürzung von $6\,^2/_3\,\%$ vornahm und dem Kläger noch eine Rente von $60\,\%$ der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit beliess, so hat der Kläger keinen Grund zur Beschwerde. Er ist für die ihm gewährte Rente völlig ausreichend entschädigt, und war hiernach der Rekurs als unbegründet zurückzuweisen.

Erwerbsverminderung bei Verlust der ersten beiden Glieder und des Köpfchens des Grundgliedes des linken Ringfingers liegt nicht vor. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. Mai 1899.

Allerdings hat der Knappschaftsarzt Dr. B. in Sulzbach in seinem Gutachten vom 14. November 1898 die durch die Unfallfolgen bedingte Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des Klägers auf $10\,\%$ beziffert, weil durch den am linken Ringfinger entstandenen Substanzverlust die Kraft und Geschicklichkeit der linken Hand „immerhin“ eine Einbusse erlitten haben. Schon aus diesem Wortlaut ergiebt sich aber, dass die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers nur eine äusserst geringe ist, was durch den von Dr. B. festgestellten objektiven Befund vollständig bestätigt wird. Der vorhandene Stumpf ist gut mit Weichtheilen bedeckt und trägt auf seiner Streckseite eine quer verlaufende schmale Hautnarbe, die nirgends mit den Knochen verwachsen und auch nicht druckempfindlich ist; auch liegen Störungen des Blutumlaufs in dem Stumpfe nicht vor; ferner ist das Grundglied in seinem Gelenk aktiv frei beweglich, und die Funktionen der übrigen Finger der linken Hand sind ungestört, während der Handteller gut entwickelte Arbeitsschwielen zeigt. Diesem günstigen Befund

gegenüber hat das Rekursgericht die Ueberzeugung nicht zu gewinnen vermocht, dass der Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Unfalls in einem nennenswerthen oder messbaren Grade geschädigt worden sei. Durch die angestellten Ermittelungen ist überdies festgestellt, dass der Kläger nach dem Unfall in seinen Leistungen seinen Mitarbeitern nicht im Geringsten nachsteht und jetzt durchschnittlich in der Schicht 4,50 M. verdient.

Verpflichtung des Verletzten gemäss §. 7 des Unfall- Ver.-Ges. in ein Krankenhaus einzutreten. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Mai 1899.

. . . . . Materiell ist die Thatsache zu berücksichtigen, dass das Geschwür am verbrannten Fuss des Klägers in ambulanter Behandlung Jahr und Tag nicht geheilt ist, während es vorher einmal im Krankenhause in verhältnissmässig kurzer Zeit zur Vernarbung gebracht war. Dazu kommt, dass, abgesehen von dem von einer Seite angeregten Verdacht, dass der Kläger die Heilung böslich vereitelt, er jedenfalls thatsächlich — aus Unbedachtsamkeit oder dergleichen — den Fuss nicht diejenige sorgliche Behandlung zu Theil werden lässt, deren es auch nach den vom Kläger überreichten Gutachten bedarf, um die Heilung des Fusses herbeizuführen. Da nun erfahrungsgemäss im Allgemeinen und nach Ansicht der hier betheiligten Aerzte auch im vorliegenden Fall an sich eine Verheilung und einigermassen feste Vernarbung durch entsprechende Behandluug zu erzielen ist, so ergiebt sich ohne Weiteres, dass dieser Heilerfolg beim Kläger eben nur im Krankenhause in entsprechender Zeit erreicht werden kann. Sachlich war die Anordnung des Eintritts in eine Krankenanstalt gerechtfertigt, weil, wie in §. 7 des Unfall- Ver.-Ges. vorausgesetzt wird, die Krankheit Anforderungen an die Behandlung stellt, denen in der Familie thatsächlich hier offenbar nicht genügt werden kann.

Freie Krankenpflegerinnen und Pflegerinnen von Wöchnerinnen sind selbstständige Gewerbetreibende und daher nicht versicherungspflichtig. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 8. Februar 1899.

Nach Nr. VII der Anleitung des Reichs-Versicherungsamts vom 31. Oktober 1890 sollen diejenigen Personen, welche berufsmässig einzelne persönliche Dienstleistungen bei wechselnden Arbeitgebern übernehmen, der Versicherungspflicht dann unterliegen, wenn sie als Arbeiter, dagegen dann nicht, wenn sie als selbstständige Gewerbetreibende anzusehen sind. Hierher gehören unter Anderem die selbstständigen Krankenpflegerinnen, das heisst diejenigen, welche nicht in ein festes Dienstverhältniss zu einzelnen Personen oder gewerblichen Unternehmungen, öffentlichen Anstalten, Vereinen etc. getreten sind, sondern je nach Angebot und freiem Ermessen bei einem nicht geschlossenen Kreise beliebiger Auftraggeber die Pflegethätigkeit längere oder kürzere Zeit hindurch ausüben. Die freien Krankenpflegerinnen stellen nicht ihre Arbeitskraft dem Auftraggeber nach dessen näherer Anordnung zur Verfügung, sondern übernehmen nur Leistungen bestimmt abgegrenzter Art, die sich sehr wohl als losgelöst von den Geschäften der Hauswirthschaft und als Gegenstand eines besonderen Gewerbes denken lassen und zudem ein gewisses Mass von Kenntnissen und eigenthümlicher Fachbildung voraussetzen. Wenn die Pflegethätigkeit sich in den Wohnungen der Auftraggeber vollzieht und in manchen Beziehungen eine Unterordnung unter ihren oder des Arztes Willen mit sich bringt, so wird damit, zumal der Pflegerin daneben ein weiter Spielraum für ein selbstständiges Handeln auf eigene Verantwortung verbleibt, eine persönliche Abhängigkeit von dem Kranken oder dessen Angehörigen ebensowenig begründet, wie bei zahlreichen anderen Klassen ähnlicher kleiner Unternehmer, z. B. . . . Personen, die sich mit der niederen Heilkunde befassen, wie Hebammen, Heilgehülfen, Abreibern, Knetern etc. Der Beschäftigung dieser, der Ausübung der niederen Heilkunde obliegenden Personen, die sämmtlich regelmässig selbstständige Gewerbetreibende sind,[1]) ist die der berufsmässigen Krankenpflegerin verwandt, wie denn auch häufig eine Verbindung der bezeichneten Erwerbszweige mit der Krankenpflege vorkommt.

---

[1]) S. Entscheidung vom 25. Januar 1899; Nr. 22 der Zeitschrift, S. 757.

. . . . Desgleichen ist bei dem engen Zusammenhange der Wochenpflege mit dem nicht versicherungspflichtigen Hebammenberuf auch die Beschäftigung als Wartefrau als Ausübung einer selbstständigen Erwerbsthätigkeit anzusehen, und im Uebrigen die Stellung der Wochenpflegerin im Wesentlichen ebenso zu beurtheilen, wie die der selbstständigen Krankenpflegerinnen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die Pestfrage. Nach der am 19. und 20. Oktober d. J. im Kaiserlichen Gesundheitsamte abgehaltenen wissenschaftlichen Besprechung.

Am 19. und 20. Oktober d. J. hat im Kaiserlichen Gesundheitsamte unter Betheiligung von Vertretern dieses Amtes und des Reichsamts des Innern, der Medizinal-Abtheilung des Reichs-Marineamts, des preussischen Kultus- und Kriegsministeriums, des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin und des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., sowie der Direktoren sämmtlicher Universitäts-Institute (nur Marburg war nicht vertreten) und einzelner staatlicher derartiger Institute (Bremen, Dresden, Hamburg, Posen, Stuttgart) im Ganzen 47 Personen, darunter auch die Theilnehmer der nach pestverseuchten Gegenden entsandten wissenschaftlichen Expeditionen, eine Konferenz zur wissenschaftichen Besprechung der Pestfrage unter dem Vorsitz des Direktors des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Köhler stattgefunden, die vom Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge-Breslau geleitet wurde und über deren Verlauf die „Deutsche mediz. Wochenschrift“ und die „Münchener mediz. Wochenschrift“ (Sonderbeilage zur Nummer vom 16. bezw. 21. November) protokollarische Aufzeichnungen bringen, aus denen wir Folgendes entnehmen.[1])

A. Aetiologie.

Als Erreger der Pestkrankheit ist der fast gleichzeitig von Kitasato und Yersin im Jahre 1894 entdeckte Pestbacillus anzusehen; demgemäss haben die praktischen Massnahmen gegen die Verbreitung dieser Seuche hauptsächlich die morpho- und biologischen Eigenschaften dieses Bacillus zu berücksichtigen.

1. Morphologie des Pestbacillus. Stellung im System: Derselbe gehört zu den Stäbchenbakterien; von den verschiedenen Bakteriengruppen, denen er mit Rücksicht auf seine morphologischen Eigenschaften zugerechnet werden könnte, kommen in Betracht: Bacillus der Hühnercholera, der Pseudotuberkulose der Nagethiere und des Mäusetyphus, Bacillus aërogenes. Betreffs des Mäusetyphus wird von Löffler (Greifswald) hervorgehoben, dass bei Fütterung mit diesem Bazill dieselben Erscheinungen im Darm hervorgerufen werden, wie durch Fütterung der Pestbazillen im Darm der Ratten. Gewisse Differenzen, wie z. B., dass der Pestbacillus unbeweglich, der Mäusetyphusbazill beweglich sei, könnten keinen Grund abgeben für die Trennung in verschiedene Spezies.

Färbbarkeit. Der Pestbacillus lässt sich leicht mit allen Anilinfarben, besonders mit Ziehl'scher (Karbolfuchsin) und Löffler'scher (Methylenblau) Lösung färben, aber nicht nach Gram. In durch Formalin oder Alkohol konservirten Organen gelingt es nicht mehr, die Bakterien durch Färbung nachzuweisen (Gaffky und Sticker-Giessen, Wernicke-Posen). Charakteristisch ist die meist einseitige Polfärbung, besonders bei Ba-

---

[1]) Diese Verhandlungen haben auch in den für die Medizinalbeamten in den hygienischen Instituten abgehaltenen Pestkursen (siehe Nr. 22 der Zeitschrift, S. 775) als Grundlagen gedient. Wegen Raummangels konnten sie hier nicht völlig mitgetheilt werden; mit Rücksicht auf ihre Wichtigkeit sind sie aber in einem sehr ausführlichen und alle wesentlichen Punkte berührenden Auszuge wiedergegeben, sowie an einzelnen Punkten auf Grund der Ausführungen des Herrn Prof. Dr. v. Esmarch-Göttingen in dem von ihm abgehaltenen Kursus, an dem der Referent theilgenommen hat, ergänzt.

zillen aus kranken Organen, die jedoch im Allgemeinen weniger regelmässig als beim Bacillus der Hühnercholera ist (Gaffky).

Kapselbildung: Löffler fand, dass bei drei untersuchten Peststämmen sich stets ein zarter Saum um das zentrale Stäbchen zeigte, ob man aber diesen als wirkliche Kapsel oder als einen Bestandtheil der Leibessubstanz auffassen müsse, sei noch nicht zu entscheiden; er persönlich sei für das letztere. Besonders schöne Kapseln finden sich bei Bazillen aus den Schleime von Exsudaten.

Eine Eigenbewegung hat der Pestbazill nicht; die früher von Kitasato angenommene träge Bewegung ist von der deutschen Pestkommission niemals beobachtet; desgleichen konnte diese niemals Geisseln nachweisen.

Dauerformen (Sporen) des Pestbazills werden nicht gebildet; dagegen eigenartige Degenerations- und Involutionsformen: Die Zellleiber werden ähnlich den Hefezellen bauchig bzw. flaschenförmig aufgetrieben oder runden sich zu kugeligen Formen; ihre Färbbarkeit ist verschieden, sie nehmen bald den Farbstoff intensiv an, bald erscheinen sie in schwachem, unregelmässig vertheiltem Farbton. Ihre Entstehung wird begünstigt bei Kulturen auf 2—4 %gem Kochsalzagar (Hankin); die von Haffkine zu diesem Zwecke empfohlenen Kulturen auf sehr trockenem Nähragar sind nach Gaffky nicht empfehlenswerth. Besonderes Gewicht ist nach diesem Forscher auf die Schnelligkeit zu legen, mit der die Degenerationsformen entstehen; seine bisher nach dieser Richtung hin angestellten Untersuchungen mit anderen pathogenen Bakterien haben keine Involutionsformen ergeben, die mit denjenigen der Pestbazillen zu verwechseln wären. Fischer (Kiel) und Kruse (Bonn) haben dagegen bei auf 3 %ger Kochsalzgelatine gezüchteten Meeresbakterien am 2. und 3. Tage ähnliche Degenerationsformen gesehen, Wernicke bei Diplococcus lanceolatus und Buchner (München) bei Prodigiosus und Vibrio Finkler-Prior, Löffler bei Streptokokken und Colibakterien. Letzterer empfiehlt experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Pestbacillus bei wechselndem Karbolsäurezusatz, durch den er besonders schöne Involutionsformen erzielt hat. Jedenfalls ergab sich aus der Berathung die Nothwendigkeit, systematische Untersuchungen über die Degenerations- und Involutionsformen nicht nur des Pestbacillus, sondern auch anderer Bakterien anzustellen. Buchner glaubt, dass die Neigung des Pestbacillus zur Bildung derartiger Formen mit der grossen Durchlässigkeit seiner Membran zusammenhänge; wenigstens scheine dafür zu sprechen, dass er Desfektionsmitteln gegenüber weniger widerstandsfähiger sei, in Leichen schnell verschwinde, sowie rasch Vergiftungserscheinungen bewirke und in den Geweben, in denen er wuchere, wenig Reaktion hervorrufe.

Verwandschaftliche Beziehungen: Yersin hat zwar in der Tiefe des Bodens von Pesthäusern (14—18 cm tief) morphologisch und kulturell mit Pestbazillen übereinstimmende, aber nicht virulente Bakterien gefunden, die Beziehungen zu echten Pestbazillen sind jedoch nach Pfeiffer (Königsberg) nicht genügend erwiesen. Wilm (Marinestabsarzt) hat in Honkong 1896 zahlreiche Bodenuntersuchungen vorgenommen, ohne pestähnliche Bazillen zu finden.

2. **Biologie.** Der Pestbazill ist streng aërob; sein Wachsthum daher in festen und flüssigen Nährsubstanzen ein ausgesprochen oberflächliche, bei völligem Fehlen von Sauerstoff bleibt seine Entwicklung aus. Er wächst auf allen Nährböden, aber verhältnissmässig langsam, so dass er leicht von anderen Bakterien überwuchert wird. Im Gegensatz zu diesen Bakterien liegen seine Wachthumsgrenzen sehr weit auseinander (von + 4 bis + 39 °C.); am besten wächst er zwischen + 30 bis 32 °C; bei + 20 bis 25 °C. braucht er etwa die doppelte Zeit zum Wachsthum. Als Nährboden empfiehlt Pfeiffer schwachalkalische Gelatine bei mittlerem Feuchtigkeitsgehalt und einer Temperatur von + 20 bis 25 °C.; Agar ist nicht so gut, obwohl das Wachsthum bei der hier möglichen höheren Temperatur von + 30 bis 32 °C. schon nach 2 Tagen, auf Gelatine erst nach 3—5 Tagen erfolgt. Mit Rücksicht darauf, dass der Bazill selbst im Eisschrank (+ 4,5 °C.), allerdings erst nach 20 Tagen, wächst, schlägt Pfeiffer die Anwendung dieser Temperatur vor bei Konkurrenz anderer, besonders saprophytischer Bakterien, z. B. Colibazillen. Löffler hat gefunden, dass die Pestbazillen am schnellsten auf seinem Traubenzuckerserum gedeihen, und zwar besonders im Kondenswasser, wo sie ebenso wie ihm Bouillon eigen-

thümliche Kettenformen bilden, die jedoch nicht charakteristisch sind, sondern auch bei anderen Bakterien beobachtet werden. In Bouillon mit Zusatz von Butter erfolgt Stalaktitenbildung (Haffkine und Hankin), die kleinste Erschütterung lässt aber nach Gaffky die Bakterienstalaktiten zu Boden sinken.

Eine Verflüssigung der Gelatine bewirken die Pestbazill-Kulturen ebensowenig wie Gasbildung.

Verhalten gegen schädigende Einflüsse (Widerstandsfähigkeit): Die Pestbazillen gehen durch Austrocknen verhältnissmässig schnell zu Grunde, im heisseren Klima schneller als im kälteren; Löffler und Förster fanden allerdings, dass an Seiden- bezw. Wollfäden angetrocknete Pestbazillen, welche im Dunkeln bei Zimmertemperatur gehalten waren, sich noch 56 bezw. 45 Tage lang lebensfähig hielten. Dies ist mit Rücksicht auf unsere klimatischen Verhältnisse wichtig. In Folge der geringen Widerstandsfähigkeit der Bazillen gegen Austrocknen erscheint auch eine Infektion durch Staub ausgeschlossen. Wilm bestreitet, dass eine solche vorkomme (von 150 Leuten, die mit Reinigung und Desinfektion von Pesthäusern beschäftigt waren, starb keiner), und seine Ansicht wird durch Flügge's Versuche bestätigt, wonach eine Uebertragung der Pestbazillen mit dem Luftstrom nicht möglich sei; etwas anderes sei es jedoch mit dem Verschleudern grösserer bazillenhaltiger Partikel (s. später: Tröpfcheninfektion). Sonnenlicht beschleunigt das Abtödten der Bazillen; bei + 100 °C. Temperatur werden sie sofort, bei + 50 °C. in wenigen Minuten getödtet; während sie bei + 4 °C., wie schon erwähnt, lebensfähig bleiben. Gegen Chemikalien verhalten sie sich eben so wie andere, nicht sehr wiederstandsfähige Bakterien ohne Dauerformen (s. später F. d.); im Wasser sollen sie sich bis zu 20 Tagen halten. In beerdigten Leichen gehen sie schnell (nach 4 Tagen) zu Grunde. Schottelius berichtet über Versuche in welchen die Pestbazillen aus beerdigten Rattenkadavern sehr rasch in die Erde übergingen und bis 20 cm in der Umgebung des Kadavers nachgewiesen werden konnten.

Pestgift: Dass die Pestbazillen ein Toxin bilden müssen, geht nach Pfeiffer schon aus ihrer Wirkung auf den Organismus (Prostration, Depression, Blutungen in die inneren Organe) hervor. Es wird auch bewiesen durch den Sektionsbefund bei drei von der deutschen Kommission untersuchten Föten, die sich bakteriologisch völlig steril erwiesen, aber die pathologisch-anatomischen Erscheinungen der Pestleichen zeigten; das Toxin hatte also den Plazentarkreislauf passirt, während die Bazillen es nicht gethan hatten. Die Darstellung des Giftes ist bisher noch nicht gelungen; die Angaben über die Wirkung der Filtrate lauten verschieden. Der Nachprüfung werth sind nach Pfeiffer die Angaben von Markl, welcher in Bouillonkulturfiltraten des Pestbacillus ein heftig wirkendes, gelöstes Gift fand, wenn das Wachsthum bei niederer Temperatur vor sich gegangen war. Dieser Markl'sche Pesttoxin ist äusserst empfindlich gegen Wärme und wird schon bei Bruttemperatur rasch zerstört, wie überhaupt das Pesttoxin gegen Hitze und Licht sehr empfindlich ist. Yersin fand filtrirte Kulturen unwirksam; die Bakterienkörper sind dagegen giftig. Wernicke hat aus 14 Tage alten Filtraten von Kulturen mit starkem Oberflächenwachsthum ein Gift erhalten, von dem 0,1 ccm eine Maus in 5—6 Tagen tödtete. Demnach scheinen ältere Bouillonkulturen giftig; damit stimmt nach Gaffky die Beobachtung überein, dass bei Schutzimpfungen nach Haffkin, bei denen derartige Kulturen zur Anwendung gelangen, eine stärkere Reaktion eintritt als bei dem von der deutschen Kommission angewendeten Verfahren, bei dem abgetödtete frische Kulturen von Agar benutzt werden.

Virulenz: Eine Kultur zwei Jahre lang im zugeschmolzenen Glasrohr vor Licht geschützt aufbewahrt, erwies sich in ihrer Virulenz kaum geschwächt, eine andere von demselben Kulturstamm zwei Jahre lang fortgezüchtete Kultur dagegen als avirulent. Durch kühle Temperatur und durch öftere Thierpassage wird die Virulenz lange auf der Höhe erhalten, während bei Fortzüchten auf künstlichem Boden eine Abschwächung eintreten kann.

Thierpathogenität. Empfänglich für die Pest sind besonders die Nagethiere und von diesen wiederum die Ratten und Murmelthiere, während Mäuse viel weniger und Meerschweinchen nur in geringem Maasse empfänglich sind. Die Ratten werden meistens vom Magen aus durch

Annagen gefallener Thiere oder Auffressen von Exkrementen der kranken Thiere — Koth und Urin dieser Thiere sind sehr bazillenhaltig — infizirt; ein Unterschied in der Empfänglichkeit besteht bei den einzelnen Rassen der Ratten (weiss, bunt, gefleckt, grau) nicht; Schottelius (Freiburg) hält allerdings die grauen und weiss gefleckten Ratten für besonders empfänglich.

Ueber die Empfänglichkeit der Schweine gehen die Ansichten noch auseinander; die deutsche Kommission hat dafür keine Beweise gefunden, während nach Wilm und Gärtner die Chinesen den Schweinen eine Rolle bei der Verbreitung der Pest zuschreiben. Wilm ist es auch gelungen, zwei Schweine durch Füttern mit der Milz eines Pestsepticämiefalles zu infiziren, von denen das eine nach 4 Wochen verstarb. Gaffky hält diese Mittheilung Wilm's für wichtig und der Nachprüfung werth, weil ein Thier, das an einer chronischen Form der Pest leidet, möglicher Weise eine wichtige Rolle für die Ausbreitung der Pest spielt. Die übrigen Hausthiere: Pferde, Rinder, Ziegen, Katzen, Hunde sind dagegen gegen Pest sehr wenig empfänglich, auch die Vögel scheinen gegen die Seuche immun zu sein, und die Insekten nur die Rolle des Zwischenträgers zu spielen. Von den Affen ist der graue Affe ebenso empfänglich wie die Ratte; der braune Affe dagegen nicht. Der Mensch scheint in Bezug auf Empfänglichkeit die Mitte zu halten; über angeborene Immunität beim Menschen ist bisher noch nichts in Erfahrung gebracht.

B. Eintrittspforten und Lokalisation.

Eintrittspforten für die Pestgrenzen sind die äussere Haut, die Schleimhaut der Luftwege und des Mundes sowie die Augenbindehaut. Die Lokalisation erfolgt selten in der Haut oder in der Schleimhaut selbst in Form des Pestkarbunkels, sondern meistens in den zu der Infektionsstelle in Verbindung stehenden Lymphdrüsen — primärer Pestbubo oder bei Infektion von dem Luftorganismus in der Lunge — Pestlungenentzündung. Bei Pestsepsis findet man sekundäre Lokalisationen des Pesterregers in Form von Bubonen, Lungenentzündung, spät auftretender Meningitis, kleineren oder grösseren Herden in der Leber, in den Nieren, Hämorrhagien und paremchymatöse Degenerationen verschiedener Organe, besonders der Baucheingeweide. Am häufigsten ist die Bubonenpest; am gefährlichsten die Lungenpest, die fast immer tödtlich endet.

Die Bubonenpest entsteht meist durch Infektion von kleinen unsichtbaren Hautverletzungen (Kratzwunden u. s. w.) aus; nach Mittheilungen der österreichischen Pestkommission konnten Versuchsthiere aber auch durch einfaches Einreiben der Kultur auf die rasirte Haut infizirt werden. Zur Lungenpest, die ausserordentlich ansteckend ist, bedarf es einer Verletzung der Schleimhaut nicht; Versuchsthiere konnten z. B. durch Eintragung einer Oese bazillenhaltigen Materials auf die Nasenschleimhaut oder Conjunctiva infizirt werden. Für die Weiterverbreitung dieser Erkrankungsart kommt besonders die Verstäubung (durch Husten, Niessen, Sprechen) des ausserordentlich infektöse, weil sehr bazillenreichen Auswurfs in feinsten Tröpfchen und deren Aspiration in Betracht. Auch da wo bisher nur Beulenpest geherrscht hat, kann Lungenpest entstehen, entweder durch Ansiedelung von Pestbazillen auf den Mandeln und spätere Aspiration derselben in die Lunge oder durch sekundäre Lokalisation der primären Blutinfektion in der Lunge (Gaffky). Dass vorzugsweise bei der Bubonenpest die Leistendrüsen affizirt sind, beruht nach Gaffky und Sticker hauptsächlich darauf, dass sich die Eingangspforten sehr häufig an den unteren Extremitäten befinden. Primäre Pestbubonen zeichnen sich durch reichlichen Gehalt an Bakterien und hämorrhagische ödematöse Durchtränkung des umgebenden Bindegewebes aus, während sekundäre Bubonen weniger Bazillen enthalten.

Am häufigsten ist die Bubonenpest; seltener die primäre Lungenpest. Von Wilm wird auch eine primäre Darmpest angenommen, die unter den Erscheinungen schwerster Sepsis ohne Vorhandenseins eines Bubo, aber mit Anschwellungen der Mesenteraldrüsen, Darmblutungen und ausgedehntem Verlust des Epithels u. s. w. verlaufe; von anderer Seite ist aber eine primäre Darmpest beim Menschen nie beobachtet, sodass man mit deren Annahme sehr

vorsichtig sein muss. Ratten gehen dagegen fast ausschliesslich an Darmpest zu Grunde.

C. Inkubationsdauer.

Die Inkubationsdauer schwankt zwischen 3—10 Tagen; unter drei Tagen ist eine solche nicht sicher beobachtet; der infizirte Mensch ist bis dahin scheinbar gesund.

D. Diagnose der Pest.

Klinische Erscheinungen: Plötzlich oder nur nach kurzem Uebelbefinden auftretende schwere Erkrankung; hohes Fieber (mitunter Schüttelfrost), Puls schlaff, aber voll und nicht sehr frequent (80—100); Erbrechen, Zunge violett, wie mit Kalk bestreut; Milz fast immer geschwollen, häufig auch die Leber, oft Albuminurie. Auch Infektion der Conjunctiva ist mitunter vorhanden. Auffallend ist sofort die grosse Apathie und Hinfälligkeit, sowie eine eigenartiger Störung des Gleichgewichtes; das Bewusstsein ist meist getrübt. Bei der Bubonenpest erfolgt Auftreten von Pusteln und schmerzhafte Anschwellung einer oder mehrerer Lymphdrüsen[1]), besonders in der Schenkelbeuge, Achselhöhle und am Halse (bis zur Grösse eines Kinderkopfes), während die Lungenpest das Bild einer plötzlich beginnenden schweren chatarrhalischen Lungenentzündung bildet. Der Verlauf ist meist ein rapider besonders bei der Lungenpest, die, wie erwähnt, fast immer letal (80—90 %) unter den Erscheinungen des Lungenödems endet. Aber auch bei der Bubonenpest tritt in 50—60 % der Fälle innerhalb 2—3 Tagen der Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems ein, nachdem es in der Regel zu Blutergiessungen in den Schleimhäuten (Blutbrechen, Darmblutungen, Blutharnen), seltener in die Haut (schwarze Pest), gekommen ist. Sogenannte foudroyante Fälle, wie bei der Cholera, wo der Tod in wenigen oder wenigstens innerhalb 24 Stunden eintritt, gehören bei der Pest zu den Seltenheiten. Verhältnissmässig selten sind auch die leichten, sogenannten ambulanten Formen. Tritt kein letaler Ausgang ein, so kommt es nach 5—8 Tagen zum Temperaturabfall und zur allmählichen Genesung mit oder ohne Vereiterung der Bubonen.

Für die klinische Differentialdiagnose kommen besonders in Betracht: Intermittens, maligner Typhus und Milzbrandkarbunkel.

Untersuchungsmaterial von Lebenden: Das Blut eignet sich nicht zur bakteriologischen Untersuchung, da es entweder keine, oder nur wenige Pestbazillen enthält; nur bei Pestsepticämie ist es bazillenhaltig, desgleichen enthalten die Blutungen in der Haut Bazillen; derartige Petechien kommen aber nur in sehr seltenen Fällen (nach Sticker und Wilm bei etwa 2—3 %) vor. Die aus dem Blute gezüchteten Bazillen zeigen Anfangs kümmerliches und langsames Wachsthum. Bei Lungenpest sind Bazillen massenhaft im Auswurf zu finden; die Diagnose bereitet hier daher keine Schwierigkeiten; dasselbe gilt, wenn es erst zu dem bei jeder Art von Pest kurz vor dem Tode auftretenden terminalen Lungenödem gekommen ist, da die dann aus dem Munde fliessende, schäumige, bräunliche Flüssigkeit reichlich Bazillen enthält. Reichlich Bazillen sind in primären Bubonen vorhanden; sind dagegen die Bubonen in Vereiterung übergegangen, so bietet die Untersuchung auf Bazillen geringe Aussichten, weil der Eiter fast stets steril ist. Die Inzision eines Bubo ist zweifellos unschädlich, auch wirkt die dadurch erzielte Entspannung günstig auf das Allgemeinbefinden durch Verminderung der subjektiven Beschwerden (Gaffky, Buchner, Marinestabsarzt Ruge); es giebt aber keine gesetzliche Handhabe zur Vornahme dieser kleinen Operation zu diagnostischen Zwecken, deshalb sollte sie nicht ohne zuvorige Genehmigung des Kranken oder dessen Angehörigen ausgeführt werden. Der Ueberredungskunst des Arztes oder Medizinalbeamten wird es voraussichtlich in jedem einzelnen Falle gelingen, eine solche Genehmigung zu erhalten; selbstverständlich muss aber bei der Inzision sowohl, wie bei dem späteren Verbinden die allergrösste Vorsicht seitens des Arztes wie des Wartepersonals beobachtet werden, um eine Verschleppung von Pestbazillen zu verhüten. Die von Kurth-

[1]) Reiche-Hamburg hebt als charakteristisch die excessive Schmerzhaftigkeit der Bubonen gegen Berührung und ihre polsterartige Resistenz bei der Palpation hervor (Münchener mediz. Wochenschriftt; 1899, Nr. 47, S. 1581).

Bremen empfohlene Injektion eines Bubo mit der Pravazkanüle hält Gaffky für weniger empfehlenswerth als die breite Inzision[1]).

Die Fäces enthalten in der Regel keine Bazillen und sind daher als Untersuchungsmaterial ungeeignet, da auch der Nachweis hier sehr schwierig ist. Der Urin ist bei schweren Pestfällen mehrfach bazillenhaltig gefunden, desgleichen der Speichel, namentlich bei Lungenpest; Schweiss dagegen nicht.

Untersuchungsmaterial von der Leiche: Betreffs der Vornahme der Sektion gilt dasselbe wie betreffs der Vornahme einer Inzision; auch hierfür fehlt eine gesetzliche Unterlage, die deshalb von Thierfelder-Rostock für wünschenswerth gehalten wird. Wird den Angehörigen jedoch auseinandergesetzt, dass nur eine ganz beschränkte Sektion erforderlich sei, um das nöthige Untersuchungsmaterial (Buboneninhalt, kleine Stückchen von Milz, Lunge und Leber) zu gewinnen, so dürfte die Erlaubniss wohl stets ertheilt werden. Allgemeine Uebereinstimmung herrscht in der Versammlung darüber, dass die Sektion mit ausserordentlicher Vorsicht auszuführen sei, um weitere Verbreitung zu vermeiden; Gärtner und Pfeiffer schlagen daher vor, sie im ausgepichtem Sarg vorzunehmen; Gaffky und Pfeifer verlangen ausserdem, dass sie womöglich stets von einem Bakteriologen oder Pathologen gemacht werde, und dass dieser auch das erforderliche Untersuchungsmaterial an Ort und Stelle entnehmen soll, damit eine Versendung desselben nicht nöthig sei. Die Ausführung dieser Massregel sei recht gut möglich, da es sich nur um die Feststellung der ersten Fälle handele, und die Pest Anfangs vereinzelt auftrete, so dass eine genügende Menge von Sachverständigen zur Verfügung stehe. Auch Kirchner und Jäger-Königsberg sprechen sich bestimmt gegen jede Versendung von Material aus, während die Mehrzahl der übrigen Herren die Möglichkeit einer solchen offen halten will. Jedenfalls war man aber einstimmig der Ansicht, dass die Art der Verpackung, wie sie für das Untersuchungsmaterial der Cholera vorgeschrieben ist, nicht genügt, sondern neue, genaue Vorschriften dafür zu erlassen seien. Die Ausarbeitung dieser Vorschriften wird schliesslich einer Kommission übertragen.

Untersuchungsmethoden: 1. Der mikroskopische Nachweis des kurzen, 2—3 Mal länger als breiten Stäbchens mit abgerundeten Enden, von denen mitunter zwei zusammenhängen, ist in gefärbten Ausstrichpräparaten aus dem Inhalt von primären Bubonen oder aus dem Auswurf bei Lungenpest bezw. schaumigen Ausfluss bei dem terminalen Lungenödem meist leicht, da die Bazillen hier sehr reichlich, fast in Reinkultur vorhanden sind. Dasselbe gilt betreffs der Ausstrichpräparate aus der Milz; die Anfertigung von Schnittpräparaten ist nach Pfeiffer nicht nöthig. Schwierig wird dagegen der Nachweis bei der Konkurrenz mit anderen Bakterien, besonders Eiterkokken (bei eitrigen Bubonen, Saprophyten) u. s. w. Wichtig für ihn ist die Polfärbung der Pestbakterien und der Mangel an Eigenbewegung.

2. Kulturverfahren: Bei reiner Infektion empfiehlt sich nach Pfeiffer Agar und Blutserum, bei Mischinfektion oder gleichzeitigem Vorhandensein von Saprophyten die Gelatine-Oberflächenkultur bei niederen Temperaturen; ein Anreicherungsverfahren wie bei der Cholera ist bisher nicht bekannt.

Auf dem gewöhnlichen Nähr-Agar entwickelt sich bei Bruttemperatur in etwa zwei Tagen eine weissliche, ziemlich dicke Auflagerung von zäher, schleimiger Beschaffenheit, die sich beim Abheben in mehr oder weniger lange Fäden auszieht. Die Bildung von Degenerations- und Involutionsformen auf 2—4proz. Kochsalzagar ist bereits vorher besprochen.

In Gelatineplatten entwickeln sich bei + 22° C. die Kolonien der Pestbakterien in 2—3 Tagen in makroskopisch sichtbarem Umfange und erscheinen als feine halb durchsichtige, die Gelatine nicht verflüssigende Punkte. Am raschesten wachsen die Oberflächenkolonien, da der Pestbazill streng aërob ist; dieselben bilden halbkugelförmige Hervorragungen, die unter dem Mikroskop eine gelbe bis gelblich-grünliche Farbe zeigen und in der Regel nicht scharf begrenzt, sondern von einem zarten, glashellen, am Rande unregelmässigen Bazillensaume umgeben sind. Die tiefliegenden Kolonien haben diese zarte

---

[1]) Reiche (a. a. O.) hält auf Grund seiner Erfahrungen in Porto die Aspiration mit einer Pravaz'schen Spritze für ausreichend.

Zone nicht und stellen sich als runde, deutlich granulirte, ziemlich stark lichtbrechende gelbe Scheiben dar.

Bouillon wird durch die Pestbazillen langsam getrübt; nach einigen Tagen bildet sich an der Oberfläche ein dünnes schwimmendes Häutchen, sowie am Boden des Kulturkölbchens ein langsam an Menge zunehmender feinflockiger Bodensatz. Gefärbte Ausstrichpräparate der Bouillonkultur zeigen oft über ein ganzes Gesichtsfeld sich erstreckende Ketten von aneinander gereihten, typischen Kurzstäbchen. Die Stalaktitenbildung in Butterbouillon ist bereits vorher erwähnt.

3. Zum Thierversuch eignen sich am besten die Ratten, und zwar empfiehlt sich nach Pfeiffer hier die Impfung (Uebertragung verdächtiger Kolonien u. s. w.) auf die Schleimhaut der Nase. Buchner und Löffler betonen dem gegenüber die Gefährlichkeit dieses Infektionsmodus; jedenfalls dürfe ein so infizirtes Thier unter keinen Umständen mehr berührt werden. Allseitige Zustimmung findet der von Gaffky vertretene Standpunkt, dass ausserhalb der Laboratorien keine Thierversuche stattfinden dürfen, innerhalb derselben aber ohne Beschränkung. Die Diagnose durch das Thierexperiment erfordert mindestens 4 Tage, da der Tod der Ratten meist am 3. Tage erfolgt.

4. Als Untersuchungsmethode kommt noch in Betracht die Serodiagnose, über die jedoch noch nicht volle Klarheit erzielt ist. Sie beruht auf dem Agglutinationsphänomen, das bei den Pestbazillen in ähnlicher Weise wie bei den Typhusbazillen (Widal'sche Serodiagnose) beobachtet wird; sie begegnet hier aber insofern grösseren Schwierigkeiten, als die Pestbazillen unbeweglich sind; ausserdem giebt das Blut der Pestkranken nicht in allen, sondern nur in 50—60 % der Fälle die Reaktion und zwar erst im Stadium der Rekonvaleszenz und nicht schon während des Krankseins wie beim Typhus. Endlich verliert das Immunserum durch Zusatz von Karbolsäure die Agglutinationskraft mehr oder weniger rasch trotz Konservirung auf Eis. Dadurch wird der Werth der Serodiagnose wesentlich eingeschränkt; immerhin ist nach Pfeiffer beim Eintritt von Agglutination die Annahme einer überstandenen Pesterkrankung gerechtfertigt; dagegen lässt sich beim Ausbleiben derselben nicht die Diagnose „Pest" ausschliessen. Gaffky warnt davor, sich auf die Serumdiagnose allein zu stützen, während Sticker betont, dass in zweifelhaften Fällen die voraufgegangenen klinischen Gesammterscheinungen in Uebereinstimmung mit einem positiven Ausfall der nachträglich angestellten Serumreaktion die Diagnose entscheiden können. Einstimmig war man der Ansicht, dass eine staatliche Zentralstelle zur Herstellung stets frischen und wirksamen Pestserums erforderlich sei.

Am Schlusse dieser Erörterung wurde die Einsetzung einer Subkommission zur Feststellung eines Untersuchungsplanes für die bakteriologische Pestdiagnose nach den Ergebnissen der Berathungen beschlossen.

E. Epidemiologie der Pest.

Pestepidemien entstehen in Deutschland nie spontan, sondern stets durch Einschleppung des Pestvirus, während die Seuche in anderen Ländern, namentlich in Tibet, einzelnen Theilen von China, Indien, Arabien, Mesopatamien, Südägypten, Zentralafrika (Uganda) mehr oder weniger endemisch zu herrschen scheint.[1])

---

[1]) Herr Prof. Dr. Fränkel-Halle schilderte in seinem am 23. v. M. in der Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg gehaltenen Vortrag über die Erkennung und Abwehr der Pest den Gang und die augenblickliche geographische Verbreitung der Seuche nach einem Referat des Kreisphys. Dr. Dietrich in Merseburg wie folgt:

Der Hauptherd ist jedenfalls das Hochgebirge von Tibet mit den unwegsamen und schluchtenreichen Thälern des Himalaya. Der Mangel jeder Kultur, die zu bestimmten Jahreszeiten durch das Nomadenleben der an den höchsten Stellen angesiedelten Stämme vermittelte Uebertragung ansteckender Keime unter die einzelnen Stämme vereinigen sich mit der Trägheit und Gleichgültigkeit der die Oberherrschaft haltenden chinesischen Regierung, um hier einen glimmenden Pestbrand zu unterhalten, der von Zeit zu Zeit durch ver-

1. Der **Beginn und Verlauf der Pestepidemien ist nicht so explosionsartig wie bei der Cholera, sondern es treten erst vereinzelte Fälle auf, die sich gleichsam sprungartig fortpflanzen; deshalb kann man auch der Seuche leichter Herr werden.**

Meteorologische Faktoren haben anscheinend wenig Einfluss auf die Entstehung und Verbreitung der Pest. Die in heissen Ländern gemachte Beobachtung, dass die Pest zur trockenen heissen Jahreszeit mehr oder weniger aufhört und mehr die kühlere Jahreszeit bevorzugt, ist nach Flügge und Rubner für unsere klimatischen Verhältnisse nicht massgebend. Gaffky führt die Ursache jenes Verhaltens der Pest in heissen Ländern darauf zurück, dass die Bevölkerung bei kühler Witterung sich mehr in ihren schmierigen Wohnungen aufhält und dadurch der Infektions von Mensch zu Mensch sowie durch Ratten, Ungeziefer u. s. w. mehr ausgesetzt ist.

Als örtliche Faktoren kommen weniger die Wohnungsdichte als der niedrige Stand der ganzen Lebenshaltung und Lebensgewohnheiten in Betracht; denn die Pest ist eine Krankheit der Unreinlichkeit, des Schmutzes und der Armuth. Sie fordert daher überall in den untersten Schichten der Bevölkerung die meisten Opfer; in Indien sind z. B. die wohlhabenden Europäer oder Inder selbst während der mörderischsten Epidemien mit Ausnahme von einigen Aerzten, Pflegepersonen u. s. w. verschont geblieben. Der Inder, der an sich reinlich ist, hat aber trotzdem die Gewohnheit, sich auf den Boden zu legen, Sputum mit den Händen aufzufangen, an seinen Kleidern oder am Körper abzuwischen u. s. w., alles geeignete Gelegenheiten zur Infektion. Auch der Beruf und die Beschäftigung ist nicht ohne Einfluss; so sind z. B. Wäscher, Hafenarbeiter, Lastträger, Reinigungsarbeiter, Korn- und Mehlhändler u. s. w., bei denen auch vielfach die Ratten eine verhängnissvolle Rolle spielen mögen, besonders gefährdet.

---

schiedene, uns zum Theil noch unbekannte Einflüsse zu einem Grossfeuer angefacht wird, dessen Funken die gesammte Erdbevölkerung gefährden. Eine Art der Fortschleppung des Pestgiftes aus Tibet vermitteln die von China nach Russland oder Indien ziehenden Gruppen von reisenden Kaufleuten oder solchen Grenzbewohnern, die sich in Indien oder Russland Arbeit suchen wollen. Auf diese Weise ist wahrscheinlich im Jahre 1879 die Epidemie in Wetljanka entstanden, wo innerhalb 6 Wochen 20% der Bevölkerung von der Pest hingerafft wurden. Damals wurde die Seuche nur durch das gewaltsame Vorgehen der russischen Regierung auf die ergriffenen Ortschaften beschränkt und dann erstickt. Auf dieselbe Weise wurde die Pest 1894 nach dem Hafen von Pakhoi im Golf von Tongking eingeschleppt, von hier kam sie höchst warscheinlich auf dem Seewege nach Makao, Hongkong und Kanton. 1895 trat sie auch in Bombay auf, entweder durch den Seeweg vermittelt, oder was wahrscheinlicher ist, auf dem Landwege und zwar aus den Thälern des Himalaya eingeschleppt. Von Bombay verbreitete sie sich nach und nach über ganz englisch Indien. Besonders zu erwähnen sind die Wucherorte: Karatschi Poona (Puna), Caver Damann. Von Indien kam die Pest wahrscheinlich schon früher nach Mekka und Medina, überhaupt nach Arabien, jedenfalls ist jetzt die Landschaft El Ahsa in Südarabien verseucht. Ferner wurde die Pest nach Madagaskar, Suez und sogar nach dem Londoner Hafen verschleppt, wo 1896 drei Pesttodesfälle unter der Besatzung eines Indienfahrers festgestellt wurden. Das Schiff war am 20. August 1896 in Bombay abgefahren und kam am 11. September in der Themse an. Erst am 26. September 1896 erkrankte der erste Mann an Pest.

In den folgenden Jahren nahm die Pest einen langsamen und sicheren Fortgang. Im März 1898 trat sie heftiger in Culao (Annam) auf, wo die von Kanton und Hainan nach Singapore fahrenden kleinen Schiffer Halt zu machen pflegen. Auf dem Seewege gelangte die Pest im Mai 1899 aus Indien über Aden nach Alexandrien, auch in Suez wurden wieder Pestfälle beobachtet. Ferner trat sie in Algier auf. Von Madagaskar, wo die Seuche jetzt mörderisch wüthen soll, kam sie nach Mauritius, Réunion und der Delagoabai (Lorenzo Marquez). Auch in der deutschen Kolonie Togo an der westafrikanischen Küste sollen Fälle von Pest

Der Untergrund hat für die Enstehung der Pest in sofern Bedeutung, als er das Vorkommen der Ratten (durch Feuchtigkeit, Kanäle u. s. w.) begünstigt. Die Pest heftet sich auffallend an einzelne Häuser (Pesthäuser); werden diese von den Bewohnern verlassen, so hören die Erkrankungen bald auf, um wieder von Neuem zu beginnen, wenn jene vor gründlicher Desinfektion der Häuser zu früh (vor 3—4 Wochen) zurückkehren. Vielleicht sind dafür die Ratten verantwortlich zu machen, die übrigens die geräumten Häuser bald verlassen; Pfeiffer ist jedoch der Ansicht, dass der Infektionsstoff in den Häusern sitzt, denn werden diese ordentlich desinfizirt, und bleiben dann 2—3 Wochen leer stehen, so kommen beim Wiederbezug keine Erkrankungen mehr vor. Unter den Pesthäusern befinden sich sowohl mehrstöckige Steinhäuser, als niedrige Hütten, vorzugsweise aber baufällige Häuser; in unteren Stockwerken scheinen Pesterkrankungen etwas häufiger zu sein, entsprechend dem häufigeren Vorkommen der Ratten in diesen. Ebenso wie einzelne Häuser werden auch einzelne Strassen, Stadtviertel und Orte von der Pest bevorzugt; z. B. ist Puna ein derartiger Pestort. Nach Kossel ist in Porto die Pest vielfach in Häusern aufgetreten, die in der Umgegend der Lebensmittelmagazine lagen; desgleichen wurde von an der Pest erkrankten Getreidearbeitern angegeben, dass in den Getreidemagazinen etwa eine Woche vor ihrer Erkrankung zahlreiche todte Ratten gefunden seien. Mit Rücksicht auf die Bedeutung der Ratten für die Verbreitung der Pest wurde von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, dass Ratten besonders in unseren Grossstädten sehr häufig vorkommen — es gäbe hier auch Rattenhäuser, Rattenstrassen und Rattenstadtviertel — und dass diese Thiere namentlich durch die Abfälle des Haushalts, die sich im Mull befänden, angelockt würden. Sollte daher die Pest eingeschleppt werden, so müsste besonders auf Unschädlichmachung des Kehrichts und aller sonstigen Abfälle aus den Krankenzimmern geachtet werden (Pfuhl-Berlin).

Ueber die Rolle, welche die Mäuse bei der Verbreitung der Pest spielen, herrscht noch keine Klarheit; es wird daher für dringend nöthig gehalten, weitere Untersuchungen über die Empfänglichkeit verschiedener Mäuserassen für die Pest anzustellen.

2. **Wege der Infektion.**

a. Von Mensch auf Mensch. Flügge fasst die Uebertragungen der Pest von Mensch auf Mensch folgendermassen zusammen: Am häufigsten und am leichtesten erfolgt die Ansteckung durch Kontakt, nächstdem durch Anhusten, Verspritzen feinster Tröpfchen. Eine Infektion durch Staub kann, falls die Krankheitserreger noch nicht durch Austrocknen vernichtet sind, durch Kontakt oder durch Verschleudern erfolgen; dagegen scheint eine Uebertragung durch Verstäubung (Fortführung des Staubes durch Luftströme) sehr unwahrscheinlich. Die Ansteckungsgefahr ist demnach bei einfacher Bubonenpest, so lange die Bubonen nicht ausgebrochen sind, nicht bedeutend, wohl aber bei schwerer Allgemeininfektion und besonders bei Lungenpest, hier namentlich für Aerzte und Wärterpersonal. Löffler erwähnt, dass die Virulenz des Pesterregers in den einzelnen Epidemien wechsele und bei geringer Virulenz auch die Uebertragungsgefahr durch Kon-

---

beobachtet sein, ebenso wie sie früher bereits von Uganda aus in Deutschostafrika angeschleppt wurde.

Neuerdings ist die Pest auch in dem Portugiesischen Hafenort Porto in bedrohlicher Weise aufgetreten. Porto unterhält keinen unmittelbaren Schiffsverkehr mit Indien, dagegen einen sehr lebhaften mit Alexandrien über London. Auch in Lissabon sind Pestfälle vorgekommen, ferner vor kurzem in Triest auf einem Schiff, das von den kleineren türkischen Häfen des Mittelmeers kam. Inzwischen hat sich die Pest ganz plötzlich auch in Südamerika und zwar zuerst nicht an der Küste, sondern in der Hauptstadt Paraguays, Assuncion, gezeigt, später dann auch in dem brasilianischen Hafenort Santos. Von hier ist sie neulich nicht nur nach Newyork, sondern auch auf einen anderen österreichischen Dampfer mit dem Ziel Triest verschleppt worden. Auch im europäischen Russland wurde im Dorfe Kolobowka an der Wolga, Kreis Zarew, Gouvernement Astrachan, eine schwere Pestepidemie festgestellt. Die Seuche scheint demnach in einem unheimlich sicheren und stetigen Gang Europa von Westen, Süden und Osten her immer näher zu rücken.

takt viel weniger gefährlich sei. Nach Pfeiffer ist die Infektiosität des Kranken von den Umständen, unter denen er sich befindet, abhängig; die Uebertragungsgefahr daher in unserem Klima, das uns mehr zum Aufenthalt in geschlossenen Räumen zwingt, muthmasslich grösser als in Bombay. Benecke (Braunschweig) hält eine Verschleppung des Pestkeimes durch die Fussbekleidung der Personen, welche das Krankenzimmer betreten, für möglich; die barfuss gehenden Inder infiziren sich thatsächlich häufig von kleinen Hautritzen an den Fusssohlen aus, deshalb auch der vorzugsweise Sitz der Bubonen in der Schenkelbeuge.

Eine Uebertragung durch dritte Personen wird nicht angenommen, wohl aber durch leichte Erkrankungsfälle, die allerdings Pfeiffer und Gaffky keine so grosse Rolle beimessen, als dies von Flügge auf Grund einer von den beiden Hamburger Aerzten Rumpel und Reiche in Rio Tinto (Portugal) gemachten Beobachtung geschieht. Frosch hält eine Weiterverbreitung der Pest durch den Lungenauswurf bei leichten Lungenerkrankungen möglich, die unter dem Bild einer Bronchitis verlaufen. Die Beobachtung von Kitasato, nach welcher im Blute von Rekonvaleszenten noch wochenlang Pestkeime nachweisbar waren, kann Pfeiffer nicht bestätigen, nach seinen Untersuchungen verschwinden die Keime vielmehr sehr rasch. Durch Ueberstehen der Krankheit wird keine Immunität erworben; über angeborene Immunität ist, wie schon erwähnt, nichts Näheres bekannt.

b. Durch Vermittelung von Thieren: Ratten und Ungeziefer (Insekten). Dass die Ratten für die Verbreitung der Pest eine grosse Rolle spielten, wusste man schon im Mittelalter, auch in Indien und bei den Negerstämmen Zentralafrikas (Ugande) ist bekannt, dass Krankwerden und Sterben der Ratten Pestepidemien voraus oder mit ihnen einhergehen. Die Bewohner verlassen daher ihre Hütten, wenn grosses Rattensterben eintritt, und siedeln sich an anderen Orten an. Die pestkranken Ratten sind besonders deshalb gefährlich, wie Gaffky betont, weil sie ihre gewöhnliche Lebensweise und Menschenscheu aufgeben, aus ihren Löchern hervorkommen, in die Wohnungen kommen, hier umhertaumeln und schliesslich in einer Ecke verenden. Sie erkranken fast ausschliesslich an Darmpest, daher sind auch in ihrem Koth massenhaft Pestbakterien vorhanden. Die Frage, ob das auf der Ratte lebende Ungeziefer, insbesondere der Floh, die Pest auf Menschen übertragen kann, ist noch nicht einwandsfrei geklärt. Es sei überhaupt zweifelhaft, ob die Flöhe der Ratten auf den Menschen übergehen, denn jede Thierspezies habe fast eine besondere Flohrasse. Jedenfalls geht aus der weiteren Diskussion hervor, dass die Insekten (Flöhe, Wanzen, Läuse, Fliegen, Stechmücken (Mosquito) u. s. w.) bei der Frage der Pestübertragung nicht ausser Acht zu lassen sind.[1]) Sie können den Krankheitskeim direkt durch den Stich übertragen, oder beim Stechen zerdrückt werden, und dadurch Keime, die sich in oder an ihrem Körper befinden, in die kleine Stichwunde oder in die beim Kratzen entstandenen Hautverletzungen gelangen; durch dieselben Eingangspforten können auch Keime, die sich auf der Haut oder an den Kleidern der Menschen befinden, eindringen. Endlich können die Insekten auch den Krankheitskeim auf Speisen und Geräthe übertragen.

c. Verschleppung durch Wäsche: Eine solche wird von keiner Seite bezweifelt; Flügge weist noch darauf hin, dass in unserem Klima die Haltbarkeit der Pestbazillen sicher eine grössere sei, besonders in feuchten, dunklen Kellerwohnungen und auf Schiffen. Ueber die Infektionsgefahr durch Kleidungsstücke ist nichts Zuverlässiges bekannt; Waaren sind dagegen an sich von untergeordneter Bedeutung, auch Felle, da Rinder, Pferde u. s. w. nicht an Pest leiden, die Felle ausserdem in Indien vor dem Versand an der Sonne getrocknet und dann arsenizirt werden.

d. Wasser und Nahrungsmittel: Im Wasser halten sich die Pestbakterien bis zu 20 Tagen (Löffler), sie vermehren sich aber nicht wie die Cholerabazillen. Nach Ansicht von Pfeiffer und Sticker spielt das

[1]) Nach einem Bericht von Matignon über die Pest in der Mongolei sollen dort Infektionen von Ratten oder zahmen Hausthieren nicht beobachtet sein, dagegen behaupten die Missionare, dass im Jahre 1896 während der Höhezeit der Pest die Fliegen in Masse gestorben seien. (Nach einem Referat in dem Zentralblatt für Bakteriologie; XXVI. Bd., S. 365).

Wasser in epidemiologischer Beziehung für die Pestverbreitung keine grosse Rolle, obwohl seine Verseuchung durch Pestratten sowie durch Waschen infizirter Wäsche, durch Baden pestkranker Menschen u. s. w. nicht ausgeschlossen ist. Durch Nahrungsmittel ist eine Infektion möglich, wenn sie mit pestkeimhaltigen Material auf irgend eine Weise verunreinigt sind; ob dadurch primäre Darmpest entsteht, ist noch nicht klargestellt.

F. Prophylaxe der Pest.

1. **Ueberwachung des Verkehrs von Personen und Waaren.** Nach den internationalen Vereinbarungen auf den Konferenzen in Dresden und Venedig ist es den Vertragsstaaten überlassen, für die Regelung und Ueberwachung des Flussschifffahrtsverkehrs eigene Bestimmungen zu treffen; diese Ueberwachung hat zwar nicht solche Bedeutung wie bei der Cholera, jedoch müssen Schiffe mit kranken Leuten zurückgehalten werden. Strenger ist die Kontrole der Seeschiffe, die namentlich aus verseuchten Häfen kommen, durchzuführen; etwaige pestkranke oder pestverdächtige Personen sind im Quarantänelazareth zurückzubehalten, um eine Einschleppung zu verhüten; die Quarantäne hat mit Rücksicht auf die Inkubationsdauer der Krankheit 10 Tage zu dauern.

Landquarantänen behufs Ueberwachung des Eisenbahn- und Kleinverkehrs an der Grenze sind nicht zulässig, nur Personen dürfen zurückgehalten werden, die Krankheitszeichen der Pest darbieten. Es empfiehlt sich daher die Eisenbahnreisenden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand mit Hülfe des entsprechend zu unterweisenden Zugpersonals überwachen zu lassen und an der ersten Grenzstation eine ärztliche Besichtigung anzuordnen, die möglichst mit der Zollabfertigung in der Weise zu verbinden ist, dass die Reisenden dadurch nur möglichst kurze Zeit aufgehalten werden. Sehr häufig werden übrigens das Zugpersonal und die Ueberwachungsärzte durch Mitreisende auf etwaige kranke oder krankheitsverdächtige Reisende aufmerksam gemacht werden. Eisenbahnwagen, in denen sich ein Kranker befunden, sind auf der nächsten Station auszuschalten und zu desinfiziren; dasselbe gilt betreffs Güterwagen, in denen pestverdächtiges Gepäck u. s. w. befördert ist. An den Grenzen sind besondere Unterkunftsräume für Gesunde und Kranke bezw. Verdächtige zu beschaffen, insbesondere für Auswanderer, Zigeuner u. s. w., die am besten in besonderen Zügen und geschlossenen Trupps von einer Grenze zur anderen transportirt oder wieder über die Grenze zurückgeschickt werden. Reisende aus verseuchten Gegenden werden zweckmässig einer 10tägigen Ueberwachung von dem Tage der Abreise an gerechnet, unterstellt. Die mit Rücksicht auf den Grenzübertritt der Post- und Eisenbahnbeamten von den betheiligten Verwaltungen anzuordnenden Massnahmen sind so zu treffen, dass der regelmässige Dienst dadurch nicht gehemmt wird.

Auch der Kleinverkehr an der Grenze zu Fuss oder zu Wagen ist in geeigneter Weise zu überwachen.

Die Massnahmen über den Waarenverkehr sind ebenfalls international geregelt; die Einfuhrverbote dürfen sich nur auf Leibwäsche, alte und getragene Kleidungsstücke, gebrauchtes Bettzeug, Hadern und Lumpen erstrecken; die Durchfuhr derselben ist gestattet, wenn sie so verpackt sind, dass unterwegs eine Berührung damit nicht möglich ist.

2. **Feststellung des ersten Erkrankungsfalles.** Sämmtliche Mitglieder der Konferenz stimmen darin überein, dass zur Sicherung eines einheitlichen Verfahrens bei der Pestdiagnose zentrale Kurse und zwar sowohl im Kaiserlichen Gesundheitsamte, als auch im Institut für Infektionskrankheiten von etwa 14 Tagen Dauer abgehalten werden behufs Ausbildung von geeigneten, mit Pest vertrauten bakteriologischen Sachverständigen. An diesen sollen auch sich freiwillig meldende, geübte Bakteriologen theilnehmen können, die an Instituten angestellt sind, welche von den Landesregierungen mit der Untersuchung pestverdächtiger Fälle betraut sind. Es sind auch bereits mehrere derartige Kurse von den vorgenannten Instituten für je 6 Theilnehmer in Aussicht genommen; zu denen besonders ältere und geübte Assistenten der hygienischen Universitätsinstitute einberufen werden sollen; desgleichen soll die Theilnahme den Sanitätsoffizieren der Marine und des Landesheeres offen gehalten, deren Mitwirkung im Bedarfsfalle von der Militär-Medizinal-Verwaltung in Aussicht gestellt wird.

Ebenso werden nach Mittheilung von Kirchner in Preussen für die Medizinalbeamten Demonstrationskurse und Besprechungen der Diagnose und Prophylaxe der Pest eingeführt, an denen in erster Linie die Reg.- und Medizinalräthe theilnehmen sollen, um dadurch zugleich eine enge Beziehung zwischen den Medizinalbeamten und den Direktoren der hygienischen Institute ihrer Provinz herbeizuführen. (Diese Kurse haben bereits stattgefunden.) Für das Königreich Sachsen sind ebenfalls derartige Kurse in Dresden und Leipzig in Aussicht genommen.

Zur rechtzeitigen Feststellung des ersten Erkrankungsfalls ist die Anzeigepflicht jedes Falles unbedingt erforderlich; Gaffky verlangt eine solche für alle tödtlich endenden Pneumonien in Pestzeiten, eine Forderung, der nach Ansicht des Direktors des Kaiserlichen Gesundheitsamtes keine gesetzlichen Bedenken entgegenstehen werden.[1]) Ein weiteres Erforderniss ist die sofortige Entsendung eines Sachverständigen an Ort und Stelle, sowie die Einrichtung fliegender Laboratorien in verseuchten oder bedrohten Gegenden, um hier die Untersuchungen sofort vornehmen zu können. Für diese Laboratorien ist zunächst die Herstellung von pestsicheren Räumen nothwendig, in denen dann im Bedarfsfalle die Laboratorien so lange als nöthig sofort etablirt werden können. Die dazu gehörige Einrichtung, die der von der Deutschen Pestkommission seiner Zeit mitgenommenen entspricht und in vier Kästen verpackt alles zur Untersuchung pesthaltigen Materials enthält (Kostenpreis: 3000 Mark), ist bereit zu halten, um an den betreffenden Ort jeder Zeit geschickt werden zu können. In Preussen sind bereits drei derartige Einrichtungen angeschafft, sowie pestsichere Räume in einzelnen Orten der Ostgrenze und an den Seequarantänestationen (Memel, Neufahrwasser, Swinemünde und Emden) hergestellt, desgleichen von Bremen in Bremerhaven und von Hamburg in Kuxhaven. Durch die fliegenden Laboratorien werden übrigens die stehenden Untersuchungsstationen nicht überflüssig, durch jene kann nur die Diagnose schneller bewirkt werden. Herr Direktor Dr. Köhler, erachtet es für empfehlenswerth, dass auch andere Bundesstaaten soweit als nöthig schon jetzt für Bereitstellung pestsicherer Untersuchungsräume sorgen.

3. **Andere Massregeln beim Ausbruch der Pest im Deutschen Reiche.**

a. Isolirung der Kranken. Unterbringung derselben in Krankenhäuser. Da eine strenge Isolirung der Kranken im Hause schwer durchführbar ist, liegt seine Unterbringung ins Krankenhaus sowohl in seinem eigenen Interesse, als in dem des Publikums. Eine gesetzliche Handhabe fehlt allerdings dazu bisher in den meisten Bundesstaaten und sollte jedenfalls im künftigen Seuchengesetz vorgesehen werden. Der Ueberredungskunst, sowie dem Geschick und Takt der zuständigen Polizei- und Medizinalbeamten wird aber in den meisten Fällen die Durchführung jener Massregel gelingen, zumal die frühere Scheu, besonders der ländlichen Bevölkerung, gegen die Krankenhäuser jetzt sehr abgenommen hat. Ist der Kranke nicht transportfähig oder ein Krankenhaus mit geeigneten Isolirräumen in der Nähe nicht vorhanden, so muss der Kranke im Hause belassen werden und ist dann die Wohnung oder das Haus zu räumen (s. unter b). Sticker und Gärtner empfehlen, namentlich für ländliche Ortschaften, die Aufstellung von Baracken ins Auge zu fassen.

b. Massnahmen bezüglich der Umgebung des Kranken: Für die Räumung eines Pesthauses lassen sich allgemeine Vorschriften nicht geben, es kommt auf den einzelnen Fall an. Ist die Pest spontan entstanden und der Verdacht gegeben, dass die Krankheit von den Ratten ausgeht, so ist das ganze Haus zu räumen; ist der Erkrankungsfall jedoch eingeschleppt, so genügt es, die Wohnung zu räumen. Es ist noch fraglich, ob es besser sei, die Kranken aus der Wohnung zu entfernen oder die Gesunden; Pfeiffer spricht sich für Letzteres aus, während Gaffky eine ständige ärztliche Kontrole

[1]) Für Preussen trifft diese Ansicht nicht zu; denn hier ist nicht einmal die Anzeigepflicht bei Pest gesetzlich zulässig, so lange das Regulativ vom 8. August 1835 gilt; ein Grund mehr, dies endlich aufzuheben und durch ein Landes- oder besser Reichsgesetz zu ersetzen.

der Gesunden für ausreichend hält, ihnen aber das Recht belassen will, sich frei zu bewegen. Erfolgt in dem Hause, in welchem die Evakuirten untergebracht sind, ein neuer Ausbruch von Pest, so ist auch dieses zu evakuiren. Hoffmann (Leipzig) fordert, dass die Pesthäuser äuserlich kenntlich gemacht werden, während Flügge nochmals als Wunsch der Versammlung betont, dass die Ueberführung der Pestkranken ins Krankenhaus nach Möglichkeit angestrebt werden müsse.[1])

c. Behandlung der Pestleichen. Da die Pestbazillen in Leichen nach 4 Tagen abgetödtet sind, so bedingen die Leichen nach der Beerdigung eine geringe Gefahr. Die Beerdigungsfrist ist jedoch abzukürzen und, solange die Leiche über der Erde steht, die grösste Vorsicht zu beobachten. Ein Transport derartiger Leichen nach anderen Orten ist nach den bestehenden Bestimmungen (s. Bundesrathsbeschluss vom 1. Dezember 1887) erst nach Jahresfrist zulässig.

d. Betreffs der Desinfektion berichtet Flügge, dass eine Wohnung mit dem Breslauer Apparat auch ohne Dichtung sicher desinfizirt werden könne, wenn die Menge des von aussen in das Zimmer geleiteten Formalins auf das Dreifache erhöht werde; auf diese Weise brauche man das Pestzimmer gar nicht zu betreten. Gärtner hält ebenfalls Formalin zur Desinfektion für genügend, wenn man gleichzeitig die Fugen desinfizire mit chemischen Desinfektionsmitteln. Dies ist besonders in Bezug auf Eiter und Schmutzflecken nöthig. Von den chemischen Desinfektionsmitteln wirken Säuren besser als Alkalien; 1 % ige Karbolsäure- und Lysollösung, bewirkt in 5—10 Minuten, 1 ‰ ige Sublimatlösung sofort Abtödtung des Pestbazills, 1 % ige Chlorkalklösung in 15 Minuten, Schwefelsäure in 5 Minuten, Seifenlösung dagegen nicht. Eine Bouillonkultur mit 0,44 % Formaldehyd versetzt enthielt nach dem Versuchen von Abel nach 3 Stunden keine lebenden Bazillen mehr; Insekten werden jedoch durch Formalin nicht getödtet.

Kirchner hebt den Mangel an geschulten Desinfektoren hervor und fragt an, ob die Vorstände der hygienischen Institute zur Ausbildung von derartigen Personen bereit sind; Fränkel (Halle) erklärt sich Namens seiner Kollegen hierzu bereit.[2])

e. Schutz der Krankenpfleger und Aerzte: Zu diesem Zwecke werden besonders bei Lungenpest empfohlen: das Tragen eines feuchten, nach dem Gebrauche zu desinfizirenden Schwammes (Gaffky), oder eines sehr feinmaschigen, von der Mütze in grossen Falten herabhängenden, am Halse fest anschliessenden Schleiers (Flügge)[3]) Gärtner verlangt die Unterbringung der Pestpneumoniker in besondere Zimmer, während Kurth vorschlägt, die Pestkranken während des Lungenödems bezw. bei Lungenpest unter einen Schleier (Hübner'sche Maske) zu bringen. Wernicke empfiehlt die Benutzung eines Schutzmantels.

f. Bekämpfung der Ratten: Bei der grossen Vermehrungsfähigkeit der Ratten ist eine fortgesetzte und nicht bloss eine periodische Bekämpfung erforderlich; auf eine vollständige Ausrottung derselben wird überhaupt kaum

---

[1]) Zu den Massnahmen betreffs der Umgebung des Kranken gehört auch die geeignete Belehrung der Bevölkerung, deren Werth nicht zu unterschätzen ist.

[2]) In dem Medizinalbeamten-Kursus zu Göttingen wurde diese Frage ebenfalls berührt und dabei von verschiedenen Seiten hervorgehoben, dass die bisherige Ausbildung der Desinfektoren durch die Kreisphysiker einmal den betreffenden Personen weniger Unkosten verursache, anderseits aber den Kreisphysikern gleich von Anfang an die beste Gelegenheit gebe, die Desinfektoren seines Kreises in Bezug auf Fähigkeit, Zuverlässigkeit u. s. w. kennen zu lernen. Vor allem sei es erforderlich, bei der Auswahl der betreffenden Personen vorsichtig zu sein, ihre Stellung ausserdem durch Gewährung eines festen entsprechenden Gehaltes zu einer besseren und gesuchteren zu machen und die Desinfektoren später in ihrer Thätigkeit fortdauernd zu überwachen sowie periodischen Nachprüfungen zu unterziehen.

[3]) Zweckmässig für den Arzt erscheint auch ein aus mehreren Lagen bestehender Schleier, der vor dem Gebrauche stets mit 1 ‰ iger Sublimatlösung angefeuchtet wird.

gerechnet werden können. Grosse Rattenherden sind in Markthallen, in der Nähe von Getreide- und Proviantschuppen, von Schlachthäusern, Kanälen u. s. w zu finden. Als Mittel zur Vertilgung werden empfohlen: Strychninweizen (hat nach Frosch in Porto gute Dienste geleistet), Phosphorlatwerge und Schwefelsäure.[1])

g. Schutzimpfungen. Dieselben müssen wirksam sein und keine Gefahren bringen. Man unterscheidet aktive und passive Immunisirung. Bei der aktiven Immunisirung, bei der durch Einbringung eines Reizes, des Pestgiftes, Schutzstoffe im Blute erzeugt werden, liegt die Schwierigkeit darin, dass manche Menschen eine verhältnissmässig starke Reaktion zeigen und der Impfschutz (Immunstoffe) erst nach 8 Tagen eintritt; dann aber wahrscheinlich mehrere Monate anhält, im Gegensatz zur passiven Immunität (durch Einspritzung von Serum eines aktiv immunisirten Thieres erzielt), die zwar sofort eintritt, aber von sehr kurzer Dauer ist. Letztere ist auch weit unsicherer, während die aktive Immunität allerdings auch nur relativen Schutz gewährt, jedoch erkranken die so Immunisirten weniger zahlreich und weniger intensiv, Man darf nach Pfeiffer zu dieser Schutzimpfung nur die abgetödteten Bakterienleiber benutzen, die Filtrate sind unwirksam; desgleichen muss man möglichst grosse Dosen geben, um Erfolge zu erzielen. Wie weit die Dosis des dem Menschen einzuverleibenden Pestvaccins ohne Gefährdung hinausgeschoben werden kann, darüber sind noch weitere Untersuchungen angezeigt. Haffkin hat die aktive Immunisirung in Indien mit Erfolg und in grosser Ausdehnung (bis 11 000 Personen) angewandt. Er immunisirt durch Einspritzung von 1—3 ccm von abgetödteten Bouillonkulturen, benutzt dazu ältere Kulturen, tödtet sie durch Erwärmen auf + 70° C. ab und setzt $^1/_2$ % Karbolsäure hinzu, welche 20 Stunden eingewirkt haben muss, ehe das Vaccin verwendet werden darf (Pfeiffer empfiehlt nur hochvirulente Kulturen zu benutzen, die bei + 65° C. in einer Stunde abgetödtet sind). Die Herstellung des Vaccins ist leicht, ob es sich so lange wie dasjenige der Cholera (4 Wochen bei + 37° C.) als haltbar erweist, erscheint fraglich.

Betreffs der von Yersin und namentlich von den Franzosen geübten Schutzimpfung mit Pestserum (passive Immunität) bezweifelt Pfeiffer die Angaben der französischen Forscher, wonach durch Einspritzung von 10 ccm Serum ein 4 wöchentlicher Impfschutz erreicht werde; da dieser aber sofort eintrete und der aktive erst nach 8 Tagen, regt er an, eventuell beide Immunisirungsarten mit einander zu kombiniren und zwar in der Weise, dass man die abgetödteten Kulturen mit Pestserum gemischt einspritzt. Ueber den Werth der passiven Immunisirung ist jedenfalls das Urtheil noch nicht genügend geklärt; eine vorurtheilsfreie Nachprüfung und weitere Untersuchungen sind daher

---

[1]) Als sehr wirksames Mittel gegen Ratten haben sich auch frische Meerzwiebel (Bulbus Scillae) erwiesen. In Altona hat man zur Vernichtung der Ratten in den Sielen folgendes Verfahren angewandt: Kleine Fische (Stinte) werden an der Bauchseite aufgeschnitten und dann, nachdem ihre Bauchhöhlung mit Phosphorlatwerge bestrichen ist, in den Sielen auf trockenen Stellen niedergelegt. Nach Ablauf von 6—8 Tagen werden die Futterstellen revidirt und erforderlichenfalls von Neuem mit Gift belegt; von 149 Futterstellen erwies sich dies z. B. bei 140 nöthig. Stadtbauinspektor Nehring nimmt an, dass auf diese Weise wöchentlich 1000 Ratten getödtet werden (Technisches Gemeindeblatt; 1899, Nr. 16, S. 248). Brix (Wiesbaden) führt in Nr. 20 der Gesundheit, S. 389, aus, dass die Ratten sich vorzugsweise in den älteren Kanälen aus rauhem Mauerwerk und mit flacher Sohle aufhalten, dagegen aus neuen, glattwandigen, modern konstruirten vollständig verschwinden, da sie keine Ansiedelungsstellen mehr finden und sich hier auch keine Nahrung bietenden Ablagerungen mehr bilden, besonders je regelmässiger und sorgfältiger der Reinigungs- und Spülbetrieb gehandhabt werde. Der Weg zu ihrer Beseitigung liege daher auf rein technischem Gebiete: Einführung einer Neukanalisation und im Anschluss hieran Herstellung von guten, mit vorschriftsmässigen Wasseranschlüssen versehenen und völlig dichten Hauskanälen. Es sei dies umsomehr nöthig, da sich sonst die Ratten durch das Kanalnetz über einen ganzen Ort verbreiten, von den Kanälen in die Keller der Häuser dringen und so den Ansteckungsstoff nach allen Seiten hin verbreiten können.

unbedingt erforderlich. Als höchstwahrscheinlich scheint sich herauszustellen, dass die Impfung mit Serum nur dann Zweck und Werth hat, wenn die Immunisirung der das Serum liefernden Thiere mit sehr virulenten und vor Allem mit lebenden Kulturen geschieht.

Pfeiffer betont die Nothwendigkeit der Schaffung einer staatlichen Zentralstelle, die sich nicht nur mit der Herstellung des Schutzimpfstoffes, sondern auch mit der Herstellung eines wirksamen Pestserums befasse. In gleicher Weise sprechen sich Ehrlich, Kirchner, Flügge, Gaffky, Fränkel, Wernike und Löffler aus; ein derartiges Institut sei nicht nur vom wissenschaftlichen und praktisch-therapeutischen, sondern auch vom opportunistischen und nationalen Standpunkt aus unbedingt nothwendig. Kirchner erwähnt, dass im preussischen Kultusministerium bereits im Jahre 1897 diese Frage ventilirt sei, und man jetzt derselben sicher wieder näher treten werde.

Eine Ausdehnung der Schutzimpfung auf die ganze Bevölkerung des infizirten Ortes wird nicht für nothwendig und durchführbar erachtet; es genügt, wenn Aerzte und Pfleger immunisirt werden.[1])

Schliesslich werden folgende zwei Resolutionen einstimmig angenommen:

1. Es sollten Institute mit der Herstellung von Vaccin (Schutzimpfstoff) gegen Pest, sowie von Serum zur Prüfung von Pestkulturen mittels der Agglutinationsprobe beauftragt werden.

2. Es sollte ein Institut errichtet werden zur Gewinnung wirksamen Pestserums für Menschen.

Die Verbreitung des Heilpersonals im Deutschen Reiche. Nach den amtlichen Erhebungen vom 1. April 1898. Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte; Band, VI. Heft 1. Verlag von Julius Springer-Berlin.

Zum dritten Male seit Wiederaufrichtung des Deutschen Reiches hat am 1. April 1898 eine statistische Aufnahme des gesammten Heilpersonals in allen Staaten des Reiches stattgefunden, und sind deren Ergebnisse in Form übersichtlicher Tabellen vom Kaiserlichen Gesundheitsamte vor Kurzem veröffentlicht. Den Tabellen ist eine Besprechung vorangeschickt, welche u. A. die Ergebnisse der letzten Aufnahme mit denen der vorletzten vom 1. April 1887 vergleicht; ausserdem sind zweifarbige Karten des Reiches beigefügt, welche die Vertheilung des ärztlichen Personals und der Hebammen auf die einzelnen Kreise und entsprechenden Verwaltungsbezirke veranschaulichen. Die Tabellen lassen 1. für jeden Staat und jedes grosse Staatsgebiet (preussische Provinz), 2. für jeden grösseren Verwaltungsbezirk (preussischen Regierungsbezirk), 3. für jeden engeren Verwaltungsbezirk (preussischen Kreis), 4. für jede der 178 grossen Städte des Reiches mit mindestens 20000 Einwohner die Zahl der Aerzte, Zahnärzte, Thierärzte, Hebammen, Heildiener etc. ersehen, und zwar immer sowohl für den ganzen Bezirk, wie für die Gesammtheit a) der grossen, b) der mittelgrossen, c) der kleinen Gemeinden jedes Bezirks.

Was die unter I aufgeführten approbirten Aerzte betrifft, so füllen die Angaben über dieselben sechs Spalten der Tabellen; neben den „Privatpraxisausübenden", allopathischen Zivilärzten werden die „ausschliesslich in und für Anstalten thätigen Arzte" nachgewiesen, dann folgen die homöopathisch behandelnden Z ivilärzte, die aktiven Militär- und Marineärzte, von denen die zur Zivilpraxis angemeldeten besonders gezählt sind, endlich die Gesammtzahlen der Aerzte eines jeden Bezirks.

Eine weitere Spalte (II) ist für die sonst noch approbirten ärztlichen Medizinalpersonen, die nur den Namen „Wundärzte" oder „Landärzte" etc. führen dürfen, bestimmt; von diesen sind im Königreich Preussen nur noch 19, in den anderen Bundesstaaten aber insgesammt noch 252 letzthin gezählt worden. Ferner ist auch die Zahl der nicht approbirten, mit Behandlung kranker Per-

---

[1]) Für die Desinfektoren wird eine Schutzimpfung ebenfalls angezeigt sein.

sonen berufsmässig beschäftigten Personen festzustellen versucht, und sind unter Nr. VII 2293 männliche und 766 weibliche Personen dieser Berufsklasse nach dem Bezirk ihrer Thätigkeit aufgeführt.

Neben den Zahnärzten (III) werden unter Nr. IV in zwei Spalten die selbstständigen und die nicht selbstständigen Zahntechniker nachgewiesen; dann folgen in drei Spalten die berufsmässigen Heildiener (V) einschl. der Masseure und Masseusen, hierauf in zehn Spalten die berufsmässigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen (VI); diese sind nicht nur nach dem Geschlecht, sondern auch nach den Verbänden, denen sie event. angehören, gesondert. Unter Nr. VIII sind die approbirten Thierärzte in fünf Spalten — Zivil-, Militär-, Anstalts-Thierärzte etc. — nachgewiesen, ihnen folgen die nicht approbirten, mit Behandlung kranker Thiere berufsmässig beschäftigten Personen (Nr. IX), und endlich unter Nr. X. die Hebammen.

Der Vergleich mit den Zählungsergebnissen von 1887 zeugt, dass innerhalb der elf Jahre die Summe der approbirten Aerzte im Reiche von 15824 auf 24725, also um mehr als die Hälfte der damaligen Zahl, (56,25%) zugenommen hat, während die Einwohnerzahl im Reiche nur um 14% zunahm; damals kam erst auf je 3000 Bewohner, jetzt schon auf je 2197 Bewohner ein Arzt. Am stärksten hat sich allerdings die Zahl der ausschliesslich in und für Anstalten thätigen Aerzte vermehrt, nämlich von 581 auf 1927; immerhin ist auch die Zahl der Privatpraxis ausübenden Zivilärzte von 13908 auf 21178, also um 52,3% gestiegen. Am wenigsten hat sich merkwürdiger Weise die Gesammtzahl der Aerzte in den mittelgrossen Gemeinden (von 5000—20000 Einw.) erhöht, weit mehr — im Verhältniss zur Einwohnerzahl — in den Gemeinden mit weniger als 5000 Einw., am stärksten in den grossen Gemeinden, da deren Aerztezahl um 90%, deren Einwohnerzahl nur um ca. 48% gestiegen ist. Erwähnt sei, dass in Charlottenburg die Zahl der Aerzte auf das Elffache (von 25 auf 277) gestiegen ist, dass sie ferner auf mehr als die doppelte Zahl noch in Berlin, Hannover, Stettin, Essen, Duisburg, Dortmund, Darmstadt, Mannheim, Chemnitz und namentlich auch in Spandau und Schöneberg angewachsen ist. Innerhalb des gesammten Preussischen Staates war der Zuwachs an praktizirenden Zivilärzten durchschnittlich = 56% der vor 11 Jahren festgestellten Zahl; sehr viel geringer (36—39%) war aber der Zuwachs in Schleswig-Holstein, Hannover, Ostpreussen, Posen, und geringer als im Durchschnitt (40%—47%) auch in Pommern, Schlesien, Westpreussen, Sachsen, Hessen-Nassau und der Rheinprovinz, so dass der weitaus stärkste Zuwachs innerhalb des Königsreichs auf Berlin, die Mark Brandenburg und Westfalen entfällt. In Süddeutschland war die Zunahme der Aerzte am geringsten in Elsass-Lothringen und Württemberg, am stärksten in den Grossherzogthümern Hessen und Baden, innerhalb Bayerns am stärksten in Oberbayern und der Pfalz. Von den 1620 in den Listen nachgewiesenen, aktiven Militär- und Marineärzten hatten sich jetzt nur 31 von je 100, bei der vorigen Zählung dagegen 57 von je 100 zur Zivilpraxis angemeldet; man darf daraus schliessen, dass die Gelegenheit, Zivilpraxis auszuüben, für die aktiven Sanitätsoffiziere geringer geworden ist.

Zieht man den am 1. April 1898 festgestellten Bestand an Aerzten in Betracht, so findet man wie vor elf Jahren die meisten Aerzte im Verhältniss zur Einwohnerzahl: 1) in den Staatsgebieten von Hamburg, Lübeck und Bremen, 2) in den an Kurorten reichen Gebieten von Hessen-Nassau und Waldeck, die wenigsten andererseits in Posen, Westpreussen, Ostpreussen, Reuss ä. L. und Schaumburg-Lippe. Von engeren Verwaltungsbezirken zeigen u. A. einige preussische Landkreise in der unmittelbaren Umgebung grösserer Städte die niedrigsten Ziffern, wonach ein Arzt erst auf mehr als 10000 Einwohner kam (nämlich die Landkreise Tilsit, Königsberg, Elbing, Stolp, Posen-West). Die am reichsten mit Aerzten versehenen Verwaltungsbezirke sind durchweg Stadtkreise; obenan steht Charlottenburg, demnächst war, wie schon früher, die Aerztezahl in einigen Universitätsstädten, namentlich Bonn, Freiburg, Heidelberg, Giessen, Göttingen sehr hoch, darauf kommen Wiesbaden und Schöneberg bei Berlin, dann erst Berlin selbst, Frankfurt a/M. und München. Auffallend gering war demgegenüber die Verhältnisszahl der Aerzte zur Bevölkerung in Ingolstadt, Elberfeld, Barmen, Crefeld, Malstatt-Burbach, Metz, Mülhausen i/E. und in einigen Vororten grosser Städte, wie Rixdorf, Lichtenberg, Weissensee

b. Berlin, Altenessen, Altendorf und Borbeck b. Essen, Linden, Meiderich, dementsprechend auch in den Städten Spandau, Harburg, Altona, Mülheim a. Rh. — Die kleinen Gemeinden, d. h. diejenigen, welche bei der letzten Volkszählung weniger als 5000 Einwohner gehabt hatten, waren in den östlichen Regierungsbezirken des preussischen Staates weit ungenügender mit Aerzten versehen als im Westen und Südwesten des Reiches, und selbst die kleinen Gemeinden des Schwarzwaldes und des Erzgebirges waren verhältnissmässig reicher an Aerzten als die des östlichen Preussens. Die Untersuchungen über den räumlichen Umfang der ärztlichen Thätigkeit nach qkm ergaben, soweit sie zunächst nur die „Aerzte der kleinen Gemeinden" berücksichtigen, dass der kleinste Bezirk auf je einen Arzt in Hessen, Sachsen und Waldeck, der grösste auf je einen Arzt in Ostpreussen, Westpreussen, Pommern, Posen, demnächst in Mecklenburg-Strelitz und Mecklenburg-Schwerin entfällt.

Aus den Angaben über die Zahnärzte und Zahntechniker im Reiche sei erwähnt, dass zwei Drittel aller 1299 approbirten Zahnärzte in den Orten mit mehr als 20000 Einwohnern sich befinden, obwohl in diesen Orten kaum ein Fünftel der Bevölkerung des Reiches lebt. Dem Bedürfnisse des Publikum nach zahnärztlicher Fürsorge wird in den kleineren Orten weit mehr durch „Zahntechniker" als durch Zahnärzte entsprochen, da in den Gemeinden mit weniger als 20000 Einwohner 47 selbstständige Zahntechniker auf je 6 Zahnärzte entfallen, während in den grösseren Gemeinden dass Verhältniss 10:6 ist.

Mit Hebammen waren die Bewohner des Reiches nach der letzten Aufnahme verhältnissmässig weniger versehen als elf Jahre vorher; denn erst auf 1413 Bewohner wurde jetzt eine Hebamme nachgewiesen, während damals eine solche schon auf je 1300 Bewohner kam; von Frauen im Alter der Gebärfähigkeit kamen damals etwa 298, jetzt erst 323 auf je eine Hebamme. Im Einklang mit der im Verhältniss zum Wachsthum der Bevölkerung nur geringen Zunahme der Hebammen (von 36046 auf 37025) steht die Thatsache, dass auch die Zahl der Entbindungen keineswegs dem Anwachsen der Bevölkerung entsprochen hat, sondern erheblich dahinter zurückgeblieben ist, indessen entfiel eine Hebamme im Reichsgebiet jetzt auf 53, vor elf Jahren schon auf 50 Neugeborene. In letzterer Hinsicht waren jetzt, wie auch damals, der Hamburgische Staat und die Provinz Posen am schlechtesten, andererseits Waldeck, Hohenzollen, Sachsen-Weimar, Schwarzburg-Rudolstadt, Hessen und Baden am reichlichsten mit Hebammen versehen. Günstiger als vor elf Jahren ist das Verhältniss der Hebammenzahl zur Zahl der jährlich geborenen Kinder nur in Berlin, Ostpreussen und Posen, ferner in den Bundesstaaten Lippe, Sachsen-Weimar und Sachsen-Coburg-Gotha geworden. Rahts-Berlin.

Besprechungen.

Klinisches Jahrbuch. VII. Bd., III. Heft. Jena 1899. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 358 Seiten. Preis: 3 M.

1. **Dr. Max Neisser** und **Dr. B. Heymann:** Bericht über die 2jährige Thätigkeit (26. Juli 1896 bis 1898) der Diphtherie-Untersuchungstation des hygienischen Instituts zu Breslau.

Untersuchungsämter für diphtherieverdächtiges Material wurden zuerst in Newyork im Jahre 1893 eingerichtet. Gegen Ende 1894 folgten dem Beispiel Amerikas einige europäische Städte; erst 1896 wurde in Breslau auf Anregung des Geh. Med.-Raths Dr. Flügge eine besondere Untersuchungsstation für diphtherieverdächtiges Material im hygienischen Institut errichtet und am 26. Juli eröffnet. Die Entnahmeapparate lieferte die Station kostenlos an sämmtliche Apotheker der Stadt, welche ihrerseits wiederum deren kostenlose Verausgabung an die Aerzte veranlassten. Der Arzt macht die Entnahme beim Patienten und liefert die Apparate an die Apotheke zurück, welche telephonisch dem Institut meldet, dass ein Apparat abzuholen ist. Der Institutsbote bringt darauf den Apparat unverzüglich in das Institut, von wo aus nach Fertigstellung der Diagnose dem Arzte sofort die Antwort mitgetheilt wird.

Die Entnahmeapparate bestehen aus einem Couvert von starkem gewebten Papier, enthaltend eine Holzbüchse mit dem für die Entnahme bestimmten Instrument, einer kurzen Gebrauchsanweisung für den Arzt und einen sogenannten Begleitschein. Letzterer ist vom Arzte mit den Namen, der Wohnung des Kranken, mit Notizen über den muthmasslichen Beginn der Erkrankung, die örtlichen Krankheitserscheinungen und über die Zeit der Probeentnahme auszufüllen; der Schein enthält ausserdem die Angabe, wohin die Antwort zu senden ist; und trägt die Namensunterschrift des Arztes.

Die Kosten für den Betrieb der Station betrugen für das Jahr etwas über 3000 Mark; der einzelne Entnahmeapparat kostet bei grösseren Bezügen 25,5 Pfennige pro Stück.

Innerhalb der Berichtszeit wurden im Ganzen 2196 Untersuchungen ausgeführt, darunter 229 = 10 % Nachuntersuchungen. Für die eigentliche Diagnose war ein Zeitraum von etwa 5 $\frac{1}{2}$ Stunden für positive Fälle erforderlich abzüglich derjenigen Fälle, die auf Grund des Originalpräparates fast unmittelbar nach dem Eintreffen beantwortet werden konnten. Negative Diagnose erforderten 8 $\frac{1}{2}$ bis höchstens 16 Stunden.

Die Benutzung der Station von Seiten der Aerzte hat sich vom I. bis IV. Semester ihres Bestehens um mehr als 100 % gesteigert, wobei sich die eigenthümliche Thatsache herausstellte, dass die Zahl der eingesandten Nichtdiphtherien ungleich mehr zugenommen hat, als die Zahl der Diphtherien.

Die Untersuchung erfolgte in der Regel durch Ausstrich auf Löffler'schem Rinderblutserum.

Es werden angefertigt: 1) Originalpräparat von der Sonde direkt; 2) Klatschpräparat von der Serumplatte, nachdem sie etwa 6 Stunden bei + 34—35 Grad gestanden hat; 3) Abstrichpräparat von der Serumplatte nach 12—20 Stunden.

Nachdem die Herren Verfasser auf einige häufigere Fehlerquellen bei der Untersuchung aufmerksam gemacht haben, theilen sie einzelne bemerkenswerthe Mittheilungen mit:

Als besonders langwierig erwiesen sich die Nasendiphtherien. Bei Scharlachdiphtherien, die meist mit der echten Diphtherie nichts zu thun haben, ist der Diphtheriebacillus nur als eine seltene, vielleicht zufällige Komplikation zu betrachten.

Zur Entscheidung der ausserordentlich wichtigen Frage, ob sich die Fälle mit Bazillen von denjenigen ohne Bazillen oder klinisch und epidemiologisch festgestellten unterscheiden, wurde nach einem von der Anstalt aufgestellten Fragebogen mit Hülfe der die Station benutzenden Aerzte eine werthvolle Statistik gewonnen, welche diese Frage mit aller Deutlichkeit in bejahenden Sinne beantwortete.

Schliesslich stellen die Herren Verfasser einen Vergleich an zwischen ihren eigenen zahlenmässigen Ergebnissen und der amtlichen Statistik der Stadt Breslau, welche nach verschiedenen Richtungen hin interessant ist.

Dass die Untersuchungsstation, nicht nur einem praktischen Bedürfniss entspricht, sondern dass auch durch ihre Arbeiten und ihr Material Fortschritte in der Kenntniss der Diphtherie und ihrer Verbreitung erzielt worden sind,

2. **Prof. Dr. Brieger,** Geh. Med.-Rath und **Dr. Uhlenhuth,** Oberarzt: Ueber Versuche der Uebertragung der Syphilis auf Thiere und über Serumtherapie bei Syphilis. Aus dem Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin.

Wie das Studium der äusserst reichhaltigen Literatur über Syphilis ergiebt, hat man auf experimentellem Wege die Ursachen zu erforschen gesucht, warum die Syphilis nur das Menschengeschlecht durchseucht, die Thiere aber verschont. Alle diese Versuche sind jedoch bisher keineswegs in einwandfreier Weise erledigt worden, eine Thatsache, welche die Herren Verfasser durch kritische Beleuchtung der betreffenden Literatur erweisen. Infolgedessen sahen sich dieselben veranlasst, der Frage der Syphilis-Uebertragung auf Thiere von Neuem näher zu treten. Sie haben Meerschweinchen, Ziegen, Hühnern, Fröschen und Salamandern harten Schanker implantirt, nie aber sekundäre Syphilis be-

obachtet; auch hat das Blutserum von Ziegen, ca. 4 Wochen nach den letzten Schankereinverleibung entnommen und bei 3 Patienten mit frischen Sekundärerscheinungen injicirt, keinerlei Heilwirkung zur Folge gehabt. Frösche und Salamander reagirten nicht einmal auf subkutane Injektionen relativ grosser Dosen von Blut, welches frisch erkrankten Syphilitikern entnommen war.

Weitere Versuche mit Reptilien und Fischen sollen vorgenommen werden.

Dr: Dietrich-Gerdauen (Ostpr.)

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In der ersten Sitzung des Reichstages am 14. v. Mts. wurde eine Petition zur Reform des Irrenwesens und des Entmündigungsverfahrens durch Uebergang zur Tagesordnung erledigt. Der Antrag der Petitionskommission, die eingegangenen Petitionen, betreffend den Erlass eines Gesetzes zur Bekämpfung der Trunksucht, der Regierung zur Berücksichtigung bezw. als Material zu überweisen, wurde angenommen gegen die Stimmen der Sozialdemokraten und Freisinnigen, deren Vertreter ein derartiges Gesetz nicht nur für überflüssig, sondern sogar für schädlich bezeichneten. Es würde nur dazu dienen, eine bestimmte Klasse von Menschen zu chikaniren; mit der Besserung der sozialen Lage verschwinde die Trunksucht von selbst. Von allen anderen Seiten wurde jedoch im Gegentheil auf die Zunahme der Trunksucht, auf die dadurch bedingten schweren Missstände, sowie auf die Nothwendigkeit ihrer Bekämpfung durch eine energischen Gesetzgebung hingewiesen.

An demselben Sitzungstage gelangte ferner der Bericht der Petitionskommission über mehrere Petitionen betreffs Erlass eines Reichswohnungsgesetzes zur Verhandlung. Der Antrag der Kommission, über die Petition zur Tagesordnung zu übergehen, wurde nach einer lebhaften Debatte, an der sich Redner aller Fraktionen, mit Ausnahme der konservativen, betheiligten, abgelehnt und ein Antrag des Abg. Schrader (freisinnige Vereinigung), auf Einsetzung einer Reichskommission zur Untersuchung der gegenwärtigen Wohnungsverhältnisse, Feststelluug der vorhandenen Missstände, sowie der Mittel zu ihrer Beseitigung, angenommen.

Von Seiten der Regierungsvertreter wurde die Erklärung abgegeben, dass die Frage einer reichsgesetzlichen Regelung noch nicht spruchreif sei. Die Wohnungspolizei sei nicht durchführbar ohne eine positive Wohnungsfürsorge (Schaffung billiger Arbeiterwohnungen); ausserdem sei sie untrennbar von der Baupolizei, diese aber Sache der Einzelstaaten. Man könne daher keine einheitlichen wohnungspolizeilichen Bestimmungen für das ganze Reich erlassen.

Auch in Bayern hat sich kürzlich der Landtag mit der Wohnungsfrage beschäftigt. Ebenso haben auf Anregung des ärztlichen Bezirksvereins in Würzburg sich sämmtliche bayerische Aerztekammern bei ihrer letzten Tagung auch mit der Wohnungsfrage beschäftigt und ihre Zustimmung zu einem Antrage dieses Vereins erklärt, in dem der Wunsch ausgesprochen wird: die Staatsregierung möge eine gesetzliche Grundlage schaffen, die es den Polizeibehörden ermögliche, das ungesunde und ungenügende Wohnen auf Grund regelmässiger Wohnungsbesichtigung erfolgreich zu bekämpfen, sowie den Gemeinden das Recht der Enteignung und der zwangsweisen Zusammenlegung gewähre zum Zwecke des Abbruchs ungesunder Häuser, der Durchlegung breiter Strassen durch eng bebaute und ungesunde Stadttheile u. s. w. Desgleichen haben in Sachsen die Aerzte Stellung zu der wichtigen Frage der Verbesserung der wohnungshygienischen Verhältnisse genommen. Ein von dem Kreisvereinsausschuss Leipzig gestellter Antrag: dass durch das zu erlassende Baugesetz das Erbauen von Miethskasernen möglichst erschwert und das Erbauen kleiner Häuser, insbesondere Einfamilienhäuser, möglichst erleichtert werde, ist auf der letzten, am 20. v. Mts. stattgehabten Plenarversammlung des Landes-Medizinalkollegiums zur Verhandlung gekommen.

Unter den dem Reichstag zugegangenen Petitionen befindet sich eine, in der die Oberbürgermeister der Städte Köln, Breslau, Danzig, Kiel, Münster, Dortmund, Magdeburg und Hildesheim bitten, §. 19 des Fleischbeschauge-

setzes wie folgt zu fassen: „Fleisch, welches innerhalb des Reichs der amtlichen Untersuchung nach Massgabe der §§. 9—15 unterlegen hat, darf einer abermaligen amtlichen Untersuchung nur unterworfen werden, a. wenn es in frischem Zustande in Gemeinden mit öffentlicher Schlachthausanlage eingeführt wird, um im Gemeindebezirke feilgeboten, verarbeitet, oder in Gast- oder Speisewirthschaften zum Genusse zubereitet zu werden, b. im Uebrigen nur, um festzustellen, ob das Fleisch inzwischen verdorben ist, oder sonst eine gesundheitsschädliche Veränderung seiner Beschaffenheit erlitten hat."

Prof. Dr. Robert Koch, der zur Zeit in Batavia weilt, wird demnächst seine **Malariaforschungen** in Deutsch-Guinea fortsetzen.

Am 9. d. M. wird der **Ausschuss der preussischen Aerztekammern** zu einer Sitzung in Berlin zusammentreten. Auf der Tagesordnung stehen u. a. das Ergebniss der Kurpfuschereifrage, Erlasse des Medizinalministers, betreffend die Verwendung von Fremdwörtern in ärztlichen Attesten sowie betreffend Verwendung zusammengesetzter Tabletten, Berathung einer ärztlichen Standesordnung, Reform des Hebammenwesens, Stellung der Aerzte zu den Krankenkassen.

Die Sitzung des **Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes** wird am 10. d. M. in Berlin stattfinden.

Die von der Aerztekammer der Provinz Brandenburg **preisgekrönte Schrift über die Gemeingefährlichkeit der Kurpfuscherei**, verfasst von Dr. Carl Alexander in Breslau, liegt jetzt unter dem Titel „Wahre und falsche Heilkunde", ein Werk der Aufklärung über den Werth der wissenschaftlichen Medizin gegenüber der Gemeingefährlichkeit der Kurpfuscherei vor. Um der bei G. Reimer-Berlin erschienenen 52 Seiten starken Schrift die weitgehendste Verbreitung zu sichern, ist der Preis äusserst niedrig bemessen (23 Pfg., der sich bei Abnahme von 51—300 Stück auf 20, von 301—990 Stück auf 16 und über 1000 Stück auf 13 Pfg. ermässigt).

Im Frühjahr 1900 soll ein **internationaler Tuberkulose-Kongress** in Neapel stattfinden unter dem Präsidium des Unterrichtsministers Baccelli. Ein deutsches Komitee für den Kongress ist in der Bildung begriffen.

Vom nächsten Jahre ab wird unter Redaktion der Geh. Medizinal-Räthe und Professoren Dr.Dr. C. Gerhard, B. Fränkel, E. v. Leyden-Berlin eine **Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen** im Verlage von Ambrosius Barth in Leipzig erscheinen. Die Zeitschrift soll für Originalarbeiten aller Art aus dem Gebiet der Tuberkulose-Krankheit und deren Bekämpfung geöffnet sein. Wissenschaftliche Forschungen, klinische Beobachtungen, Prophylaxe und Therapie, die Bedeutung der Heilstätten, deren Bau und Einrichtungen, ökonomische Interessen und ihre soziale Bedeutung — dieses alles soll darin zur Verhandlung kommen. Alle Arbeiten, die selbstständig oder in Journalen anderwärts veröffentlicht sind, sollen besprochen werden, so dass die Zeitschrift dem Leser ein vollständiges Bild der Weltliteratur der Tuberkulose bringt. Die Originalarbeiten können in deutscher, französischer oder englischer Sprache erscheinen. Die Zeitschrift wird in zwanglosen Heften (von 3—6 Bogen) erscheinen. 6 Hefte bilden einen Band, der 20 Mark kostet.

Die Pharmazeutische Zeitung veröffentlicht in Nr. 93 den neuen **Entwurf der Verordnung über den Verkehr mit Arzneimittel**; derselbe wird von uns in der nächsten Nummer der Zeitschrift gebracht und dann gleichzeitig besprochen werden; sein Abdruck in der heutigen Nummer war wegen Mangel an Raum nicht mehr möglich.

In Bremen ist unter dem 9. Oktober d. J. von der Medizinalkommission des Senats eine Verordnung über die **Errichtung und den Betrieb von Apo-**

theken erlassen, die im Allgemeinen den in Preussen darüber geltenden Bestimmungen entspricht.

Das Oberlandesgericht zu München hat durch Urtheil vom 28. Oktober d. J. entschieden, dass in **thierärztlichen Hausapotheken präzisirte Waagen** benutzt werden müssen.

Ableistung der aktiven Dienstpflicht seitens der Apotheker. Durch Allerhöchste Kabinettsordre vom 16. v. M. ist bestimmt, dass zum einjährig-freiwilligen Dienst berechtigte Apotheker, Apotheker-Lehrlinge und Anwärter von ihrer aktiven Dienstpflicht ein halbes Jahr mit der Waffe und nach bestandener Prüfung als Apotheker ein halbes Jahr in ein Lazarethapotheke als einjährig-freiwilliger Militärapotheker ableisten dürfen. Die sonst in der Heerordnung freigestellten Arten der Ableistung der Dienstpflicht — mit der Waffe oder als Militärapotheker — bleiben daneben bestehen.

Todesfall: Als Opfer der Wissenschaft ist der portugiesische Bakteriologe Dr. Pestana der Pest erlegen. Er war von Lissabon nach Porto gereist, um dort Peststudien vorzunehmen und verletzte sich bei der Sektion einer Pestleiche am Finger. Obwohl er sich zum Schutze mit Yersin'schen Pestserum hatte impfen lassen, erkrankte er doch später an Pest und starb nach 4tägigem Krankenlager am 15. d. M. in Lissabon, wohin er kurz vor Ausbruch der Krankheit zurückgekehrt war. Der unglückliche Forscher sah seinem Ende mit Ruhe und Gelassenheit entgegen; er verfügte die Autopsie seines Leichnams und die Uebersendung de für die Wissenschaft interessanten Theile desselben an das Institut Pasteur in Paris.

Pest. In Porto sind vom 27. Oktober bis 16. November 47 Erkrankungen an Pest und 16 Todesfälle angemeldet. In Tamatave (Madagaskar) betrug die Zahl der an Pest erkrankten Personen vom 30. Oktober bis 6. November: 9 mit 5 Todesfällen; in Mozambique scheint sich die Seuche langsam nach dem Innern auszudehnen; in Réunion sind vom 1.—10. November 2 Pesttodesfälle festgestellt, in Assuncion (Paraguay) vom 27. September bis 17. Oktober 23 Erkrankungen mit 14 Todesfällen, jedoch leidet hier die Sicherheit der Berichterstattung, da ein Theil der Aerzte die Seuche nicht als Pest ansieht.

Die Zahl der Peststerbefälle in ganz Indien betrug in der Woche vom 7.—14. Oktober: 5806, vom 14.—21. Oktober: 5156; darunter in Bombay: 125 bezw. 101.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Der offizielle Bericht der XV. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins wird den Mitgliedern im Laufe der nächsten Woche in besonderer Sendung zugehen. Eine Postanweisung zur Einsendung des Betrages pro 1900 ist dem Berichte beigefügt.

Minden, den 1. Dezember 1899.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.
Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Den **Abonnenten der Zeitschrift** wird der offizielle Bericht der XVI. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins ebenfalls im Laufe der nächsten Woche zugehen, soweit sie bei der Verlagsbuchhandlung oder bei einer Buchhandlung abonnirt haben. Die Postabonnenten werden dagegen höflichst ersucht, den Bericht bei der Verlagsbuchhandlung durch eine Postkarte zu requiriren, da die Beifügung des Berichts bei der Nummer der Zeitschrift nicht statthaft ist. Die Zusendung erfolgt dann umgehend und portofrei.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

12. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1899.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie, für ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie für Hygiene, öffentl. Sanitätswesen, Medizinal-Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Herausgegeben von

Dr. OTTO RAPMUND,

Regierungs- und Geh. Medizinalrath in Minden.

Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl., H. Kornfeld, Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 24. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Dezbr.

Die chirurgischen Kunstfehler.

Von Dr. A. Fuld in Mombach-Mainz.

Nachdem ich in meinen früheren Publikationen die Kunstfehler aus dem Gebiete der inneren Medizin[1]) und der Geburtshülfe[2]) besprochen habe, beabsichtige ich, an dieser Stelle die chirurgischen Kunstfehler, die von Medizinalpersonen begangen, oder ihnen zum Vorwurf gemacht worden sind, einer kurzen Erörterung zu unterziehen. Unter den 341 Kunstfehlern, die ich aus der Literatur gesammelt habe, nehmen die der Chirurgie und den Spezialfächern angehörenden, was die Frequenz betrifft, eine mittlere Stellung ein; während von allen publizirten Kunstfehlern die geburtshülflichen ca. $^4/_{10}$, die intern-medizinischen ungefähr $^1/_4$ (26,5%) ausmachen, beträgt der Antheil der chirurgischen Kunstfehler rund 33%. Ich habe schon früher[2]) darauf aufmerksam gemacht, dass diese Zahlen uns wohl kaum einen sicheren Aufschluss über das wirkliche Frequenzverhältniss der medizinischen Kunstfehler zu denen der anderen Disziplinen gehen können; im Gebiete der inneren Medizin werden gewiss bedeutend mehr Kunstfehler begangen, als zu gerichtlichem Austrag, bezw. zur Publikation gelangen. Die Schwierigkeit, den kausalen Zusammenhang zwischen der Behandlungsweise und dem Endausgang einer Krankheit zu erkennen, die in der inneren Medizin ungleich grösser ist, als in den beiden anderen Disziplinen, erklärt es hinreichend, dass verhältnissmässig so selten aus Laienkreisen eine Anzeige erfolgt und dass noch viel seltener dem ärztlichen Sachverständigen

[1]) Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1899, Nr. 18.
[2]) Berliner Klinik; 1899, H. 129.

der Nachweis eines strafbaren Kunstfehlers gelingt. Bei den Eingriffen, die in chirurgischen und geburtshülflichen Fällen nothwendig werden, liegen die Verhältnisse wesentlich anders; hier handelt es sich oft genug um s. v. v. gesunde Personen, um Individuen, die, abgesehen von der den Eingriff erfordernden lokalen Erkrankung, oder einer Anomalie des Geburtsmechanismus thatsächlich oder anscheinend keine Abnormität aufweisen. In solchen Fällen kommt der Laie viel leichter auf den Gedanken, den ungünstigen Ausgang nicht etwa als Folge des natürlichen Verlaufes der Erkrankung bezw. der Geburtsanomalie oder als die Wirkung eines unglücklichen Zufalls zu betrachten, sondern er ist weit eher geneigt, dem Verhalten des Arztes die Schuld zu geben. Dass solche Laienansichten, auch wo sie auf einem Irrthum beruhen, an und für sich verzeihlich sind, das beweist schon die weitgehende Divergenz, die sich oft in den Anschauungen der verschiedenen Sachverständigen bei der Beurtheilung eines und desselben Falles kundgiebt. Jedenfalls liegen die Verhältnisse bei chirurgischen und geburtshülflichen Eingriffen ziemlich gleich; wir dürfen darum für die hier vorkommenden Kunstfehler das Frequenzverhältniss, wie es die Berechnung aus unserem literarischen Material ergiebt, als den thatsächlichen Verhältnissen nahekommend betrachten. Allerdings muss zugegeben werden, dass der Chirurg häufiger, wie der Geburtshelfer mit Individuen zu thun hat, deren allgemeiner Gesundheitszustand schon von vornherein bedenklich ist, sei es nun, dass das den Eingriff erfordernde Leiden nur Theilerscheinung einer Allgemeinerkrankung ist, oder dass die Krankheit den Folgezustand eines ursprünglich rein lokalen Leidens darstellt. Immerhin bieten derartige Fälle, wie aus der folgenden Betrachtung hervorgehen wird, nur selten den Anlass zu gerichtlicher Verfolgung und sie können darum auch allein keine Erklärung dafür geben, warum die geburtshülflichen Kunstfehler den chirurgischen an Zahl so bedeutend überlegen sind. Strenggenommen ist die Frequenz der chirurgischen Kunstfehler noch kleiner, als es nach den oben mitgetheilten Zahlen scheinen möchte; wir haben nämlich auch die Anschuldigungen wegen fahrlässig geleiteter Narkose hierhergerechnet, im eigentlichen Sinne gehören aber solche Verstösse nicht zu den chirurgischen Kunstfehlern. Ziehen wir diese Fälle (17 an der Zahl) von der Gesammtsumme der chirurgischen Kunstfehler ab, so bleiben noch 90 derartige Kunstfehler im engeren Sinne übrig; ihr Antheil an der Gesammtzahl aller Kunstfehler beträgt dann nur noch 28,1 %. Welcher Umstand diese bedeutende Differenz zwischen geburtshülflichen und chirurgischen Kunstfehlern verschuldet — eine Differenz, die zunächst um so befremdender ist, als chirurgische Eingriffe im Ganzen viel häufiger ausgeführt werden, als geburtshülfliche, auch wenn man die Thätigkeit der Hebammen mit berücksichtigt —, darüber habe ich mich an anderer Stelle ausführlich ausgesprochen. Der Hauptgrund scheint mir darin zu liegen, dass von jeher die chirurgische Thätigkeit in ausgedehnterer Weise nur von einer Minderzahl von Aerzten aus-

geübt worden ist und dass sie sich heute immer mehr zu einem abgeschlossenen Spezialfach entwickelt, während kein auf dem Lande oder in kleinerer Stadt praktizirender Arzt sich der Ausübung der Geburtshülfe entziehen kann. Wenn viele Aerzte auch die einfachsten Operationen ablehnen und dem Fachchirurgen übertragen, so ist das Publikum hieran nachgerade gewöhnt; in geburtshülflichen Fällen jedoch, wo gewöhnlich rasches Eingreifen nothwendig ist, wird von jedem Arzt die erforderliche Geschicklkeit verlangt. Ein Arzt, der in Geburtshülfe Nichts leistet, wird, wenigstens auf dem Lande und in kleinerer Stadt, auf die Dauer keine Praxis erhalten können.

Im Ganzen habe ich 107 angeschuldigte chirurgische Kunstfehler aus der Literatur sammeln können; unter diesen finden sich 12 Anklagen wegen Vernachlässigung der Aseptik und Antiseptik und 17 Anschuldigungen wegen fahrlässig geleiteter Narkose. Die Verstösse gegen die Prinzipien der Aseptik und Antiseptik habe ich bereits an anderer Stelle[1]) besprochen; die gerichtsärztliche Beurtheilung der fahrlässig geleiteten Narkose, die im Laufe der letzten Jahre schon von anderer Seite eingehendste Berücksichtigung gefunden hat,[2]) lasse ich hier unerörtert. Es bleiben somit 78 chirurgische Kunstfehler; die Anschuldigungen betrafen in diesen Fällen:

Aerzte	43 Mal	=	55,1 %,
Wundärzte	13 „	=	16,7 „
Pfuscher	22 „	=	28,2 „

Es fällt auch hier wieder, wie in den beiden anderen Disziplinen der hohe Prozentsatz auf, den die Pfuscher im Verhältniss zu ihrer Anzahl stellen; in der Geburtshülfe betrug derselbe 14,3, in der inneren Medizin 29,8. Obwohl das Gebiet der inneren Krankheiten die eigentliche Domäne des Kurpfuscherthums ist, erscheint der Antheil der chirurgischen Kunstfehler doch nicht geringer, weil eben diese leichter entdeckt und nachgewiesen werden können. Diese Verhältnisse werden uns noch deutlicher, wenn wir den gerichtlichen Ausgang bezw. die gerichtsärztliche Beurtheilung der einzelnen Fälle der Betrachtung unterziehen. Ich vereinige in der folgenden Zusammenstellung unter der Rubrik „schuldig“ diejenigen Fälle, in denen seitens des Gerichtes ein strafbarer Kunstfehler als erwiesen angenommen wurde, unter „nichtschuldig“ diejenigen Fälle, in denen das Gericht nicht zu dieser Ueberzeugung gelangte oder in denen auf das sachverständige Gutachten hin das Verfahren eingestellt wurde. Nicht immer deckt sich ja die Auffassung des Richters mit der des Sach-

[1]) Vernachlässigung der Aseptik und Antiseptik als ärztlicher Kunstfehler. Zeitschrift für prakt. Aerzte; 1898, Nr. 13.

[2]) Borntträger: Ueber den Tod durch Chloroform und Chloral vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1890, LII. Derselbe: Strafrechtl. Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms. Berlin 1892. Passet, Münchener med. Wochenschrift; 1892. Sternfeld, Friedreich's Blätter; 1894, Bd. 45. Hankel, Zeitschr. für Medizinalbsamte; 1891. Greifenberg, Aerztliche Praktiker; 1892. Kühner, Berliner Klinik; 1892, Nr. 43.

verständigen; das liegt nicht selten daran, dass der Gerichtsarzt wohl ein fahrlässiges Verhalten der angeschuldigten Medizinalperson nachweisen kann, während es ihm nicht gelingt, mit gleicher Sicherheit den Kausalzusammenhang zwischen der Fahrlässigkeit und dem ungünstigen Krankheitsausgang, mit anderen Worten den Thatbestand der fahrlässigen Körperverletzung bezw. Tödtung klarzulegen; natürlich liegt dann ein Kunstfehler im rechtlichen Sinne nicht vor. Andere Fälle, in denen das gerichtliche Erkenntniss der unbefangenen ärztlichen Kritik nicht Stand hält, bilden erfreulicher Weise eine so bescheidene Minderzahl, dass sie an dem Endresultat unserer Berechnung nichs ändern können und als die unvermeidlichen Unsicherheiten einer jeden statistischen Untersuchung hingenommen werden müssen.

Unter jenen 78 Fällen sind 5, die nicht zu gerichtlicher Untersuchung kamen, bezw. bei denen ich über den gerichtlichen Ausgang in den mir zugänglichen Quellen nichts gefunden habe; es restiren also 73 gerichtliche Fälle. In diesen war 27 Mal (36,9 %) ein stratbarer Kunstfehler nachzuweisen, 46 Mal (63,1 %) gelang dieser Nachweis nicht. Die Verhältnisse, welche die einzelnen Kategorien von Medizinalpersonen darbieten, sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt:

Medizinalpersonen:	Gesammtzahl:	Schuldig:	Nichtschuldig:	Prozentsatz der Schuldigen:
Aerzte	39	12	27	27,9
Wundärzte	13	5	8	38,5
Pfuscher	21	10	11	45,0

Der Durchschnittssatz von 36,9 % nachgewiesener Verschuldung wird also von den Aerzten nicht erreicht, von den Wundärzten nur wenig, von den Pfuschern dagegen ziemlich erheblich überschritten. Die 27 Fälle, in welchen sich ein strafbarer Kunstfehler nachweisen liess, betrafen 12 Mal Aerzte (44,5 %), aber 10 Mal Pfuscher, d. h. in 37 % der Fälle, obgleich der Antheil dieser an der Gesammtzahl der Anklagen nur 28,2, der der Aerzte aber 55,1 % betrug. Es geht aus diesen Zahlen hervor, dass die Pfuscher nicht etwa mit besonderer Vorliebe unter Anklage gestellt werden, sondern dass von ihnen in der That relativ oft Kunstfehler begangen werden, ja, dass die Zahl dieser Verstösse in gar keinem Verhältniss zu der Anzahl jener Heilkünstler steht.

Wir gehen nun zur Betrachtung der in der chirurgischen Disziplin vorkommenden Kunstfehler über; im Folgenden gebe ich zunächst eine Uebersicht über die von mir aus der Literatur gesammelten Fälle, aus welcher sich zugleich der Antheil ergiebt, mit dem sich die verschiedenen Einzelgebiete der Chirurgie an der Gesammtsumme betheiligen:

Frakturen und Luxationen			26 =	24,3 %
Verletzungen und Erkrankungen	der	Knochen und Gelenke	4 =	3,7 „
„	„	„ Blutgefässe	12 =	11,2 „
„	„	„ Extremitäten	9 =	8,4 „
„	„	„ Nacken- und Schultergegend	1 =	0,9 „
„	„	„ Bauchorgane	2 =	1,9 „
„	„	des Mastdarms	3 =	2,8 „

Hernien	6	= 5,6 „
Hals- und Nasenkrankheiten	3	= 2,8 „
Ohrenkrankheiten	1	= 0,9 „
Augenkrankheiten	6	= 5,6 „
Zahnkrankheiten	2	= 1,9 „
Gynäkologische Fälle	3	= 2,8 „
Verstösse gegen die Asceptik und Antiseptik	12	= 11,2 „
„ bei Leitung der Narkose	17	= 15,9 „

Es lehrt uns diese Tabelle zunächst, dass die Spezialfächer nur in ganz untergeordnetem Masse betheiligt sind; das mag zum Theil wohl daran liegen, dass manche hierher gehörende Fälle in der Spezialliteratur niedergelegt sind und der Beachtung darum leichter entgehen, zum Theil wirkt wohl auch der Umstand mit, dass Verstösse in einzelnen Spezialgebieten, wie in der Rhinologie und Odontologie, nur selten so weittragende Folgen haben, dass sich den Betheiligten der Gedanke an eine gerichtliche Verfolgung aufdrängt; der Hauptgrund wird aber wohl der sein, dass die Spezialgebiete vorzugsweise von besonders ausgebildeten und routinirten Aerzten kultivirt werden. Fehler, die hier begangen werden, tragen nur selten das Kriterium der fahrlässigen Verschuldung.

Fast ein Viertel aller chirurgischen Kunstfehler, bei Abrechnung der Verstösse gegen die Antiseptik und derjenigen bei Leitung von Narkosen sogar 33,3 %, betrifft Fehler, die bei der Behandlung von Frakturen und Luxationen begangen werden; es ist dies eben das Gebiet der Chirurgie, welches vorzugsweise noch von allgemeinen Aerzten kultivirt wird, nothgedrungen auch von solchen, die über ausreichende Erfahrung und Uebung nicht verfügen.

Verstösse in der ärztlichen Behandlung können im Allgemeinen beruhen entweder auf einfacher Nachlässigkeit, oder auf irriger Diagnose und demgemäss verfehlter Behandlung, oder in einer unzweckmässigen Behandlung bei richtiger Diagnose.

Der Vorwurf der Vernachlässigung findet sich in unserem Material drei Mal;[1]) er ist entweder darauf gegründet, dass ein mit der Materie nicht vertrauter Heilkünstler die Behandlung übernimmt und dadurch die Zuziehung sachgemässer Hülfe verhindert, oder dass der Arzt, weil Patient und Angehörige seinen Anordnungen nicht Folge leisten, die ganze Behandlung aufgiebt. Solche Fälle lassen sich natürlich nur im Einzelnen je nach Lage der Verhältnisse beurtheilen; sie bieten dem Sachverständigen in der Regel keine Schwierigkeit.

Ein Irrthum in der Diagnose[2]) kommt am häufigsten vor bei Frakturen in der Nähe der Gelenkenden; es ist nicht so selten, dass auch der Erfahrene die Fraktur zunächst verkennt und eine einfache Distorsion annimmt, oder dass ihm gar die Verwechselung mit einer Luxation unterläuft. Es kann auch vorkommen, dass sich in der Anamnese gar kein Anhaltspunkt für eine traumatische Entstehung des Leidens findet, weil der Patient

[1]) Büchner: Zeitschrift für Staatsarzneikunde; 1856. Mair: Kasuistik der Kunstfehler; Supplementheft.

[2]) Ravoth: Lehrbuch der Frakturen und Luxationen; Berlin 1856. Friedreich's Blätter; VI., 1863. Maschka: Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten I.

äusserst indolent oder geistig minderwerthig ist; in solchem Falle kann die Diagnose auch einmal irrthümlich auf entzündliche Erkrankung gestellt werden.[1]) In der Regel klärt ja die weitere Beobachtung und die wiederholte Untersuchung über die wahre Natur des Leidens auf, doch kommen auch Fälle vor, wo die Sache bis an's Ende zweifelhaft bleibt. Es ist eine alte Schulregel, dass man dann, wenn die Differentialdiagnose zwischen Distorsion und Fraktur schwankt, die Behandlung so durchführen soll, wie wenn die Fraktur sicher konstatirt wäre; eine Vernachlässigung dieses Grundsatzes wird wohl gewöhnlich den Vorwurf des fahrlässigen Verhaltens rechtfertigen. Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn die Diagnose zwischen Fraktur und Luxation schwankt; in solchen Fällen ist die Orientirung zuweilen recht schwer, namentlich wenn, wie es zuweilen vorkommt, Luxation und Fraktur gleichzeitig bestehen. Es ist allgemeiner Grundsatz, dass man von dem Arzt bei der Frage der strafrechtlichen Verantwortung nur ein gewisses Mindestmass von Wissen und Können, die „gemeinen Kenntnisse und Fertigkeiten" voraussetzen darf, deren Unterschreitung oder deren Nichtanwendung an sich schon den Vorwurf der Fahrlässigkeit rechtfertigt. Ob in einem oder dem anderen Falle dieser Vorwurf berechtigt ist, das kann natürlich nur in concreto entschieden werden; die Entscheidung wird nicht immer leicht fallen und von dem Sachverständigen mehr auf Grundlage eines subjektiven Empfindens, als nach Massgabe bestimmter Grundsätze getroffen werden. Der Fachchirurg wird sehr leicht der Gefahr verfallen, die Schwierigkeiten zu unterschätzen und die Anforderungen an den praktischen Arzt zu hoch zu schrauben; es dürfte darum der geeignetste Sachverständige in solchen Fällen nicht in den Kreisen der „Autoritäten" zu suchen sein, vielmehr unter den erfahrenen Praktikern, die die besonderen Schwierigkeiten einer exakten Diagnose unter ungünstigen äusseren Verhältnissen im eigenen Leben kennen gelernt haben. Allerdings muss überall, wo es die äusseren Verhältnisse gestatten, verlangt werden, dass in schwierigen Fragen die Meinung eines auf dem betr. Gebiete erfahreneren Kollegen eingeholt werde, oder dass der Patient, wo es angeht, der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen unterworfen werde. Ich habe aber schon früher[2]) darauf aufmerksam gemacht, dass man dieses Verlangen billiger Weise nur dort stellen kann, wo Kollegen zur Verfügung stehen, die nicht gerade unmittelbare Konkurrenten des behandelnden Arztes sind. Wie sich die Verhältnisse an vielen Orten leider einmal gestaltet haben, wäre es in vielen Fällen moralischer Selbstmord, wollte der Arzt den einzigen Kollegen am Platze, der oft zugleich sein erbittertster Konkurrent ist, zu Rathe ziehen. Dass dem so ist, ist ja nichts weniger als erfreulich; aber mit diesen Verhältnissen muss man rechnen, und man darf schliesslich auch vom Arzt nur das menschlich Mögliche verlangen.

---

[1]) Mair: Strafrechtliche Studie, Friedreich's Blätter; 1888.
[2]) Berliner Klinik; 1899.

Ist eine Fahrlässigkeit nachzuweisen, so muss sich der Sachverständige gerade bei den Frakturen in der Nähe der Gelenke mit besonderer Gründlichkeit die Frage vorlegen, ob der Ausgang bei richtiger Diagnose günstiger gewesen wäre? Oft genug, namentlich bei älteren Personen, wird die Beantwortung zweifelhaft bleiben und darum bei dem mangelnden Nachweis des Kausalkonnexes das Vorhandensein eines Kunstfehlers im rechtlichen Sinne nicht behauptet werden können.

Am häufigsten wird dem Arzt und dem Heilkünstler überhaupt vorgeworfen, dass die Behandlungsweise verkehrt oder fehlerhaft war. Das kommt namentlich vor bei Frakturen, die mit Verkürzung oder mit Dislokation geheilt sind,[1]) ferner bei mangelnder knöcherner Vereinigung,[2]) bei unreponirt gebliebenen Luxationen[3]) und ähnlichen unerwünschten Ausgängen. In anderen Fällen ist im Verlauf der Behandlung Gangrän aufgetreten und es wird nun dem Verhalten des Arztes, der Art des Verbandes, der Applikationsweise bestimmter Apparate, oder dem Unterlassen nothwendiger Massnahmen die Schuld gegeben.[4]) In diesen Beziehungen muss man wohl an dem Grundsatz festhalten, dass die Art des Heilverfahrens, auch wenn sie neu und ungewöhnlich ist,[5]) so lange nicht zu einem Vorwurf berechtigt, als sie sich nicht mit den Thatsachen der allgemeinen ärztlichen Erfahrung in Widerspruch setzt. Die Heilkunst ist, wie jede andere Kunst, trotz ihrer wissenschaftlichen Grundlage, bis zu einem gewissen Grade eine freie, empirische; kein selbstständig denkender und vom Gefühl eigener Verantwortung durchdrungener Arzt wird sich bestimmte, ein für alle Mal gültige Regeln oder Gesetze des Handelns vorschreiben lassen. Nicht das fahrlässige Abweichen von den allgemein anerkannten Kunstregeln kann uns darum als Criterium des strafbaren Kunstfehlers gelten, sondern nur die leichtfertige Ignorirung der allgemeinen ärztlichen Erfahrung. Bei dem in Rede stehenden Gebiet, bei den Frakturen und Luxationen, könnte man in der That von bestimmten Regeln sprechen, dennoch ist es dem Arzt erlaubt, in ihm geeignet scheinenden Fällen ein originelles Verfahren einzuschlagen, wenn er nur keine Massregeln ergreift, die nach der allgemeinen ärztlichen Erfahrung Schaden anrichten müssen und wenn er bei seinem Verfahren denjenigen Prinzipien, die erfahrungsgemäss bei der Behandlung von Frakturen und Luxationen berücksichtigt werden müssen, Rechnung trägt.

---

[1]) Friedreich's Blätter; 1870. Meiner: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1888, XXIX.

[2]) Friedreich's Blätter; 1862, VI.

[3]) Königsdörfer, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1862, Bd. 21. Lanzet; 1876, S. 269. Boston Journal; 1891. Kühner: Klinische Excellence und ärztliche Negligence; ref. bei Mair l. c.

[4]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1854, VI. Ibid.; 1852 II. Reichsgericht, Urtheil vom 9. Mai 1889. Aerztl. Centralanzeiger; 1887, Nr. 22. Times, 2. August 1852 (cit. bei Mittermaier, strafr. Verantwortlichkeit, 1853). Friedreich's Blätter; 1890, S. 254. Ibid.; 1868. Maschka: Sammlung; I, S. 275. Münchener med. Wochenschrift; 1889, S. 925.

[5]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1852, I.

Im Verlauf einer Fraktur kann es aus sehr verschiedenen Ursachen zur Gangrän kommen. Liegt eine komplizirte Fraktur vor, so kann die hier oft einsetzende septische Entzündung zu mehr oder minder ausgedehntem Absterben einzelner Parthien führen, es kann auch der anhaltende Druck eines dislozirten Fragments an einer zirkumskripten Stelle Gangrän verursachen. In anderen Fällen kommt es zur totalen Gangrän des ganzen Gliedes; am nächsten liegt dann der Vorwurf, dass der immobilisirende Verband, gewöhnlich also der Gypsverband, von vornherein zu fest angelegt war, oder dass er späterhin in Folge nachträglicher Anschwellung des Gliedes zu enge wurde und eine Strangulationswirkung ausübte. Ein solcher Vorwurf ist zuweilen berechtigt; der Arzt kann aber für das zu straffe Anziehen der Gypstouren, das bekanntlich sehr leicht einmal vorkommt, ebensowenig, wie für das nachträgliche Zuengewerden des Verbandes verantwortlich gemacht werden, wenn er sich der Gefahr bewusst war und die nothwendigen Kautelen getroffen hat, wenn er also den Verband in der ersten Zeit regelmässig kontrolirt und den Angehörigen die erforderlichen Instruktionen ertheilt hat. Das Unterlassen solcher Vorsichtsmassregeln rechtfertigt gewiss den Vorwurf der Fahrlässigkeit; eine Gangrän, die sich dann als die Folge des Verbandes nachweisen lässt, muss dem Arzt zur Schuld angerechnet werden.

Es ist indess von grosser Wichtigkeit, dass so manche Gangrän scheinbar durch einen unzweckmässigen Verband verschuldet ist, deren Aetiologie thatsächlich auf einem ganz anderen Gebiete liegt; wir verdanken namentlich Bruns[1]) wichtige Aufklärungen in dieser Beziehung. Es kann zunächst durch dieselbe Gewalt, welche die Fraktur veranlasst, auch eine Kontusion des Arterienrohres mit Zerreissung der Intima oder der Intima und Media bewirkt werden. Der Verschluss des Arterienlumens geschieht entweder sofort durch die Rissränder, die sich aneinander legen, oder allmählich durch nachträgliche Thrombose. Durch quetschende Gewalten bei gleichzeitiger Dehnung des Gliedes, namentlich beim Ueberfahrenwerden, kommt es leicht zu solchen Komplikationen. Erst neuerdings hat Herzog[2]) wieder auf die Bedeutung dieser Verhältnisse aufmerksam gemacht; unter 32 Fällen von Arterienkontusion aus der Tübinger Klinik fanden sich 15 durch Ueberfahren verursachte und darunter 11 Fälle, die mit Frakturen komplizirt waren. Besonders gefährdet sind Personen mit sklerotischen Arterien, doch können auch gesunde Gefässe in gleicher Weise betroffen werden. In einer anderen Reihe von Fällen wird das Arterienrohr durch die einwirkende Gewalt oder durch ein dislozirtes Fragment im ganzen Umfang oder partiell durchtrennt, es kommt zum thrombotischen Verschluss mit seinen Folgen, oder es entwickelt sich ein falsches Aneurysma, und erst allmählich, nach Monaten wird das Arterienlumen durch den Druck des

[1]) Bruns, Lehre von den Knochenbrüchen. Deutsche Chirurgie; 1889.
[2]) Herzog, Beiträge zur klin. Chirurgie; XXIII, H. 3, S. 648.

wachsenden Aneurysma verschlossen. Endlich können die dislozirten Bruchenden, oder ein die Längsaxe des Gefässes kreuzender Splitter die Arterie komprimiren und die Blutzufuhr unterbrechen. Von besonderer Wichtigkeit ist die Thatsache, dass auch nach gelungener Reposition und korrekt angelegtem Verband nachträglich durch unruhiges Verhalten des Patienten die Bruchenden innerhalb des Verbandes sich verschieben und die Arterien komprimiren können. Es ist beinahe überflüssig darauf hinzuweisen, dass bei der schweren Bedeutung, die eine so verhängnissvolle Folge einer Fraktur für die Existenz auch des schuldlosen Arztes besitzt, kein Urtheil abgegeben werden darf, ohne dass das gangränöse Glied anatomisch in sorgfältigster Weise untersucht wurde; auch empfiehlt sich die Konservirung, um eine fachmännische Nachuntersuchung zu ermöglichen. Jedenfalls muss alles versucht werden, um bei einem solchen Unglücksfall, der in Laienkreisen immer dem Arzt angerechnet werden wird, wenigstens in foro völlige Klarlegung zu erreichen.

Die übrigen Verletzungen und Krankheiten an Knochen und Gelenken bieten in ihrer Beziehung zu chirurgischen Kunstfehlern kein besonderes Interesse; auch hier handelt es sich entweder um Irrthümer in der Diagnose, wie sie namentlich bei Pfuschern öfter vorkommen, oder es wird der unglückliche Ausgang zur Behandlungsweise in Beziehung gebracht. Fragen solcher Art müssen nach den Grundsätzen behandelt werden, die ich oben kurz angedeutet, und in meinen früheren Arbeiten ausführlicher besprochen habe.

Nächst den Frakturen und Luxationen geben Verletzungen und Erkrankungen an den Blutgefässen am häufigsten den Anlass zu chirurgischen Kunstfehlern. Am einfachsten liegen die Verhältnisse, wenn bei Blutungen nach irgend welchen Verletzungen die Blutstillung, sei es die definitive durch Unterbindung, sei es die provisorische durch Kompression oder geeigneten Verband, unterblieben ist[1]). Ebensowenig machen technische Fehler bei Operationen der Beurtheilung Schwierigkeiten; hierher gehört z. B. die Verletzung der Arterie mit nachfolgender Bildung eines traumatischen Aneurysma beim Aderlass,[2]) oder die Unterbindung des N. medianus an Stelle der Arterie.[3]) Es muss hier immer die Frage gestellt werden, ob die gewöhnliche technische Geschicklichkeit ausreichen musste, um das Unglück zu verhüten. Besondere Schwierigkeiten der Technik können aber nur dann entlastend wirken, wenn der Fall derart lag, dass rasches Eingreifen geboten und die Berufung eines geübten Arztes nach Lage der lokalen Verhältnisse nicht mehr möglich erschien. Irrthümliche Diagnosen,[4]) Verwechselungen von Aneurysmen mit anderen Ge-

---

[1]) Hofmann in Henke's Zeitschrift; XXXXIV, 1. Ziino, Giornale interne delle scienz. med.; 1890. Goltdammer's Archiv; 1869, S. 440.

[2]) Briand et Chaudé, Man. compl. de méd. lég. (ref. bei Oesterlen, Kunstfehler der Aerzte in Maschka's Handbuch).

[3]) Niemann, Henke's Zeitschrift; 1862, H. 4.

[4]) Osenbrüggen: Kunstfehler der Aerzte. Kasuistik des Kriminalrechts; 1854, S. 21.

schwülsten[1]) oder mit Abszessen[2]) kommen nicht so selten vor es lässt sich über solche Verstösse ein Urtheil im Allgemeinen nicht abgeben, es richtet sich Alles nach der Situation des konkreten Falles. Allzu rigorose Auffassung ist immer bedenklich; die Verwechselung eines Aneurysma mit einem Abszess ist auch dem berühmten Liston ein Mal vorgekommen.[3])

Ein etwas eigenthümlicher Entschädigungsanspruch möge schliesslich noch an dieser Stelle Erwähnung finden.[4]) Gelegentlich einer Transfusion hatte sich ein Mann dem Arzt als Blutspender zur Verfügung gestellt; kurz darauf fing er an zu kränkeln und starb nach 3 Jahren an skirrhösem Magenkrebs. Seine Erben erhoben Entschädigungsansprüche an den betr. Arzt, natürlich ohne Erfolg. In ähnlich gelagerten Fällen müssten vor Allem bestimmte Anhaltspunkte für die ursächliche Bedeutung der Blutentziehung gegeben sein und selbst beim Nachweis derselben müsste noch ein leichtfertiges Verhalten des Arztes bei Ausführung der Operation oder bei der Instruktion des Blutspenders zu Tage liegen.

Sonstige Verletzungen und chirurgische Erkrankungen in den verschiedenen Körpergegenden kommen, wie aus unserer Tabelle hervorgeht, für unseren Gegenstand sehr selten in Betracht und ermangeln auch eines besonderen Interesses, so dass wir darüber hinweggehen können.

Von grösserer Bedeutung sind noch Unglücksfälle bei der Behandlung von Hernien und Verletzungen des Mastdarms. In der Regel handelt es sich um eingeklemmte Hernien und um ungeschickte, rohe Repositionsversuche, um eine Reposition en bloc bei fortbestehender Einklemmung,[5]) oder um die Verordnung indifferenter, unsinniger Mittel und die Verabsäumung des günstigsten Zeitpunktes zur Operation.[6]) So klar auch in solchen Fällen die Fahrlässigkeit zu Tage liegt, so sehr muss der Sachverständige sich hüten, daraufhin allein sich in ungünstigem Sinne auszusprechen; dazu müsste vor Allem die Annahme berechtigt sein, dass der Kranke zu einer Zeit in Behandlung trat, wo noch sichere Aussicht auf Rettung bestand. Zur Ausführung des Bruchschnittes muss sich auch der ungeübte Arzt unter Umständen entschliessen; technische Verstösse müssen darum, soweit sie nicht grober Natur sind, milde und mit gerechter Abwägung der äusseren Verhältnisse beurtheilt werden.

Verletzungen des Mastdarms[7]) kamen früher nicht so selten

[1]) Maschka, l. c.; S. 267.

[2]) Entscheidung des Reichsgerichts vom 8. April 1894. Niemann, l. c. Schuhmacher, Wiener med. Presse; 1867, Nr. 4.

[3]) Cannstadt's Jahresberichte; 1841, S. 46.

[4]) Ann. d'hyg.; XXXIII, S. 318.

[5]) Steinrück, Württembergisches Korrespondenzblatt; 1891, Nr. 33. Schürmayer, Deutsche Zeitschrift für Staatsarzneikunde; XIX, H. 2.

[6]) Büchner, Friedreich's Blätter; 1871, S. 338. Hofmann, ibid.; 1894, Bd. 45.

[7]) v. Recklinghausen: Sitzungsberichte der phys.-med. Gesellschaft Würzburg, 1869, II. Nordmann: Klysmat. Läsionen des Mastdarms; Diss Basel 1887. Mantzel: Verletzungen des Mastdarms vom gerichtsärztlichen Standpunkt. V. f. g. M.; 1893 V.

bei der Bougirung[1]) und namentlich bei der Applikation von Klysmen[2]) vor; sie dürften heute, wo die altehrwürdige Klystirspritze auch in dem abgelegensten Dörfchen ihr Ansehen allmählich verliert, wohl immer seltener werden. Seit man auf diese Verletzungen mehr achten gelernt hat, wird auch überall das niedere Heilpersonal darüber belehrt, wie sie zu verhüten sind. Es müssten darum solche Verletzungen vorkommenden Falles heute strenger beurtheilt werden, als es ehedem am Platze war.

Ich habe schon im Eingange dieser Arbeit darauf hingewiesen, dass aus den verschiedenen Spezialdisziplinen relativ sehr wenige Kunstfehler publizirt sind und ich habe auch eine Erklärung für diese Erscheinung zu geben versucht. In den mitgetheilten Fällen handelt es sich um Verstösse bei der Tracheotomie,[3]) um Aetzung eines Nasenpolypen[4]) mit nachfolgender Meningitis, um die Perforation der Gebärmutter beim Kurettement,[5]) um unvorsichtige Injektion stark ätzender oder giftig wirkender Mittel in die Gebärmutter,[6]) oder um pfuscherisch ausgeführte Operationen.[7]) Verstösse bei der Behandlung von Augenkranken betreffen am häufigsten ein nachlässiges oder ungeeignetes Verhalten beim Eindringen von Fremdkörpern in's Auge,[8]) manchmal auch die direkte Schädigung durch Uebertragung ansteckender Augenkrankheiten,[9]) oder durch Verordnung eines ungeeigneten, das Auge angreifendenund zerstörenben Mittels.[10])

Von Gesundheitsstörungen in Folge ungeeigneten Verhaltens bei Ohrenerkrankungen, insbesondere von den oft so verhängnissvollen Folgen ungeschickter Extraktionsversuche von Fremdkörpern habe ich auffallender Weise in der forensischen Literatur nur einen Fall[11]) vorgefunden, obwohl solche Unglücksfälle, wenn wir aus den Mittheilungen der Otologen einen Schluss ziehen dürfen, nicht so selten vorkommen. „Alljährlich," sagt Schwarze[12]), „sterben in Folge ungeschickter instrumenteller Extraktionsversuche überall eine Anzahl von Kindern. Aus der relativen Seltenheit der publizirten letalen Fälle darf nicht geschlossen werden auf die Seltenheit ihres Vorkommens."

Im Allgemeinen dürfen wir wohl bei Verstössen in den medi-

---

[1]) Lanzet, 1876, S. 161. Mittermaier, l. c., S. 21.
[2]) Hascheck, Oesterr. Zeitschrift für Heilkunde; 1869, Nr. 33—36.
[3]) Wald: Gerichtliche Medizin; I, S. 291. Boston Journal; 1891, Mai.
[4]) Löcherer, Friedreich's Blätter; 1886.
[5]) Casper-Liman: Handbuch; I, S. 867.
[6]) Hofmeier, Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie; IV., H. 4.
[7]) Becker: Sammlung gerichtsärztl. Gutachten; Berlin, Karger. S. 1.
[8]) Kornfeld, Friedreich's Blätter; 1885. Hofmann, ibid.; 1894.
[9]) Gaz. méd. de Paris; 1864, Juni.
[10]) Mair, l. c.; Supplementheft, S. 21. Kantor, Wiener med. Presse; 1895, Nr. 8 und 9. Fall in Heidelberg (Tagespresse vom Jahre 1897).
[11]) Haebler, V. f. g. M.; XV., 18:8.
[12]) Schwarze: Chirurgische Krankheiten des Ohres. Stuttgart 1885, S. 232.

zinischen Sonderfächern den Grundsatz zur Richtschnur nehmen, dass bei der heutigen, subtil ausgebildeten Technik und bei der weiten Verbreitung der Spezialisten selbst in kleineren Städten der Arzt, der eine schwierige Operation unternimmt, es sei denn in dringenden Fällen, die volle rechtliche Verantwortung zu tragen hat. Eingriffe, die keine besondere spezialistische Fertigkeit voraussetzen, z. B. die Kurettage der Gebärmutter, die Extraktion von Fremdkörpern aus Nase, Auge und Ohr und dergl. mehr darf natürlich der praktische Arzt auch in nicht dringenden Fällen vornehmen; die Uebernahme derartiger Encheiresen an und für sich beweist noch nicht ein fahrlässiges Verhalten, ein solches kann nur in der Art des Vorgehens liegen. Es wäre aber ganz falsch, den Arzt zu entschuldigen, wenn er solche Eingriffe in der Weise ausführen wollte, wie es vor Jahrzehnten vielleicht erlaubt oder wenigstens verzeihlich war, während die gereifte Erfahrung uns längst eines Besseren belehrt hat. Ich denke hier namentlich an die in praktischer Beziehung so wichtigen, ungeschickten Extraktionsversuche von Fremdkörpern. Man kann allerdings von einem abseits auf entlegenem Dorfe wohnenden Arzt nicht verlangen, dass er auch die Literatur der Spezialfächer verfolgt; wer sich aber nur einigermassen in der allgemeinen Literatur auf dem Laufenden hält, der weiss, dass es überall heute als schwerer Fehler gilt, wenn zur Extraktion von Fremdkörpern mit Instrumenten im Dunkeln herumgearbeitet wird, wo ein anderes Verfahren möglich ist; er muss ferner darüber unterrichtet sein, dass Fremdkörper in der Regel ohne besondere pathogene Bedeutung sind und ihre Entfernung darum ohne Noth der geeigneten Zeit oder der geschickteren Hand vorbehalten bleiben kann.

Auch ein Arzt mit veralteten Kenntnissen ist durch seine Approbation geschützt (Virchow).[1]) Gewiss! Es ist heute für den praktischen Arzt unmöglich, in allen Gebieten auf dem Laufenden zu bleiben, oder sich gar von dem vielen Empfohlenen das Dauernde und Werthvolle herauszusuchen. Aber eine gewisse, ich möchte sagen, elementare Fortbildung gehört doch mit zu den ärztlichen Berufspflichten und die Verabsäumung derselben; die Ignorirung aller modernen Errungenschaften der Sonderfächer auf denjenigen Gebieten, wo sie Berührung mit der allgemeinen Medizin haben, das naiv vertrauensselige Beharren auf den vor Zeiten erworbenen und durch die Approbation sanktionirten Kenntnissen beweist zweifellos in dem Falle eine kontinuirliche Fahrlässigkeit bei Ausübung des ärztlichen Berufes, wenn sich der Arzt ohne Noth auf Gebiete begiebt, deren Erkenntniss und Behandlungsweise heute von der früherer Zeiten unendlich verschieden ist, und deren Kultivirung der Gewissenhafte darum den Berufenen und Geübten überlassen wird.

[1]) Kunstfehler der Aerzte (Ges. Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentl. Medizin; 1879, II).

Der Entwurf der Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln.

Vom Herausgeber.

Die Nothwendigkeit einer Revision der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 über den Verkehr mit Arzneimittel ist so oft von allen betheiligten Kreisen betont worden, dass sich die Reichsregierung schliesslich entschlossen hat, dieser Forderung Rechnung zu tragen. Zu diesem Zwecke haben bekanntlich sowohl im vorigen, als in diesem Jahre verschiedene Berathungen im Kaiserlichen Gesundheitsamte unter Betheiligung von Vertretern der zuständigen Ministerien und z. Th. auch unter Zuziehung von Vertretern des Apotheker- und Drogistenstandes, sowie der pharmazeutischen Grossindustrie stattgefunden, deren Ergebniss die Grundlage zu dem jetzt bekannt gewordenen neuen Entwurf gebildet hat, der nach der pharmazeutischen Zeitung folgenden Wortlaut hat[1]):

§. 1. Die in dem anliegenden Verzeichniss A aufgeführten Zubereitungen dürfen, ohne Unterschied, ob sie heilkräftige Stoffe enthalten oder nicht, als Heilmittel *(Mittel zur Beseitigung von Krankheiten bei Menschen oder Thieren)* nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden.

Diese Bestimmung findet auf Verbandsstoffe (Binden, Gazen, Watten und dergl.), auf Zubereitungen zur Herstellung von Bädern, auf Seifen *zum äusserlichen Gebrauch* nicht Anwendung. *Auf Desinfektionsmittel findet sie nur dann Anwendung, wenn dieselben Stoffe enthalten, welche in den Apotheken ohne Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Thierarztes nicht abgegeben werden dürfen; auf* Hühneraugenmittel *und kosmetische Mittel (Mittel zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle) findet sie nur dann Anwendung, wenn dieselben die in dem anliegenden Verzeichnisse B aufgeführten Stoffe enthalten;* auf künstliche Mineralwässer findet sie nur dann Anwendung, wenn dieselben in ihrer Zusammensetzung natürlichen Mineralwässern nicht entsprechen und wenn sie zugleich Antimon, Arsen, Baryum, Chrom, Kupfer freie Salpetersäure, freie Salzsäure oder freie Schwefelsäure enthalten.

§. 2. Die in dem anliegenden Verzeichnisse B aufgeführten Drogen und chemischen Präparate, dürfen nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden.

§. 3. Der Grosshandel sowie der Verkauf der im Verzeichnisse B aufgeführten *Stoffe*[2]) an Apotheken oder an solche *öffentlichen* Anstalten[3]), welche Untersuchungs- oder Lehrzwecken dienen und nicht gleichzeitig Heilanstalten sind, unterliegen vorstehenden Bestimmungen nicht.

§. 4. Die gegenwärtige Verordnung tritt mit dem . . . . . in Kraft. Mit demselben Zeitpunkte treten die Verordnungen, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, *vom 27. Januar 1890, 25. November 1895 und 19. August 1897 (Reichs-Gesetzblatt 1890, Seite 9, 1895, S. 455, 1897, S. 707)* ausser Kraft.

Verzeichniss A.

1. Abkochungen u. Aufgüsse (decocta et infusa);
2. Aetzstifte (styli caustici);
3. Auszüge in fester oder flüssiger Form (extracta et tincturae), ausgenommen:
   - Arnikatinktur,
   - Baldriantinktur, *auch ätherische,*
   - *Benediktineressenz,*
   - Benzoëtinktur,
   - *Bischoffessenz,*
   - Eichelkaffeeextrakt,
   - Fichtennadelextrakt,
   - Fleischextrakt,
   - Himbeeressig,
   - Kaffeeextrakt,

[1]) Die erfolgten Aenderungen sind in Schrägschrift gedruckt.
[2]) Statt „Gegenstände".
[3]) Statt „Staatsanstalten".

Lakritzen (Süssholzsaft), auch mit Anis,
Malzextrakt, auch mit Eisen, Leberthran oder Kalk,
Myrrhentinktur,
Nelkentinktur,
Theeextrakt von Blättern des Theestrauches,
Vanillentinktur,
Wachholderextrakt;

4. Gemenge, trockne, von Salzen oder zerkleinerten Substanzen oder von beiden unter einander, *auch bei Sonderverpackung der einzelnen Bestandtheile, sowie Verreibungen jeder Art* (pulveres, salia et species mixta, *et triturationes)*, ausgenommen:
Brausepulver *aus Natriumbikarbonat und Weinsäure*, auch mit Zucker oder ätherischen Oelen gemischt,
Eichelkakao, auch mit Malz,
Hafermehlkakao,
Riechsalz,
Salizylstreupulver,
Salze, welche aus natürlichen Mineralwässern bereitet oder den solchergestalt bereiteten Salzen nachgebildet sind,
Schneeberger Schnupftabak mit einem Gehalte von höchstens drei Gewichtstheilen Nieswurzel in 100 Th. des Schnupftabaks;

5. Gemische, flüssige und Lösungen (mixturae et solutiones) einschliesslich gemischte Balsame, Honigpräparate und Sirupe, ausgenommen:
Aetherweingeist (Hoffmannstropfen),
Ameisenspiritus,
Aromatischer Essig,
Bleiwasser mit einem Gehalte von höchstens zwei Gewichtstheilen Bleiessig in 100 Theilen der Mischung
Eukalyptuswasser,
Fenchelhonig,
Fichtennadelspiritus (Waldwollextrakt),
Franzbranntwein mit Kochsalz,
Kalkwasser, auch mit Leinöl,
Kampherspiritus,
Leberthran *mit ätherischen Oelen*,
Mischungen von Aetherweingeist, Kampherspiritus und Seifenspiritus *oder von zwei dieser drei Flüssigkeiten (Restitutionsfluid)* zum Gebrauch für Thiere, sofern die einzelnen Bestandtheile der Mischungen auf den *Gefässen, in denen die Abgabe erfolgt*, angegeben werden,
Obstsäfte mit Zucker, *Essig oder Fruchtsäuren* eingekocht,
Pepsinwein,
Rosenhonig, *auch mit Borax,*
Seifenspiritus,
Weisser Sirup;

6. Kapseln, gefüllte, von Leim (Gelatine) oder Stärkemehl (capsulae gelatinosae et amylaceae repletae), ausgenommen solche Kapseln, welche Brausepulver *der unter No. 4 angegebenen Art*,
Copaïvabalsam,
Leberthran,
Natriumbikarbonat
Ricinusöl oder
Weinsäure
enthalten;

7. Latwergen (electuaria);

8. Linimente (linimenta), ausgenommen flüchtiges Liniment;

9. Pastillen (auch Plätzchen und Zeltchen), *Tabletten*, Pillen, und Körner (pastilli, rotulae et trochisci, *tabulettae*, pilulae et granula), ausgenommen:
aus natürlichen Mineralwässern oder aus künstlichen Mineralquellsalzen bereitete Pastillen,
einfache Molkenpastillen,
Pfefferminzplätzchen,
Salmiakpastillen, *auch mit Lakritzen und Geschmackzusätzen, welche nicht zu den Stoffen des Verzeichnisses B gehören,*
Tabletten aus Saccharin, Natriumbikarbonat oder Brausepulver, auch mit Geschmackzusätzen, welche nicht zu den Stoffen des Verzeichnisses B gehören;

10. Pflaster und Salben (emplastra et unguenta), ausgenommen:
Bleisalbe zum Gebrauch für Thiere,
Borsalbe zum Gebrauch für Thiere,
Cold-Cream, *auch mit Glyzerin, Lanolin oder Vaselin,*
einfaches Pechpflaster,
englisches Pflaster,
Heftpflaster,
Hufkitt,
Lippenpomade,
Pappelpomade,
Salicyltalg,
Senfpapier,
Terpentinsalbe zum Gebrauch für Thiere,
Zinksalbe zum Gebrauch für Thiere;

11. Suppositorien (suppositoria) in jeder Form (Kugeln, Stäbchen, Zäpfchen oder dergl.), sowie Wundstäbchen (cereoli).

Verzeichniss B.

Acetanilidum *et ejus derivata.*
Acidum cinnamylicum.
— sozojodolicum *et ejus salia.*
— sulfocarbolicum *et ejus salia.*
Aether chloratus.
Airolum.
Aqua vulneraria spirituosa.
Arecolinum et ejus salia.
Argentaminum.
Argentolum.
Argoninum.
Aristolum.
Bismutum subgallicum (Dermatolum).
Bromoformium.
Cerium oxalicum.
Chininum *et ejus derivata* et eorum salia.
Chloral-formidatum.
Cocainum et ejus salia *et derivata.*
Cortex Condurango.
Digitoxinum et ejus derivata.
Eucainum et ejus salia.
Europhenum.
Ferratinum.
Ferrum peptonatum.
Guajacolum *et ejus derivata.*
Haemalbuminum.
Hydrastinum et ejus derivata et eorum salia.
Itrolum.
Kreosotum (e ligno paratum) *et ejus derivata.*
Lactopheninum.
Larginum.
Lithium benzoïcum.
Methylenum bichlorat.
Nosophenum et ejus salia.
Oleum Santali.
Opium *et ejus alcaloida eorumque salia et derivata* (Codeïnum, *Heroïnum,* Morphinum, Narceïnum, Narcotinum, *Peroninum,* Thebaïnum et eorum salia).
Orexinum et ejus salia.
Orthoformium et ejus derivata.
Phenacetinum *et ejus derivata.*
Phenocollum ejus salia et derivata.
Phenylum salicylicum (Salolum) *et ejus derivata.*
Piperacinum et ejus salia.
Praeparata organotherapeutica.[1])
Protargolum.
Pyracolonum phenyldimethylicum (Antipyrinum) *et ejus derivata et eorum salia.*
Salia glycerophospherica.
Sera therapeutica, liquida et sicca ad usum humanum.[2])
Sparteïnum et ejus salia.
Sulfonalum *et ejus derivata.*
Tannalbinum.
Tannigenum.
Theobrominum *et ejus salia.*
Tropacocaïnum et ejus salia.
Tuberculinum.
Tuberculocidinum.
Urethanum *et ejus derivata.*
Urotropinum et ejus salia.
Vasogenum et ejus praeparata.
Xeroformium.

Die gesetzliche Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln ist eine der schwierigsten Aufgaben, wenn man dabei allen betheiligten Kreisen gerecht werden will. Die Apotheker wollen sich das ihnen in dieser Hinsicht zustehende Monopol nicht noch mehr einschränken lassen, als es bisher schon geschehen ist; von anderer Seite setzen dagegen die Drogisten alle Hebel in Bewegung, um ihre Befugnisse immer mehr zu erweitern und womöglich den ganzen Handverkauf der Apotheken an sich zu ziehen, sodass diesen schliesslich nur noch die Rezeptur bleibt. Mit Vorliebe suchen sie ihre Wünsche durch das öffentliche Interesse zu begründen und als solche des Publikums hinzustellen, das jetzt lediglich zum Schutze der Monopolrechte der Apotheken gezwungen sei, „unschuldige“ und „als Hausmittel geschätzte“ Arzneimittel für schweres Geld in den Apotheken zu kaufen. Demgegenüber möge zunächst konstatirt werden, dass, seitdem die Apotheker nicht nur in Gross- und Mittelstädten, sondern auch in Kleinstädten und auf dem platten Lande dazu übergegangen sind, den Kampf mit den Dro-

[1]) Statt „Thyreoideae praeparata“ (Verordnung vom 19. August 1897).
[2]) Früher war nur das Serum diphtheriticum nach der Kaiserlichen Verordnung vom 31. Dezember 1894 vom freien Verkehr ausgeschlossen.

gisten durch billige Handverkaufspreise mit Erfolg aufzunehmen, das Publikum die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel in den Apotheken ebenso billig kauft als in den Drogenhandlungen, ja sogar noch billiger, wenn man bedenkt, dass es für sein Geld durchschnittlich eine wesentlich bessere Waare als dort erhält. Hätten die Apotheker von allem Anfang an in dieser Weise verfahren, dann würden ihnen auch in den Drogenhandlungen nicht so gefährliche Konkurrenten erwachsen sein, wie dies thatsächlich der Fall ist; desgleichen würden die Forderungen der Drogisten in Bezug auf die Erweiterung ihres Arzneimitteldebits bei dem Publikum sowohl, als bei den gesetzgebenden Körperschaften und den zuständigen Behörden erheblich weniger Unterstützung gefunden haben. In Wirklichkeit steht man diesen Forderungen jetzt auch wesentlich kühler als früher gegenüber; selbst das Publikum hat an ihrer Erfüllung viel weniger Interesse, nachdem es klüger und die Apotheker entgegenkommender geworden sind; denn schliesslich nimmt Jemand für dasselbe Geld doch lieber tadellose Waare, als dass er Gefahr läuft, minderwerthige zu erhalten. Wenn daher von den Drogisten immer wieder von Neuem eine Erweiterung ihrer Befugnisse verlangt wird, so kann man ihnen dies in Hinblick auf ihre persönlichen Interessen nicht verdenken; im öffentlichen Interesse besteht jedoch kein Grund, jenen Wünschen entsprechend Rechnung zu tragen, besonders wenn man sich des gesetzwidrigen Treibens vieler Drogisten erinnert, durch das sie das allgemeine gesundheitliche Wohl in hohem Grade gefährden. Jedenfalls kann der Apotbekerstand in Bezug auf seine wirthschaftliche Existenzfähigkeit mindestens denselben staatlichen Schutz als der Drogistenstand fordern; schon jetzt sind aber nicht wenige Apotheker, namentlich auf dem platten Lande, durch die Konkurrenz der Drogisten und Materialwaarenhänder (mit den bekannten Drogenschränken) in so schwerer Weise geschädigt, dass sie ihre Apothekenbetriebe kaum noch aufrecht erhalten können. Die Aufrechterhaltung der Apotheken liegt aber weit mehr im Allgemeininteresse als die Existenz von Drogenhandlungen oder Drogenschränken; deshalb sollte man sich auch hüten, zu Gunsten der letzteren die Existenzfähigkeit der ersteren, insbesondere der kleineren Landapotheken, zu gefährden!

Prüft man zunächst von diesem Standpunkte aus den neuen Entwurf, so muss man anerkennen, dass er demselben in ausreichender Weise Rechnung trägt; denn abgesehen von dem einschränkenden Zusatz im §. 1 betreffs des Begriffs „Heilmittel", auf den wir später noch näher eingehen werden, haben die Befugnisse der Drogisten keine wesentliche Erweiterung erfahren, sondern in einzelnen Punkten sogar nicht unerhebliche Einschränkungen. Auf den ersten Blick scheint dies allerdings nicht der Fall zu sein, sieht man sich aber die scheinbar für die Drogisten günstigen Zusätze u. s. w. etwas näher an, so findet man, dass die meisten nichts Neues bringen, sondern nur bereits bestehende Bestimmungen in anderer Form. Das gilt z. B. gleich von der Erweiterung des §. 1 Abs. 2, wonach die Desinfektions- und kosmetischen Mittel (Mittel

zur Reinigung, Pflegen oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle) dem freien Verkehr überlassen sind; dies ist jedoch, da sie nicht zu den „Heilmitteln“ gehören, schon jetzt der Fall. Der Handel mit diesen Mitteln erleidet sogar im Gegentheil und zwar mit Recht gegen früher eine Einschränkung; denn während er bisher, soweit die Bestimmungen über den Giftverkehr keine Anwendung finden, völlig freigegeben war, soll dies künftighin nur insofern gelten, als die kosmetischen Mittel keine Stoffe des Verzeichnisses B und die Desinfektionsmittel keine Stoffe enthalten, die in den Apotheken ohne Anweisung eines Arztes u. s. w. nicht abgegeben werden dürfen. Ebenso sind die im Verzeichniss A neu aufgeführten Benediktiner- und Bischoffessenz, Nelken- und Vanillentinktur (Nr. 3), Eichelkakao, auch mit Malz, Hafermehlkakao, Schneeberger Schnupftaback (Nr. 4), aromatischer Essig (Nr. 5), weil keine Heilmittel, bisher schon freigegeben; zweifelhaft war nur die ätherische Baldriantinktur, deren nunmehrige Freigabe einen kleinen Gewinn für die Drogenhändler bedeutet, desgleichen diejenige von Fichtennadelspiritus (Waldwollextrakt), Franzbranntwein mit Kochsalz, Kalkwasser mit Leinöl, Leberthran mit ätherischen Oelen (Nr. 5) und einzelnen Tabletten (Nr. 9). Dieser Gewinn wird aber reichlich wieder aufgewogen durch die sehr zweckmässige Bestimmung in Nr. 4 des Verzeichniss A, wonach auch Gemenge „bei Sonderverpackung der einzelnen Bestandtheile, sowie Verreibungen jeder Art“ nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen. Durch diesen Zusatz wird auch die sehr verschiedenartige Rechtsprechung der höchsten Gerichtshöfe, ob eine derartige Sonderverpackung der einzelnen Bestandtheile als Gemenge und demgemäss als strafbare Umgehung der gesetzlichen Bestimmungen anzusehen sei, beseitigt. Andere Zusätze und Abänderungen in dem Verzeichniss A, wie Obstsäfte mit Zucker, Essig oder Fruchtsäuren eingekocht (Nr. 5), Coldcream, auch mit Glyzerin, Lanolin oder Vaselin (Nr. 10) sind irrelevant, während die Zusätze „aus Natriumbikarbonat und Weinsäure“ bei Brausepulver (Nr. 4), und „auch mit Lakritzen und Geschmackzusätzen, welche nicht zu den Stoffen des Verzeichnisses B gehören“ bei Salmiakpastillen (Nr. 9) gegen die bisherigen Bestimmungen ebenso eine Einschränkung bedeuten wie der Zusatz „einfaches“ bei Pechpflaster (Nr. 10). Erwägt man ferner, dass das Verzeichniss B eine nicht unerhebliche Erweiterung erfahren hat und zwar nicht nur durch die Aufnahme einer grösseren Anzahl von Mitteln, von denen viele bisher in den Drogenhandlungen geführt wurden, z. B. Aether chloratus, Airolum, Aristolum, Dermatolum, Bromoformium, Chloralum formidatum, Cortex Condurango, Ferratinum, Ferrum peptonatum, Hydrastinum, Piperacinum, Tuberkulinum u. s. w., sondern vor allem auch dadurch, dass bei einer grossen Anzahl von Arzneimittel künftighin auch deren Abkömmlinge (derivata) z. B. bei Acetanilidum, Codeïnum, Phenacetinum, Sulfonalum u. s. w. den Apotheken vorbehalten bleiben sollen, so wird man zugeben müssen, dass die Anstrengungen der Drogisten, ihr Absatzgebiet zu erweitern, im Grossen und Ganzen gescheitert sind, was, wie schon vorher erwähnt ist, im öffentlichen Interesse

nicht bedauert werden kann. Es wird im Gegentheil noch zu prüfen sein, ob die Erweiterung des Verzeichnisses B auch eine ausreichende ist, und ob es sich nicht empfiehlt, noch andere neuere Arzneimittel, z. B. Analgen, Antisparmin, Carpainum, Chelidoninum, Dijodoform, Ergotininum, Gonorol, Guajacetin, Hydroxylaminum, Lobelinum, Naphthalolum, Pellotinum, Spermin u. s. w. aufzunehmen. Wir stehen überhaupt auf dem Standpunkte, dass es viel richtiger ist, der Fassung des massgebenden §. 6 Abs. 2 der Gew.-Ordn. gemäss [1]) im Verzeichniss B nicht diejenigen Arzneimittel aufzuführen, die vom freien Verkehr ausgeschlossen sein sollen, sondern diejenigen, die demselben überlassen sind. Dadurch wird nicht nur die Handhabung der betreffenden Bestimmungen und die Ueberwachung des Arzneimittelhandels ausserhalb der Apotheken bedeutend vereinfacht, sondern auch dem im gesundheitlichen Interesse höchst bedenklichen Missstande vorgebeugt, dass neuere Arzneimittel, auch wenn sie noch so different sind, jahrelang in den Drogenhandlungsn feilgehalten und verkauft werden dürfen, weil sie in dem der Verordnung beigefügten Verzeichniss nicht aufgeführt sind. Das Verzeichniss würde in diesem Falle allerdings erheblich umfangreicher als das jetzige werden; dies sollte aber kein Hinderungsgrund sein, jenen Weg einzuschlagen, besonders wenn man bedenkt, dass sich dann auch die Rechtsprechung auf diesem Gebiete einfacher und klarer gestalten würde.

Es giebt wohl kaum ein Gesetz, dessen Bestimmungen in so vielen Punkten einer richterlichen Auslegung bedurft hat, als die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890. Man sollte meinen, dass dadurch schliesslich eine gewisse Klarheit und feste Grundsätze für die Handhabung der Verordnung geschaffen worden wären; leider ist dies aber nicht der Fall, sondern im Gegentheil, durch die Ueberfülle der richterlichen und sich sehr oft widersprechenden Urtheile sowie durch die sich nicht selten gegenüberstehenden Ansichten der betreffenden Sachverständigen und technischen Behörden ist die Verwirrung in Bezug auf die einschlägigen Materie nur noch grösser geworden. Gerade aus diesem Grunde ist besonders von den Verwaltungs- und Medizinalbehörden eine Revision für nothwendig erachtet; denn nichts ist nachtheiliger für die Durchführung gesetzlicher Vorschriften, als wenn diese zu verschiedenen Auslegungen Veranlassung geben können. Die Gefahr einer solchen Rechtsunsicherheit liegt aber auf diesem Gebiete um so mehr vor, als die höchste entscheidende Instanz nicht das Reichsgericht, sondern die verschiedenen Oberlandesgerichte bilden, und auch die etwa erforderlichen technischen Gutachten nicht von einer derartigen technischen Zentralbehörde (Reichsgesundheitsamt), sondern von den einzelnen Landes-Medizinal- u. s. w. Kollegien abgegeben werden. Wie ausserordentlich die verschiedenen Entscheidungen von einander abweichen, davon kann man sich leicht überzeugen, wenn man nur

[1]) Die betreffende Bestimmung lautet:
„Eine Verordnung des Bundespräsidiums wird bestimmen, welche Apothekerwaaren dem freien Verkehr zu überlassen sind."

einen Blick wirft in die verschiedenen Kommentare (Bötticher, Zschiesing, Jacobson, Nesemannn und Springfeld), in die den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamt beigegebene Sammlung gerichtlicher Entscheidungen, in die Beilage dieser Zeitschrift und die Fachblätter der Drogisten und Apotheker. Um so mehr durfte man wohl erwarten, dass bei der Revision der betreffenden Bestimmung auf die Beseitigung dieses grossen Uebelstandes besonderer Werth gelegt werden würde. Leider ist dies aber nicht geschehen; auch der neue Entwurf enthält ebenso wie die bisherige Verordnung so viele, zu Zweifeln Anlass gebende Bestimmungen, dass er nach dieser Richtung hin keinen Fortschritt aufweist, sondern im Gegentheil dringend einer präziseren Fassung bedarf.

Zunächst gilt dies in Bezug auf den Begriff „Heilmittel“ im §. 1 Abs. 1. Derselbe ist bekanntlich von den einzelnen höchsten Gerichtshöfen sehr verschiedenartig ausgelegt. So sagt z. B. das Kammergericht in seiner Entscheidung vom 16. März 1896:

„Dass Heilmittel **nur** solche Mittel sind, welche **krankhafte Zustände zu beseitigen** bestimmt sind, **nicht** aber solche, welche nur bestimmt sind, etwaige noch nicht vorhandene Krankheiten **zu verhüten**, also solchen **vorzubeugen** und die Gesundheit zu erhalten.“

Auch das Oberlandesgericht in Köln hat sich unter dem 2. Dezember 1895 in gleichem Sinne ausgesprochen, während andere Oberlandesgerichte sich auf den Standpunkt stellen, dass unter „Heilmittel“ auch die sogenannten Vorbeugungs- und Verhütungsmittel zu verstehen sind. So bezeichnet z. B. das Oberlandesgericht zu Colmar in seinem Urtheil vom 3. März 1898 die Ansicht des Vorderrichters, wonach man

„unter Heilmittel nach dem Sprachgebranche, sowie nach dem Sinne und der Tendenz der Verordnung vom 27. Januar 1890 auch das zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit, zur Vorbeugung von Krankheiten Förderliche versteht“

als gerechtfertigt; desgleichen spricht sich das Oberlandesgericht in München in seinem Urtheil vom 30. Mai 1895 dahin aus, dass

„der Begriff Heilmittel nicht bloss jene Mittel, welche bestimmt sind, bestehende Krankheiten zu heilen, sondern auch jene umfasse, welche dazu dienen sollen, in vorbeugender Weise Krankheiten entgegenzutreten.“

In dem neuen Entwurf ist nun der Begriff „Heilmittel“ durch den Zusatz „Mittel zur Beseitigung von Krankheiten bei Menschen oder Thieren“ im Sinne des vorher mitgetheilten Kammergerichts-Urtheils erläutert, und zwar entgegen den in den Berathungen vom 8. und 9. September v. J. von der Mehrheit der Kommissionsmitglieder geäusserten Wünschen, dass unter Heilmittel auch die Verhütungsmittel mit eingerechnet werden sollten. Auch das Kaiserliche Gesundheitsamt ist jener im Entwurf vertretenen Ansicht beigetreten und hat dies in folgender Weise begründet:

„Als Mittel zur Verhütung von Krankheiten können die harmlosesten Dinge angesehen werden; der Kreis der Gegenstände, welche diesem Zwecke dienen können, ist ein so grosser, dass sich gar nicht absehen lässt, welche Fesseln durch ihre Verweisung in die Apotheken dem Verkehr auferlegt werden würden; erschien es doch nothwendig, für den Fall der Aufnahme der „Vorbeugungsmittel“ so umfassende Begriffe wie die Nahrungs- und Genussmittel ausdrücklich auszunehmen, weil dieselben, auf die Waage des Strafrichters gelegt, als zur Verhütung von Krankheiten dienend, angesehen werden können. Auch die diä-

tetischen Mittel sollten ausgenommen werden; dafür aber, was unter diesen Sammelbegriff fällt, kann ein allseitig gebilligter, gleichmässige Rechtsprechung verbürgender Ausdruck nicht gefunden werden. Diesem Umstande gegenüber fällt nicht ins Gewicht, dass einzelne Oberlandesgerichte Verhütungsmittel als zu den Heilmitteln (im Sinne des §. 1 der kaiserl. Verordnung vom 27. Januar 1890) gehörig gerechnet haben. Ebenso wenig kann eine Analogie daraus abgeleitet werden, dass die landesrechtlichen Verbote, betreffend Anpreisung von Geheimmitteln, meist auch die Verhütungsmittel ausdrücklich umfassen; denn in diesem Falle liegt das zu bekämpfende Uebel darin, dass die Leichtgläubigkeit des Publikums durch Geheimhaltung der Bestandtheile der Waare ausgenutzt werden soll; der Schutz des Publikums kann hier füglich ausgedehnt werden, und zwar sowohl den Apotheken, als den Drogerien gegenüber.

Wir können uns dieser Auffassung nur insofern anschliessen, als auch wir es für zu weitgehend erachten, dass alle Vorbeugungs- und Verhütungsmittel gegen Krankheiten unter der Begriff „Heilmittel" fallen sollen; nach dem Sprachgebrauche ist aber der Heilmittelbegriff erheblich weiter, als er in dem Entwurfe gefasst ist; denn darunter werden nicht nur diejenigen Mittel verstanden, die geeignet sind, Krankheiten zu beseitigen, sondern auch diejenigen, die dazu dienen, einzelne krankhafte Zustände oder Regelwidrigkeiten des lebenden Organismus zu heben oder wenigstens zu bessern bezw. zu lindern. In diesem Sinne hat sich auch das Kammergericht in einem neueren Urtheil (vom 10. April 1899; s. Beilage zu Nr. 15 der Zeitschrift, S. 121) ausgesprochen, in dem es heisst:

„Der Begriff „Heilmittel" ist nicht beschränkt auf Mittel gegen Krankheiten; er umfasst vielmehr alle Substanzen, die als Mittel zur Beseitigung von menschlichen oder thierischen Uebeln, sowie der Krankheiten, Körperschäden oder sonstige Störungen des Wohlbefindens oder der normalen Funktionen körperlicher Organe feilgehalten oder verkauft werden".

Wird im Sinne dieser Entscheidung der Heilmittelbegriff abgeändert, dann würde er nicht nur dem Sprachgebrauche, sondern auch dem öffentlichen Interesse entsprechen; vor allem würde aber seine Fassung präziser als bisher sein, während die in dem Entwurfe vorgesehene zweifellos zu einer endlosen Zahl von Prozessen führen würde. Man sollte daher entweder den Zusatz „Mittel zur Beseitigung von Krankheiten u. s. w." ganz streichen und die Feststellung des Begriffs „Heilmittel" auch künftighin den Gerichten überlassen oder, was unseres Erachtens gerade im Interesse einer einheitlichen Rechtsprechung viel zweckmässiger ist, statt des jetzigen Zusatzes sagen: „Mittel zur Behandlung oder Heilung krankhafter Störungen des menschlichen oder thierischen Organismus".

Zur weiteren Klarstellung würde es dann dienen, wenn im Abs. 2 des §. 1 auch die sogenannten diätetischen Mittel als Ausnahmen aufgeführt würden. Es ist dies allerdings nicht völlig logisch, ebenso wie der jetzige ganze Absatz 2; denn Zubereitungen, die durch die Fassung des Begriffs Heilmittel im §. 1 schon ausgenommen sind, brauchen nicht erst noch besonders aufgeführt zu werden. Aus praktischen Gründen wird man sich aber mit dem Zusatze einverstanden erklären können, da er jedenfalls dazu dient, um in dieser Beziehung gerade mit Rücksicht auf

die bisherige Rechtsprechung keinen Zweifel aufkommen zu lassen. Zweckmässig wird es jedoch sein, den langen Absatz 2 in Unterabtheilungen zu trennen, etwa in folgender Weise:

Diese Bestimmung findet keine Anwendung auf:
a. Verbandstoffe, (Binden, Gazen, Watten und dergl.),
b. Zubereitungen zur Herstellung von Bädern,
c. Seifen zum äusserlichen Gebrauch,
d. diätetische Mittel (Mittel zur Stärkung und Erhaltung der Gesundheit), sofern ihnen keine heilende Wirkung zugeschrieben wird und sie nicht die in dem anliegenden Verzeichniss B. aufgeführten Stoffe enthalten,
e. Desinfektionsmittel,
f. kosmetische Mittel (Mittel zur Reinigung, Pflege der Haut, des Haares oder der Mundhöhle),
g. künstliche Mineralwässer, sofern diese in ihrer Zusammensetzung den natürlichen Mineralwässern entsprechen und nicht zugleich Antimon, Arsen u. s. w. enthalten.

Den jetzigen Zusatz in Abs. 2 bei den Desinfektionsmitteln: „wenn dieselben Stoffe enthalten, welche in den Apotheken ohne Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Thierarztes nicht abgegeben werden dürfen", halten wir für nicht erforderlich; denn soweit die Desinfektionsvorschriften nicht den Vorschriften über den Giftverkehr unterliegen, sollte man auch deren Zubereitungen freigeben, oder die betreffenden Mittel im Verzeichniss B aufnehmen. Ausserdem ist es höchst unzweckmässig in einer Verordnung auf die Bestimmung einer ganz anderen Verordnung Bezug zu nehmen, bei der es sich lediglich um den Arzneimittelhandel in den Apotheken handelt und die daher den Drogisten gar nicht bekannt ist. Desgleichen bleiben Haarfärbemittel besser aus einer Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, fort.

Im §. 2 heisst es auch jetzt noch, „die in dem Verzeichniss B aufgeführten Drogen und chemischen Präparate", obwohl in diesem Verzeichniss verschiedene aufgeführt sind, die, wie die Heilsera, die organotherapeutischen Präparate u. s. w., weder zu den Drogen, noch zu den chemischen Präparaten gehören. Ebenso wie im §. 3 sollte man daher auch hier sagen: „aufgeführten Stoffe".

Bekanntlich hat auch der Begriff „Grosshandel" eine sehr verschiedenartige Auslegung in der Judikatur gefunden. Während z. B. verschiedene Gerichte darin nur die Abgabe an Wiederverkäufer, also den Handel zwischen Produzenten, Fabrikanten, Kaufleuten und Apothekern, entsprechend den preussischen Ministerial-Erlassen vom 4. November 1872 und 29. September 1881 erblicken, verstehen andere darunter auch den Verkauf grösserer Mengen direkt an die Konsumenten (z. B. Urtheil des Oberlandesgerichts in Marienwerder vom 18. September 1896). Letzteres hat aber zweifellos nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen; denn gerade im öffentlichen Interesse ist es geboten, dass die Abgabe der in den Verzeichnissen A und B genannten Zubereitungen und Stoffe an die Konsumenten nur durch die Hand des Apothekers geht, anderseits würde einer der Hauptzwecke der Verordnung: der Schutz des Publikums gegen den gesundheitsschädlichen Gebrauch derartiger Arzneimittel, völlig illusorisch werden. Auch

der Einwand, dass der Grosshandel direkt an die Konsumenten mit Rücksicht auf etwaige gewerbliche und wirthschaftliche Zwecke freigegeben werden müsse, ist nicht stichhaltig, weil jene lediglich arzneilichen Zwecken dienen. Deshalb empfiehlt es sich, im §. 3 den Ausdruck „Grosshandel" überhaupt fallen zu lassen und statt dessen zu sagen:

„Der Verkauf der im Verzeichniss A und B aufgeführten Zubereitungen an Wiederverkäufer, sowie der Verkauf der im Verzeichniss B aufgeführten Stoffe an solche öffentlichen Anstalten u. s. w. . . unterliegt den vorstehenden Bestimmungen nicht."

Dass jetzt statt „Staatsanstalten" der Ausdruck „öffentliche Anstalten" gewählt ist, entspricht dem Bedürfniss und der Billigkeit; denn es erscheint durchaus gerechtfertigt, kommunale derartige Anstalten in dieser Hinsicht den Staatsanstalten gleichzustellen.

Zu §. 3 hätten wir aber noch einen Zusatz gewünscht, durch den die durch die bisherige Rechtsprechung begünstigte Umgehung der Kaiserlichen Verordnung: Gemeinsamer Einkauf von Arzneimitteln und Giften und die Vertheilung an die Mitglieder eines Vereins oder einer Krankenkasse im Kleinen oder Ueberlassen von Arzneimitteln an Vereinsmitglieder (z. B. an Mitglieder eines homöopathischen Vereins, die dafür einen Jahresbeitrag bezahlen), beseitigt würde. Es ist dies um so mehr erwünscht, als auch nach dieser Richtung hin eine Verschiedenheit in der Rechtsprechung vorliegt, und eine derartige Umgehung von einzelnen höchsten Gerichtshöfen (z. B. vom Kammergericht durch Urtheil vom 10. Nov. 1898) als nicht strafbares „Ueberlassen an andere" im Sinne des §. 367 Nr. 3 Str.-G.-B. angesehen ist, von anderen dagegen (z. B. vom Oberlandesgericht in Stuttgart durch Urtheil vom 12. Juli 1893) als strafbares. Demgemäss dürfte es, um diese Rechtsunsicherheit zu beseitigen, angezeigt sein, dem §. 3 einen entsprechenden Zusatz zu geben, dessen Fassung wir den Herren Juristen überlassen.

In den Berathungen vom 8. und 9. September v. J. und 13. Juni d. J. ist dann noch die Frage erörtert worden, ob dem §. 1 folgende Bestimmung einzufügen sei:

„Die in dem Verzeichniss A als Ausnahmen aufgeführten Zubereitungen sowie die Verbandstoffe dürfen, soweit sie in das Arzneibuch für das Deutsche Reich aufgenommen sind oder werden, auch ausserhalb der Apotheken nur unter der Bedingung feilgehalten oder verkauft werden, dass sie den jeweilig geltenden Vorschriften des Arzneibuches entsprechen."

Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat sich hierüber wie folgt geäussert:

Während in der ersten Berathung der Antrag zum Erlass einer solchen Vorschrift die Hälfte der Stimmen auf sich vereinigte, wurde er in der letzten Sitzung allgemein abgelehnt. Gegen die Vorschrift wurde insbesondere geltend gemacht, dass durch sie die Drogerien als Apotheken zweiten Ranges zum Nachtheile der Apotheker charakterisirt würden, dass sich bei der Revision von Drogenhandlungen in vielen Fällen gar nicht feststellen lässt, ob die Waaren arzneibuchmässig beschaffen sind, und dass man einem Stande, von welchem eine bestimmte Vorbildung nicht verlangt werde, hinsichtlich der zuführenden Waaren nicht eine Beschaffenheit vorschreiben könne, welche er ohne technische Vorbildung nicht erkennen könne. Dem gegenüber lässt sich anführen, dass

nach Erlass jener Vorschrift die Drogisten die in Rede stehenden Arzneien in derselben Beschaffenheit, wie die Apotheker, führen, daher zu demselben Preise einkaufen müssen und folglich den Verkaufspreis voraussichtlich nicht niedriger stellen werden, als die Apotheker; den Klagen der Apotheker über unlauteren Wettbewerb der Drogisten durch Verkauf schlechterer Waare, unter gleichem Namen, wie in den Apotheken, würde also zum Theile abgeholfen werden.

Die Untersuchung auf vorschriftsmässige Beschaffenheit der Waaren könnte, soweit sie bei der Revision nicht möglich ist, in der Weise geschehen, dass — wie bei der Nahrungsmittelkontrole — entsprechende Waaren eingekauft und dann einem Sachverständigen zur Begutachtung übergeben werden. Was die Unfähigkeit vieler Drogisten anbetrifft, die arzneibuchwidrige Beschaffenheit zu erkennen, so legen auch andere Gesetze, z. B. vom 25. Juni 1887, betreffend den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen, und vom 5. Juli 1887, betreffend die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben u. s. w., den — auch nicht chemisch vorgebildeten — Gewerbetreibenden die Pflicht auf, sich um die Beschaffenheit ihrer Waaren zu kümmern. Vom gesundheitspolizeilichen Standpunkte aus wäre an sich der Aufnahme jener Vorschrift nicht entgegen zu treten, zumal es sich um Heilmittel handelt, welche für so wichtig erachtet sind, dass sie zur Gewährleistung einer bestimmten Beschaffenheit in das Arzneibuch aufgenommen sind.

In den beiden Berathungen wurde die Verweisung der Geheimmittel in die Apotheken nicht gewünscht."

Es lässt sich nicht läugnen, dass eine derartige Bestimmung vom gesundheitspolizeilichen Standpunkte aus nur befürwortet werden kann; ihre Durchführung und Kontrole ist auch gar nicht so schwierig, als dass diese ein Hinderniss bilden könnte. Auch die Bedenken, dass dadurch die Drogerien als Apotheken zweiten Ranges zum Nachtheile der Apotheker charakterisirt werden würden, theilen wir nicht, stimmen vielmehr dem Kaiserlichen Gesundheitsamte darin bei, dass die Apotheker durch eine solche Massregel eher Vortheile haben werden, da sie das sicherste Mittel ist, um die unlautere Konkurrenz der Drogisten durch den Verkauf schlechterer Waare zu beseitigen. Die Folge davon wird voraussichtlich sein, dass ein sehr grosser Theil der Kaufleute den als Nebengeschäft betriebenen Handel mit Arzneimitteln sehr bald aufgeben wird, namentlich werden die Drogenschränke auf dem platten Lande schnell verschwinden, wenn bei den Revisionen auch die Beschaffenheit der vorräthig gehaltenen Arzneimittel einer scharfen Kontrole unterworfen wird und in dieser Hinsicht ganz andere Anforderungen als bisher gestellt werden. Die betreffenden Geschäftsinhaber werden dann sehr schnell einsehen, dass unter diesen Umständen bei dem Arzneimittelhandel nichts mehr zu verdienen ist und sie nur Gefahr laufen, wegen minderwerthiger Waare bestraft zu werden. Den eigentlichen, grossen Drogenhandlungen werden allerdings, vorausgesetzt, dass sie den Anforderungen nachkommen, durch das Verschwinden der kleineren Geschäfte die gleichen Vortheile erwachsen wie den Apotheken, sie würden aber nicht mehr an ein Unterbieten wie bisher denken können, sondern sich im Gegentheil den gesteigerten Einkaufspreisen gemäss zu einer wesentlichen Erhöhung der bisherigen Verkaufspreise der vorräthig gehaltenen Arzneiwaaren entschliessen müssen, wenn sie nicht mit Verlust arbeiten wollen. Diese Preissteigerung wird zwar von dem Publikum Anfangs bitter empfunden werden, sie wird jedoch aufgewogen durch die grössere Gewähr-

leistung in Bezug auf die tadellose Beschaffenheit der Arzneiwaaren.

Weit nothwendiger als die vorstehende Bestimmung ist aber eine Zusatzbestimmung zum Nahrungsmittelgesetz, wonach auch das Feilhalten und der Verkauf von verdorbenen oder gefälschten Arzneimitteln diesem Gesetze gemäss bestraft werden kann. Bis jetzt besteht in dieser Hinsicht auffallender Weise keine Strafbestimmung; denn der §. 367 Nr. 5 des Str.-G.-B., „wonach bestraft wird, der bei Ausübung der Befugniss zur Zubereitung oder Feilhaltung von Arzneien die deshalb ergangenen Verordnungen nicht befolgt" reicht dazu nicht aus. In einzelnen preussischen Regierungsbezirken hat man diese Lücke in der Gesetzgebung durch Polizeiverordnungen zu ersetzen gesucht; derartige Verordnungen sind aber nur halbe Massregeln, ganz abgesehen davon, dass sie auch die dringend nothwendige einheitliche Regelung dieser Materie hindern. Durch eine entsprechende Zusatzbestimmung zum Nahrungsmittelgesetz würde auch die strittige Frage der Beschlagnahme und Vernichtung von verfälschten und verdorbenen Arzneimitteln erledigt werden.

Soll endlich die Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln nicht wieder zu einer Ueberfülle von sich zum Theil widersprechenden richterlichen Urtheilen Veranlassung geben und künftig auf diesem Gebiete eine grössere Rechtssicherheit herrschen, dann ist es nicht nur nöthig, dass der Entwurf unseren Vorschlägen gemäss abgeändert wird, sondern auch erforderlich, dass eine technische Kommission gebildet wird, deren Votum in zweifelhäften Fällen einzuholen und als massgebend anzusehen ist. Dadurch wird die im öffentlichen Interesse dringend nothwendige einheitliche Rechtsprechung auf diesem Gebiete am besten gewahrt; der betreffenden Kommission würde ausserdem die Aufgabe zufallen, fortlaufend für eine entsprechende Ergänzung der Verordnung, insbesondere des Verzeichnisses B Sorge zu tragen; eine solche Ergänzung ist aber nicht nur mit Rücksicht auf die rapide Entwickelung der hier in Betracht kommenden Industrie und dem sich immer mehr zuspitzenden Kampfe zwischen Apothekern und Drogisten, sondern auch im allgemeinen, gesundheitlichen Interesse dringend geboten!

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die XI. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg in Halle a. d. S. am 20. November 1899.

Anwesend waren der Vorsitzende, Reg.- und Med.-Rath Dr. Penkert, Prof. Dr. Carl Fraenkel, Vorsteher des hygienischen Instituts in Halle a. d. S., mit sämmtlichen Assistenten und Volontärärzten, Privatdozent Dr. Sobernheim-Halle a. d. S., sämmtliche 17 Physiker des Bezirks, von den Kreiswundärzten Dr.Dr. Hermann-Roitzsch, Hoffmann-Halle a. d. S., Wachs-Wittenberg, Weinreich-Merseburg, ferner die pro physicatu approbirten Dr.Dr. Köhn-Halle a. d. S., Meye-Eisleben und Stumpf-Zeitz, schliesslich als willkommene Gäste und Vertreter des Reg.-Bez. Erfurt: Kreisphysikus San.-Rath Dr. Koppen-Heiligenstadt und Kreisphysikus Dr. Wehr-Worbis.

Die Theilnehmer versammelten sich im hygienischen Institut der Univer-

sität. Der Vorsitzende ertheilte sogleich das Wort Herrn Prof. Dr. Fraenkel, der in der entgegenkommensten Weise einen Vortrag übernommen hatte über die **Erkennung und Abwehr der Pest.**

Die in vollendeter Form und mit bekannter Beredtsamkeit vorgetragenen Ausführungen des ausgezeichneten Bakteriologen, der seinen Vortrag durch mikroskopische Darstellungen und Erläuterungen mit der Lichtbildvergrösserung in anschaulicher Weise ergänzte, wurden mit grosser Aufmerksamkeit und lebhaftem Dank entgegengenommen. Mit Rücksicht auf den ausführlichen Pestbericht in der vorigen Nummer dieser Zeitschrift, in dem ein Theil des Fraenkel'schen Vortrages schon aufgenommen ist, wird hier von einer eingehenderen Berichterstattung abgesehen.

Die Verhandlungen wurden später im Grand-Hôtel Bode fortgesetzt. Besprochen wurden noch die seit der letzten Versammlung gegebenen Erlasse und Verordnungen, während der Vortrag des Kreiswundarztes Dr. Hoffmann-Halle a. d. S. über: **Das Bürgerliche Gesetzbuch in Beziehung auf die gerichtliche Medizin und Psychiatrie** mit Rücksicht auf die Bedeutung des Gegenstandes und die vorgerückte Zeit für die nächste Versammlung zurückgestellt wurde. Dr. Dietrich-Merseburg.

Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen am 25. November d. J. im hygienischen Institut zu Posen.

Am 25. d. J. fand eine ausserordentlich zahlreich besuchte Versammlung unseres Vereins im neu errichteten, hygienischen Institut zu Posen statt. Als Gäste waren erschienen die Herren Regierungspräsident Krahmer und Regierungsrath Windmüller, letzterer vom Königlichen Polizeipräsidium, ferner die Herren Geh. Medizinalräthe Dr. Rehfeld-Posen und Dr. Peters-Obornik, die meisten Mitglieder der Aerztekammer der Provinz, die Direktoren der 3 Provinzial-Irrenanstalten und 5 pro physicatu geprüfte Kollegen. Dass von den 28 im Amte befindlichen Kreisphysikern nicht weniger als 24 erschienen waren und einige der Fehlenden ihr Fernbleiben durch besonders dringliche Berufsgeschäfte entschuldigt hatten, beweist das lebhafte Interesse, welches die Kollegen den Vereinsbestrebungen entgegenbringen.

Nach einer einleitenden Ansprache des Vorsitzenden, Herrn Reg.- und Med.-Raths Dr. Schmidt, und der Begrüssung der Gäste hielt Herr Professor Dr. Wernicke vom hygienischen Institut einen Vortrag **über die Pest.** Eine ausführliche Darstellung der Geschichte der Pest leitete den Vortrag ein. Aus diesem Theile sei die Thatsache hervorgehoben, dass während des Mittelalters in Stadt und Prozinz Posen 32 Pestepidemien sich geschichtlich nachweisen lassen, ferner die lebhafte und anschauliche Schilderung der Pest in Wien, welche der bekannte Sittenprediger Abraham a Santa Clara gegeben hat. In erschöpfender Weise wurde dann von dem Vortragenden die Aetiologie, Diagnose, Epidemiologie und Prophylaxe der Pest geschildert.[1])

Der Vortrag wurde ungemein beifällig aufgenommen.

Es sprach sodann Prof. Dr. Lubarsch über **Carcinom.** Nicht wegen geringerer Bedeutung des Vortrags, sondern wegen minderer Zugehörigkeit zu den Zwecken dieser Zeitschrift versage ich es mir, die beredten und äusserst anregenden Ausführungen des Vortragenden hier wiederzugeben. Erwähnt sei nur, dass Herr Professor Lubarsch am Schlusse des Vortrages ankündigte, dass er die vorbereitenden Schritte für eine sich auf die Provinz Posen erstreckende Sammelforschung über die Aetiologie des Krebses gethan habe und die Fragebogen in kurzer Zeit versenden werde. Auf eine rege Betheiligung der Kollegen aus der Provinz ist mit Sicherheit zu rechnen.[2])

---

[1]) Mit Rücksicht auf das in der vorigen Nummer der Zeitschrift (s. S. 804) gebrachte eingehende Referat über die im Kaiserlichen Gesundheitsamte vor Kurzem stattgehabte wissenschaftliche Besprechung der Pestfrage wird im Einverständnisse mit dem Herrn Referenten der von uns eingesandte ausführliche Bericht des Herrn Prof. Dr. Wernicke nicht zum Abdruck gebracht. Die Redaktion.

[2]) Eine derartige Sammelforschung ist für die ganze Monarchie durch Erlass vom 7. November 1899; s. S. 207 der heutigen Beilage, angeordnet.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, darauf hinzuweisen, welch ausserordentliche Förderung und Befruchtung des wissenschaftlichen Lebens in unserer der Kultur bisher so weit entrückten Provinz die Errichtung des hygienischen Instituts bedeutet, an dem bisher ein Bakteriologe (Prof. Dr. Wernicke) und ein pathologischer Anatom (Prof. Dr. Lubarsch) sowie seit ganz kurzer Zeit auch ein Nahrungsmittel-Chemiker thätig sind. Zahlreiche Kollegen werden durch dieses Institut wissenschaftliche Anregung und Förderung erhalten; ihre Zahl würde eine noch grössere sein, wenn nicht leider die Aerzte aus der Provinz in Folge der meist ungünstigen Eisenbahnverbindungen von jenen grossen Vortheilen vorläufig noch nahezu vollständig ausgeschlossen wären. Hoffen wir, dass die Zeit auch hierin Wandel schaffen, und dass auch sehr bald der Zeitpunkt eintreten werde, in welchem dem so segensreichen Institut ein für die Zwecke der wissenschaftlichen Forschung geeigneteres und der störenden Unruhe des überaus lebhaften Geschäftsverkehrs entzogenes Heim zur Verfügung gestellt wird. Dr. Lissner-Kosten.

Bericht über die I. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Osnabrück.

Am 30. November d. J. erfolgte die Gründung eines Medizinalbeamten-Vereins in Osnabrück, welche durch die Anwesenheit des Herrn Regierungspräsidenten Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Stüve eine besondere Weihe erhielt.

Auf Einladung des Herrn Reg.- und Med.-Raths Dr. Grisar waren erschienen die Kreisphysiker San.-Rath Dr. Heilmann-Melle, Dr. Holling-Sögel, San.-Rath Dr. Offenberg-Osnabrück, Dr. Rump-Osnabrück, San.-Rath Dr. Schirmeyer sen.-Osnabrück, San.-Rath Dr. Stoltenkamp-Bentheim, Dr. Strangmeier-Quakenbrück, San.-Rath Dr. Thoele-Osnabrück (Stadtphysikus), San.-Rath Dr. Tholen-Papenburg, San.-Rath Dr. Többen-Meppen, ferner die pro physicatu geprüften Aerzte Dr. Bitter-Osnabrück, Dr. Dieckmann-Schüttorf, Dr. Kanzler-Rothenfelde, Dr. Kreke-Bersenbrück, Dr. Quentin-Bentheim, Dr. Schirmeyer jun.-Osnabrück, Dr. Schürmeyer-Laer.

Nachdem Herr Reg.- und Med.-Rath Dr. Grisar die Erschienenen begrüsst hatte, begründete er die Nützlichkeit eines Medizinalbeamten-Vereine für seine Mitglieder und betonte, dass es durchaus den Wünschen des Herrn Ministers entspräche, wenn auch die pro physicatu geprüften Aerzte sich den Vereinen der Medizinalbeamten anschlössen.

Es bedurfte nicht vieler Worte. Die Anwesenden konstituirten sich als neuen Verein und wählten Herrn Reg.- und Med.-Rath Dr. Grisar durch Zuruf als Vorsitzenden und den Unterzeichneten als Schriftführer. Es wurden folgende Besimmungen getroffen: Es wird regelmässig im Monat Oktober in Osnabrück eine Versammlung des Medizinalbeamten-Vereins, der zur fachwissenschaftlichen Förderung seiner Mitglieder und Pflege kollegialer Beziehungen dienen soll, stattfinden. Beginn der Sitzung 3 Uhr Nachmittags. Der Beitritt von pro physicatu approbirten Aerzten ist erwünscht. Beiträge werden von den Mitgliedern nicht erhoben.

Die übrigen Punkte der Tagesordnung waren der Pestseuche gewidmet. Herr Reg.- und Med.Rath Dr. Grisar und Berichtersatter, welche vom 6—11. November d. J. an einem vom Herrn Prof. v. Esmarch in Göttingen geleiteten Pestkursus theilgenommen hatten, berichteten darüber. Während Unterzeichneter über die morphologischen und biologischen Verhältnisse des Pesterregers, über die Symptome, Diagnose, Verbreitungswege und Epidemiologie der Pestkrankheit referirte, erregten die ausführlichen Erörterungen des Herrn Reg.- und Med.-Raths über die zu treffenden prophylaktischen Massnahmen gegen Pest besonderes Interesse. (Mit Rücksicht auf die in Nr. 23, S. 804 u. ff. dieser Zeitschrift veröffentlichten ausführlichen protokollarischen Aufzeichnungen über die Pestfrage nach der kürzlich im Kaiserlichen Gesundheitsamt abgehaltenen wissenschaftlichen Besprechung erübrigt sich eine genauere Wiedergabe der Vorträge).

Nach Schluss der sich anschliessenden Diskussion drückte der Herr Regierungspräsident seine Freude über die Gründung des Vereins aus, dem er eine gedeihliche Entwicklung wünschte und dankte den beiden Vortragenden. Es sei zu hoffen, dass es der Wissenschaft gelingen werde, neue Mittel und Wege zu erforschen, um dieser Volksseuche, von welcher wir schon irrthümlich

gewähnt hatten, dass sie den Kulturboden Europas nie mehr betreten würde, mit Erfolg entgegenzutreten.

Herr Reg.- und Med.-Rath Dr. Grisar dankte dem Herrn Regierungspräsidenten darauf für sein freundliches Erscheinen, wodurch er bei Gründung des Vereins gleichsam Pathe gestanden habe, was für denselben von günstiger Vorbedeutung sei.

Hinzugefügt sei noch, dass Herr Reg.- und Med.-Rath Dr. Grisar ein schönes Präparat von gefärbten Pestbazillen unter dem Mikroskop aufgestellt hatte und dass Herr Kollege Dr. Thoele eine grössere Zahl, von seinem in Karatschi lebenden Sohne gesandter, klarer und lehrreicher Photographieen zur Ansicht herumreichte, welche die in den Eingeborenen-Vierteln daselbst herrschende Pest betrafen: Pestkrankenhäuser, Absonderungsbaracken und Hütten für Pestkranke und Verdächtige, Untersuchung und Desinfektion von Pesthäusern, Transport von Leichen u. s. w.; hierbei interessirte besonders die Mittheilung, dass die in besonderen, gesund gelegenen Quartieren der Stadt wohnenden Fremden ohne Besorgniss vor Pestinfektion lebten und sich um die Seuche wenig kümmerten.

Ein gemeinschaftliches Mittagessen hielt die Mitglieder des neu gegründeten Vereins noch bis zum Abgang der Züge in heiterer Stimmung zusammen.

Auf Wiedersehn im nächsten Jahrhundert!

Dr. Offenberg-Osnabrück.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber die neueste Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut. Von Prof. Dr. Leo Wachholz. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. III. F., XVII. Bd., 1899, 2. Heft, S. 255.

Die neueste von Ipsen zum Nachweis des CO im Blut angegebene Methode[1]) wurde von W. einer Nachprüfung unterzogen. Er verwandte zu seinen Untersuchungen als Kontrolblut kohlenoxydhaltiges Blut, das von dem CO nach einem von ihm angegebenen Verfahren[2]) befreit war. Auf diese Weise gelingt es, sich das nöthige Kontrolblut aus dem zur Untersuchung vorliegenden CO haltigen Blut jeder Zeit zu beschaffen. Auf Grund der angestellten Versuche kommt W. zu folgender Kritik: „Die von Ipsen neu angegebene Methode übertrifft nicht nur nicht die bis jetzt bekannten' zumal die am meisten zu empfehlende Tanninprobe, sondern sie steht ihnen um Vieles nach."

Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber die Unterscheidung menschlichen und thierischen Blutes durch Abmessung von Grössenunterschieden rother Blutkörperchen. Von Dr. C. Däubler in Berlin. Ibidem.

Trotz mannigfacher Versuche, welche auf die Unterscheidung menschlichen und thierischen Blutes gerichtet sind, ist es der wissenschaftlichen Forschung bisher nicht gelungen, sichere Merkmale für die eine oder die andere Blutart ausfindig zu machen. Eigenthümlich muss es daher auch berühren, wenn man in Gerichtsverhandlungen den Sachverständigen, der ja zumeist vom Richter für diesen Theil medizinischer Wissenschaft unter den — Chemikern gesucht wird, erklären hört, das fragliche Blut sei Menschenblut. Zwar ist mit diesem negativen Resultat nicht gesagt, dass wir auf charakteristische Unterscheidungsmerkmale auch für die Zukunft verzichten müssen, aber zur Zeit wenigstens ist uns keine wissenschaftlich genügend fundirte Methode bekannt, welche eine Unterscheidung ermöglichte. Auch die neuesten von C. Däubler in der Berliner Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde auf Strassmann's Veranlassung unternommenen Untersuchungen, welche mit grosser Exaktheit und

---

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1899, cf. Referat Nr. 17, S. 587.
[2]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1897, Nr. 8.

Sachkenntniss durchgeführt sind, endeten mit einem negativen Ergebniss. Verfassor suchte durch Messung die Grössenunterschiede der rothen Blutkörperchen im Menschen-, Hunde-, Kaninchen-, Meerschweinchenblut, zunächst im frischen, festzustellen, und fand, dass konstante Unterschiede zwischen den Erythrozyten im Hunde- und Menschenblut überhaupt nicht bestehen und die Differenzen derselben im Menschenblut und Kaninchen-Meerschweinchenblut nur 0,3 μ betragen. Solche geringen Grössendifferenzen sind aber zu wenig prägnant, um praktisch verwerthbar zu sein. Viel schwieriger gestaltet sich die Untersuchung von angetrocknetem Blut. Sowohl die Benutzung der verschiedenen Quellmittel, wie die Mikrotomirung des z. B. auf Zeug angetrockneten Blutes nach vorheriger Paraffin-Einbettung ergab die Unmöglichkeit, die Erythrozyten in exakter Weise messbar zu machen. Es sei noch erwähnt, dass Verfasser als Grössendifferenz der Erythrozyten desselben lebenden und darauf angetrockneten Blutes bei Menschen, Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen stets eine konstante Zahl, nämlich 0,288 μ, fand. Dr. Ziemke-Berlin.

Ein Fall von Sturzgeburt bei einer dreiundvierzigjährigen Erstgebärenden. Von Knepper in Niederbreisig. Ibidem.

Das höhere Alter einer Erstgebärenden, wenn es z. B. 30 Jahre überschreitet, spricht in der Regel gegen die Annahme einer Sturzgeburt. Dass dies aber nicht ausnahmslos zutrifft, lehrt ein von Knepper beobachteter Fall. Eine 43jährige Erstgebärende, welche von freundlichen Nachbarinnen mit zartfühlender Sorgfalt über die Gefahren der ersten Geburt in ihrem Alter aufgeklärt war und sich gewissermassen schon auf einen ungünstigen Ausgang gefasst gemacht hatte, wird 10 Tage nach dem als wahrscheinlich berechneten Geburtstermin plötzlich vom Stuhldrang befallen und von der Geburt überrascht, als sie das Nachtgeschirr benutzt. Bei der geringen Höhe des Sturzes bleibt das Kind unverletzt und der schnell herbeigerufene Arzt unterbindet und durchschneidet die unverletzte Nabelschnur. Obwohl das Neugeborene ausgetragen ist und ein Gewicht von 3000 g aufweist, zeigt die Mutter trotz des stürmischen Geburtsverlaufs keinen Dammriss oder sonst welche Verletzungen des Geburtskanals. Die Ursache für diesen bei einer so alten Erstgebärenden aussergewöhnlich schnellen Verlauf fand Verfasser in einer ungewöhnlichen Schlaffheit und daher auch Dehnbarkeit der Vulva und der Scheide, welche ihren Ausdruck in einem Prolaps der vorderen Vaginalwand fand. Der Gerichtsarzt wird aus dem Vorkommen solcher Fälle die Lehre ziehen, dass unter Umständen auch in kriminellen Fällen die Angaben einer älteren Erstgebärenden, es handle sich bei dem Tode ihres unehelichen Kindes um die Folge einer Sturzgeburt, Glauben verdienen können. Dr. Ziemke-Berlin.

Isolirte Pankreasverletzungen. Von Sanitätsrath Dr. E. Stern, Kreiswundarzt in Breslau. Ibidem.

Pankreasverletzungen werden in der Regel durch die Einwirkung einer erheblichen stumpfen Gewalt auf die Oberbauchgegend verursacht, durch welche das Organ gegen die Wirbelsäule gepresst wird. Stern beschreibt zwei isolirte Verletzungen dieser Art, welche durch Ueberfahren und durch Quetschung zwischen Eisenbahnwagenpuffer zu Stande kamen. In dem einen Fall handelte es sich um eine vollständige quere Durchtrennung, welche nach operativem Eingriff vollständig vernarbte; in dem anderen Fall war das Pankreas nur partiell und schräg durchtrennt, derselbe führte nach 8 Tagen zum Tode. Wegen der Vieldeutigkeit der Symptome war eine sichere Diagnose intra vitam nicht möglich.
Dr. Ziemke-Berlin.

Beitrag zur Kenntniss der Seelenstörungen der Epileptiker. Von Dr. Deiters, Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt in Andernach. Allg. Zeitschr. für Psych.; 56. Bd. V. Heft, 1899.

D. theilt, unter Zitirung einiger Autoren, zwei Krankengeschichten epileptischer Patienten mit, von denen einer eine Reihe religiöser Grössenideen im Sinne einer Paranoia produzirte, während die zweite eine gewöhnliche Lactationspsychose neben ihrer vorher bestehenden Epilepsie acquirirte. Die Fälle bieten

kaum etwas Bemerkenswerthes; man würde derartige Beobachtungen nicht fortwährend als etwas ganz Neues hinstellen, wenn man sich mehr daran gewöhnen wollte, die kleinen Variationen in den schulmässigen Krankheitsbildern als das Ergebniss der Schwere der Krankheit und — wie im vorliegenden Falle — der besonderen Umstände bezw. der Individualität der Kranken zu betrachten. Dr. Pollitz-Brieg

---

Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. Von Dr. Behr-Hildesheim. Vortrag, gehalten auf der 34. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Band, V. Heft, 1899.

B. bespricht im Anschluss an die vorhandene Literatur das Ergebniss von Untersuchungen an 100 Fällen von Puerperalpsychosen im weiteren Sinne. Drei derselben waren eigentliche Graviditätspsychosen, 77 Psychosen des Puerperiums, während 20 sich an die Laktation angeschlossen hatten. Die Unterscheidung der beiden letzteren Gruppen ist von geringer Bedeutung und nicht immer durchführbar. In der Aetiologie der Puerperalpsychosen spielte in einem sehr kleinen Theile die körperliche Erschöpfung, weit häufiger Wochenbettsinfektionen die Hauptrolle, während die Schwere der Entbindung nebensächlich erscheint. Die Krankheit, die in vielen Fällen in den folgenden Wochenbetten rezidivirt, tritt meist unter dem Bilde der halluzinatorischen Verwirrtheit auf, seltener als reine Melancholie oder Manie. 61 % der Fälle kamen zur Heilung; die Prognose ist im Allgemeinen sehr günstig, besonders bei den maniakalischen Formen. Bei den Laktationspsychosen steht in der Aetiologie die körperliche Erschöpfung nach langem Stillen bei bereits anämischen Frauen obenan; die Gefahr der Erkrankung ist bei Erstgebärenden geringer, als bei Mehrgebärenden; die Krankheit tritt besonders gern bei älteren Gebärenden auf, die erbliche Belastung spielt dagegen keine Rolle. Unter den Krankheitsbildern wird auch hier die halluzinatorische Verwirrtheit am häufigsten beobachtet. Die Prognose ist mit 66 % Heilungen als recht befriedigend zu bezeichnen. B. stellt fest, dass seine Ergebnisse im Allgemeinen mit denen der meisten Autoren übereinstimmen, wenn er auch den oft recht leichten Infektionen eine geringere Bedeutung beimisst. — In der Debatte betonte Rapmund-Minden, dass Puerperalpsychosen nicht selten in der Privatpraxis ohne Anstaltsbehandlung zur Heilung kämen. In der Aetiologie der hierbei vorkommenden Melancholien spielten psychische Reize eine hervorragende Rolle.

Dr. Pollitz-Brieg.

Symptomatischer Korsakoff und Rückenmarkserkrankung bei Hirntumoren. Von Dr. O. Mönkemöller und Dr. L. Kaplan-Herzberge. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 56. Bd., V. H., 1899.

Die Verfasser berichten über einen Fall, in dem eine Reihe körperlicher y mptomedie Annahme eines Gehirntumors, die psychischen die einer polyneuritischen, sog. Korsakoff'schen Psychose berechtigt erscheinen liessen. Im rechten Schläfenlappen fand sich ein Myxosarkom, dessen — allerdings noch gänzlich unbekannte — Toxine die Verfasser im Anschluss an andere Autoren für Veränderungen im Rückenmark verantwortlich machen. In dem psychischen Krankheitsbilde fiel die eigenthümliche Gedächtnisstörung für die jüngste Vergangenheit, Neigung zum Konfabuliren, heitere, oft wechselnde Stimmung, gelegentliche Halluzinationen und Wahnideen, besonders auf; Symptome, die der Korsakoff'schen Psychose eigen sind. Dr. Pollitz-Brieg.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Leistenbruch. Betriebsunfall liegt nicht vor. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 13. Juli 1899.[1])

. . . Es lässt sich nun nicht verkennen, dass im vorliegenden Falle eine

---

[1]) Diese Entscheidung ist insofern bemerkenswerth, als im vorliegenden Falle ein Betriebsunfall nicht angenommen ist, obwohl die äusseren Umstände dafür sprachen.

Reihe von Umständen vorhanden sind, die für eine plötzliche Entstehung des Bruchleidens sprechen könnten. Der Kläger hat einen etwa 80 Pfund schweren Stein gehoben, eine Arbeit, die zwar an sich für einen Häuer über den Rahmen des Betriebsüblichen nicht hinausgehen dürfte, aber doch die Leistungsfähigkeit des nahezu 63jährigen Klägers überschritten haben könnte. Es soll ferner bei jener Arbeit ein ausserordentlicher Vorgang vorgekommen sein, indem der Stein, als er etwa bis zur Brusthöhe erhoben war, den Händen des Klägers entglitten und an seinem Körper entlang, die Brust- und Leistengegend treffend, herabgerollt sein soll. Ja, es wird auch behauptet, dass der Kläger selbst beim Erheben des Steines mit den Füssen ausgeglitten sei. Dem Anspruche des Klägers günstig ist es auch, dass er alsbald nach diesem Vorfall die Arbeit eingestellt, zu seinen Arbeitsgenossen über Schmerzen geklagt, dass er Uebelkeit empfunden, dem Vertreter des Betriebsunternehmers von dem Vorkommnisse Meldung gemacht und am nächsten Tage, nachdem er bis dahin im Bett gelegen, einen Arzt zugezogen haben will.

Gleichwohl hat das Rekursgericht dem Schiedsgericht nicht in der Auffassung folgen können, dass der rechtsseitige Leistenbruch des Klägers am 20. Januar 1898 durch das Heben des Steines, das Ausgleiten dabei oder durch die Gewaltwirkung, die der fallende Stein auf den Körper ausübte, entstanden sei. Der Kläger ist nicht nur durch sein hohes Alter, in welchem — zumal bei Leuten, die ihr Leben lang anstrengende körperliche Arbeit verrichtet haben — erfahrungsgemäss die Muskeln und Bänder erschlaffen, und der Austritt von Bauchinhalt durch die anatomisch vorgebildeten Oeffnungen der Bauchwand leichter als in jüngeren Jahren sich vollzieht, sondern offenbar auch von Natur zu Unterleibsbrüchen besonders beanlagt. Denn wie Dr. K. in Königstein und Dr. P. in München übereinstimmend bezeugen, sind die Leistenkanäle bei V. von ungewöhnlicher und bedeutender Weite, der rechtsseitige ist sogar für drei Finger durchgängig. Der Kläger ist auch schon mit einem linksseitigen Leistenbruch behaftet, den er bereits vor dem 20. Januar 1898 gehabt haben will. Beide Brüche lassen sich, wie es bei allmählich entstandenen die Regel, bei plötzlich ausgetretenen selten ist, leicht in die Bauchhöhle zurückbringen. Vor Allem hebt Dr. P. hervor, dass der rechtsseitige Leistenbruch grösser ist als der linke, dass er tiefer in den Hodensack hinabgeglitten ist als dieser, und grössere Neigung zum Vorfallen hat, auch der Leistenkanal auf der rechten Seite weiter ist als links, und schliesst daraus, dass der rechte Leistenbruch länger bestehe, als der linke. Wäre zur Zeit des Unfalls nur der linke Leistenbruch vorhanden gewesen, und hätte der behauptete Vorgang überhaupt den Austritt von Eingeweidetheilen aus dem Unterleibe des Klägers verursacht, so würde nach der einleuchtenden Ansicht des Dr. P. die Folge weit eher ein Auspressen einer grösseren Menge von Darmschlingen durch die linke Bruchpforte als die gewaltsame Hervorbringung eines neuen Leistenbruchs auf der anderen Seite gewesen sein. Diese Darlegungen sind so überzeugend, dass das Rekursgericht — zumal Dr. P. auch die Schmerzen und die Uebelkeit, ohne diese Empfindung in Abrede zu stellen, auf andere Weise als durch einen plötzlichen Bruchaustritt erklärt — die Annahme eines solchen für ausgeschlossen erachtet hat, und zwar selbst für den Fall, dass alle obigen Angaben über den Unfall und das Verhalten des Klägers dabei und unmittelbar danach thatsächlich zutreffend sein sollten, was bisher noch nicht feststeht, da nur die eigenen, von den Aerzten wiedergegebenen Mittheilungen des Klägers selbst vorliegen. Kompass; 1899, Nr. 22.

Biss einer Katze als Betriebsunfall. Rekurs-Entscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamts vom 19. Juni 1899.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfalle und der Thätigkeit des Grasmähens, bei der er sich ereignete, kann nicht in Abrede gestellt werden. Es ist als nachgewiesen zu erachten, dass die Katze durch die Bewegung mit der Sichel gereizt worden ist und die Rekursklägerin angefallen hat. Dass sie das Thier abschütteln und verhüten wollte, dass sie in den Fuss gebissen wurde, ist ein durch Angriff der Katze nothwendiger Akt der Vertheidigung. Der ursprüngliche Zusammenhang ist deshalb gegeben. Die Annicht der Vorinstanzen, dass als landwirthschaftlicher Betriebsunfall nur ein durch die landwirthschaftliche Arbeit selbst verursachter Unfall anzusehen sei,

ist nicht richtig. Das Gesetz spricht nicht von den Folgen der durch den Betrieb, sondern von den Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle. Als landwirthschaftliche Unfälle sind insbesondere von der Rechtsprechung anerkannt worden: Verletzungen durch Blitz, Bisse durch Thiere, Insektenstiche u. s. w. Es sind dies lauter Fälle, wo nicht die Arbeit selbst den Unfall herbeigeführt hat.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Sturz in den Rhein und dem fast fünf Jahre später erfolgten Tode des Verunglückten an einem Herzklappenfehler, als dessen Ursache ein bald nach dem Unfall aufgetretener chronischer Gelenk- und Muskelrheumatismus angesehen wird. Aerztliches Obergutachten des Professors Dr. Goldscheider in Berlin vom 11. April 1898, erstattet auf Ersuchen des Reichsversicherungsamts. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1899, Nr. 11.

Die Frage nach dem Zusammenhange zwischen dem Unfall des G. (Fall in den Rhein am 25. November 1891) und dessen später erfolgten Tode (16. Oktober 1896) ist schwierig zu beantworten, weil mehrere Ereignisse stattgefunden haben, welchen eine Beziehung zu der Erkrankung des Herzens, die schliesslich den Tod herbeigeführt hat, beigemessen werden kann. Diese Ereignisse sind:

1. die im Jahre 1870 stattgehabte Erkrankung an Gelenkrheumatismus,
2. die im Jahre 1892 stattgehabte Erkrankung an Influenza,
3. die vom Ende des Jahres 1891 an in mehrfachen Schüben aufgetretene Erkrankung an Gelenk- und Muskelrheumatismus.

Es ist also zunächst zu erörtern, ob und in welchem Masse diesen Begebenheiten ein Einfluss in dem gedachten Sinne zukommt.

Zu 1. Was den Gelenkrheumatismus im Jahre 1870 betrifft, so ist kein Grund, die eigene Angabe des G. in ihrer Richtigkeit zu bezweifeln, und es kann also die Thatsache, dass lange vor dem Unfall eine Erkrankung, welche nachweislich zu Herzklappenfehler zu führen vermag, stattgefunden hat, nicht ausser Betracht bleiben. Ist es nun wahrscheinlich, dass diese Erkrankung im Jahre 1870 bereits den Herzklappenfehler zur Folge gehabt hat? Der eine der Begutachter nimmt dies als erwiesen an, jedoch auf Grund einer irrigen Auffassung des Aktenmaterials. Der Begutachter befindet sich offenbar in dem Irrthum, dass schon 1870 ein Herzklappenfehler bei G. festgestellt worden sei, und dass Letzterer daraufhin eine Invalidenrente erhalten habe. Dies geht aus seinen Worten hervor: „Da aktenmässig bewiesen ist, dass G. schon 1870 einen auf natürliche, wissenschaftlich feststehende Weise entstandenen Herzfehler hatte“ u. s. w. Ferner aus den Worten: „Im Jahre 1870, also 23 Jahre alt, erkrankte der Mann an akutem Gelenkrheumatismus, also in einem Alter, in dem bei dieser Krankheit erfahrungsgemäss sich die meisten Herzfehler ausbilden. Auch G. akquirirt einen Herzfehler, in Folge dessen er Invalidenrente nachsucht und erhält.“ G. hat aber erst im Jahre 1896 auf Grund seines Herzleidens Invalidenrente erhalten!

Ich habe im Gegensatz zu diesem Begutachter die Ansicht gewonnen, dass es nicht wahrscheinlich ist, dass G. schon 1870 einen Herzklappenfehler davongetragen habe. Wir wissen zwar, dass Herzfehler lange Zeit hindurch latent bleiben können, d. h. keine dem Patienten merklichen Symptome machen, und dass sie sogar eine Zeit lang erhebliche Körperanstrengungen und Arbeitsleistungen zulassen, ohne Störungen zu verursachen. Jedoch ist nicht anzunehmen, dass ein entwickelter Herzklappenfehler mehr als 20 Jahre lang nicht die geringsten Beschwerden bei einem schwerere Arbeit Verrichtenden machen sollte. Auch ist es sehr wenig wahrscheinlich, dass gerade ein solcher Herzfehler, wie er bei G. später festgestellt worden ist, nämlich die Schlussunfähigkeit der Aortenklappen, der Aufmerksamkeit des Arztes entgangen sein sollte. Herr Dr. N. hat im Jahre 1891 zwei bis drei Wochen nach dem Unfall das Herz untersucht und ausser einem „unreinen systolischen Herzton“ nichts Krankhaftes wahrgenommen. Die Schlussunfähigkeit der Aortenklappen macht aber eine Reihe von exquisiten Erscheinungen (diastolisches und eventuell auch systolisches Geräusch, Vergrösserung der linken Herzkammer, Verstärkung und Verlagerung des Herzspitzenstosses u. s. w.), während ein „unreiner systolischer Ton“ an sich belanglos ist und auch an normalen Herzen vorkommen kann. Behaupten, dass ein Arzt bei der Untersuchung des

Herzens jene genannten Symptome nicht finden sollte, heisst, ihm die ärztlichen Qualitäten überhaupt absprechen.

Der Herzfehler ist also sicherlich auch zur Zeit des Unfalles und in den nächstfolgenden Wochen noch nicht dagewesen. Somit scheidet der im Jahre 1870 überstandene Gelenkrheumatismus als Ursache des Herzleidens aus.

Zu 2. Im Jahre 1892 ist G. an der damals stark grassirenden Influenza erkrankt. Auch damals wurde das Herz untersucht, ohne dass ein ausgesprochener Klappenfehler gefunden wurde. Die Influenza macht nun zwar Herzerkrankungen, jedoch hauptsächlich solche des Herzmuskels und des Herzbeutels, auch solche der Herz-Innervation; eine Erkrankung der inneren Herzhaut und der Klappen kommt nach Influenza seltener vor, aber die Entstehung von Klappenfehler ist nicht erwiesen. Es ist somit sehr unwahrscheinlich, dass der Herzfehler des G. von der Influenza herrührt.

Zu 3. Von 1884 ab ist Dr. N. in der Familie des G. Hausarzt gewesen. Bis zum Dezember 1891 ist G. selbst nie ärztlich vom ihm behandelt worden. Erst zu dieser Zeit, etwa zwei bis drei Wochen nach dem am 25. November 1891 erlittenen Unfall, suchte G. „wegen rheumatischer Schmerzen in den Gelenken und Muskeln und Magenbeschwerden" ärztliche Hülfe nach. Von da ab bis Februar 1894 ist G. mehrfach von dem genannten Arzt wegen Gelenk- und Muskelrheumatismus behandelt worden. Die erwähnte Influenza-Attacke fällt gleichfalls in diese Zeit und machte den G. vom 27. Januar bis zum 14. Februar 1892 arbeitsunfähig. Vom 10. Februar 1894 ab trat G. in die Behandlung des Dr. Sch. Er war vom 10. bis zum 21. Februar und ferner vom 2. bis zum 29. Juli 1894 arbeitsunfähig, ohne dass aus den Akten über die Natur dieser beiden Erkrankungen sich etwas ermitteln lässt. Dann wurde er wieder vom 8. November 1894 ab arbeitsunfähig und jetzt wurde von Dr. Sch. ein Herzklappenfehler festgestellt, der nach dem Befund schon längere Zeit vorher bestanden haben musste.

Es ist nun sehr wahrscheinlich, dass die Entwickelung des Herzfehlers mit dieser seit Ende 1891 sich mehrfach wiederholenden Erkrankung an Gelenk- und Muskelrheumatismus zusammenhängt. Hierfür spricht die allgemeine medizinische Erfahrung, ferner der Umstand, dass 1891 und Anfang 1892 der Herzklappenfehler wahrscheinlich noch nicht dagewesen ist (siehe oben), und endlich das Fehlen anderweitiger Momente, welche während dieser Zeit auf das Entstehen des Herzfehlers hingewirkt haben könnten.

Es sind nun noch folgende Bedenken zu erörtern:

a. Ist die vom Dezember 1891 ab in wiederholten Anfällen aufgetretene Erkrankung wirklich „Gelenkrheumatismus" gewesen?

Die Erkrankung wird von den beiden behandelnden Aerzten übereinstimmend als „Gelenk- und Muskelrheumatismus" bezeichnet. Es ist also kein Grund vorhanden, gegenüber der Ansicht dieser beiden Sachverständigen zu bezweifeln, dass wirklich die Gelenke befallen gewesen sind, wie es ein späterer Begutachter thut. Auch ist in dem Gutachten des Dr. N. ausdrücklich angegeben, dass zeitweise leichte Anschwellungen an den Handgelenken vorhanden gewesen sind. Dass Gelenk- und Muskelrheumatismus sich kombiniren können, ist bekannt, auch dass die Schmerzen bei Gelenkrheumatismus häufig einen diffusen, über einen grossen Theil der Extremität sich erstreckenden Charakter haben. Dem entspricht die Bemerkung des Dr. N., dass Anschwellungen an den Handgelenken da waren, „während seine Klagen mehr die Symptome des Muskelrheumatismus andeuteten".

b. Die rheumatische Erkrankung ist sehr chronisch verlaufen, zu einem „akuten" Gelenkrheumatismus ist es nie gekommen. Können solche chronischen, nicht mit sehr auffälligen Erscheinungen einhergehenden Fälle gleichfalls Herzfehler erzeugen? Dies ist durch die medizinische Erfahrung verbürgt.

Nunmehr, nachdem der Gelenk- und Muskelrheumatismus, welcher im Dezember 1891 seinen Anfang nahm, als der wahrscheinliche Grund des Herzklappenfehlers erkannt ist, schliesst sich die weitere Frage an, ob diese im Dezember 1891 begonnene Reihe von Rheumatismus-Attacken mit dem

am 25. November 1891 geschehenen Fall in's Wasser ursächlich zusammenhängt.

Dies ist nicht unwahrscheinlich. Denn die Erkrankung hat bald nach dem Unfall begonnen, und dieser war ein derartiger, wie er im Stande ist, eine rheumatische Erkrankung nach sich zu ziehen.

Es ist frappant, wie der bis dahin gesunde und arbeitsfähige Mann alsbald nach dem Unfall erkrankt und nun aus seinen Rückfällen und Attacken nicht mehr herauskommt. Die zeitliche Koinzidenz mit dem Unfall ist so auffallend, dass die Annahme, es walte ein Zufall vor, oder es sei gar die rheumatische Erkrankung nur ein gelegentliches Wiederaufflackern des Gelenkrheumatismus vom Jahre 1870, den Thatsachen doch Gewalt anthun würde.

Nun hat der eine Begutachter in Zweifel gezogen, dass ein durch Erkältung erzeugter Rheumatismus eine Herzklappenerkrankung zur Folge haben könne; nur der auf Infektion beruhende Gelenkrheumatismus sei hierzu im Stande. Dieser Ansicht kann ich nicht beipflichten. Es ist allerdings jetzt die herrschende Lehre, dass der Gelenkrheumatismus durch belebte Krankheitskeime, deren Natur übrigens noch nicht bekannt ist, hervorgerufen werde, allein trotzdem kann nicht in Abrede gestellt werden, dass Jemand durch Erkältung, Durchnässung u. s. w. Gelenkrheumatismus bekommen kann. Auch die Lungenentzündung ist eine bazilläre Krankheit, und dennoch ist es sicher, dass sie durch Erkältung, ja sogar durch eine Kontusion der Brust hervorgerufen werden kann. Die krankheiterregenden Bakterien dringen sehr häufig in den menschlichen Körper ein, ohne eine Schädigung zu setzen; erst durch gewisse besondere Einwirkungen, die den Körper treffen, wird ihnen der Boden für ihre Entwickelung bereitet. So kann man auf die Kaltblüter (Frösche) ohne Schaden den Milzbrandbacillus verimpfen; erwärmt man aber die Thiere, so gehen sie wie Warmblüter an Milzbrandinfektion zu Grunde. So ist auch die Erkältung ein disponirendes Moment, welches der Ansiedelung der zum Gelenkrheumatismus führenden Krankheitskeime Vorschub leistet.

Meine Analyse führt somit zu dem Ergebniss, dass der Herzklappenfehler, an welchem G. gestorben ist, wahrscheinlich durch den chronischen Gelenkrheumatismus entstanden ist, welcher im Dezember 1891 seinen Anfang nahm, und dass diese rheumatische Erkrankung mit einer nicht geringen Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Unfall zurückzuführen ist.

Sonach beantworte ich die vom Reichs-Versicherung-amt an mich gerichtete Frage, ob mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass der am 16. Oktober 1896 eingetretene Tod des G. durch den von ihm am 25. November 1891 erlittenen Unfall verursacht oder doch erheblich beschleunigt worden ist, dahin, dass zwar nicht mit Sicherheit, aber doch mit Wahrscheinlichkeit der Tod des G. durch den besagten Unfall verursacht worden ist.

Selbstmordversuch ist kein vorsätzliches Sichzuziehen einer Krankheit. Urtheil des Preussischen Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 14. Januar 1899.

. . . . Wie von dem Gerichtshofe wiederholt nachgewiesen ist, kommt es für die Anwendung des §. 26a, Ziffer 2 des Kr.-Vers.-G. nicht darauf an, ob sein Vorsatz auf die Erzeugung der Krankheit gerichtet gewesen ist. Dies wäre im vorliegenden Falle dann anzuerkennen, wenn Sch. wusste, dass dasjenige Mittel, welches er zur Herbeiführung seines Todes gewählt hat, nicht unmittelbar den Tod, sondern zunächst eine Erkrankung zur Folge haben werde. Hierfür hatte die Beklagte in der Vorinstanz und hat sie auch jetzt nichts beigebracht.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber prophylaktische Massnahmen im Kampfe gegen die Diphtherie. Bakteriologisches Institut an der Kaiserlichen Universität in Moskau. Von G. Gabritschewsky. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; Bd. XXVI, Seite 490.

In Russland ist die Diphtherie trotz der grossen, durch die Bakteriologie im Erkennen und Behandeln dieser Krankheit gemachten Fortschritte immer noch eine der grössten Volksplagen, was Verfasser an drei Zusammenstellungen der Morbilitäts- und Mortalitätszahlen des letzten Jahrzehntes über die Diphtherie in ganz Russland, Moskau und Petersburg zeigt. Diese Zahlen beweisen, dass ein Erfolg im Kampfe gegen die Diphtherie in prophylaktischen Massnahmen gesucht werden muss, da das Zunehmen der Morbidität in den letzten Jahren die günstigen Ergebnisse, die durch Absonderung, Desinfektion und Serotherapie seit 1895 gewonnen sind, in nicht geringem Grade herabstimmte.

Verfasser empfiehlt folgende Massregeln:

1. Die bakteriologische Untersuchung des Schleimes aus Mund, Rachen und Nasenhöhle soll nicht nur behufs diagnostischer Zwecke bei Erkrankten, sondern in prophylaktischer Hinsicht auch bei Gesunden, die möglicher Weise sich mit Diphtherie infiziren könnten, ausgeführt werden.

2. Infizirte Personen, wenn sie auch sonst vollkommen gesund sind, unterliegen denselben Massnahmen der Absonderung und Desinfektion, wie Diphtheriekranke.

3. Diphtheriekranke sind nach ihrer Genesung aus den Hospitälern nicht früher, als bis alle Löffler'schen Bazillen aus dem Organismus geschwunden sind, zu entlassen.

4. In Asylen, Instituten, Pensionen und in kinderreichen Familien, (besonders bei Kindern von 10 Jahren ab) soll alljährlich (am zweckmässigsten zu Beginn des Herbstes) bei allen eine Untersuchung derMund-, Rachen- und Nasenschleimhaut auf Löffler'schen Bazillen vorgenommen werden.

5. Die Desinfektion der Wohnräume etc. darf bei Erkrankungen an Diphtherie erst nach vollständigem Verschwinden der Bazillen sowohl bei den Rekonvaleszenten, als auch bei Gesunden ausgeführt werden.

6. Die Organisation von sanitär-bakteriologischen Kolonnen würde den Kampf gegen die Diphtherie in der Landpraxis (Russland), wo stationäre ärztliche Punkte fehlen, bedeutend erleichtern.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Vorkehrungen gegen Anchylostomiasis. Durch Runderlass vom 19. Juni d. J. hat das königl. ungarische Ministerium des Innern zur Verhinderung dieser Krankheit unter den Bergbauarbeitern folgende Anordnungen getroffen:

1. Die Bergarbeiter dürfen ihre Nothdurft im Innern des Bergwerkes nur an bestimmten Plätzen in die daselbst aufgestellten, gut schliessenden und leicht transportablen Leibstühle verrichten. Die Kübel der letzteren sind täglich hinauszuschaffen und nach Desinfektion des Inhaltes an den hierzu bestimmten Orten zu entleeren. Zur Abtödtung der Eier ist wegen des niederen Preises am besten Kalkmilch oder verdünnte Schwefelsäure zu verwenden.

2. Die Schmutzwässer der Bergwerke sind womöglich vollständig abzuleiten und ist die Bildung von stehendem Wasser oder von Tümpeln hintanzuhalten.

3. Die als infizirt bekannten Plätze und Vorrichtungen der Bergwerke, wie z. B. die Gerüste, an denen sich ein zäher Beleg bildet, welcher eine vorzügliche Brutstätte für die Entwickelung des Anchylostomawurmes ist, sind durch häufige Kalklösung zu desinfiziren.

4. Den Arbeitern ist nach entsprechender Belehrung bei Geldstrafe strenge zu verbieten, im Bergwerke zu essen und dort stagnirendes Wasser zu trinken. In letzterer Hinsicht muss den Arbeitern frisches Trinkwasser in Gefässen von Aussen zugeführt werden. Mit besonderer Aufmerksamkeit ist darüber zu wachen, dass Lebensmittel nicht heimlich in die Bergwerke eingeschmuggelt werden.

5. Die Arbeiter sind zu verhalten, dass sie sich vor dem Verlassen des Bergwerkes gründlich waschen, namentlich aber haben sie vor dem Essen Gesicht und Hände zu waschen. Zu diesem Zwecke muss für eigene, entsprechend eingerichtete Waschvorrichtungen in der Nähe des Bergwerkes vorgesorgt sein.

6. Der Ventilation der Bergwerke ist eine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Den mit der hygienischen Ueberwachung der Arbeiter betrauten Aerzten

obliegt die Pflicht, die angeordneten Massnahmen und die Evidentführung der inficirten Kranken zu beaufsichtigen.

7. Ueber alle an Anchylostomiasis leidenden Personen muss ein eigenes Grundbuch geführt, und müssen die in demselben Verzeichneten, auch wenn sie inzwischen geheilt wurden, periodisch untersucht werden.

Es ist daher nothwendig, dass sich die Bergärzte zum Zwecke sicherer Diagnose der Krankheit und zur Vornahme der periodischen Untersuchungen mit einem kleinen Mikroskope versehen.

Diesen Aerzten wird strenge zur Pflicht gemacht, die erwähnte Evidenthaltung und die Kontroluntersuchungen mit grösster Sorgfalt durchzuführen, weil nur auf diesem Wege eine genaue Kenntniss und ein reines Bild der thatsächlichen Verbreitung dieser Bergkrankheit gewonnen werden kann.

8. Die Behandlung der an Anchylostomiasis leidenden Arbeiter soll womöglich im Spitale stattfinden, und sind solche Bergarbeiter nur nach entsprechender ärztlicher Behandlung wieder zum Bergwerksbetriebe zuzulassen.

9. Alle, insbesondere aber neue, aus anderen Gegenden kommende Arbeiter müssen vorerst einer ärztlichen Untersuchung, ob sie nicht an Anchylostomiasis leiden, unterzogen werden kann.

Gleichzeitig sind die Munizipien aufgefordert, die Amtsärzte anzuweisen, dass sie die in ihrem Amtsbezirke befindlichen Ziegeleien, deren Arbeiter gleichfalls, wenn auch seltener, an dieser Krankheit leiden, behufs periodischer Untersuchung derselben inspiziren, um festzustellen, ob sich nicht auch unter denselben derartige Kranke vorfinden. (Oesterr. Sanitätswesen; 1899, Nr. 46).

Sind die Kinderspiel- (Puppen-) Service zu den Ess-, Trink- und Kochgeschirren zu rechnen, und sind sie als gesundheitsschädlich anzusehen. Von Prof. Dr. A. Gärtner in Jena. Vierteljahrsschrift für ger. Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, XVIII. Bd., 2. H.

Seitens der Untersuchungsämter war in den Spielgeschirren mehr als 10 Prozent Blei gefunden worden und es war richterlicherseits die Frage aufgeworfen worden, ob der Vertrieb dieser Geschirre nicht unter §. 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1887 (Zinkbleigesetz) fällt, oder ob nicht etwa der §. 2, Abs. 2 des Nahrungsmittelgesetzes vom 14. Mai 1879 (Spielsachen!) in Frage kommt. In 15 zur Verhandlung gekommenen Fällen fand 8 Mal Freisprechung, 7 Mal Einstellung des Verfahrens und 1 Mal Verurtheilung statt. Nun kam der Ministerial-Erlass vom 8. April 1898, in welchem auf stark bleihaltige Metallpfeifen und ausserdem auf andere stark bleihaltige Spielsachen hingewiesen wird, insbesondere auf Koch- und Essgeschirr für Puppenküchen (Tassen, Schüsseln, Teller, Essbestecke, Schalen). Falls bei einer sachverständigen Prüfung sich ein gesundheitsschädlicher Bleigehalt ergebe, sollte strafrechtliches Einschreiten herbeigeführt werden. Auf der anderen Seite nahm die „Versammlung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie“ in diesem Jahre einstimmig die These an: Puppengeschirre aus einer Bleizinnlegirung mit 40 Proz. Bleigehalt sind nicht zu beanstanden. Bei diesem Widerstreit der Anschauungen war es im öffentlichen sanitären Interesse zugleich im Hinblick auf die gefährdete Spielwaarenindustrie von Wichtigkeit, dass von sachverständiger Seite eine eingehende Prüfung des vorliegenden Gegenstandes vorgenommen wurde. Gärtner hat höchst interessante Studien gemacht und insbesondere das Material erschöpfend berücksichtigt; die Ergebnisse seiner Betrachtungen und Untersuchungen, die im Original nachgelesen zu werden verdienen, sollen hier folgen, sie können jedem Sachverständigen als Anhalt bei der Beurtheilung dienen: Nach dem Augenschein, nach den massgebenden Anschauungen des Publikums, nach denen der Steuerbehörde und nach Analogie mancher ganz zweifelloser Spielsachen sind die Puppenservice Spielsachen, und nicht Ess-, Trink- oder Kochgeschirre weder im engeren, noch im weiteren Sinne; es besteht keine Lücke im Gesetz vom 25. Juni 1887, durch deren Ausfüllung die Spielservice zu Ess-, Trink- und Kochgeschirren gemacht werden müssen, eine Anklage auf Grund dieses Gesetzes ist also ausgeschlossen. — Von einer akuten Vergiftung durch Ess- u. s. w. Geschirre existirt kein Beispiel, sie bleibt also auch für die Spielgeschirre völlig ausser Betracht. Was die chronische Vergiftung anbelangt, so ist eine solche durch die Kinderspielservice völlig ausgeschlossen; denn a) selbst Bleivergiftungen, die durch Genuss von Speisen aus Ess- u. s. w. Ge-

schirren, die aus Zinnbleilegirungen hergestellt sind, sind ganz ungemein seltene b) durch gewisse Speisen und Getränke, insonderlich durch saure, kann etwas Blei aus den Spielservicen gelöst werden; c) die in Lösung gehende Bleimenge ist aber eine zu geringe, um selbst bei häufigem Gebrauch eine chronische Vergiftung erzeugen zu können; d) die Spielservice werden so wenig, oder so kurz; Zeit, oder in so grossen Zwischenräumen zu „nassem Spielen" verwendet, dass dadurch allein schon eine chronische Vergiftung unmöglich gemacht ist. Ferner kommt Gärtner nach eingehendem Literaturstudium zur Ansicht: Es existirt in der gewöhnlich zugängigen medizinischen Literatur kein einziger Fall, wo nachweislich eine Bleivergiftung durch Kinderspielservice stattgefunden hat. Der Schlusssatz lautet: „Die Kinderspielservice (Puppenservice) von 30 bis 40 Prozent Bleigehalt sind völlig unschädlich und es liegt kein Grund vor, dieselben auf Grund des Nahrungsmittelgesetzes zu verfolgen."

Dr. Israel-Medenau (Ostpr.).

Kohlenoxydgasvergiftung durch einen Gasbadeofen. Von Dr. Schaefer, Oberarzt der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; 3. H., 1899.

Kohlenoxydvergiftungen durch Gasbadeofen. Von Dr. Wahncau, Physikus in Hamburg. Dieselbe Zeitschrift; 4. H., 1899.

Bei dem zunehmenden Gebrauch, den das Leuchtgas zu Koch-, Heiz- und Badezwecken erfährt, dürfte es interessiren, dass durch mangelhafte Einrichtung von Gasbadeöfen Vergiftungen schwerer und schwerster Art vorkommen können. Sch. beschreibt einen solchen Unglücksfall, der in seinem Hause passirte. Eine neue Badeeinrichtung mit Gasofen sollte von seinem Dienstmädchen benutzt werden; schon nach wenigen Minuten Aufenthalt im Baderaum hatte sie Unbehagen, Kopfschmerz, Uebelkeit bekommen, war niedergesunken, konnte jedoch noch um Hülfe rufen. Einige Minuten darauf nahm S. selbst ein Bad: als er das Gas angezündet hatte und das Wasser laufen liess, fiel ihm ein eigenthümlicher Lackgeruch auf und bald fühlte er allgemeines Unbehagen; er verlor das Bewusstsein, auf sein Stöhnen eilten Leute herbei und brachten ihn zu Bett. Als er wieder zu Bewusstsein kam, glaubte er noch in der Warme zu sein, erst allmählich wurde er klarer; intensives Frostgefühl, heftige Kopfschmerzen, Uebelkeiten, Brennen in den Konjunktiven hielten noch eine ganze Weile an. Kopfschmerz verschwand erst gegen den 10. Tag, die Schmerzen in den oberen Rippen gegen den 20. Bei der behördlichen Untersuchung wurde Kohlenoxydvergiftung festgestellt (als Versuchsthiere dienten zwei weisse Mäuse), ausserdem ergab die Untersuchung auf Kohlensäure die 10fache Menge derselben. Als Ursache der Vergiftung wurde in diesem wie in allen anderen beschriebenen Fällen die fehlerhafte Konstruktion des Gasbadeofens angesehen, bei dem ein besonderer Abzug für die Verbrennungsgase nicht angebracht war. Die Verbrennung des Leuchtgases ist bei diesen Oefen eine unvollständige, es kann nämlich das im Gase enthaltene Kohlenoxyd ebenso wenig, wie die anderen kohlenstoffhaltigen Körper verbrannt werden, wenn die Flamme auf irgend eine Weise abgekühlt wird; bei dem in Rede stehenden Gasofen geschieht dies dadurch, dass das in den Ofen einströmende kalte Wasser unmittelbar über der Flamme dahinströmt. Die Verbrennung ist daher eine unvollständige und in den Verbrennungsgasen Kohlenoxyd enthalten.

Im Anschluss hieran beschreibt W. mehrere Fälle, welche ätiologisch gleichwerthig sind. Zunächst zwei Todesfälle: ein Ingenieur und seine Haushälterin waren im Badezimmer todt aufgefunden worden; die Auffindung der Leichen hatte anfänglich zu allerlei sensationellen Vermuthungen Anlass gegeben. Durch die Obduktion wurde CO-Vergiftung mit Sicherheit nachgewiesen, als Grund wurde wiederum die fehlerhafte Konstruktion des Ofens festgestellt. Ein weiterer Fall betraf ebenfalls einen Arzt, welcher mittheilte, dass er in seinem Badezimmer mit Gasofen badete, als plötzlich das ungefähr in Kopfhöhe über dem Boden stehende Licht erlosch und er zugleich ein starkes Unwohlsein verspürte; er liess sofort lüften und konnte dadurch noch den gefährlichen Folgen entgehen. Aus Anlass dieser Fälle veröffentlichte das Medizinal-Kollegium folgende Warnung: „In Anlass mehrerer Unglücksfälle, welche in den letzten Wochen durch Gasbadeöfen verursacht sind, wird das Publikum davor gewarnt, Gasbadeöfen, wie auch grössere Gasheiz- und Gaskochapparate zu be-

nutzen, bei denen die Verbrennungsgase nicht in ausreichendem Masse in's Freie abgeführt werden." Ferner verordnete es, unter Hinweis auf §§. 222 und 230 des R.-St.-G.-B., für die Gewerbetreibenden, dass Gasbadeöfen, Gasheiz- und Gaskochapparate mit einem stündlichen Verbrauch von über 500 Litern Gas stets mit einem gut ziehenden Abzugskamin verbunden sein müssen und dass das Verbindungsrohr mindestens das Dreifache des äusseren Durchmessers des zuführenden Gasrohres haben müsse. Dr. Israel-Medenau (Ostpr.).

Die Bedeutung des Alkohols als Nahrungsmittel. Nach Stoffwechselversuchen am Menschen. Von Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Assistent am hygienischen Institut in Würzburg. Archiv für Hygiene Bd. XXXVI. S. 1—39.

In einer sehr ausführlichen, auf zahlreichen Versuchen gegründeten Arbeit, der eine erschöpfende Litteraturübersicht angefügt ist, behandelt Verf. die Frage nach dem Nährwerth des Alkohols, nachdem er sich selber als Versuchsperson benutzt hatte. Auf Grund seiner Forschung kam er zu der Ansicht, dass der Alkohol Anfangs in einem nicht gewöhnten Körper als Protoplasmagift wirkt, indem er einen vermehrten Zerfall von Körpereiweiss erzeugt. Sobald aber der Organismus daran gewöhnt ist, hört der nachtheilige Einfluss auf und der Stoffwechsel verläuft normal. Da nun der Alkohol wirklich wie ein anderes Nährmittel im Organismus verbrennt, so muss er auch, weil seine ungünstigen Eigenschaften jetzt in Wegfall kommen, auf den Stoffwechsel günstig einwirken. Da der Alkohol ferner das Fett ersetzen kann, Fett aber Eiweiss spart, so kann der Alkohol Eiweiss sparen. Bemerkenswerth sind Verfassers Schlussworte: „In Anbetracht der gefundenen Resultate konnte man daran denken, den Alkohol wirklich für die Praxis als Nahrungsmittel zu empfehlen. Ich thue dies nicht aus naheliegenden Gründen. Wir wissen, dass der Alkohol nicht nur auf den respiratorischen und Eiweissstoffwechsel wirkt, sondern auch die Verdauung, Arbeitsleistung, das Nervensystem, überhaupt den Organismus, in Mitleidenschaft zieht. Und wenn auch einzelne Autoren theils in diätetischer Hinsicht, theils in Bezug auf Arbeitsleistungserhöhung dem Alkohol im gewissen Sinne das Wort reden, so stehen doch diesen eine grosse Anzahl anderer gegenüber, die das Gegen heil behaupten. Diesen muss ich mich nach meinen eigenen Erfahrungen über die psychische Wirkung des Alkohols vollständig anschliessen und muss betonen, um jeder falchen Auffassung und Deutung meiner Resultate vorzubeugen, dass ich den Alkohol als Nahrungsmittel nicht empfehle, mit Ausnahme der wenigen Fälle, wo er am Krankenbett nothwendig oder nützlich sein mag. Ja, ich muss eigentlich vom Standpunkt des Hygienikers und Alkoholgegners aus sogar bedauern, den unzweifelhaften Nährwerth des Alkohols festgestellt zu haben.

Habe ich damit den Alkoholgegnern, die stets lehren, dass der Alkohol keinerlei eiweissparende Wirkung ausübe und den Kohlehydraten und Fetten durchaus ungleichwerthig sei, leider eine wichtige Waffe entziehen müssen, so tröste ich mich mit dem Gedanken, ihre mir sehr sympatischen Bestrebungen doch nicht geschädigt zu haben, indem ich annehme, dass nur ein mit Waffen der Wahrheit geführter Kampf zur Neige führen könne. Wir schliessen also mit dem Satz:

Der Alkohol ist ein Nahrungsmittel; er ist aber wegen seiner Giftigkeit so wenig als möglich zu verwenden."

Dr. Dietrich-Merseburg.

Ueber Verbesserung einiger Eisenbahn-Signale. Von Prof. Dr. Knies-Freiburg i. Br. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1899, Nr. 21.

Verfasser spricht für die Verwendung auch Farbenblinder im Eisenbahndienst in Verbindung mit eine Aenderung der farbigen Lichtsignale: Statt Roth, Grün und Gelb, wie es jetzt der Fall ist — Roth, Blau und Weiss, d. h. wirklich weisses Licht (Azetylenlicht).

Es seien nämlich Unglücksfälle, die mit absoluter Sicherheit auf das Verwechseln der Signal-Farben zurückgeführt werden könnten, so gut wie nie vorgekommen, trotzdem Farbenblinde oft Jahrzehnte lang in Betriebe thätig gewesen wären. Dies erkläre sich daraus, dass Farbenblinde nur unter gewissen, seltenen Umständen — z. B. bei dichtem Nebel Roth und Weiss verwechseln, was indessen einem Normalfarbensehenden auch passiren könne für gewöhnlich

hätten Farbenblinde ein sehr feines Unterscheidungsvermögen für die Nuancen der gleichen Farbe und unterscheiden die Signale sowohl Roth und Grün als Roth und (sogenannt) Weiss recht gut.

Unter diesen Umständen, da sogenannte Farbenblinde ebenso wie Normalfarbensehende gewöhnlich die Farben Grün, Roth, Weiss (Gelbroth) unterscheiden und nur unter gewissen, ungünstigen, seltenen Umständen auch ebenso wie Normalfarbensehende dieselben verwechseln, sei es gerathen, eine Aenderung des Farbensystems vorzunehmen, nämlich statt Grün — Blau, und statt des bisherigen Weiss — in Wirklichkeit, wie oben erwähnt, Gelb oder Dunkelorange — ein wirkliches Weiss, wozu sich nächst dem elektrischen — welches des Kostenpunktes wegen und auch, weil es als Glühlicht den Erschütterungen der Fahrt nicht gewachsen ist, ausnahmsweise zulässig sein würde — am meisten Azetylenlicht eigne. Das Roth dürfe nicht zu dunkel, eher mit einer gelblichen Nuance gewählt werden; zu Blau sei am meisten geeignet eine Kombination von Kobeltglas und grünem Glase, wobei ein sehr intensives und rein blaues Licht erhalten werde.

Bei Verwendung solcher Farben als Signale habe es durchaus keine Bedenken, auch Farbenblinde — etwa 3—4 % der gesammten männlichen Bevölkerung — anzustellen, ja, die ganze Untersuchung auf Farbensinn könne dreist unterlassen werden.

Referent schliesst sich der Auffassung, dass das sog. weisse Licht im Eisenbahndienste in Wirklichkeit ein recht schlechtes Gelbes sei, aus voller Ueberzeugung an. Gerade an den jetzigen dunklen Winterabenden kann man an jedem Bahnhof beim Anblick des Lichtergewimmels diese Beobachtung machen.

Dr. Hesse-Lüneburg.

Ueber die Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen. Von Prof. Dr. R. Kobert-Rostock. Deutsche Aerzte-Zeitung; 1899, Heft 13.

Prof. Kobert lenkt die Aufmerksamkeit von Neuem auf einen Uebelstand, den das „Zeitalter des Verkehrs" mit sich bringt, und schildert ihn in knappen trefflichen Worten so überzeugend, dass diese hoffentlich recht bald den erwünschten Erfolg der Abhilfe zeitigen werden und „das Eisenbahnfahren in neuem Jahrhundert vor gewissen Gefahren und ekelerregenden Eindrücken frei werden wird, die ihm bisher leider noch anhaften."

Er erwähnt, wie alljährlich Tausende von keuchhustenkranken Kindern allein aus der Stadt Berlin in Sommerfrischen und Badeorten, obwohl diese sich gegen die Aufnahme erklären, untergebracht werden und unterwegs in zahlreichen Anfällen die Luft der Wagenabtheile mit lebensfähigen Erregern dieser Krankheit anfüllen, sie durch Abwischen der Hände den Sitzplätzen oder sonst wie dem Wageninnern mittheilen. In jene können andere von einer Krankheit genesene Kinder, die wieder nach Hause zurückfahren, einsteigen und durch kurzen Eisenbahnaufenthalt den Keuchhusten acquiriren. Hinsichtlich der Lungentuberkulose steht es nicht besser! Aus eigener Beobachtung weiss es Kobert, dass allein nach dem kleinen Görbersdorf „alljährlich über 2500 Schwindsüchtige und darunter mindestens 1000 mit schweren Lungenveränderungen, heftigem Husten und reichlichem Auswurf, von dem jedes Klümpchen Tausende von lebensfähigen Tuberkelbazillen enthält, reisen. Durch sie werden die benutzten Eisenbahnwagen infizirt und ohne Desinfektion von anderen Passagieren eingenommen.

„Der stundenlange Aufenthalt in der Stube, wo ein Tuberkulöser nach langem Leiden endlich verschieden ist, schadet weniger, als der noch nicht halbstündliche Aufenthalt in einen Eisenbahnwagen, den ein Hustender und Spuckender Phthisiker zur Reise benutzt hat"; denn während im Zimmer der meiste Staub still liegt, wirbelt das Rütteln des raschfahrenden Zuges einerseits alle gefährlichen Staubtheilchen fortwährend auf und führt sie unseren Athmungsorganen zu, anderseits verhindert es das Sichabsetzen der in Tröpchenform im Wagen ausgehusteten Spucktheilchen, so dass also Gelegenheit zur Infektion sowohl nach der Cornet'schen, als auch nach der Flügge'schen Theorie gegeben ist.

Kurz streift K. die Möglichkeit der Infektion durch Erysipelkranke, Krätzkranke, Kranke mit ansteckenden Augenkrankheiten, die aus der Provinz alljährlich in die Universitätskliniken und Kreiskrankenhäuser reisen. Ebenso,

wenn Patienten mit Diphtherie, akuten Exanthemen, ansteckenden pilzlichen Hautkrankheiten per Bahn in die Krankenhäuser kommen.

Die Gefahr, bei der Fahrt auf der Eisenbahn eine ansteckende Krankheit zu bekommen, sieht er aber nicht nur für den Menschen, sondern noch mehr für das verladene Vieh, „da wir die hygienischen Zustände der Viehwagen wohl kaum für besser als die der Personenwagen ansehen dürfen."

Zur Abstellung dieser, auch von anderen Seiten schon gerügten Uebelstände schlägt Verfasser vor:

1. Umfangreiche Untersuchungen über das Bestehen der oben angedeuteten Gefahr;

2. Reichseisenbahngesetz, welches die Interessen des Publikums und der Hygiene voll zur Geltung bringt;

3. Beseitigung der Sammet- und Plüschüberzüge der Sitzplätze und der haarigen Teppiche der Fussböden, sowie der Winkel und todten Räume (z. B. unter den Sitzen) als Staubablagerungsstellen,

Tägliche Reinigung des Wageninnern auf nassem Wege. Besondere Behälter für Papier-, Obstabfall, Speisereste etc.; Wandspucknäpfe. Benutzung der gewöhnlichen Wagen nur Gesunden zu gestatten. Besondere Wagenabtheile für Kranke, alltägliche Formalindesinfektion etc.

4. Jeder ansteckende Kranke, der von einem Arzte mit der Eisenbahn fortgeschickt wird, soll von diesem einen Fahrberechtigungsschein erhalten, den er am Schalter vorweist.

5. Belehrung des Publikums über die zu seinem Wohle eingeführten neuen Massnahmen.

Die ausführliche Begründung dieser Vorschläge muss im Original eingesehen werden. Dr. Steiner-Rosenberg O/S.

Bewegung der Bevölkerung im Deutschen Reiche und Preussen im Jahre 1898.

Nach den im Kaiserlichen statistischen Amte zusammengestellten Nachweisen haben im Deutschen Reiche stattgefunden:

	im Jahre	im Durchschnitt von	auf 1000 der Bevölkerung	
	1898	1889/98	1898	1889/98
Eheschliessungen	458 677	414 514	8,45	8,09
Sterbefälle (einschliesslich) .	2 029 891	1 919 384	37,37	37,44
Geburten (Todtgeborene) .	1 183 020	1 226 632	21,78	23,93
Geburten-Ueberschuss . . .	846 871	692 752	15,59	13,51

Unter den Geburten waren 9,12 % uneheliche und 3,12 % Todtgeborene gegen 9,19 und 3,31 in den Jahren 1889/98.

In Preussen betrugen nach dem preussischen statistischen Amt

		im Durchschnitt	auf 1000 der Bevölkerung	
	1898	1895/96	1895	1895/97
die Eheschliessungen	280 394	264 415	38,6	38,0
„ Geburten (einschliessl.	1 260 297	1 223 000	8,6	8,3
„ Sterbefälle / Todtgeborene .	705 955	718 121	21,6	22,6
der Geburtsüberschuss	554 342	502 879	17,0	15,4

Unter den Geborenen waren 7,76 % uneheliche und 3,25 % Todtgeborene gegen 7,81 und 3,29 % in 1895/97.

Aus diesen Uebersichten geht hervor, dass sowohl im Deutschen Reiche als in Preussen im Jahre 1898 die Prozentziffer der Eheschliessungen zugenommen haben; in Preussen auch diejenigen der Geburten gegen die der letzten drei Jahre, während diese im Deutschen Reiche noch etwas hinter dem letzten zehnjährigen Durchschnitt zurückbleibt. Sehr auffallend ist aber der sehr erhebliche Rückgang der Sterbeziffer und in Folge dessen der grosse Geburtsüberschuss, der im Jahre 1898 sowohl in Preussen, als im ganzen Deutschen Reiche eine Höhe erreicht hat, wie nie zuvor. Rpd.

Besprechungen.

Dr. C. Kasel: Beiträge zur Lehre der Gruber-Widal'schen Serodiagnose des Unterleibstyphus. Mit vier Kurven-Abbildungen. Stahel'sche Verlags-Anstalt in Würzburg, 1899.

Verfasser kommt am Ende seiner Studie zu folgenden allgemein wichtigen Schlüssen: Der Zeitpunkt des ersten Auftretens der Reaktion ist ein ganz unregelmässiger; sie findet sich in allen Stadien der Krankheit, mitunter selbst erst nach Ablauf derselben. Sie ist eher als eine Immunitätsreaktion (nach Gruber) zu betrachten, als eine Infektionsreaktion. Bei vereinzelten Fällen ist die Reaktion während und nach der Krankheit negativ. Auch bei anderen Krankheiten, wenn auch selten, ergiebt die Reaktion, selbst noch bei Verdünnung von 1 : 50 positive Reaktion. Dieses nicht spezifische Agglutinationsvermögen ist jedoch nur von kurzer Dauer. Die Stärke der Agglutinationskraft geht weder mit der Höhe des Fiebers, noch mit der Schwere der Erkrankung parallel; sie steht auch, wenn Typhen jeder Schwere und jeden Alters berücksichtigt werden, zur Dauer des Fiebers nicht in Beziehung. Die Zeit der Fortdauer der Agglutinationskraft nach der Krankheit ist eine sehr verschiedene; die Reaktion verschwindet in dem einen Falle schon nach wenigen Wochen, in dem anderen ist sie nach 20 und mehr Jahren noch vorhanden. Die Reaktion hat im Allgemeinen den gleichen diagnostischen Werth, wie die übrigen klassischen Typhuszeichen. In sehr leichten, in ganz unregelmässig verlaufenden, in durch Komplikation verschleierten Fällen und im Kindesalter aber überragt sie an Werth die übrigen Symptome. Typhöse Kinder unter sieben Jahren zeigen durchschnittlich ein geringeres Agglutinationsvermögen als Erwachsene.

Dr. Israel-Medenau (Ostpr.).

Dr. M. Maschke, Augenarzt in Berlin: Die augenärztliche Unfallpraxis, ein Hülfsbuch für die Feststellung der Unfallerkrankungen des Auges und der Unfallrenten. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1899. Kl. 8°, 121 Seiten. Preis: 3,60 Mark.

Das Buch enthält 3 Abschnitte, in deren erstem das Unfallversicherungsgesetz ausführlich behandelt ist: Umfang und Zweck des Gesetzes, die Berufsgenossenschaften und ihre Instanzen, Betriebsunfälle und Gewerbekrankheiten, Heilverfahren, Erwerbsunfähigkeit, über Renten und Gutachten. Der zweite Theil enthält die Unfallerkrankungen des Auges im Speziellen und die Simulation, der dritte die Unfallrente bei Schädigung des Auges. Dann folgen Tabellen von Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes bei den Unfallerkrankungen des Auges und ein Rententarif.

Einiges wird Verfasser später vielleicht noch weiter ausführen, so z. B. das, was er Seite 4 und 5 kurz über die Verminderung der Rente bemerkt.

Verfasser sagt, um eine Verminderung der Rente eintreten zu lassen, reicht nicht schon eine (nur dem Arzte erkennbare) Besserung des körperlichen Zustandes des Verletzten aus, sondern es muss die Erwerbsfähigkeit dadurch auch wesentlich gestiegen sein. Eine wesentliche Veränderung ist es nicht, wenn der begutachtende Arzt sich veranlasst fühlt, bei ohnehin schon gering bemessener Erwerbsunfähigkeit dieselbe um 5 Proz., oder auch bei grösserer Erwerbsunfähigkeit um 10 Prozent herabzusetzen. Diesem Grundsatze entspricht auch ein mir vorliegendes Schreiben der 10. Sektion der Brennerei-Berufsgenossenschaft zu Bonn: Es handelt sich hier um eine Rente von 15 Proz. Die Berufsgenossenschaft erbittet neue Untersuchung, um festzustellen, ob nunmehr eine so wesentliche Besserung eingetreten ist, dass die Rente eingestellt werden kann. „Wir bemerken noch," heisst es weiter, „dass nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes eine Herabsetzung um 5 Proz. nicht angängig ist, eine solche von nur 5 Prozent aber auch nicht mehr zu bewilligen ist. Ueber den objektiven Befund erbitten wir ausführliches Gutachten." . . .

Bei gedrängter Kürze enthält das Buch eine Fülle von Einzelheiten, die übersichtlich geordnet den Leser leicht orientiren.

Dr. Ohlemann-Minden.

Prof. Dr. Martin Mendelsohn in Berlin: Krankenpflege für Mediziner. Mit 368 Holzschnitten im Text. Jena 1899. Verlag von Gust. Fischer. III. Heft des I. Suppl.-Bandes des Handbuches der speziellen Therapie innerer Krankheiten von Penzold und Stinzing. Gr. 8°. 278 Seiten; brosch. 6,50 M., geb. 8 M.

Während der Verfasser in seiner „Krankenpflege (Hypurgie)„ [1]) in Eulenburg's und Samuel's Lehrbuch der allgemeinen Therapie die Krankenpflege im Allgemeinen wissenschaftlich bearbeitet hat, bietet er in dem vorliegenden Bande eine in's Einzelne sich erstreckende, erschöpfende Darstellung der Krankenpflege als heilende Wissenschaft. Nach allgemeineren Bemerkungen über die Stellung der Krankenpflege in der Medizin überhaupt, wird die Wirkung der Krankenpflege auf die wichtigsten Lebensäusserungen des menschlichen Körpers, auf dessen Verhalten im gesunden und kranken Zustand eingehend besprochen, indem die hierbei nöthig werdenden Gebrauchsgegenstände durch gute, in den Text eingelegte Abbildungen veranschaulicht werden. In seiner bekannten geistvollen Schreibweise erörtert Verfasser die Wirkung der Krankenpflege auf die Ernährung, die Wirkung durch Reinlichkeit (Asepsis der inneren Medizin), die Wirkung auf die Schmerzfreiheit, auf den Schlaf, auf die Harnentleerung, auf den Auswurf, auf die Schweissabsonderung, auf die Körperoberfläche (lokale Wirkung), auf die Geschlechtssphäre und schliesslich auf die Blutstillung.

Der vom Berichterstatter früher ausgesprochene Wunsch, Mendelsohn möge seine Abhandlungen aus dem Rahmen eines grossen Handbuches der Therapie herauslösen und in der Form eines neubearbeiteten selbstständigen Lehrbuches zugänglicher machen, ist insofern erfüllt worden, als der Herr Verleger Mendelsohn's schöne Arbeit auch im Einzelverkauf abgiebt.. Immerhin bleibt der Wunsch bestehen, aus der berufenen Feder eines der besten Kenner und Forscher der wissenschaftlichen Krankenpflege ein in sich abgeschlossenes Lehrbuch dieses jüngsten Zweiges der Medizin zu erhalten.

Dr. Dietrich-Merseburg.

Dr. Ludwig Scholz, dirig. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt in Waldbröl: Leitfaden für Irrenpfleger. Halle a. d. S. 1900. Verlag von C. Marhold. 62 Seiten. Preis: 1,50 M.

Dieser vom Verein deutscher Irrenärzte prämiirte Leitfaden enthält in leicht verständlicher Darstellung alles für einen Irrenwärter Wissenswerthe. Der Verf. schildert nach einer kurzen historischen Einleitung den Bau des menschlichen Körpers die eigentliche Krankenpflege nebst erster Hilfeleistung bei Unglücksfällen. Die sich anschliessende spezielle Irrenpflege nimmt nicht ganz ein Drittel des Werkchens in Anspruch, das im Uebrigen Aerzten, die ihrem Personal eine Grundlage und Anweisung zur Pflege von Geisteskranken geben wollen, warm zu empfehlen ist. Dr. Pollitz-Brieg.

Tagesnachrichten.

Der Reichstag hat in seiner Sitzung vom 7. d. Mts. den von den Abg. Freih. v. Heyl und Genossen eingebrachten Gesetzentwurf, betreffend **Ausdehnung des Krankenversicherungsgesetzes auf die Hausindustrie,** einstimmig in dritter Lesung angenommen.

Aus dem **Reichshaushalts-Etat** für 1901 sind von Interesse:

1. Im Reichsgesundheitsamte ist ein Zugang von je einer Mitglied- und Hülfsarbeiterstelle vorgesehen.

2. Zur Errichtung und Ausstattung eines Laboratoriums nebst Stallung für die Untersuchung von Thierseuchen sind 201400 Mark, zu Einrichtungen auf dem Versuchsfeld der biologischen Abtheilung des Gesundheitsamtes sowie zur Beschaffung wissenschaftlicher Hilfsmittel 45000 Mark ausgesetzt.

---

[1]) Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1898. S. 286.

3. Da die Kaiser Wilhelms-Akademie den Ersatz von Sanitätsoffizieren noch nicht in genügender Anzahl stellen kann, so sollen geeignete Zivilärzte mehr als bisher zum Uebertritt in das aktive Sanitätskorps durch Gewährung von Entschädigungen von 300—1500 Mark (je nach der einzugehenden Dienstverpflichtung) für die von ihnen aufgewendeten Studienkosten willig gemacht werden. Zu diesem Zwecke sind 36000 Mark in den Etat eingestellt.

In der letzten Nummer des preussischen Gesetzblattes ist das Gesetz, betreffend die **ärztlichen Ehrengerichte und das Umlagerecht der Aerztekammern**, amtlich bekannt gegeben. Wir werden dasselbe in der Beilage zur nächsten Nummer zum Abdruck bringen.

Laut Kabinetsordre vom 4. d. Mts. führt der jeweilige **Vorstand** des **Kaiserlichen Gesundheitsamtes** in Zukunft die Amtsbezeichnung „Präsident".

Die für Aerzte bestimmte **Belehrung über die Pest**, mit deren Ausarbeitung die im Oktober d. J. im Kaiserlichen Gesundheitsamte zusammengetretene Sachverständigen-Kommission die Geh. Med.-Räthe Prof. Dr. Gaffky-Giessen und Prof. Dr. v. Gerhard-Berlin, sowie die Professoren Dr. Pfeiffer-Königsberg i. Pr. und Dr. Sticker-Giessen beauftragt hatte (s. S. 810 der Zeitschrift), ist jetzt als besondere Beilage zu Nr. 49 der Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes erschienen. Wir werden dieselbe in der nächsten Nummer der Zeitschrift zum Abdruck bringen.

Die diesjährige **Plenarsitzung des verstärkten bayerischen Obermedizinalausschusses** findet am 18. d. Mts. im Ministerium des Innern statt. Gegenstand der Berathung bildet die Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis.

In der am 20. v. Mts. stattgehabten Sitzung des **sächsischen Landesmedizinalkollegiums** (s. Tagesordnung in Nr. 21 der Zeitschrift, S. 739) ist die Einführung der Anzeigepflicht bei Tuberkulose für erforderlich erachtet 1. bei jedem Todesfall; 2. bei vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht, wenn der betreffende Erkrankte verzieht, oder in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet; 3. bei Erkrankungen in Privatkrankenanstalten, Waisen-, Armen- und Siechenhäusern, Gast- und Logirhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Internaten und Pensionaten. Der Antrag der Leipziger Aerztekammer, das Erbauen von Miethskasernen u. s. w. durch das zu erlassende Baugesetz zu erschweren (s. Nr. 23 der Zeitschrift, S. 822), soll dem Ministerium zur eventuellen Berücksichtigung vorgelegt werden. Auch der Antrag Heinze betreffs Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes fand in etwas abgeänderter Form Annahme; der auf die gesetzliche Einführung der freien Aerztewahl abzielende Passus wurde dagegen abgelehnt. Angenommen wurden ferner die Anträge auf Verbot der Behandlung Kranker aus der Ferne (Chalybäus) und die obligatorische Einführung eines praktischen Jahres vor Ertheilung der Approbation. Hier wurde die unseres Erachtens sehr zweckmässige Forderung gestellt, dass dieses Jahr auch bei erfahrenen und tüchtigen praktischen Aerzte absolvirt werden könne.

In Hamburg hat die Bürgerschaft am 6. d. Mts. die Berathung der **neuen Medizinalordnung** erledigt. Die Verhandlungen darüber haben bekanntlich lange Jahre gedauert, weil man sich über verschiedene Punkte nicht einigen konnte. Einer derselben war die Zusammensetzung der obersten Medizinalbehörde, des Medizinalkollegiums. Dasselbe soll jetzt aus folgenden 18 Mitgliedern bestehen: Zwei Mitgliedern des Senats, vier Mitgliedern der Bürgerschaft, einem Mitgliede des Armenkollegiums, dem Medizinalrath, dem Verwaltungsphysikus, drei Physikern, zwei vom Senat berufenen ärztlichen Direktoren der staatlichen Kranken- und Irrenanstalten, drei von der Aerztekammer gewählten praktischen Aerzten und dem Assessor der Pharmazie. Die

Geschäftsstelle des Medizinalkollegiums untersteht dem Medizinalrath und führt den Namen „Medizinalamt". Von der linken Seite der Bürgerschaft wurde verlangt, dass den technischen, beamteten Mitgliedern des Medizinalkollegiums nur berathende Stimme zustehen solle; diese Forderung wurde aber abgelehnt mit Rücksicht darauf, dass die Thätigkeit des Medizinalkollegiums eine wesentlich begutachtende sei und dass schon bisher die Techniker Sitz und Stimme darin gehabt hätten, ohne dass irgend welche Bedenken hervorgetreten wären.

In zweiter Linie bildete die Beaufsichtigung der Irrenanstalten und die Zuziehung des Laienelements bei den Revisionen dieser Anstalten, um dadurch grössere Sicherheit in Bezug auf den Schutz der darin untergebrachten Geisteskranken zu schaffen und etwaigen Missbräuchen vorzubeugen, einen strittigen Punkt. Die Bürgerschaft hat in dieser Frage ebenso wie bei der Zusammensetzung des Medizinalkollegiums ihren Willen durchgesetzt und werden, falls der Senat den Beschlüssen zustimmt, künftighin der Kommission, welche die Revision der Irrenanstalten vorzunehmen hat, auch zwei Mitglieder der Bürgerschaft und ein Privatarzt angehören. Den Anstaltsinsassen ist gestattet, Beschwerden an diese Kommission zu richten, und der Anstaltsvorstand verpflichtet, alle Beschwerden an die Kommission weiter zu befördern.

Ein weiterer Antrag, den beamteten Aerzten die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis, mit Ausnahme der konsultativen, zu untersagen, wurde abgelehnt.

Betreffs der Frage, ob ein **Apotheker verpflichtet ist, seine Familienwohnung im Apothekengebäude zu nehmen,** hat der Herr Medizinalminister einem Apotheker in Berlin folgenden Bescheid ertheilt:

„Es wird Ihnen gestattet, bis zum 1. Oktober 1901, dem Tage des Ablaufes Ihres Miethskontraktes, ausserhalb des Apothekengrundstückes Wohnung zu nehmen und wird Ihnen anheim gestellt, wenn bis dahin eine Aenderung in den Verhältnissen noch nicht eingetreten sein sollte, Ihr Gesuch rechtzeitig zu erneuern. Unter allen Umständen indessen wird es Ihnen schon jetzt zur Pflicht gemacht, nach erfolgtem Umbau in demselben Hause, in welchem sich dann Ihre Apotheke befindet, mit Ihrer Familie Wohnung zu nehmen."

Strafverfahren gegen Kurpfuscher wegen fahrlässiger Körperverletzung. Vor der Strafkammer des Landgerichts zu Guben gelangten am 10. Oktober d. J. verschiedenen Anklagen wegen fahrlässiger Körperverletzung gegen Kurpfuscher zur Verhandlung, die in ihrem Verlaufe manches Interessante darboten. In dem ersten Falle handelte es sich um den Kolonisten und Ziehmann St. in N.-B., der bei einem 12jährigen Mädchen eine hochgradige Knochenentzündung als Knochenbruch bezw. Verrenkung angesehen und mit Ziehen, Hin- und Herbiegen sowie Einpflastern des betreffenden Armes so lange behandelt hatte, bis schliesslich die eingetretene Verschlimmerung die Aufnahme des Mädchens in ein Krankenhaus erforderlich machte. Hier musste der Arm behufs Entfernung abgestorbener Knochen operirt werden. Der als Sachverständiger zugezogene Krankenhausarzt Kreisphysikus und Sanitätsrath Dr. Siehe in Züllichau erklärte, dass in Folge der falschen unzweckmässigen und brutalen Behandlung die nicht erkannte Knochenentzündung am Arm derartig verschlimmert sei, dass das Mädchen einen dauernden Schaden davontragen werde. Der Gerichtshof erachtete die Erfordernisse und fahrlässige Körperverletzung als vorliegend, verurtheilte den Angeklagten jedoch mit Rücksicht darauf, dass er noch nicht vorbestraft sei, auch kein Geld genommen und die gute Absicht zu helfen gehabt habe, nur zu einer Geldstrafe von 100 Mark und in die Kosten des Verfahrens.

Im zweiten Falle hatte sich der Angeklagte, Büdner und Ziehmann St. aus P., wegen zweier derartiger Anklagen zu verantworten. Er ist früher Schäfer gewesen, will die Kunst, kranke Menschen zu behandeln, von seinem Vater erlernt und von diesem auch das Rezept zu dem alle Schäden heilenden Pflaster „Cruzius-Salbe" bekommen haben. In dem einen Falle hatte er einem Knaben, der sich an das Knie gestossen hatte, mit seinem Pflaster behandelt; in Folge dessen war eine Entzündung des Gelenkes entstanden, deren Ursache von dem später zugezogenen und in der Gerichtsverhandlung als Sachverständigen vernommenen Arzte auf jene falsche Behandlung zurückgeführt wurde.

Der andere Fall betraf einen komplizirten Knochenbruch des Unterschenkels. Der Angeklagte hatte hier erst die Behandlung abgelehnt und diese erst übernommen, als der Verletzte erklärt hatte, dass er lieber sterben als zum Arzt schicken wolle. Er schiente dann das Bein lose mit Pappestreifen ein, und verordnete Kamillenumschläge auf die Wunde. Unter dieser Behandlung wurde der Zustand immer schlimmer, es trat Eiterung ein und schliesslich starb der Verletzte an Pyämie. Die Gerichtsärzte gaben ihr Gutachten übereinstimmend dahin ab, dass die alle Regeln der Antisepsis ausser Acht gelassene, durchaus nicht fachmännische Behandlung der offenen Wunde eine ganz verkehrte gewesen und dadurch die Eiterung, sowie schliesslich der Tod herbeigeführt sei. Der Staatsanwalt beantragte in Folge dessen für den ersten Fall, wo keine bleibenden Folgen zurückgeblieben seien, 100 Mark Geldstrafe, im zweiten Falle verlangte er dagegen mit Rücksicht auf die Schwere des Ausgangs eine Strafe von sechs Monaten Gefängniss. Der Vertheidiger beantragte Freisprechung, da im ersten Falle ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Eiterung und der Behandlung seitens des Angeklagten nicht nachgewiesen sei, und dieser im zweiten Falle nach bestem Können und Wissen den Kranken, der von einem Arzte nichts habe wissen wollen, behandelt habe. Sicherlich würde ohne seine Behandlung die Wunde bei dem gänzlichen Mangel an Pflege und Reinhaltung noch schneller infizirt und der Tod noch eher eingetreten sein. Das Urtheil des Gerichtshofes lautete auf **Freisprechung** (!), da in beiden Fällen nicht die nothwendigen Erfordernisse vorhanden seien, um auf Schuldig zu erkennen.

Der dritte, gleichfalls der fahrlässigen Körperverletzung beschuldigte angeklagte Hausbesitzer und Ziehmann W. aus St., befasst sich seiner eigenen Aussage nach seit ca. 50 Jahren mit der Behandlung von äusseren Verletzungen, Verrenkungen etc. und geniesst angeblich ein ganz bedeutendes Ansehen als Heildoktor. Eine Massenpetition zu seinen Gunsten, die mit zahllosen Unterschriften auch aus den besten Kreisen der dortigen Gegend bedeckt ist, nennt ihn einen „Wohlthäter der Menschheit.“ Er hat den Knaben W. aus St., der heftige Schmerzen in der Kniegegend infolge Ziegelklopfens verspürte, ein von ihm bereitetes Pflaster aufgelegt. Der Knabe bekam so heftige Schmerzen, dass das Pflaster entfernt und zum Arzt geschickt werden musste. Dieser konstatirte eine eitrige Knochenhautentzündung, die nach seinem im Termin abgegebenen Gutachten schon vorhanden gewesen sein müsse, als der Ziehmann die Behandlung übernommen habe. Durch Auflegen des Pflasters sei die Entzündung bedeutend stärker geworden. Da der Knabe bereits gefiebert habe, hätte der Angeklagte merken müssen, dass eine Entzündung vorhanden sei, und den Knaben zum Arzt schicken müssen. Der zweite sachverständige Arzt sagte dagegen aus, dass Knochenhautentzündung im Entstehen selbst für den erfahrenen Arzt sehr schwer zu erkennen sei und man da leicht irren könne. Habe der Angeklagte, der im Uebrigen sehr vorsichtig verfahre und in schweren Fällen die Behandlung ablehne, nun irrthümlich nur eine einfache Kontusion angenommen, so hätte er auch unbedenklich das Pflaster legen können. Nach dieser Beweisaufnahme stellt der Staatsanwalt selbst Antrag auf Freisprechung; der Gerichtshof schloss sich diesem Antrage an.

Pest. In **Porto** sind vom 17. bis 28. November nur noch 11 Pesterkrankungen mit 5 Todesfällen gemeldet. In **Britisch-Indien** sind vom 21.—28. Oktober: 3672 (in der Woche zuvor 5156), vom 28. Oktober bis 4. November: 3971 und vom 4.—11. November: 2943 Pest-Todesfälle vorgekommen; die Seuche hat somit erheblich nachgelassen. In **Bombay** sind während derselben Zeit 76, 98 bezw. 74 derartige Todesfälle gemeldet gegen 125 bezw. 101 in den Vorwochen. In **Tamatava** (Madagaskar) betrug die Zahl der Erkrankungen vom 7.—10. November 23 mit 18 Todesfällen; seit dem 17. November ist ein neuer Todesfall nicht vorgekommen. In **Asuncion** (Paraguay) sind vom 18. Oktober bis 2. November: 10 Erkrankungen und 15 Todesfälle gemeldet, ausserdem 6 bezw. 8 verdächtige Fälle.

Die Absendung des vollständigen Inhaltsverzeichnisses und Sachregisters für den Jahrgang 1899 wird entweder besonders oder mit Nr. 1 des nächsten Jahres erfolgen.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath i. Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.



3 2044 103 01