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.

XIV. Jahrgang. 1901.

Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG.
H. KORNFELD.

Inhalt.

I. Original-Mittheilungen.

A. Gerichtliche Medizin.

Seite.

Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Sachverständigen. Dr. Immelmann 147

Feststellung der Todesursache bei einer in starker Verwesung begriffenen Kindesleiche, bei der sämmtliche drei Höhlen geöffnet und verschiedene Organe nicht mehr vorhanden waren. Dr. Gutsmuths 151

Diebstahl bei Schwachsinn durch Epilepsie. Dr. Chlumsky 179

Versuchte Zerstückelung eines Neugeborenen; ein kasuistischer Beitrag. Dr. O. Möbius 279

Augenverletzung durch Arzneiexplosion. Dr. Reimer 282

Entmündigung und Pflegschaft wegen geistiger Mängel. Amtsgerichtsrath Hahn 339

Ein gerichtsärztliches Obduktionsbesteck. Dr. Puppe 382

Spontaner Gebärmutterriss unter der Geburt bei Querlage; Verschulden der Hebamme durch Verkennung der Kindeslage und Unterlassung der Zuziehung eines Arztes. Dr. O. Möbius 395

Kasuistischer Beitrag zur Frage der Organrupturen nach Kontusion des Bauches: Ruptura Ilei, Ruptura Venae cavae asc. Dr. C. Berg 405

Ueber durch einen verborgenen Balkenbrand verursachte Kohlendunstvergiftung. Dr. Picht. 427

Eine Lysolvergiftung mit tödtlichem Ausgange. Dr. Ebhardt . . . 495

Einige Bemerkungen über das Entmündigungsverfahren. Dr. Lissner 568

Feilhalten von Arzneien und Gift ohne polizeiliche Erlaubniss in einer Drogenhandlung. Dr. Arthur Schmidt 655

Der preussische Gerichtsarzt. Dr. Roth 687

Zur gerichtsärztlichen Geburtshülfe. Dr. G. Keferstein 689

Die Diagnose der Sepsis bei der Obduktion. Dr. M. Döllner 692

Der zweite Obduzent. Dr. Kornfeld 719

Beitrag zum Begriff des Apothekengewerbes. Dr. v. Gizycki . . . 720

Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin in Deutschland. Dr. F. C. Stubenrath 751, 783

Der preussische Gerichtsarzt. Dr. Hoffmann 762

Die Stellung der besonderen Gerichtsärzte. Dr. Schwabe 768

Der zweite Obduzent. Dr. Litterski 795, Dr. Bleich 797, Dr. Berg 798, Dr. E. Vollmer 799, Dr. Mulert 800, Dr. Klose 802

B. Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Seite.

Ueber eisenhaltiges Brunnenwasser auf dem Lande und das jüngste Verfahren zu seiner Enteisenung. Dr. Hans Wolff 1
Geburtshülfe und Nothtaufe. Anstaltsgeistlicher Heyne 41
Trichinenepidemie in Sangerhausen. Gebühren der Fleischbeschauer. Dr. Penkert 49
Das preussische Medizinalwesen in dem Staatshaushalts-Etat 1901/1902 und die Ausführung des Kreisarztgesetzes. Dr. Rapmund . . 51
Pockenepidemie in Frankfurt a. M. Dr. Grandhomme. 113
Wasserversorgung und Staatshülfe. Prof. Dr. Fraenkel 127
Zur Ausführung des Kreisarztgesetzes. Dr. Rapmund 137
Entwurf eines Gesetzes, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen. Dr. Rapmund 166
Ein Beitrag zum Hebammenwesen. Dr. Klingelhöfer 186
Die Berathungen des preussischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes. Dr. Rapmund 189, 211
Geniessbarkeit von theilweis verdorbenen Hühnereiern. Dr. Mittenzweig 265
Die Krebserkrankungen der Stadt Luckau von 1878—1899, topographisch dargestellt mit Bezeichnung der befallenen Häuser. Dr. R. Behla 276
Ein neues sterilisirbares Impfbesteck. Dr. Gutknecht 283
Die Ausführung des preussischen Kreisarztgesetzes, insbesondere die Dienstanweisung der Kreisärzte und die sich daraus ergebende Stellung und Thätigkeit derselben. Dr. Rapmund 307
Unterleibstyphus und Molkereien. Dr. Ricken 367
Zur Impftechnik. Dr. Weichardt 378
Ueber Mittel und Wege, hygienische Bildung in's Volk zu tragen. Dr. Hans Wolff 433
Zur Impftechnik. Dr. Hansen 440
Gewährt eine von der Differentialdiagnose zwischen infektiösem und nicht infektiösem Wochenbettfieber abhängig gemachte Anzeigepflicht den Wöchnerinnen hinreichenden Schutz? Dr. Schwabe . . . 463
Zwei Lepraerkrankungen im Kreise Merseburg. Dr. Schneider. . . 503
Zur Organisation des Hebammenwesens in Hessen mit besonderer Berücksichtigung der Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Prof. Dr. Walther 532
Some probleme of tropical Medicine. (Einige Probleme der Tropen-Medizin). Dr. Ohlemann 569
Die Typhusepidemie in Remscheid. Dr. Räuber 623
Die Granulose im Kreise Putzig (Westpreussen). Dr. Annuske. . . 630
Ein in der Impfgesetzgebung nicht vorgesehener Fall von Vaccination. Dr. Ritter 661
Meine Registratur. Dr. Brinkmann 661
Zur Bewegung der Bevölkerung in Hohenzollern. Dr. Stauss . . . 703
Die neue Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln. Dr. Rapmund 726
Durch bleihaltiges Mehl hervorgerufene Familienerkrankungen im Kreise Alsfeld. Dr. Wengler 792

II. Berichte aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die siebente am 22. Oktober 1900 in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bez. Lüneburg (Berichterstatter: Dr. Plinke).
Ueber Krankenpflegerinnen im Kreise Uelzen. Dr. Sonntag 17
Ueber Enteisenung des Wassers. Dr. Wolff 18
Besichtigung des neu angelegten Uelzer Wasserwerkes . . . 18
Bericht über den X. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Paris (Berichterstatter: Dr. Borntraeger). [Fortsetzung.]
Hygiene der Eltern in Bezug auf die Kinderpflege. Comby 18
Hygiene der schwangeren Frau in Bezug auf die Kinderpflege. Pinard 19

Seite.

Kinderpflege nach der Geburt. Budin 20
Die Krippen. Deschamps 21
Das Hotelzimmer vom hygienischen Standpunkte. Rives . . 77
Mittel zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch Eisenbahnen. Bandot 78
Die Herrichtung der Schiffe vom Gesichtspunkte der Gesundheitlichkeit. Chavigny 78
Erleuchtung, Heizung, Lüftung und Desinfektion der allgemeinen Verkehrswagen. Ungauer 79
Prinzipien der Strassenhygiene. Weyl 79
Ungesunde Wohnungen. Challamel 80
Ueber Leichenverbrennung. Salomon. 80
Ueber Beschäftigungswuchs. Dr. Longuet 80
Festlichkeiten und Besichtigungen 81

Bericht über die III. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam in Berlin am 17. November 1900 (Berichterstatter: Dr. Schulz).

Mittheilung über die vom Verein der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Potsdam herausgegebenen Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten und Hinweis auf das Gesetz, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten sowie auf die neueren Bestimmungen, betr. die Kontrole der sittenpolizeilichen Untersuchungen durch die Polizeibeamten. Dr. Roth 81
Ueber die Baupolizeiverordnung für das platte Land im Regierungsbezirk Potsdam vom gesundheitspolizeilichen Standpunkte. Dr. Gottschalck 82
Die Altersversorgung der Hebammen. Dr. Nickel 82

Bericht über die Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen am 1. Dezember 1900 im hygienischen Institut zu Posen (Berichterstatter: Dr. Lissner).

Pathologisch-anatomische Demonstrationen. Prof. Dr. Lubarsch 85
Ueber die Mittel zur Bekämpfung der Hebammenpfuscherei. Dr. Rubensohn 86
Besichtigung des neuerrichteten Instituts für Behandlung Unfallverletzter 86

Bericht über die IX. und X. Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Koblenz (Berichterstatter: Dr. Schmidt).

IX. Konferenz am 10. Mai 1900:

Ueber Erfahrung mit Schutzverbänden bei der Impfung. Dr. Braun 286
Ueber die Unzuverlässigkeit der in Neuenahr in der Regel von Chemikern, gelegentlich aber auch von Kurpfuschern ausgeführten chemischen und mikroskopischen Urin-Untersuchungen. Dr. Unschuld 286
Erörterung über die Prüfung von gewerblichen Anlagen . . 286
Ueber die Acria in der Hand der Kurpfuscher und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Dr. Mayer 286
Erörterung der Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten, sowie Besprechung der in Aussicht stehenden Bestimmungen über die Sonntagsruhe der Apotheker und über die durch Radfahren hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen. Dr. Salomon 286

X. Konferenz am 17. Dezember 1900:

Liegt es im öffentlichen Interesse, wie in dem des Apothekerstandes, wenn die Vorschrift erlassen würde, dass die Standgefässe sowohl, wie auch die Abgabegefässe der in der Kaiserlichen Verordnung vom 25. November 1895. Art. 2, dem freien Verkehr überlassenen Mittel, insbesondere von Aloëtinktur, Kreosolseifenlösung, Bleisalbe und Zinksalbe, wie sie bei Thieren zur Anwendung kommen sollen, mit der Bezeichnung „zum Gebrauch für Thiere“ versehen sein müssen. Dr. Kohlmann 287

Seite.

Bericht über die innerhalb eines Zeitraumes von 12 Jahren auf dem Hunsrück beobachteten Fälle von Aktinomykose. Dr. Mayer 287
Mittheilung über die vom 1. Januar bis Ende November im Regierungsbezirk Koblenz amtlich gemeldeten Typhusfälle. Dr. Salomon 287
Mittheilung über die vom 1. Januar bis Ende November im Reg.-Bez. Koblenz amtlich gemeldeten Typhusfälle und über die von dem Charitasverbande für das katholische Deutschland eingerichteten Lehrgänge zur Ausbildung von Krankenbesucherinnen und die im hiesigen Regierungsbezirk zu erbauende Lungenheilstätte. Dr. Salomon 287

Bericht über die IX. Versammlung des Medizinalbeamtenvereins für den Reg.-Bez. Königsberg am 10. Dezember 1900 zu Königsberg i. Pr. (Berichterstat er: Dr. Israel).

Geschäftliche Mittheilungen. Dr. Katerbau 288
Die Pest und ihre Abwehr. Prof. Dr. Pfeiffer 288
Der Hausschwamm und seine sanitätspolizeiliche Bedeutung, mit Demonstrationen. Prof. Dr. Luerssen 290

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten der Provinz Schleswig-Holstein in Neumünster am 24. März 1901 (Berichterstatter: Dr. Rohwedder).

Bericht über die Umfrage nach der Versorgung der Hebammen in Krankheits- und Invaliditätsfällen. Dr. Bertheau . . 322
Vorlegung des Taxentwurfes über die Hebammengebühren. Dr. Reimann 323
Besprechung der Verhandlungen über die Einführung des Kreisarztgesetzes im Abgeordnetenhause und über den Entwurf der neuen Gebührenordnung. Dr. Wallichs 323
Ehrengerichtliches Verfahren. Dr. Asmussen 323
Empfehlung der vom Flensburger Aerzteverein im Jahre 1896 zusammengestellten Schutzmassregeln gegen die Uebertragung und Verbreitung ansteckender Krankheiten. Dr. Hansen 323
Erörterung über die Anzeige ansteckender Krankheiten an die Militärbehörden. Dr. Reimann 323

Bericht über die X. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Gumbinnen am Sonntag, den 25. Novbr. 1900, zu Insterburg im Gesellschaftshause (Berichterstatter: Dr. Forstreuter).

Eröffnung der Versammlung 348
Ueber Massnahmen zur Verhütung ansteckender Krankheiten auf dem Lande. Dr. Cohn 348
Ueber die Bekämpfung der Granulose. Dr. Doepner . . . 351
Besprechungen der in letzter Zeit ergangenen Verfügungen. Dr. Doepner 356

Bericht über die VII. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cöln zu Cöln am 4. November 1900 (Berichterstatter: Dr. Meder).

Beschluss betreffs Gründung eines Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Cöln 383
Zur Lehre der gerichtsärztlichen Beurtheilung von Verletzungen. Prof. Dr. Ungar 383

Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Oppeln in Kandrzin am 14. April 1901 (Berichterstatter: Dr. Klose).

Diskussion über den Vortrag in der Sitzung vom 10. Oktober 1900: Die Typhusepidemie in Oberschlesien. Dr. La Roche 383
Ueber den Einfluss der Medizinalbeamten auf den Verkehr, insbesondere den Eisenbahn-Verkehr. Dr. Cimbal . . 384
Ueber Schutzmassregeln gegen Infektionskrankheiten. Dr. Tracinski 385

Seite.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Danzig am 24. November 1900 (Berichterstatter: Dr. Steger).
Besichtigung des Volksbrausebades und eines feuchten Hauses 410
Ueber fünf Fälle von Quetschung des Bauches mit tödtlichem Ausgang. Dr. Berg 410
Bericht über die XI. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen am Sonntag, den 12. Mai 1901, in Insterburg im Hôtel „Rheinischer Hof" (Berichterstatter: Dr. Forstreuter).
Eröffnung der Versammlung 411
Geschäftliches. Dr. Forstreuter 411
Diskussion über die Dienstanweisung für Kreisärzte vom 23. März 1901. Dr. Doepner 411
Bericht über die II. Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Osnabrück in Osnabrück am 28. Mai 1901 (Berichterstatter: Dr. Strangmeier).
Eröffnung der Versammlung 412
Durchsprechung der Dienstanweisung für die Kreisärzte . . . 412
Bericht über die dienstliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Minden zu Herford am 18. Mai 1901 (Berichterstatter: Dr. Nünninghoff).
Besprechung der neuen Dienstanweisung für die Kreisärzte 441
Bericht über die XIII. und XIV. Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Merseburg in Halle a. S. am 15. November 1900 und 23. Mai 1901 (Berichterstatter: Dr. Schneider).
a. Versammlung vom 15. November 1900:
Besprechung der ergangenen Erlasse u. Verfügungen. Dr. Penkert 444
Erledigung geschäftlicher Angelegenheiten, Kassenberichte etc. 444
Ueber die Aufgaben und Leistungen der Bakteriologie bei der Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Dr. Sobernheim (abgedruckt im Supplementheft der Zeitschrift für Medizinalbeamte, S. 28) 444
Diskussion über Revision der Drogengeschäfte 444
b. Versammlung vom 23. Mai 1901:
Eröffnung der Versammlung 444
Besprechung der seit der letzten Versammlung erlassenen Verfügungen und Verordnungen. Dr. Penkert 444
Kassenbericht über das abgelaufene Jahr 444
Besprechung der Dienstanweisung für die Kreisärzte 444
Bericht über die am 31. Mai 1901 in Bad Königsborn abgehaltene dienstliche Konferenz der Kreisärzte des Regierungsbezirks Arnsberg (Berichterstatter: Dr. Dütschke).
Eröffnung der Versammlung 446
Erläuterung der einzelnen Abschnitte der Dienstanweisung. Dr. Springfeld 446
Demonstration des Desinfektionsverfahrens mittelst Formaldehydwassers. Dr. Springfeld 447
Royal institute of public health. Congress at Aberdeen, 2. bis 6. August 1900 (Berichterstatter: Dr. Oebbecke).
Eröffnung der Versammlung 482
Ueber die medizinische Prophylaxis. Simson 482
Anzeigepflicht bei Masern. Millard 483
Ueber die Einrichtung von öffentlichen hygienisch-technischen Untersuchungsämtern. Hope 483
Ueber tuberculous milk, researches and results. Delépine 483
Ueber Sanatorium treatment of tuberculosis. Bardswell . 483
Untersuchungen der summer diarrhoea. Russell 483
Ueber die Antitoxinbehandlung bei Diphtherie. Dr. Dean . 484
The recent Developments in bacteriology 484
Infektionsgefahr beim hlg. Abendmahl. Moore 484
Unterweisungen über die gesundheitsgefährlichen Wirkungen des Alkoholmissbrauchs in den Schulen. Honeyman . . 484
Ueber Neubauten mit Mansardendächern. Cooper 484

Seite.
Gefahr bei schlechter Rohrlegung in den Wohnungen. Thomson 485
Die hygienischen Gefahren der Eisenbahnwagen. Duran 485
Zusammenarbeiten von Staat und Gemeinde, sowie Privatunternehmer bei Erfüllung hygienischer Pflichten 485
Ueber das Housing problem. Mansfield 486
Women as members of sanitary authorities. Countess of Aberdeen 486
Ueber das Compulsory clearing house. Thomson 486
Ueber Treatment of trade refuse from wollen manufacture. Lean Wilson 486
Untersuchungen über die täglichen Schwankungen des Fettgehaltes der Milch. Cameron 486
The infant mortality problem. Hope 487
Hygienischer Rückblick auf die letzten 44 Jahre. Markay . 487
Vierte Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 9. Juni 1901 in Berlin (Berichterstatter: Dr. Roth).
Eröffnung der Versammlung und Eingehen auf die in letzter Zeit ergangenen Verfügungen. Dr. Roth 488
Besprechung einzelner Bestimmungen der Dienstanweisung. . 488
Bericht über die VIII. am 4. Juni 1901 in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Regierungsbezirks Lüneburg (Berichterstatter: Dr. Plinke).
Vorführung eines neuen Formalindesinfektionsapparates . . . 489
Besprechung der Dienstanweisung für Kreisärzte 490
Erste Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cöln am 11. Mai 1901 Nachm. 3 Uhr im Hôtel Kaiser Wilhelm zu Cöln (Berichterstatter: Dr. Meder).
Geschäftliche Mittheilungen. Dr. Rusak 509
Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden und des Schriftführers. 509
Entlastung der bisherigen Kassenführung und Festsetzung des Jahresbeitrages 510
Besprechung des Erlasses von Hebammentaxen 510
Stellungnahme zu der von der Rheinischen Aerztekammer beschlossenen Erhebung eines Jahresbeitrages von 15 Mark von den Medizinalbeamten des Bezirks. Meder 510
Ueber die amtliche Konferenz der Medizinalbeamten und über die Besprechung der Dienstanweisung für Kreisärzte. Dr. Rusak 510
Bericht über die Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Erfurt in Leinefelde am 28. Juni 1901 (Berichterstatter: Dr. H. Martini).
Besprechung einzelner Paragraphen der Dienstanweisung für die Kreisärzte 551
Diskussion über die etwaige Einführung der obligatorischen Leichenschau 551
Bericht über die XVII. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin am 15. Juli 1901 zu Stettin (Berichterstatter: Dr. Freyer).
Berathung über die Dienstanweisung für die Kreisärzte . . 552
Bericht über die am 7. Juli 1901 in Stade abgehaltene erste diesjährige Versammlung des Medizinalbeamtenvereins für den Reg.-Bez. Stade (Berichterstatter: Dr. Hoche).
Aufnahme neuer Mitglieder und Wahl des Vorsitzenden. . . 575
Besprechung der Dienstanweisung für die Kreisärzte 575
Vorläufiger Bericht über die am 13. und 14. September 1901 in Berlin stattgehabte XVIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins (Berichterstatter: Dr. Rapmund) 595
Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins. Protokoll über die am 2. Juli 1901 im Hôtel Bristol in Frankfurt a. M. abgehaltene Delegirten-Versammlung deutscher Medizinalbeamten 614
Konferenz der Kreisärzte des Regierungsbezirks Posen, abgehalten zu Posen am 7. September 1901 (Berichterstatter: Dr. Lissner).
Berathung einer Anzahl Paragraphen, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, des Erlasses über die Bil-

Seite.

dung von Gesundheitskommissionen und deren Geschäftsanweisung, sowie der Dienstanweisung für die Kreisärzte . . 664

Bericht über die 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23. — 28. September 1901 (Berichterstatter: Dr. Wolff).

Eröffnung der Versammlung 703

A. Sektion für Hygiene.

Versuche über sterile Ernährung von Hühnchen und über die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung. Prof. Dr. Schottelius 703

Die Zusammensetzung und der Nährwerth der Hungerbrode in Russland. Prof. Dr. Erismann 704

Der Stand der Abwässerreinigungsfrage auf Grund praktischer Versuche in Württemberg. Prof. Dr. Scheurlen 706

Ueber die Bedeutung des Kochens und Zerkleinerns der Speisen für die Verdauung. Prof. Dr. Lehmann 708

Der Keimgehalt der Nährpräparate und dessen hygienische und klinische Bedeutung. Dr. Schürmayer 708

Bakterienstrukturen, Ergebnisse vitaler Färbung. Dr. Ernst 739

Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen. Prof. Dr. Fischer 740

Demonstration von Tuberkelbazillen (in Lichtbildern). Dr. Bier 740

Die in Ostpreussen heimische Ruhr, eine Amöbendysenterie. Prof. Dr. Jäger 740

Eine ätiologisch interessante Hühnerepizootie. Dr. Lode . . 741

Isolirhospitäler und Mischinfektionen. Prof. Dr. Baginsky . 741

Der jetzige Stand der Dysenteriefrage. Prof. Dr. Kruse . 742

Zur Prophylaxis des Koffeinismus und Nikotinismus. Dr. Fürst 742

Einige neue Probleme der Malariaforschung. Plehn. . . . 743

Irrthümer in der Malariadiagnose und ihre Vermeidung. Ruge 742

Demonstration von Malariapräparaten nach einer neuen Färbemethode. Reuter 742

Tödtliche Verletzungen durch südafrikanische Skorpione. Bachmann 742

B. Sektion für gerichtliche Medizin.

Ueber Gewöhnung an Verletzungsfolgen unter Berücksichtigung der Spruchpraxis des Reichsversicherungsamtes. Dr. E. Schäfer 773

Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit in Folge eines Unfalls. Dr. Schäffer 774

Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin. Dr. C. Stubenrath 774

Zur Psychopathologia sexualis. Dr. Sänger 775

Zur Kenntniss der ätherischen Oele in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. Dr. H. Hildebrand 776

Bericht über die am 2. November 1901 in Liegnitz abgehaltene Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Liegnitz (Berichterstatter: Dr. Scholtz).

Eröffnung der Versammlung 804

Ueber die Dienstanweisung für die Kreisärzte, in Verbindung mit dem Gesetz betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheits-Kommissionen. Dr. Meyen und Dr. Braun 804

Jahresversammlung der British medical association. 1901 (Referent: Dr. Mayer).

Die Beziehungen zwischen Grafschafts- und Distriktsgesundheitsbehörden. Dr. F. T. Bond 807

Gewerbekrankheiten. T. M. Legge 808

Ueber Beschäftigung verheiratheter Frauen in Fabriken. Dr. G. Reid 809

Seite.
Gefahr bei schlechter Rohrlegung in den Wohnungen. Thomson 485
Die hygienischen Gefahren der Eisenbahnwagen. Duran 485
Zusammenarbeiten von Staat und Gemeinde, sowie Privatunternehmer bei Erfüllung hygienischer Pflichten 485
Ueber das Housing problem. Mansfield 486
Women as members of sanitary authorities. Countess of Aberdeen 486
Ueber das Compulsory clearing house. Thomson 486
Ueber Treatment of trade refuse from wollen manufacture. Lean Wilson 486
Untersuchungen über die täglichen Schwankungen des Fettgehaltes der Milch. Cameron 486
The infant mortality problem. Hope 487
Hygienischer Rückblick auf die letzten 44 Jahre. Markay . 487
Vierte Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 9. Juni 1901 in Berlin (Berichterstatter: Dr. Roth).
Eröffnung der Versammlung und Eingehen auf die in letzter Zeit ergangenen Verfügungen. Dr. Roth 488
Besprechung einzelner Bestimmungen der Dienstanweisung . . 488
Bericht über die VIII. am 4. Juni 1901 in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Regierungsbezirks Lüneburg (Berichterstatter: Dr. Plinke).
Vorführung eines neuen Formalindesinfektionsapparates . . . 489
Besprechung der Dienstanweisung für Kreisärzte 490
Erste Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cöln am 11. Mai 1901 Nachm. 3 Uhr im Hôtel Kaiser Wilhelm zu Cöln (Berichterstatter: Dr. Meder).
Geschäftliche Mittheilungen. Dr. Rusak 509
Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden und des Schriftführers. 509
Entlastung der bisherigen Kassenführung und Festsetzung des Jahresbeitrages 510
Besprechung des Erlasses von Hebammentaxen 510
Stellungnahme zu der von der Rheinischen Aerztekammer beschlossenen Erhebung eines Jahresbeitrages von 15 Mark von den Medizinalbeamten des Bezirks. Meder 510
Ueber die amtliche Konferenz der Medizinalbeamten und über die Besprechung der Dienstanweisung für Kreisärzte. Dr. Rusak 510
Bericht über die Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Erfurt in Leinefelde am 28. Juni 1901 (Berichterstatter: Dr. H. Martini).
Besprechung einzelner Paragraphen der Dienstanweisung für die Kreisärzte 551
Diskussion über die etwaige Einführung der obligatorischen Leichenschau 551
Bericht über die XVII. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin am 15. Juli 1901 zu Stettin (Berichterstatter: Dr. Freyer).
Berathung über die Dienstanweisung für die Kreisärzte . . 552
Bericht über die am 7. Juli 1901 in Stade abgehaltene erste diesjährige Versammlung des Medizinalbeamtenvereins für den Reg.-Bez. Stade (Berichterstatter: Dr. Hoche).
Aufnahme neuer Mitglieder und Wahl des Vorsitzenden. . . 575
Besprechung der Dienstanweisung für die Kreisärzte 575
Vorläufiger Bericht über die am 13. und 14. September 1901 in Berlin stattgehabte XVIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins (Berichterstatter: Dr. Rapmund) 595
Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins. Protokoll über die am 2. Juli 1901 im Hôtel Bristol in Frankfurt a. M. abgehaltene Delegirten-Versammlung deutscher Medizinalbeamten 614
Konferenz der Kreisärzte des Regierungsbezirks Posen, abgehalten zu Posen am 7. September 1901 (Berichterstatter: Dr. Lissner).
Berathung einer Anzahl Paragraphen, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, des Erlasses über die Bil-

Seite.

dung von Gesundheitskommissionen und deren Geschäftsanweisung, sowie der Dienstanweisung für die Kreisärzte . . 664

Bericht über die 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23. — 28. September 1901 (Berichterstatter: Dr. Wolff).

Eröffnung der Versammlung 703

A. Sektion für Hygiene.

Versuche über sterile Ernährung von Hühnchen und über die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung. Prof. Dr. Schottelius 703

Die Zusammensetzung und der Nährwerth der Hungerbrode in Russland. Prof. Dr. Erismann 704

Der Stand der Abwässerreinigungsfrage auf Grund praktischer Versuche in Württemberg. Prof. Dr. Scheurlen 706

Ueber die Bedeutung des Kochens und Zerkleinerns der Speisen für die Verdauung. Prof. Dr. Lehmann 708

Der Keimgehalt der Nährpräparate und dessen hygienische und klinische Bedeutung. Dr. Schürmayer 708

Bakterienstrukturen, Ergebnisse vitaler Färbung. Dr. Ernst 739

Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen. Prof. Dr. Fischer 740

Demonstration von Tuberkelbazillen (in Lichtbildern). Dr. Bier 740

Die in Ostpreussen heimische Ruhr, eine Amöbendysenterie. Prof. Dr. Jäger 740

Eine ätiologisch interessante Hühnerepizootie. Dr. Lode . . 741

Isolirhospitäler und Mischinfektionen. Prof. Dr. Baginsky . 741

Der jetzige Stand der Dysenteriefrage. Prof. Dr. Kruse . 742

Zur Prophylaxis des Koffeinismus und Nikotinismus. Dr. Fürst 742

Einige neue Probleme der Malariaforschung. Plehn. . . . 743

Irrthümer in der Malariadiagnose und ihre Vermeidung. Ruge 742

Demonstration von Malariapräparaten nach einer neuen Färbemethode. Reuter. 742

Tödtliche Verletzungen durch südafrikanische Skorpione. Bachmann 742

B. Sektion für gerichtliche Medizin.

Ueber Gewöhnung an Verletzungsfolgen unter Berücksichtigung der Spruchpraxis des Reichsversicherungsamtes. Dr. E. Schäfer 773

Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit in Folge eines Unfalls. Dr. Schäffer 774

Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin. Dr. C. Stubenrath 774

Zur Psychopathologia sexualis. Dr. Sänger 775

Zur Kenntniss der ätherischen Oele in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. Dr. H. Hildebrand 776

Bericht über die am 2. November 1901 in Liegnitz abgehaltene Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Liegnitz (Berichterstatter: Dr. Scholtz).

Eröffnung der Versammlung 804

Ueber die Dienstanweisung für die Kreisärzte, in Verbindung mit dem Gesetz betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheits-Kommissionen. Dr. Meyen und Dr. Braun 804

Jahresversammlung der British medical association. 1901 (Referent: Dr. Mayer).

Die Beziehungen zwischen Grafschafts- und Distriktsgesundheitsbehörden. Dr. F. T. Bond 807

Gewerbekrankheiten. T. M. Legge. 808

Ueber Beschäftigung verheiratheter Frauen in Fabriken. Dr. G. Reid 809

Seite.

Anhang.

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

Eröffnung der Versammlung 1
Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl der Kassenrevisoren 3
Zur Bekämpfung der Tuberkulose. Dr. Krause 7
Experimentelle, mikroskopische Studien zur Lehre vom Erhängungstode. Dr. Placzek 24
Die aus der Unfallversicherungs-Gesetzgebung erwachsenden besonderen Pflichten des ärztlichen Sachverständigen. Dr. P. Stolper . . 26
Theorie und Praxis der Grundwasserenteisenung mit Demonstrationen. Dr. Wolff 42
Ueber die Schutz- bezw. Desinfektionsmassregeln während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit. Prof. Dr. Wernicke 60
Bericht der Kassenrevisoren. Vorstandswahl 75
Die Dienstobliegenheiten des Kreisarztes nach der neuen Dienstanweisung 76
Diskussionsgegenstand: Antrag der Stettiner Medizinalbeamten, betreffs Heranziehung der Medizinalbeamten zu den Umlagen der Aerztekammern 105
Mitgliederverzeichniss 110

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

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber Leichenerscheinungen und ihre Zeitbestimmung. Dr. Wetzel (Waibel) 22
Nicht gewerbliche Anilin-Vergiftungen. Prof. L. Landouzy und Dr. G. Brouardel (Rost) 23
Chemische Wirkung der Mikroben auf das Blut. M. Labbé (Mayer) . 24
Versuche über subarachinoidale Cocaininjektion und deren Technik. Einwirkungen dieser Injektionen auf den Kreislauf. Tuffier und Hallion (Mayer) 24
Ueber Rückenmarksveränderungen bei brüsker Erniedrigung des atmosphärischen Druckes. J. Lépine (Mayer) 25
Straf- und zivilrechtliche Begriffe in Sachen von Geisteskranken. Dr. Schaefer (Pollitz) 25
Ein Beitrag zum Thymustod. Dr. Ploc (Glogowski) 86
Die Stichverletzungen des Rückenmarks in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Dr. P. Roeseler (Rost) 87
1. Experimentelle Selbstverdauung des Magens. 2. Worauf beruht die Widerstandsfähigkeit des Magens gegen die Selbstverdauung? A. Frouin (Mayer) 87
Durchbohrung des Duodenums und des Pankreas durch eine Taenie. Dr. Alexander Stieda (Dietrich) 88
Der mikroskopische Nachweis von Blut zu gerichtlich-medizinischen Zwecken. Dr. Max Richter (Rost) 88
Ueber das Tätowiren nach Untersuchungen bei Geisteskranken. Rudolf Ganter (Pollitz) 89
Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung. Dr. H. Freyberg (Pollitz) 89
Beitrag zur Dementia paralytica beim weiblichen Geschlechte. Dr. Jahrmärker (Pollitz) 90
Zur forensischen Bedeutung der durch chemische Mittel erzeugten Eiterung. Dr. Mayer (Ziemke) 199

---

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

Seite.

Zwangstätowirung zur Wiedererkennung von Verbrechern. Dr. Liersch (Ziemke) 200
Ueber die gerichtsärztliche Bedeutung der Lochien. Dr. Brouha (Ziemke) 200
Fahrlässige Körperverletzung. — Entfernung der Gebärmutter anstatt der Nachgeburt durch einen Arzt. Dr. Gruner (Ziemke) . . . 200
Die Behandlung der Grenzzustände in foro nebst einigen Bemerkungen über die geminderte Zurechnungsfähigkeit. Prof. Dr. A. Cramer (Pollitz) 200
Kritische Bemerkungen über das neue Verfahren und über gewisse Vorgänge bei Entmündigung internirter Geisteskranker. Dr. Herm. Pfister (Pollitz) 201
Puerperalpsychosen. Dr. K. Alt (Pollitz) 292
Ueber Halluzinationen, Rathlosigkeit und Desorientirung in ihren wechselseitigen Beziehungen. C. Wernicke (Pollitz) 292
Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes. Dr. Raecke (Pollitz) 293
Ueber die Bettbehandlung der akuten Psychosen und über die Veränderungen, welche ihre Einführung im Anstaltsorganismus mit sich bringt. Dr. Cl. Neisser (Pollitz) 294
Isolirte Fraktur der Lamina compacta externa des Schädels durch das Anprallen eines Revolverprojektils an der Innenfläche bedingt. Prof. Dr. Franz Lucksch (Glogowski) 323
Spontane Uterusinversion nach rechtzeitiger Geburt. Dr. Josef Mayer (Glogowski) 324
Ueber den Chock, namentlich nach Kontusionen des Bauches. Dr. P. Seliger (Glogowski) 324
Ueber die Bedeutung einer genauen Definition von „Charakter“ für die Beurtheilung der Geisteskranken. Dr. Tesdorpf (Waibel) . . 326
Experimentelles Studium der Wirkung des Kaliumkantharidats auf die Placenta des Meerschweinchens. Pinoy (Mayer) 357
Wirkung des kantharidinsauren Kalis auf die Nervenzelle. Pinoy und Frl. Densusiann (Mayer) 357
Die weissen Blutkörperchen bei einigen Vergiftungen. Ch. Achard und M. Loeper (Mayer) 358
Enthält das Blut normaler oder narkotischer Thiere Kohlenoxyd? M. Nicloux (Mayer) 358
Spätgenesungen bei Geisteskrankheiten. Dr. H. Kreuser (Pollitz) . . 359
Ueber drei Fälle von Hysteria magna. Dr. Paul Steffens (Pollitz) . 359
Beitrag zur Kenntniss des induzirten Irreseins und des Querulantenwahns. Dr. E. Meyer (Pollitz) 359
Quantitative Blutuntersuchung. Prof. Dr. F. Strassmann und Dr. E. Ziemke (Ziemke) 385
Untersuchungen über Häminkrystalle. Prof. Dr. Wachholz (Ziemke) 385
Florence's Krystalle und deren forensische Bedeutung. N. Bocarius (Ziemke) 386
Ueber postmortale Verdauung. Carlo Ferrai (Ziemke) 386
Ein weiterer Beitrag zur Strophantinwirkung. Dr. A. Schulz (Ziemke) 386
Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. F. von Winckel (Schwabe) 387
Traumatischer Haemothorax. Infektion desselben durch Streptokokken und Bacillus perfringens. Lecène und Legros (Mayer) . . . 412
Veränderungen des Zentralnervensystems bei der Inanition. L. Marchand und Cl. Vurpas (Mayer) 413
Selbstmord als Verbrechen. S. Bell (Mayer) 413
Ueber den Zusammenhang zwischen Verbrechen in der Deszendenz und Alkoholismus der Eltern. Luise G. Robinovitch (Mayer) . . 414
Fortschritte der mikroskopischen Untersuchungsmethoden zu gerichtlich-medizinischen Zwecken. (Mayer) 414
Zwei im Strafverfahren abgegebene motivirte Gutachten. Dr. Richter (Pollitz) 414

Seite.

Ueber die klinischen Formen der Wochenbettspsychosen. Prof. Dr. Gust. Aschaffenburg (Pollitz) 414
Ueber die klinischen Formen der Gefängnisspsychosen. Ernst Rüdin (Pollitz) 415
Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Dr. Raecke (Pollitz) . . . 415
Ueber den Tod durch giftige Gase. Dr. Moritz Fürst (Hoffmann) . . 511
Ueber den Einfluss verschiedener Gifte auf die Todtenstarre. Walther Pilz (Hoffmann) 511
Der mikroskopische Nachweis von Blut zu gerichtlich-medizinischen Zwecken. Dr. Max Richter (Hoffmann) 511
Eine Methode zur Unterscheidung der verschiedenen Blutarten, im Besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes. Dr. Uhlenhut (Hoffmann) 512
Ueber den Sauerstoffgehalt des Leichenblutes in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. Prof. Dr. Erich Harnack (Hoffmann) 512
Ursachen der Karbolgangrän. Dr. Franz Rosenberger (Hoffmann) . 513
Die Rehabilitirung des ärztlichen Sachverständigen-Zeugnisses. A. Bach (Mayer) 513
Aerztliches Sachverständigen-Zeugniss. G. M. Bell (Mayer) 514
Die Prognose der Geisteskrankheiten. Dr. Georg Ilberg (Pollitz) . . 514
Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie akuter Geistesstörungen. Dr. M. Sander (Pollitz) 514
Klinische Beiträge zur Katatonie. Dr. Schüle (Pollitz) 515
Tetanie und Psychose. Dr. Luther (Pollitz) 516
Ueber die Prognose der Epilepsie. Dr. Habermann (Pollitz) . . . 516
Ueber pathologische Rauschzustände. Dr. Heilbronner (Waibel) . . 516
Hämoglobinkrystalle zur Unterscheidung von Menschenblut und Thierblut. Dr. Moser (Ziemke) 554
Ueber die Verwendbarkeit der von Siefert angegebenen Modifikation der Guajak-Wasserstoffsuperoxyd-Reaktion zum Nachweis von Blutspuren. Dr. Arthur Schulz (Ziemke) 554
Ueber die ungleiche Resistenz des Blutfarbstoffes verschiedener Thiere gegen Alkalien und eine hierauf begründete Methode zur Untersuchung von Menschen- und Thierblut. Dr. Ziemke (Autoreferat) 554
Ueber den Tod durch Benzinvergiftung. Dr. Racine (Ziemke) . . . 555
Befund bei Vergiftung mit Höllensteingiften. Max Edel (Ziemke) . . 555
Tätowirung bei Verbrechern. Dr. Berger (Ziemke) 555
Ueber die nach Schädeltrauma eintretenden psychischen Störungen. Dr. Rathmann (Ziemke) 555
Ueber einen Fall von Chromsäurevergiftung. Dr. Hans v. Baeger (Waibel) 577
Experimentelle Resorption, Mumifikation und Mazeration des Meerschweinchenfötus. Bruandet (Mayer) 579
Die Veränderungen der Tubuli seminiferi in einem drei Monate alten Falle tuberkulöser Epididymitis. Tribondeau (Mayer) . . . 580
Gelenktraumen, insbesondere Hydrarthrosen und Sensibilitätsstörungen. Dr. Chavigny (Mayer) 580
Lumbalpunktion und Schädelfraktur. Tuffier und G. Millian (Mayer) 581
Zwei Fälle von Karbolgangrän. Dr. Fischer (Waibel) 642
Ein Fall von Vergiftung durch Extractum Filicis maris. Dr. Gotthilf (Waibel) 642
Ueber Vergiftungserscheinungen in Folge innerlichen Gebrauches von parfümirtem Glyzerin. Dr. Hünerfauth (Dütschke) 643
Das ärztliche Sachverständigen-Gutachten in einem Falle von Todschlag. Dr. R. L. Pritchard (Mayer) 644
Straf- und zivilrechtliche Verantwortung des Arztes. Dr. A. Kühner (Hoffmann) 709
Flagellatio puerorum als Ausdruck des larvirten Sadismus eines pädophilen Konträrsexuellen. v. Krafft-Ebing (Pollitz) 710
Kombinirte Psychosen. Dr. O. Mönkemöller (Pollitz) 711
Zur Statistik der Anstaltsbehandlung der Alkoholisten. Prof. Dr. Moeli (Pollitz) 711

Seite.

Ueber den Werth des alkalischen Hämatoporphyrins für den forensischen Blutnachweis. Prof. Dr. Ernst Ziemke (Autoreferat) 809
Die Farbe der Todtenflecke bei der Cyanvergiftung. Dr. Max Richter (Ziemke) 810
Kann man eine Nebenplazenta von einem Plazentarrest unterscheiden? Prof H. Fritsch (Ziemke) 810
Geburtshilfliche, tödtliche Fahrlässigkeit eines Arztes. Dr. Borntraeger (Ziemke) 810
Ein Fall von Atropinvergiftung. Dr. Max Selo (Waibel) 810
Neue Beiträge zur Würdigung der Intussusception in klinischer und forensischer Beziehung. Dr. A. Kühner (Hoffmann) 811
Ueber Krankheitseinsicht. Dr. Karl Heilbronner (Pollitz) 811
Ueber Spiritismus und Geistesstörung. Dr. R. Henneberg (Pollitz) . 812

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

1. Gutachten und Referate.

Chronische Entzündung des linken Kniegelenks (Arthritis deformans) als Folge eines Unfalls (Quetschung) und das Auftreten der gleichartigen Veränderung an dem unverletzten rechten Knie in mittelbarem Zusammenhange damit, sowie Schätzung des Grades der durch die gesammten Unfallfolgen bedingten Erwerbsunfähigkeit. Obergutachten. Prof. Dr. Helferich 28
Feststellung der Folgen einer schweren, mit einem Rippenbruch verbundenen Quetschung der Brust, bestehend in Verwachsung des Lungenüberzuges mit dem Rippenfell und vermehrter Reizbarkeit des Nervensystems. — Verwechselung einer vorübergehenden Aufblähung der Lungenränder mit eigentlichem (unheilbarem) Lungenemphysem. Obergutachten. Prof. Dr. Curschmann 92
Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks. F. Jolly (Pollitz) 327
Ein im Anschluss an eine — sonst ohne nachtheilige Folgen verlaufene — Verschüttung im Bergwerke hervorgetretenes Nervenleiden, das sich hauptsächlich in krankhafter Furcht vor dem Einfahren in den Schacht äussert. Obergutachten. Prof. Dr. Mendel . . . 447
Demonstration eines Unfallkranken, nebst einigen Bemerkungen über die sympathische Reaktion. Prof. Dr. Cramer (Rpd.) 545
Ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verblödung eines zu Nerven- und Geisteskrankheiten veranlagten jungen Arbeiters und einem Betriebsvorgange (zwangsweises Waschen des Kopfes durch mehrere Mitarbeiter unter dem Herdgerenne in einem Pochwerke). Obergutachten. Prof. Dr. Cramer 664
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer sogenannten Dupuytren'schen Kontraktur der rechten Hand und einer durch Betriebsunfall erlittenen Quetschung der rechten Schultergegend. Obergutachten. Prof. Dr. Czerny und Prof. Dr. Marwedel 664
Eine durch Betriebsunfall (Kopfverletzung durch Auffallen eines Steines) herbeigeführte Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach und deren Feststellung durch den Nachweis einer hochgradigen Verkürzung der Knochenleitung in das Ohr. Obergutachten. Dr. Hirsch 712

2. Entscheidungen in Unfall- und Invaliditätssachen.[1])

1900. 8. Mai: Berechtigte oder unberechtigte Rentenentziehung bei Weigerung eines Invalidenrentenempfängers, sich

---

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

			Seite.
		zwecks Prüfung, ob er die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt habe, in einem Krankenhause beobachten zu lassen	91
1900.	4. Juli:	Bauchbruch, kein Unfall	202
„	24. Sept.:	Gehirnhautentzündung und Betriebsunfall (Waschung mit kaltem Wasser) bei Winterkälte im kalten Raume	27
„	18. Okt.:	Ein Unfallverletzter ist nicht verpflichtet, sich einer Hautüberpflanzung (Transplantation) zu unterwerfen. Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Unterschenkels	90
„	31. „ :	Verlust der 3. und 4. Zehe bedingt keine Erwerbsbeschädigung in abmessbarem Grade	91
„	31. „ :	Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des §. 5, Absatz 4 des Invalidenversicherungsgesetzes	328
„	5. Nov.:	Kosten für die ersten ärztlichen Gutachten bei Gesuchen um Invalidenrente	26
„	6. „ :	Tod durch Perforation eines chronischen Magengeschwürs; kein ursächlicher Zusammenhang mit einem Unfall	202
„	8. „ :	Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust der vier Finger der linken Hand	202
„	3. Dez.:	Die Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt nicht, um die Berufsgenossenschaft haftbar zu machen; dazu bedarf es mindestens des Nachweises der Wahrscheinlichkeit	328
„	3. „ :	Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Unterschenkels an der Grenze des unteren Drittels	328
„	6. „ :	Bei einer bisherigen Erwerbseinbusse von 15 Proz. ist eine eingetretene Besserung von nur 7½ Proz. als eine wesentliche anzusehen und die Einstellung der Rente gerechtfertigt, da eine nennenswerthe Schädigung nicht mehr vorliegt	388
1901.	13. Febr.:	Unzulässigkeit der Nichtberücksichtigung ärztlicher Gutachten	583
„	21. „ :	Die Berücksichtigung eines erst nach der Entscheidung des Schiedsgerichts abgegebenen ärztlichen Gutachtens ist unzulässig	583
„	25. „ :	Das Gutachten des behandelnden Arztes ist ausreichend; es braucht nicht das Gutachten eines zweiten Arztes eingefordert werden	644
„	16. April:	Der behandelnde Arzt ist nicht zu hören, wenn die Ablehnung der Entschädigung nicht auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, sondern aus anderen Gründen erfolgen soll	645
„	17. „ :	Verpflichtung der Berufsgenossenschaften zur Lieferung von „künstlichen Gliedmassen“	582
„	30. „ :	Ursächlicher Zusammenhang zwischen Herzleiden und Unfall	581
„	2. Mai:	Ueber die bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit von Geisteskranken in Betracht zu ziehenden Gesichtspunkte.	582
„	21. „ :	Ein fast am ganzen Körper Gelähmter ist, auch wenn er zeitweise mehr als ein Drittel des ortsüblichen Tagelohns verdient nnd Versicherungsbeiträge bezahlt hat, nicht als erwerbsfähig und versicherungspflichtig anzusehen und hat demnach auch keinen Anspruch auf Invalidenrente	646
„	24. „ :	Erwerbsverminderung liegt nicht vor bei Verlust von Zähnen	646
„	29. „ :	Kann Jemand ungeachtet des Verlustes beider Hände erwerbsfähig bleiben und versicherungspflichtige Arbeiten verrichten?	777

Seite.

1901. 18. Juni: Konkurrenz eines bestehenden Leidens mit den Folgen eines Unfalls (Reichsgericht) 777
„ 21. Sept.: Tod durch Insektenstich; kein ursächlicher Zusammenhang mit Unfall 779
„ 25. „ : Die Frage, ob und inwieweit das Schiedsgericht die Mittheilung eines ärztlichen Gutachtens an den Rentenbewerber ablehnen durfte, unterliegt der Nachprüfung in der Revisionsinstanz 787

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

Ueber die Anpassungsfähigkeit der Menschen an hohe und niedrige Lufttemperaturen. Max Hubner (Dietrich) 30
Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers für Infektionsstoffe. Dr. Taav. Laitinen (Rpd.) . . . 32
Ueber die Desinfektion der tuberkulösen Sputa in Wohnräumen. Dr. Donato Ottolenghi (Rpd.) 33
Gewinnung und Absatz von frischer, tuberkelbazillenfreier Trinkmilch (Eismilch). Wilhelm Heim (Glogowski) 34
Experimentelle Beiträge zur Untersuchung über die Marktmilch. Prof. Dr. Max Bock (Glogowski) 35
Ueber Milch und Milchregulative. Dr. Arthur Schlossmann (Hellwig) 36
Die Bedeutung des Milch-Thermophors für die Säuglingsnahrung. Dr. Erwin Bobrack (Rpd.) 36
Ueber Indigestionen bei Schlachtthieren in ihren Beziehungen zur sanitätspolizeilichen Beurtheilung des Fleisches. Amtsthierarzt Noack (Hellwig) 37
Beitrag zur Kenntniss des Bacterium coli. Dr. Alexis Radzievsky (Rpd.) 95
Ueber die Agglutination des bacterium coli und des Eberth-Bacillus durch das Serum immunisirter Thiere. Wirkung des Coli-Serums auf den Eberth-Bacillus und umgekehrt. A. Rodet (Mayer) . 96
Spätere Agglutinationationsfähigkeit eines primär nicht agglutinirbaren Diphtheriebacillus. J. Nicolas (Mayer) 96
Wirkung der Abkühlung durch flüssige Luft auf agglutinirbare Sera und agglutinirbare Kulturen. Chanoz, P. Courmont und M. Doyon (Mayer) 97
Ueber die Pest in Oporto. Prof. Dr. H. Kossel u. Prof. Dr. P. Frosch 97
Ueber die Pest in Oporto. Dr. Vagedes 98
Experimenteller Nachweis der Dauer des Impfschutzes gegenüber Kuh- und Menschenpocken. Dr. G. Martius (Rost) 99
Die Leukozytose bei der Variola. J. Courmont u. V. Montagard 99
Quantitative und qualitative Prüfung der Variola-Leukozytose. Prüfung der Variolapustel auf den Leukozytengehalt. E. Weil (Mayer) . 99
Inokulation der menschlichen Variola auf das Kaninchen; Inokulation der Vaccine auf das Kaninchen; Mikrobiologische Untersuchungen der Variola. H. Roger und E. Weil (Mayer) 100
Bericht über die Thätigkeit des Königlichen Instituts für Serumforschung und Serumprüfung zu Steglitz. Prof. Dr. W. Dönitz (Dietrich-Gerdauen) 101
Bericht über die Thätigkeit der Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin im Jahre 1899. Dr. Marx (Dietrich-Gerdauen) 103
Ueber Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1899. Prof. Dr. M. Kirchner (Dietrich-Gerdauen) 103
Zur Bekämpfung der endemischen Körnerkrankheit. Dr. J. Hirschberg (Dietrich-Gerdauen) 104

---

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

Seite.

Ueber die Verbreitung des Weichselzopfes in den Regierungsbezirken Marienwerder, Bromberg und Posen. Dr. Moebius (Wodtke) . 104
Zur Statistik des Krebses im Reg.-Bez. Stralsund. Dr. Deneke (Rpd.) 105
Zur Verbreitung der Karzinoms. Dr. F. Reiche (Rpd.) 105
Die örtliche Vertheilung des Karzinoms in Thüringen am 15. September 1900. Dr. Pfeiffer (Rpd.) 106
Hebammenwesen im Kreise Worms. Dr. Fertig 106
Hat die heute übliche Reglementirung der Prostitution einen nachweislichen Einfluss auf die Häufigkeit und die Verbreitung der venerischen Krankheiten ausgeübt? Dr. A. Blaschko (Glogowski) 107
Die Gefahren der sogenannten hygienischen „lampes fumivores". M. L. Bard (Rost) 108
Ueber die Widerstandsfähigkeit der mit dem Lungenauswurf herausbeförderten Tuberkelbazillen in Abwässern, im Flusswasser und im kultivirten Boden. Dr. P. Musehold (Rost) 203
Die Bakterien der sogenannten sterilisirten Milch des Handels, ihre biologischen Eigenschaften und ihre Beziehungen zu den Magen-Darmkrankheiten der Säuglinge mit besonderer Berücksichtigung der giftigen peptonisirenden Bakterien Flügge's. Dr. A. Weber (Rost) 205
Zur Frage von der Heilkraft des Lichtes. Dr. Boeder (Rost) . . . 206
Einwirkung des Sonnenlichtes und des diffusen Tageslichtes auf den im Sputum enthaltenen Tuberkelbacillus. P. Jousset (Mayer) . . 207
Ueber die Lebensfähigkeit gewisser Mikroben. E. de Batz (Mayer) . 207
Wirkung des echten Tuberkulins auf die Niere. F. Ramond (Mayer) 207
Die Rolle der Gewöhnung der Bakterien bei der Wahl ihrer Lokalisation. F. Bezançon und M. Labbé (Mayer) 207
Ueber Fütterungspest und das Verhalten des Pestbacillus im thierischen Körper nach dem Tod des Organismus. Prof. St. Sata (Dietrich) 294
Ueber Gewöhnung von Bakterien an Alexine. Dr. Richard Trommsdorf (Dietrich) 296
Ueber die Wirkung künstlicher Abszesse beim experimentellen Milzbrand. A. Fochier und Merieux (Mayer) 296
Ueber die Widerstandsfähigkeit der Aktinomyces-Sporen. L. Bérard und J. Nicolas (Mayer) 296
Zur Diagnose und Behandlung des Pemphigus vulgaris chronicus. Dr. P. G. Unna (Brummund) 296
Die Augenhygiene am Eingange des 20. Jahrhunderts. Dr. Lud. Schmeichler (Ohlemann) 297
Ein Beitrag zur Lehre von der Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis conjunctivalis. Prof. Dr. A. Vossius (Ohlemann) . 297
Ueber die Berechtigung der Selbstinfektionslehre in der Geburtshülfe. Prof. Dr. Fehling (Waibel) 298
Weitere Beiträge zur Bakteriologie der mechanisch-chemischen Desinfektion der Hände. Dr. J. Schenk und Dr. G. Zaufal (Rpd.) . . . 299
Beeinflusst Glyzerin als Lösungsmittel den Desinfektionswerth von Antisepticis. Dr. Oskar von Wunschheim (Dietrich) 299
Ueber die Reinigung des Trinkwassers durch das Abkochen. Prof. G. Bizzozero (Dietrich) 300
Neue Methode des Schwimmunterrichts in Elberfeld. (Glogowski) . . . 301

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Referirt von Rost):

Sammlung von Gutachten über Flussverunreinigung 332
Gutachten über die Verunreinigung der Haase durch die Piesberger Grubenwässer und deren Folgen. Prof. Dr. Beyschlag . . . 332
Ueber die Veränderungen des Fettes beim Reifen der Käse. Dr. Karl Windisch 332
Die im Zinkhüttenbetriebe beobachteten Gesundheitsschädigungen und die zu ihrer Verhütung erforderlichen Massnahmen. Dr. Wutzdorf 333
Ueber die Hämoglobinurie der Rinder in Finnland. Prof. Dr. Kossel und Dr. Weber 333
Ergebnisse der Weinstatistik für 1898. Dr. G. Sonntag. . . . 334

Seite.

Bericht über die gesundheitlichen Verhältnisse der Provinz Schantung. Dr. Velde 334
Bericht über die Verbreitung der Lepra in China. Dr. Velde . . 334
Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten 334
Ueber den Borsäuregehalt des amerikanischen Trockenpökelfleisches. Dr. E. Polenske 334
Ueber das Verhalten des Borax bei der Destillation mit Methylalkohol. Dr. E. Polenske 335
Ueber das Verhalten von Borsäure, schwefliger Säure und künstlichen Farbstoffen in Dauerwurst. Dr. E. Polenske 325
Zur Biologie der Milzbrandbazillen. Die Sporenauskeimung. Dr. Rich. Weil (Dietrich) 335
Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Dr. Uhlenhut u. Dr. A. Westphal (Dietrich) 336
Ueber Bacilol. Dr. Franz Werner u. Dr. Peter Pajiè (Rpd.) . . . 336
Eigenart des Blutkuchens und des Blutserums bei der primären Variola haemorrhagica. Mechanismus der Blutungen. G. Hayem und R. Bensaude (Mayer) 360
Zur Behandlung der Melaena neonatorum. Dr. Lahmer (Glogowski) . 361
Giebt es eine Melaena vera. Dr. Norbert Swoboda (Glogowski) . 361
Experimentelle Mastitistuberkulose des Meerschweinchens. L. Nattan-Larrier (Mayer) 361
Ueber Beschlagnahme und Verwerfung tuberkulösen Fleisches. J. Mitchel Wilson, J. Wrigt Mason und F. W. Martin (Mayer) 362
Ueber Desinfektionswirkung des Alkohols, insbesondere der Alkoholdämpfe. Dr. Georg Frank (Waibel) 362
Frauenasyle, eine hygienische Studie. Dr. J. S. Loeblowitz (Glogowski) 363
Berechtigen experimentelle oder klinische Erfahrungen zu der Annahme, dass pathogene oder nicht pathogene Bakterien die Wand des gesunden Magendarmkanals durchwandern können. Dr. A. Schott (Dietrich) 388
Ueber die Lebensdauer von Bacillus pestis hominis in Reinkulturen. N. K. Schultz (Dietrich) 389
Alkoholdämpfe als Desinfektionsmittel. Dr. W. v. Brunn (Dietrich) . 389
Zur Frage nach der Entstehung von Fleischvergiftungen. Dr. Oskar Bail (Glogowski) 390
Ueber den natürlichen Farbstoff der rothen Wurstwaaren. Paul Kalkbrenner (Schwabe) 390
Die Nothwendigkeit der Errichtung von Trinkerheilstätten. Paul Schenk (Glogowski) 390
Die Bescheinigung der Todesursachen und die Registrirung der Todesfälle. E. Walford (Mayer) 391
Zur Kritik des Agglutinationsphänomens. Dr. Fritz Koehler (Dietrich) 416
Zur Schnelldiagnose der Typhusbazillen. Dr. Weil (Wolff) 417
Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachkontagiums. Dr. Friedrich Schmidt (Waibel) 417
Die Aktinomykose (Strahlenpilzkrankheit) in Elsass-Lothringen. Dr. Wöhrlin (Hecker) 418
Ueber die staubvermindernde Wirkung des Dustlesöles. Dr. E. Steinmetz (Hecker) 419
Wie lässt sich unter dem Arbeiterwohnungsgesetz eine Besserung der ländlichen Verhältnisse anbahnen? Ch. E. Paget (Mayer) . . 420
Neuere Untersuchungen auf dem Gebiete der Bakteriologie und Serodiagnostik. Prof. Dr. Kolle (Hoffmann) 517
Der gegenwärtige Standpunkt in der Bekämpfung des Kindbettfiebers. Dr. Paul Schenk (Glogowski) 517
Erholungsstätten. Dr. Th. Sommerfeld (Glogowski) 517
Die Nürnberger Schulbank. Gg. Sichelstiel u. Dr. Paul Schubert; die Rettigbank und ihr neuester Konkurrent. Hans Suck (Glogowski) 518
Neue Gesichtspunkte für die Untersuchung der neu in die Schule eintretenden Kinder. Dr. Justus Thiersch (Glogowski) 519

Seite.
Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Herbert Jones (Mayer) . 520
Zur Kenntniss der Tenazität des Scharlachgiftes. Felix Lommel (Waibel) 556
Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1898. Dr. Buckhardt (Rost) 556
Versuch einer städtisch beaufsichtigten Milchversorgung. W. Robertson (Mayer) 557
Die Ethik des öffentlichen Sanitätswesens. D. John C. Mc. Vail (Mayer) 558
Ueber typhusähnliche, durch einen bisher nicht beschriebenen Bacillus (Bac. bremensis febris gastricae) bedingte Erkrankungen. Dr. Kurth (Wolff) 584
Die Aktinomykose in Thüringen. Otto Rigler (Mayer) 584
Die Beleuchtungsanlagen in den Erziehungs- und Unterrichtsanstalten. Dr. Seggel u. Prof. Dr. Eversbusch (Waibel) 585
Die Wohnungsfrage in London von 1855—1900. C. J. Stewart (Pfeiffer jun.) 587
Untersuchungen zur Strassenhygiene. (Brummund) 589
Ueber Abwässer-Kläranlagen, insbesondere Kontaktfilter. T. Eustace Hill (Mayer) 647
Der Einfluss der Hospitalisolirung auf den Scharlach. C. Killick-Millard (Mayer) 649
Typhusinfektion an der Leiche. Dr. W. Fürnrohr (Waibel) 671
Die Malariaepidemiologie nach den neuesten Forschungen. A. Celli (Dietrich) 672
Die neue Malariaprophylaxis. A. Celli (Dietrich) 673
Der Vaccine- und Variolaerreger. Dr. M. Funck (Dietrich) 674
Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1899, nebst Anhang, betr. die Pockenerkrankungen im Jahre 1899. Dr. Burkhardt (Rost) 675
Die Sterbefälle im Deutschen Reiche während des Jahres 1898 unter der Gesammtbevölkerung und unter den Bewohnern der Grossstädte (Rahts) 675
Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose-Infektion im Kindesalter. Dr. Dieudonné (Waibel) 743
Alkohol und Tuberkulose. Prof. Dr. Hans Hammer (Glogowski) . . 744
Die Tuberkulose in der Strafanstalt Görlitz. Dr. Braun (Glogowski) . 744
Insekten als lebendes Substrat für Kultivirung ansteckender Krankheiten des Menschen und der Thiere. C. v. Holub (Dietrich) . 745
Ueber das Hämolysin des Typhusbacillus. E. Levy und Prosper Levy (Dietrich) 745
Ueber das Verhalten des in den Erdboden eingesäeten Typhusbacillus. Dr. W. Ruttmann (Dietrich) 745
Ueber die Agglutination der Tuberkelbazillen und über die Verwerthung dieser Agglutination. Robert Koch (Rpd.) 814
Zur Aetiologie des Typhus. Dr. Schüder (Rpd.) 815
Zur Bakteriologie der Typhuspneumonien. Dr. A. Dieudonné (Dietrich) 815
Beitrag zur Aktinomykose des Menschen. A. Poncet (Mayer) . . . 816
Experimental-Untersuchungen über Händedesinfektion. Prof. Dr. Paul und Prof. Dr. Sarwey (Waibel) 816
Ueber Hände-Desinfektion. Dr. Franz Nagelschmidt (Rpd.) . . . 817
Bericht der Abwässerfrage-Kommission. (Mayer) 817
Ueber bakteriologische, chemische und physikalische Rheinwasser-Untersuchungen. Dr. Salomon (Mayer) 818
Der gegenwärtige Stand des Hebammenwesens in Deutschland. Dr. Richard Blumm (Rost) 819

IV. Besprechungen.[1])

Amman, Dr.: Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans (Stolper) 746
Baer, Dr.: Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter (Schwabe) . . 524

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

Seite

Baumm, Dr. P.: Die praktische Geburtshülfe in ihren Hauptzügen (Scholtz) 38
Bohn, D. jur. Erich: Der Fall Rothe (Pollitz) 455
Bollinger, Prof. Dr. O.: Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie (Rpd.) 37
Bornträger, Dr. J.: Das Buch vom Impfen (Rpd.) 823
Brühl, Dr. G.: Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde (Rpd.) . . . 822
Dittrich, Paul: Praktische Anleitung zur Begutachtung der häufigsten Unfallschäden der Arbeiter (Stolper) 747
Dürk, Dr. H.: Atlas und Grundriss der speziellen pathologischen Histologie (Rpd.) 821
Entres, Dr. J.: Handbuch der gerichtlichen Obduktions-Technik mit Einfügung der gesetzlichen Bestimmungen und zahlreichen technischen Fingerzeigen (Hoffmann) 452
Eschle, Dr.: Kurze Belehrung über die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre (Brummund) 590
Firgau, Dr. Fritz: Gifte und stark wirkende Arzneimittel in gerichtlicher, hygienischer und gewerblicher Beziehung (Schwabe) 522
Fritsch, Dr. H.: Gerichtsärztliche Geburtshülfe (Schwabe) 521
Grünwald, Dr. L.: Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase (Rpd.) 821
Haab, Prof. Dr. O.: Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges (Rpd.) 821
Helferich, Prof. Dr. H.: Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen 37
Helwes, Dr. F.: Der Kampf gegen die Tuberkulose (Brummund) . . 590
Hertoghe, Dr. E.: Die Rolle der Schilddrüse bei Stillstand und Hemmung des Wachsthums und der Entwickelung und der chronische gutartige Hypothyreodismus (Brummund) 72
Hoche, Prof. Dr. A.: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie (Pollitz) 454
Hoppe, Dr. Hugo: Die Thatsachen über den Alkohol 748
Kionka, H.: Grundriss der Toxikologie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Therapie. Für Studirende und Aerzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte (Hildebrandt) 748
Kraepelin, Prof. Dr. Emil: Einführung in die psychiatrische Klinik (Pollitz) 302
v. Krafft-Ebing, Dr. R.: Psychopathia sexualis (Rpd.) 822
Lehmann's medizinische Handatlanten. Helferich, Prof. Dr. H.: Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. — Bollinger, Prof. Dr. O.: Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. — Zuckerkandl, Dr. O.: Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. — Lüning, Dr. A. und Schulthees, Dr. W.: Atlas der orthopädischen Chirurgie (Rpd.) 37
— — Grünwald, Dr. L.: Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. — Haab, Prof. Dr. O.: Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges. — Dürk, Dr. H.: Atlas und Grundriss der speziellen pathologischen Histologie. — Brühl, Dr. G: Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde. — Sultan, Dr. G.: Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche (Rpd.) . . . 821
Lüning, Dr. A. und Schulthees, Dr. W.: Atlas der orthopädischen Chirurgie (Rpd.) 37
Mulert, Dr.: Schemata und Notizen für gerichtliche Obduktionen (Rpd.) 453
Perlia, Dr. R.: Kroll's stereoskopische Bilder zum Gebrauch für Schielende (Ohlemann) 269
Pfeiffer, Dr. A.: XVIII. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene (Rpd.) 823
Pfister, Dr. Herm.: Kritische Bemerkungen über das neue Verfahren und über gewisse Vorgänge bei Entmündigung internirter Geisteskranker (Pollitz) 201
Placzek, Dr.: Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medizin und öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigenthätigkeit (Schwabe) 393

Seite.
Poore, George Vivian: Essays über Hygiene auf dem Lande (Schwabe) 591
Posselt, Dr. Adolf: Die geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens insbesondere des Alveolarechinococcus der Leber und dessen Kasuistik seit 1886 (Brummund) 71
Praussnitz, Dr. W.: Grundzüge der Hygiene (Rump) 269
Rapmund, Dr. O.: Das öffentliche Gesundheitswesen (Oebbecke) . . 523
Rissmannn, Dr. P.: Lehrbuch für Wochenpflegerinnen (Walther) . . 779
Rohleder, Dr. Hermann: Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen (Kalischer) 270
von Rohrscheidt, Kurt: Die Gewerbeordnung für das Deutsche Reich (Dietrich) 392
Schmeichler, Dr. Ludwig: Die Augenhygiene am Eingange des 20. Jahrhunderts (Ohlemann) 297
Sommer, Dr. G.: Die Prinzipien der Säuglingsernährung (Brummund) 590
Sultan, Dr. G.: Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche (Rpd.) . . 822
Vogel, Dr.: Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen (Walther) . . 677
Waibel, Dr. Carl: Leitfaden für Unfallgutachten (Rost) 821
Weygandt, Dr. W.: Die Behandlung idiotischer und imbeziller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung (Pollitz) 38
Zollitsch, Dr.: Die geistigen Störungen in ihren Beziehungen zu Militär-Dienstunbrauchbarkeit (bezw. Invalidität) und Zurechnungsfähigkeit (Pollitz) 454
Zuckerkandl, Dr. O.: Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre (Rpd.) 37

V. Tagesnachrichten.

Durchführung des Kreisarztgesetzes 39, 175
Aerztliche Prüfungsordnung 39
Ein Arzt als Geschäftsführer des Aerztevereinsbundes im Hauptamte 40, 652
Anstellung eines Stadtarztes in Görlitz 40
Der Fall Neisser 40
Standesunwürdigkeit des fortgesetzten Annoncirens von Aerzten . . . 40
Abhaltung unentgeltlicher Fortbildungskurse für Aerzte 40, 209
Preussische Arzneitaxe für das Jahr 1901 40
Reichsgesundheitsrath 73, 177, 208, 273, 592
Aus dem Reichstage:
Arbeiterschutz in der Hausindustrie 75
Beschäftigung schulpflichtiger Kinder 75
Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes 75
Wohnungsfrage 109
Aerztliche Feststellung des Prozentsatzes der Erwerbsunfähigkeit bei der Unfall- und Invalidenversicherung 110
Förderung der Forschungen über die Malaria 143
Missstände in den Krankenhäusern 143
Bessere Vorbildung der Thierärzte 144
Weingesetz 364, 394
Stellung der Militärapotheker 176, 394, 422
Bekämpfung der Tuberkulose 208
Ausbreitung der Krebskrankheit 273
Besteuerung des Saccharins 302
Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln 364
Aus dem preussischen Abgeordneten- und Herrenhause:
Vorlage zur Ausführung des Reichsseuchengesetzes 75
Kontrolle über die Vivisektion 75
Errichtung öffentlicher Schlachtviehversicherungen 144, 337
Verunreinigung der Flüsse 144, 394
Gesetz zum Schutz der Mineralquellen 144
Gebührengesetz 271, 364
Bekämpfung der Trunksucht 272
Einführung der fakultativen Feuerbestattung 364

Seite.

Todesfälle (Geh. San.-Rath Dr. Kreussler) 75, (Geh. Rath Prof. Dr. Max v. Pettenkofer) 142, (Reg.- u. Med.-Rath Dr. Alexander) 177, (Geh. Rath Prof. v. Heusinger) 177, (Geh. Rath Dr. Pfeiffer) 178, (Prof. v. Fodor) 303, (Reg.- und Med.-Rath Dr. Möbius) 365, (Minister Dr. Bosse) 560, (Wirkl. Ober-Med.-Rath Dr. v. Coler) 592
Vereinbarungen zur einheitlichen Untersuchung von Nahrungs- u. Genussmitteln, sowie von Gebrauchsgegenständen für das Deutsche Reich 76
Entwurf einheitlicher Gebührensätze für die Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln, sowie von Gebrauchsgegenständen 76
Bezeichnung „natürliches" Mineralwasser 76
Neue Apothekenbetriebsordnung in Bayern 76
Bekämpfung der Granulose in Ostpreussen 109
Regelung des Hebammenwesens in (Preussen) 111, 208, (Reuss j. L.) . 145
Preussische Aerztekammern 111, 208, 652, 782
19. Kongress für innere Medizin 111
Anstellung von Schulärzten in Breslau 112
Vorschriften über den Verkehr mit Giften 112, 394
Nachrichten über die Pest 112, 146, 178, 210, 305, 366, 426, 494, 530, 594, 654, 718, 825
XXIX. Deutscher Aerztetag in Hildesheim 145, 338, 492
Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Rostock 145, 304, 561, 653
Sitzung des preussischen Apothekerraths 145
Kosten für die Besichtigung von Drogen- und ähnlichen Handlungen (Schwarzburg-Sondershausen) 145
Bekanntmachung betreffs Sterilisirung der Milch 145
Prozess gegen Kurpfuscher Kuhne 145
Erklärung 146
Beitragspflicht bei den Aerztekammern 177
Handhabung der Wohnungsaufsicht 177, in Württemberg 455
30. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 178
Internationaler Kongress gegen den Alkoholismus in Wien 178
Süssstoffgesetz 208
Erforschung und Bekämpfung der Malaria 208
Verbreitung von Geschlechtskrankheiten 209
Führung von Aerztetiteln von im Auslande approbirten Aerzten . . . 209
Internationales Zentralbureau für Tuberkulosebekämpfung 209
Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke 209
Neuregelung des Apothekenwesens 209
Redaktion der Fortschritte in der Medizin 210
Errichtung einer Standesvertretung der Apotheker 274
Zeitschrift für Krankenpflege und ärztliche Polytechnik 274
Königlich preussische Landesanstalt für Wasser und Abwässerangelegenheiten 303, 652
Staatliche Anstalt zur Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln sowie von Gebrauchsgegenständen in Berlin 303
Lehrstuhl für Homöopathie an der Universität in Tübingen 303
Untersuchung der Typusherde in Schlesien 303
Typusepidemie 303, 652, 683, 717, 824
Ehrung Virchow's 303, 530, 682
Ministerialblatt für Medizinal- u. medizinische Unterrichtsangelegenheiten 304
Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte 304, 528, 653
Hämatogen 305
Verbrennung der Pestleichen 305
Trinkwasserversorgung auf dem Lande 338
Fakultative Feuerbestattung in Württemberg 338
Aerztliche Prüfungsordnung 365, 394, 422
Dienstanweisung für Kreisärzte 365, 457
Trichinosis 365
Allgemeiner Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege 366
Standesordnung und Ehrengerichte für Aerzte 394

Seite.
Bildung einer Deputation für das Gesundheitswesen in Preussen . . . 394
Zentralstelle zur Prüfung neuer Heilmittel 422
Fleischbeschaugesetz 422, 561, 715, 781
Ehrengerichte für Sanitätsoffiziere 423, 455
Zusammensetzung des wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser-Wilhelms-Akademie 323
Kongress deutscher Strafanstalten 424
Arztähnlicher Titel 425
Unterdrückung von Rezepten als Urkunden 425
Homöopathische Arzneimittel sind dem freien Verkehr nicht überlassen . 425
Migränin 425
Entziehung der Giftkonzession 426
Amtliche Nahrungsmittel-Kontrolle in Sachsen 455
Anleitung zur Vornahme der amtlichen Besichtigungen von Apotheken in Württemberg 456
Britischer Tuberkulosekongress in London 456, 527, 562
Medizinalpolizei 457
Organisation zur Ausbildung von Desinfektoren 460, 593
Führung des Apothekertitels 461
Hausirhandel mit Harzer Gebirgsthee 461
Rangverhältnisse der preussischen Medizinalbeamten 490
Regelung der Gehaltsverhältnisse der preussischen Medizinalbeamten . 490, 560
Ruhegehälter der preussischen Medizinalbeamten 490
Umlagerecht der preussischen Aerztekammern 491, 526
Neue Medizinalordnung in Bremen 492
30. Versammlung des deutschen Apothekervereins 494, 622
Deutsche Gesellschaft für Volksbäder 494, 622, 716
Militärbefreiungsprozess 526
Ausdehnung der Heilbehandlung auf Geschlechtskrankheiten der gegen Invalidität Versicherten 526
Obligatorische Leichenschau durch approbirte Aerzte (Hessen) 527
5. internationaler Kongress für kriminelle Anthropologie 528
Wasserversorgung der Städte 592
Preussisches Seuchengesetz 592, 621
Aerzte und Apotheker 593
Unterstellung der ärztlichen Vereinen angehörigen Medizinalbeamten unter die Ehrengerichtsbarkeit dieser Vereine. 621, 749
Nichteinziehung der Stempelsteuergebühr bei Verleihung des Titels „Sanitätsrath“ 621
Personalien (Generalarzt Dr. v. Leuthold) 621, (Dr. Dietrich) 715.
Feuerbestattung in Spanien 621
Entscheidung des preussischen Ehrengerichtshofes für Aerzte 652
Aerztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung in Bayern 653, 750
Versammlung des deutschen Vereins für Wohlthätigkeit und Armenpflege 653
Fürsorge der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen 653
Medizinische Doktorpromotionen 654
Bayrischer Haushaltsetat 686
Neuregelung des Arzneimittelverkehrs 715
Konitzer Mord 715
Aerztliche Gebührenordnung in Bayern 716
Professur für Gewerbehygiene an der Universität München 716
Gesetzentwurf betr. die Förderung des Baues kleiner Wohnungen . . . 717
Ueberängstliche Stadtväter 718
Verordnung über den Fett-, Wasser- und Salzgehalt der Butter . . . 749
Anstellung von Wohnungsinspektoren 749
Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder 750
Der neue Etat des Reichsamts des Innern 781
Preussischer Etat 781
Regelung des Milchverkehrs 781
Gesetz zum Schutze des Rothen Kreuzes 781
Ueberführung der Apotheken in Staatsbetriebe (Hessen) 782
14. internationaler medizinischer Kongress 782

Seite.
Staatliche Untersuchungsanstalten 823
Serumtherapie 824
Medizinalbeamten-Verein in Württemberg 825
Berichtigung 826

Inhalt des Supplementheftes zur Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Ueber artifizielle Blutaustritte. Von Dozent Landesgerichtsarzt Dr. Max Richter 1
Zur forensischen Bedeutung der Mekoniumausscheidung. Von Dr. Heinrich Cramer 14
Ein Fall von Sodomie. Von Gerichtsarzt Dr. Schwabe 17
Die gerichtsärztliche Beurtheilung der Alkoholiker. Von Dr. Colla . 21
Die Aufgaben und Leistungen der Bakteriologie bei der Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Von Privatdozent Dr. G. Sobernheim 28
Die Revisionen der Impftermine. Von Kreisarzt Dr. Dütschke . . . 47
Die Gonorrhoe, ihre Gefahren und ihre Prophylaxe von sanitätspolizeilichem Standpunkte. Von Dr. Ohlemann 59
Zur Einführung der allgemeinen obligatorischen Leichenschau im Deutschen Reich. Von Dr. v. Boltenstern 64
Wöchnerinnen-Asyle und Wochenpflegerinnen. Von Dr. H. Queisner 78
Zur Frage der obligatorischen Ausführung der Credé'schen Prophylaxe durch die Hebammen. Von Dr. Koch 85
Bericht über den britischen Tuberkulose-Kongress in London vom 22. bis 26. Juli 1901. Berichterstatter: Dr. Zander 106
Bericht über die XXVI. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Rostock vom 18.—21. Septbr. d. J. Berichterstatter: Der Herausgeber 121
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Darmeinstülpung und dem Heben eines etwa einen Zentner schweren Sackes. Obergutachten von Prof Dr. Thiem 131

Sach-Register.

Abendmahl, Infektionsgefahr dabei 484.
Abgeordnetenhaus, preuss. aus demselben 144, 189, 211, 271, 364.
Abkühlung durch flüssige Luft, deren Wirkung auf agglutinirbare Sera und Kulturen 97.
Abszesse, künstliche, über deren Wirkung beim experimentellen Milzbrand 296.
Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium 212.
Abwässerfragekommission, Bericht derselben 817.
Abwässerkläranlagen, insbesondere Kontaktfilter 647.
Abwässerreinigungsfrage auf Grund praktischer Versuche in Württemberg 706.
Aerztekammerausschuss in Preussen 111, 208, 782.
Aerztekammern in Bayern, Eingabe derselben 652, s. auch Umlagerecht.
Aerztetag in Hildesheim 145, 338, 492.
Aerztetitel, dessen Führung von im Auslande approbirten Aerzten 209.
Aerztevereinsbund, deutscher, ärztlicher Geschäftsführer dess. 40, 652.
Agglutinationsphänomen, zu dessen Kritik, 416.
Aktinomykose, des Menschen 287, 816, in Elsass-Lothringen 418, in Thüringen 584.
Aktinomyzessporen, deren Widerstandsfähigkeit 296.
Alexina, die Gewöhnung der Bakterien an diese 295.
Alkohol, dessen Einfluss auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers für Infektionsstoffe 32, als Desinfektionsmittel 362, 389, und Tuberkulose 744, Thatsachen über denselben 748.
Alkoholismus, VIII. internationaler Kongress gegen denselben 178, und Verbrecher in der Deszendenz 413.
Alkoholisten, zur Statistik der Anstaltsbehandlung derselben 711; gerichtsärztliche Beurtheilung, Suppl. 21.
Alkoholmissbrauch, Massregeln dagegen 484.
Alveolarechinococcus der Leber, dessen geographische Verbreitung und Kasuistik 71.
Anatomie, pathologische, Atlas und Grundriss 37.
Anilinvergiftungen 23.
Annonciren der Aerzte, das fortgesetzte ist standesunwürdig 40.
Anpassungsvermögen des Menschen an hohe und niedrige Temperaturen 30.
Anstaltsbehandlung der Tuberkulose in England 483.
Ansteckende Krankheiten im Hospital, 157; deren Bekämpfung, Suppl. 28.
Anthropologie, kriminelle, V. internationaler Kongress dafür in Amsterdam 528.
Apotheken, deren Besichtigungen in Württemberg 456, deren Ueberführung in Staatsbetriebe Hessen 782, deren Betriebsordnung in Bayern 76.
Apothekenwesen, dessen Neuregelung 209.
Apotheker, deren Standesvertretung 274, zum Begriff des Gewerbes derselben 720.
Apothekerrath 145.
Apothekertitel, Führung desselben seitens der Drogisten 461.
Apothekerverein, deutscher, dessen Hauptversammlung 494, 622.
Arbeiterwohnungsgesetz, Besserung der ländlichen Verhältnisse durch dasselbe 420.
Armenfürsorge, gegenüber trunksüchtigen Personen 653.
Armenpflege, deutscher Verein für dieselbe 653.
Arzneien und Gifte, deren Feilhalten in einer Drogenhandlung ohne polizeiliche Erlaubniss 655.
Arzneiexplosion, Augenverletzung durch diese 282.
Arzneimittel, Verkehr damit 394, die neue Verordnung darüber 715, 726.
Arzneitaxe, preussische, für das Jahr 1901, 40.
Arzt und Apotheker 593, behandelnder, dessen Gutachten ist im Sinne des §. 69 Abs. 3 des Unfallversicherungsgesetzes ausreichend 644, Anhörung in Unfallsachen 645, straf- und zivilrechtliche Verantwortung desselben 709; als Sachverständiger in der Unfallversicherungsgesetzgebung, Anhang 26.

Atropinvergiftung 840.
Auge, Atlas der äusseren Erkrankungen desselben 821.

Bacillol 336.
Bacillus pestis hominis, dessen Lebensdauer in Reinkulturen 389.
Bacterium coli, über dasselbe, 95, über seine Agglutination 96.
Bakterien, deren Gewöhnung an Alexine 295, sie können die gesunde Magen- und Darmwand nicht durchwandern 388, deren Gewöhnung bei der Wahl ihrer Lokalisation 207.
Bakterienstrukturen, Ergebnisse vitaler Färbung 739.
Bakteriologie, neuere Untersuchungen auf dem Gebiete derselben 517.
Bauch, Organrupturen nach Kontusion 405, Bauchbruch — kein Unfall 202.
Baupolizeiverordnung für das platte Land im Reg.-Bez. Potsdam 82.
Bayern, Haushaltsetat 686.
Beitragspflicht zu den Aerztekammern 177,
Beleuchtungsanlagen in den Erziehungs- und Unterrichtsanstalten 585.
Benzinvergiftung, Tod durch diese 554.
Beschäftigungswuchs 162.
Besserung der Erwerbsfähigkeit von 15 % auf 7½ % ist als eine wesentliche anzusehen und die Einstellung der Rente berechtigt, da eine nennenswerthe Schädigung nicht mehr vorliegt 388.
Bettbehandlung der akuten Psychosen 294.
Betriebsunfall und Gehirnhautentzündung 27, und Perforation eines Magengeschwürs 202, und Bauchbruch 202, und Dupuytren'sche Kontraktur 668, und Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach 712.
Betriebsvorgang und Verblödung 664.
Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1899, 103.
Blasenwurmleiden, dessen geographische Verbreitung 71.
Blut, chemische Wirkung der Mikroben auf dasselbe 24; Nachweis 88, 511, 554, dessen quantitative Untersuchung 385; Blutaustritte, artifizielle, Suppl. 1.
Borax, über dessen Verhalten bei der Destillation mit Methylalkohol 335.
Borsäure, über deren Verhalten in Dauerwurst 335.
Bremen, Deputation für das Gesundheitswesen daselbst 394.
British medical association, deren Jahresversammlung 807.
Brunnenwasser, eisenhaltiges, auf dem Lande, dessen Enteisenung 1, Anh. 42.
Butter, Verordnung über den Fett-Wasser- und Salzgehalt ders. 749.

Charakter, genaue Definition desselben für die Beurtheilung der Geisteskranken 326.
Chirurgie, orthopädische, Atlas derselben 87; XXX. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 178.
Chromsäurevergiftung 577.
Cocaininjektion, subarachnoidale, ihre Einwirkung auf den Kreislauf 24.
Credé'sche Prophylaxe, deren Ausführung durch Hebammen, Suppl. 80.
Cyanvergiftung, die Farbe der Todtenflecken bei dieser 809.

Dämmerzustand, hygienischer Beitrag zu dessen Kenntniss 293.
Darmeinstülpung und Unfall, Suppl. 139.
Dementia paralytica beim Weibe 90.
Demographie und Hygiene, X. internationaler Kongress in Paris 18, 77 157.
Desinfektion durch Alkoholdämpfe 389.
Desinfektionsmassregel während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit 608 u. Anhang 66.
Desinfektoren, ständige Organisation zu ihrer Ausbildung 460, Prüfung, derselben 593.
Desorientirung, Halluzinationen und Rathlosigkeit in ihren wechselseitigen Beziehungen 292.
Diebstahl bei Schwachsinn durch Epilepsie 179.
Dienstanweisung für die Kreisärzte, 307, 365, 441, 443, 446, 488, 489, 510, 552, 575, 610, 664, 804 u. Anh. 76.
Diphtheriebacillus, spätere Agglutinationsfähigkeit eines primär agglutinirbaren 96.
Diphtheritis, konjunktivale 297.
Döbereinische Lampe, deren Gefahren 108.
Doktorpromotionen, medizinische, im Wintersemester 1900/1901, Verzeichniss derselben 654.
Drogenhandlungen, die Kosten der Besichtigungen derselben 145, Feilhalten von Arzneien und Giften in diesen ohne polizeiliche Erlaubniss 655.
Dupuytren'sche Kontraktur und Betriebsunfall 668.
Dustlesöl, über dessen staubvermindernde Wirkung 419.
Dysenteriefrage, der jetzige Stand derselben 742.

Eberthbacillus, über dessen Agglutination durch das Serum immunisirter Thiere, Wirkung des Coli-

serums auf den Eberthbacillus und umgekehrt 96.
Ehrengerichte für Sanitätsoffiziere 423, auch der Marine 455.
Ehrengerichtsordnung, ärztliche in Hessen 394, in Bayern 750.
Eingriffe, medizinische, Anweisung darüber 75.
Eisenbahnen, Mittel zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch diese 78; Einfluss der Medizinalbeamten auf deren Verkehr 384; die hygienischen Gefahren der Eisenbahnwagen 485.
Eiterung, durch chemische Mittel erzeugte, ihre forensische Bedeutung 199.
Enteisenungsverfahren 1, 18 u. Anh. 42.
Entmündigung internirter Geisteskranker, kritische Bemerkungen über das neue Verfahren und gewisse Vorgänge bei demselben 201, 563; Pflegschaft wegen geistiger Mängel 339.
Epididymitis tuberculosa, drei Monate alte, die Veränderungen der Tubuli seminiferi dabei 580.
Epilepsie, deren Prognose 516.
Erhängungstod, zur Lehre desselben 600. u. Anhang 24.
Erholungsstätten 517.
Erklärung des Magdeburger Apothekerraths 146.
Ernährung, sterile, von Hühnchen, Versuche darüber und über die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung 703.
Erwerbsfähigkeit, die Begutachtungen derselben nach Unfallverletzungen des Sehorgans 746; bei der Arbeiterversicherung, ärztliche Feststellung des Prozentsatzes derselben 110.
Erwerbsunfähigkeit, Begriff derselben im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes 328.
Extractus filicis maris, ein Fall von Vergiftung dadurch 642.

Fahrlässigkeit, geburtshülfliche, eines Arztes mit tödtl. Ausgang 810.
Familienhygiene 18
Farbstoffe, künstliche, über deren Verhalten in Dauerstoff 335.
Feuerbestattung, fakultative 338, 364, in Spanien 621.
Finger, Verlust von 4 solchen der linken Hand, Grad der Erwerbsverminderung dadurch 202.
Flagellatio puerorum als Ausdruck des larvirten Sadismus eines pädophilen Konträrsexuellen 710.
Fleischbeschauer, deren Gebühren 49.
Fleischschaugesetz, dessen Ausführung 516, 781.
Fleischvergiftungen, deren Entstehung 390, 740.
Florence's Krystalle und deren forensische Bedeutung 386.
Flüsse, deren Verunreinigung 332, 394.
Fortbildungskurse, ärztliche, unentgeltliche in Berlin 40, in Preussen überhaupt 209.
„Fortschritte der Medizin", Aenderung in deren Redaktion 250.
Frakturen und Luxationen, traumatische, Grundriss derselben 37.
Frankfurt a. M., Pockenepidemie daselbst 113.
Frauenasyle 363.
Fütterungspest 294.

Gase, giftige, Tod durch diese 511.
Gebärmutter, deren fahrlässige Entfernung durch den Arzt 200.
Gebärmutterriss, spontaner, in der Geburt bei Querlage 395.
Gebühren der Fleischbeschauer 49, 51; der Medizinalbeamten 271, 364; ärztliche in Bayern 716.
Geburtshülfe, praktische in ihren Hauptzügen 38, und Nothtaufe 41, gerichtsärztliche, 521, 689, Lehrbuch derselben für Hebammen 677.
Gefängnisspsychosen, klinische Formen derselben 415.
Gehirnhautentzündung und Betriebsunfall 27.
Geisteskranke, straf- und zivilrechtliche Begriffe in Sachen derselben 25, Gesichtspunkte bei der Prüfung von deren Erwerbsunfähigkeit 582.
Geisteskrankheiten, deren Prognose 514; akute, deren Aetiologie und Pathologie 514.
Geistesstörung und Spiritismus 812.
Gelähmter, beinahe am ganzen Körper, ist, auch wenn er zeitweise mehr als ein Drittel des ortsüblichen Tagelohns verdient und Versicherungsbeiträge bezahlt hat, nicht als erwerbsfähig und versicherungspflichtig anzusehen und hat demnach auch keinen Anspruch auf Invalidenrente 646.
Gelbfieber 160.
Gelenktraumen, insbesondere Hydrathrosen u. Sensibilitätsstörungen 580.
Gelsenkirchen, Typhusepidemie daselbst 683, 717, 824.
Gerichtliche Medizin in Deutschland 751, 774, 783.
Gerichtsarzt, der preussische, 687, 762, 763.
Geschlechtskrankheiten, Ausdehnung der Heilbehandlung der gegen Invalidität Versicherten auf solche 526, über deren Verbreitung 209.

Gesundheitspflege, öffentliche, Deutscher Verein 145, 304, 561, 653; Bericht über Versammlung, Suppl. 121; niederrheinischer Verein 653.
Gesundheitswesen, öffentliches 523, 558; in England 482, 520.
Gewerbehygiene, Professor dafür an der Universität München 716.
Gewerbekrankheiten 808.
Gewerbeordnung für das Deutsche Reich, Kommentar dazu 392.
Gewöhnung an Verletzungsfolgen 773.
Gift, dessen Feilhalten ohne polizeiliche Erlaubniss in einer Drogenhandlung 655, Verkehr damit, Vorschriften über denselben 112, 394.
Gifte, verschiedene, über deren Einfluss auf die Todtenstarre 511; starkwirkende Arzneimittel in gerichtlicher, hygienischer und gewerblicher Beziehung 522.
Giftkonzession, Entziehung derselben 426.
Gliedmassen, künstliche, Verpflichtung der Berufsgenossenschaften zu deren Lieferung 582.
Glyzerin, dessen Einfluss auf den Desinfektionswerth von Antisepticis 299; parfümirtes, Vergiftungserscheinungen in Folge innerlichen Gebrauchs desselben 643.
Görlitz, Stadtarzt daselbst 40.
Gonorrhoe, deren Prophylaxe, Suppl. 59.
Granulose, zu deren Bekämpfung 104, 109, 361, im Kreise Putzig 630.
Grenzzustände in foro und die geminderte Zurechnungsfähigkeit 200.
Grundwasserenteisenung 605.
Guajak-Wasserstoffsuperoxyd-Reaktion zum Nachweis von Blutspuren 554.
Gutachten, ärztliches, Unzulässigkeit der Nichtberücksichtigung desselben 582; Unzulässigkeit der Berücksichtigung eines erst nach der Entscheidung des Schiedsgerichts abgegebenen 583; ob und inwieweit das Schiedsgericht die Mittheilung eines solchen an den Rentenbewerber ablehnen durfte, unterliegt der Nachprüfung in der Revisionsinstanz 778; die Kosten für das erste bei Gesuchen um Invalidenrente 26.

Haase, deren Verunreinigung durch die Piesberger Grubenwässer und deren Folgen 332.
Hämatogen, darf nur in Apotheken feilgehalten werden 305.
Hämatoporphyrin, alkalisches, über dessen Werth für den forensischen Blutnachweis 809.
Häminkrystalle, zur Unterscheidung von Menschenblut und Thierblut 554.
Hämoglobinurie der Rinder in Finnland 333.
Hämothorax, traumatischer, dessen Infektion durch Streptokokken und Bacillus perfringens 412.
Händedesinfektion 299, 816, 817.
Halluzinationen, Rathlosigkeit und Desorientirung in ihren Wechselbeziehungen 292.
Hand, linke, Verlust von vier Fingern derselben 202.
Handatlanten, Lehmann's 37, 821.
Harzer Gebirgsthee, Hausirhandel damit ist unzulässig 461.
Hausschwamm und seine sanitätspolizeiliche Bedeutung 290.
Hebamme, Verkennung der Kindslage und Unterlassung der Zuziehung eines Arztes. Verschulden desselben 395.
Hebammen, deren Altersversorgung 82, 322, deren Taxen 510.
Hebammenpfuscherei, deren Bekämpfung 86.
Hebammenwesen, im Kreise Worms 106; Regelung desselben 111, 186, 208, in Reuss j. L. 145, in Hessen 531; in Deutschland, der gegenwärtige Stand desselben 819.
Heilmittel, Zentralstelle zur Prüfung derselben im Kaiserlichen Gesundheitsamt 422.
Herzleiden und Unfall 581.
Höllensteinstift, Vergiftung durch denselben 555.
Histologie, spezielle pathologische, Atlas und Grundriss derselben 821.
Hohenzollern, zur Bewegung der Bevölkerung daselbst 701.
Homöopathie, Lehrstuhl für dieselbe in Tübingen 303.
Homöopathische Arzneimittel sind dem freien Verkehr nicht überlassen 425.
Hospital für ansteckende Kranke 157.
Hôtelzimmer, vom hygienischen Standpunkte 77.
Hühnereier, theilweise verdorbene, deren Geniessbarkeit 265.
Hühnerepizootie 741.
Hungernothsbrode in Russland, deren Zusammensetzung und Nährwerth 704.
Hygiene, Grundzüge derselben 269; und Demographie, X. internationaler Kongress dafür in Paris 18, 77, 157; auf dem Lande 491; Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete derselben 823.
Hyperthyreodismus, der chronische, gutartige 72.
Hysteria magna, drei Fälle von solcher 359.

Jahresbericht, XVIII., über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene 823.
Impfbesteck, ein neues sterilisirbares 283.
Impfen, das Buch von demselben 823.
Impfgeschäft, Ergebnisse desselben im Deutschen Reiche f. d. Jahr 1898, 556.
Impfschutz, experimenteller Nachweis der Dauer desselben gegenüber Kuh- und Menschenpocken 98.
Impftechnik 440.
Impftermine, über deren Vermehrung 86; Revision derselben, Suppl. 47.
Impfung, Schutzverbände bei derselben 286; zur Technik derselben 378.
Inanition, Veränderungen des Zentralnervensystems bei derselben 413.
Infektionskrankheiten, Schutzmassregeln dagegen 385.
Infektionsstoffe, über den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit des Thierkörpers für diese 32.
Insekten als lebendes Substrat für Kultivirung ansteckender Krankheiten bei Menschen u. Thieren 745.
Insektenstich, Tod durch denselben, kein Unfall 779.
Intussuszeption, neue Beiträge zur Würdigung derselben in klinischer und forensischer Beziehung 811.
Invalidenrente, Kosten für die ersten ärztlichen Gutachten bei Gesuchen um jene 26.
Irresein, induzirtes 359.
Isolirhospitäler 781.

Käse, über die Veränderung des Fettes beim Reifen desselben 332.
Kaliumkantharidat, seine Wirkung 357.
Karbolgangrän, Ursache derselben 513, 642.
Katatonie, klinische Beiträge dazu 515.
Kind, im ersten Lebensjahre, Ernährung und Pflege desselben 590.
Kindbettfieber, der gegenwärtige Stand in der Bekämpfung desselben 517.
Kinder, ideotische und imbezille, deren Behandlung in ärztlicher und pädagogischer Beziehung 38.
Kinderpflege, Hygiene der Eltern bezw. der schwangeren Frau in Beziehung auf diese 18, 19; nach der Geburt 20.
Kniegelenksentzündung, chronische und Betriebsunfall 28.
Körnerkrankheit, endemische, zu deren Bekämpfung 104, 109.
Körperverletzung, fahrlässige durch einen Arzt 200.
Koffeïnismus, zu dessen Prophylaxe 742.
Kohlendunstvergiftung durch verborgenen Balkenbrand 438.
Kohlenoxyd im Blute normaler oder narkotischer Thiere 358.
Kongress für Hygiene etc. in Paris 18, 77, 157, für innere Medizin 19, 111, der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 178, internationaler gegen den Alkoholismus 178; Britischer Tuberkulose-Kongress, Suppl. 106.
Konitzer Mord, Gutachten des Medizinalkollegiums in Danzig 715.
Krankenbesucherinnen aus dem Kloster Arenberg 287.
Krankenpflegerinnen im Kr. Uelzen 17.
Krankheiten, ansteckende, Schutzmassregeln dagegen 323, 348; deren Bekämpfung, Suppl. 28.
Krankheitseinsicht 811.
Krebs, zu dessen Statistik im Reg.-Bez. Stralsund 105, in Thüringen 106, dessen Ausbreitung 273, in Luckau 275, dessen Behandlung 743.
Kreisärzte, nicht vollbesoldete, deren Gehaltsverhältnisse 490, 560 Dienstobliegenheiten 604 u. Anhang 76.
Kreisarztgesetz, dessen Durchführung 39, 51, 137, 175, 189, 211, 307; s. auch Dienstanweisung.
Kreislauf, Einwirkung der subarachnoidalen Kokainjektionen 24.
Krippen 21.
Kroll's sternoskopische Bilder zum Gebrauche für Schielende 269.
Kurpfuscher, deren Verfolgung 145, 286.

Lehrbuch für Wochenpflegerinnen 780.
Leichenblut, dessen Sauerstoffgehalt in gerichtl.-medizinischer Hinsicht 512.
Leichenerscheinungen und ihre Zeitbestimmung 22.
Leichenschau, obligatorische durch Aerzte in Hessen 527; allgemeine in Deutschland, Suppl. 64.
Leichenverbrennung 80.
Lepra in China 334, im Kreise Merseburg 503; Tuberosa anaesthetica 336.
Licht, dessen Heilkraft 205.
Lochien, über deren gerichtsärztliche Bedeutung 200.
Lufttemperaturen, hohe und niedrige, Anpassungsfähigkeit der Menschen daran 30.
Lumbalpunktionen und Schädelfraktur 580.
Lungenemphysem, Verwechslung einer vorübergehenden Aufblähung der Lungenränder mit solchem 93.
Lungenkranke, Heilstätten dafür, deutsches Zentralkomité dazu 209.
Lysolvergiftung mit tödtlichem Ausgange 495.

Magen, Selbstverdauung desselben 87.
Magengeschwür, Tod durch Perforation desselben, kein Unfall 202.
Malaria, zur weiteren Erforschung und Bekämpfung derselben 208, deren

Epidemiologie 672, deren Prophylaxe 673.
Mastitis tuberculosa, experimentelle des Meerschweinchens 361.
Marktmilch, experimentelle Beiträge zu deren Untersuchung 35.
Medizinalbeamte, deren Versammlung in Uelzen 16, 489, in Berlin (Bz. Potsdam) 81, 487, in Posen 85, 664, Liegnitz 804, Leinefelde (Erfurt) 551, Coblenz 286, Königsberg 288, Neumünster (Schleswig) 322, Gumbinnen 348, 410, Cöln 388, 509, Oppeln 383, Danzig 410, Osnabrück 412, Minden 441, Merseburg (Halle) 443, Arnsberg 446, Stettin 552, Stade 575; Entwurf eines Gesetzes, betreffend die denselben für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen 166; ihre Unterstellung unter die ärztlichen Vereinsehrengerichte ist unzulässig 621, 749.
Medizinalbeamtenverein, preussischer 210, 426, 462. Hauptversammlung 595, in Württemberg 825; Deutscher, Gründung eines solchen 614.
Medizinaletat, preussischer 51, die Berathungen im Abgeordnetenhause darüber 189.
Medizinalordnung in Bremen 492.
Meerschweinchenfötus, Resorption, Mumifikation und Maxeration 579.
Mehl, bleihaltiges, Erkrankungen dadurch 762.
Mekonium-Ausscheidung, Suppl. 14.
Melaena neonatorum, zur Behandlung derselben 361, vera 361.
Menschenblut und Thierblut, dessen Unterscheidung 554.
Migränin, gesetzlich geschützt 425.
Mikroben, deren chemische Wirkung auf das Blut, deren Lebensfähigkeit 207.
Milch, tuberkelbazillenfreie, deren Gewinnung und Absatz 24; deren Sterilisirung 145; tuberkulöse 483, sterilisirte, des Handels, deren Bakterien u. ihre Beziehungen zu den Magendarmkrankheiten der Säuglinge mit besonderer Berücksichtigung der giftigen peptonisirenden Bakterien Flügge's 203; Regulative für Milchverkehr 35; Thermophor für Milch, dessen Bedeutung für die Säuglingsernährung 36.
Milchverkehr, dessen Regelung 35, 781.
Milchversorgung, städtisch beaufsichtigte 557.
Militärärztliches Bildungswesen, wissenschaftlicher Senat bei der Kaiser Wilhelms-Akademie 423.
Militärbefreiungsprozess 526.
Militärdienstunbrauchbarkeit und geistige Störungen 454.
Milzbrand, experimenteller, über die Wirkung künstlicher Abszesse bei demselben 269.
Milzbrandbazillen, zu deren Biologie 335.
Mineralwasser, natürliches, dessen Begriff 76.
Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten 304.
Mischinfektionen 742.
Molkereien und Typhus 367.
Mundhöhle, Atlas und Grundriss der Krankheiten derselben, sowie des Rachens und der Nase 821.

Nährpräparate, deren Keimgehalt sowie hygienische und klinische Bedeutung 708.
Nahrungsmittelkontrolle im Königreich Sachsen 455.
Nahrungs- und Genussmittel, sowie von Gebrauchsgegenständen, Vereinbarungen zur einheitlichen Untersuchung und Beurteilung derselben für das Deutsche Reich 76.
Naturforscher und Aerzte, 73. Versammlung in Hamburg 304, 528, 653, 704, 739, 773.
Nebenplacenta, deren Unterscheidung von Placentarresten 810.
Nervenarzt „nicht approbirt" ist ein arztähnlicher Titel 425.
Nervenleiden nach Verschüttung 447.
Nikotinismus, dessen Prophylaxis 742.
Nothtaufe und Geburtshülfe 41.

Obduzent, der zweite 719, 795.
Obduktionsbesteck, gerichtsärztliches 382.
Obduktionstechnik, Handbuch derselben 452, 453.
Oele, ätherische, zu deren Kenntniss in gerichtlich-medizinischer Hinsicht 776.
Ohrenheilkunde, Atlas und Grundriss derselben 822.
Operationslehre, chirurgische, Atlas und Grundriss derselben 37.
Organrupturen nach Kontusion des Bauches 405.

Paranoia, chronische, Heilung derselben 89.
Pest, 288, in Oporto 97, 98, deren Prophylaxe durch Präventivimpfungen 161.
Pestbacillus, dessen Verhalten im thierischen Körper nach dem Tode des Organismus 294, dessen Lebensdauer in Reinkulturen 389.
Pestleichen, deren Verbrennung 805.

Pestnachrichten 112, 146, 178, 210, 305, 366, 426, 494, 530 594, 654, 718, 825.
Pflegschaft wegen geistiger Mängel 339.
Pockenepidemie in Frankfurt a. M. 113.
Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1899; 675.
Posen, hygienisches Institut daselbst 223.
Prophylaxis, öffentliche 482.
Prostitution, hat deren Reglementirung einen nachweislichen Einfluss auf die Häufigkeit und die Verbreitung der venerischen Krankheiten ausgeübt? 107.
Prüfungsordnung, neue ärztliche 39, 365, 394, 422.
Psychiatrie, gerichtliche, Handbuch derselben 453.
Psychiatrische Klinik, Einführung in diese 302.
Psychose, akute, deren Betthehandlung 294 und Tetanie 516, nach Schädeltrauma 555, kombinirte 711.
Psychopathologia sexualis 775, 822.
Puerperalpsychosen 292.

Querulantenwahn 349.
Quetschung der Brust, schwere mit einem Rippenbruch verbunden, Folgezustand des Unfalls, bestehend in Verwachsung des Lungen- und Rippenfells und vermehrter Reizbarkeit des Nervensystems 92.

Rangverhältnisse der preussischen Medizinalbeamten 490.
Rauschzustände, pathologische 516.
Raynaud'sche Krankheit in Folge Unfalls 774.
Registratur des Kreisarztes 457, 663.
Reichsamt des Innern, Etat dess. 761.
Reichsgesundheitsrath, dessen Mitglieder 73, 177, 208, 273.
Reichsseuchengesetz, Ausführungsgesetz 75.
Reichstag, aus demselben 74, 109, 143, 176, 208, 273, 364.
Rheinwasseruntersuchungen, bakteriologisch-chemische u. physikalische 818.
Rentenentziehung, berechtigte oder unberechtigte, bei Weigerung eines Invalidenrentenempfängers, sich zwecks Prüfung, ob er die Erwerbsfähigkeit wiedererlangt hat, in einem Krankenhause beobachten zu lassen 91.
Röntgenstrahlen, über deren Bedeutung für den ärztlichen Sachverständigen 147.
Rothe, der Fall 455.
Rothes Kreuz, Entwurf eines Gesetzes zum Schutze desselben 781.
Rückenmark, Stichverletzungen desselben, in gerichtlich-medizinischer Beziehung 87, 327.
Rückenmarksveränderungen bei brüsker Erniedrigung des atmosphärischen Druckes 25.
Ruhr, die in Ostpreussen heimische, eine Amöbendysenterie 740.
Ruhrepidemie im Döberitzer Barackenlager 593.

Saccharingesetz 302.
Sachverständigenzeugniss, ärztliches 513, 514.
Sachverständiger, ärztlicher, die aus der Unfallversicherungsgesetzgebung erwachsenden besonderen Pflichten desselben 601, in Amerika 644.
Sanitätsoffiziere, Ehrengerichte für diese 423.
Sanitätsrath, Titel 217, dessen Zurücknahme 593, dessen Patent — stempelfrei 621.
Säuglingsernährung, deren Grundsätze 390.
Schädelbruch, bemerkenswerther 323.
Schädelfraktur und Lumbalpunktion 580.
Schädeltrauma, Psychosen danach 555.
Schantung, Bericht über die gesundheitlichen Verhältnisse daselbst 334.
Scharlachkontagium, ein Beitrag zur Virulenz desselben 417, 556; der Einfluss der Hospitalisolirung auf dasselbe 649.
Schiffe, deren Herrichtung in gesundheitlicher Beziehung 78.
Schilddrüse, deren Rolle bei Stillstand und Hemmung des Wachsthums und der Entwickelung 72.
Schlachtthiere, Indigestionen bei jenen, deren Beziehungen zur sanitätspolizeilichen Beurtheilung des Fleisches 37.
Schlachtvieh- und Fleischschaugesetz, Ausführungsbestimmungen dazu 715.
Schlachtviehversicherung, obligatorische 337.
Schulärzte in Breslau 112.
Schulbank, die Nürnberger und diejenige Rettig's 518.
Schulgesundheitspflege, allgemeiner deutscher Verein dafür 366.
Schulkinder, deren ärztliche Ueberwachung 750.
Schuluntersuchungen 519.
Schutzmassregeln gegen ansteckende Krankheiten 81, 385, während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit 608.
Schwachsinn bei Epilepsie 179.
Schwangerschaft, menschliche, neuere Untersuchungen über deren Dauer 887.
Schweflige Säure, deren Verhalten in Dauerwurst 335.
Schwimmunterricht, neue Methode 301.

Sehorgan, die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen desselben 746.
Selbstinfektionslehre in der Geburtshülfe 298.
Selbstmord, als Verbrechen 413, im kindlichen Alter 524.
Selbstverdauung des Magens 87.
Sepsis, deren Diagnose bei der Obduktion 692.
Serodiagnostik, neuere Untersuchungen auf dem Gebiete derselben 515.
Serumforschung, Königl. Institut dafür in Steglitz, Bericht darüber 101.
Serumtherapie bei Tuberkulose 824.
Seuchengesetz, preussisches 217, 592, 621.
Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen 270.
Shok, nach Kontusionen des Bauches 324.
Sittenpolizeiliche Untersuchungen, Kontrolle durch Medizinalbeamte 82.
Sodomie, Suppl. 17.
Sonnenlicht, dessen Einwirkung auf die Tuberkerkelbazillen im Sputum 206.
Spätgenesung b. Geisteskrankheiten 359.
Spiritismus und Geistesstörung 812.
Sputa, tuberkulöse, in Wohnräumen, über deren Desinfektion 33.
Staatshülfe und Wasserversorgung 127.
Stadtarzt in Görlitz 40.
Sterbefälle im Deutschen Reiche während des Jahres 1898 unter der Gesammtbevölkerung und unter den Bewohnern der Grossstädte 675.
Stichverletzungen des Rückenmarks in gerichtl.-medizinischer Beziehung 87.
Strafanstalten, deutsche, Kongress von Vertretern derselben 424.
Strassenhygiene, deren Grundsätze 79, 589.
Strophantinwirkung 386.
Stupor, hysterischer bei Strafgefangenen 415.
Süssstoffgesetz, Entwurf eines solchen 208.
Sympathische Reaktion, 645.

Taenia, Durchbohrung des Duodenums und der Pankreas durch eine solche 88.
Tätowiren bei Geisteskranken 89, bei Verbrechern 555.
Tetanie und Psychose 516.
Thymustod, Beitrag dazu 86.
Todesursache, deren Feststellung bei einer in starker Verwesung begriffenen Kindesleiche, bei der sämmtliche drei Höhlen geöffnet und verschiedene Organe nicht mehr vorhanden waren 151.
Tollwuth, Bericht über die Thätigkeit der Abtheilung zur Heilung und Erforschung derselben am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin im Jahre 1899; 103.
Todtenflecke, deren Farbe bei der Cyanvergiftung 809.
Toxikologie, Grundriss derselben mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Therapie 748.
Trichinenepidemie in Sangerhausen 49, in Podgorz 366.
Trinkerheilstätten, die Nothwendigkeit ihrer Errichtung 390.
Trinkwasser, dessen Reinigung durch Abkochen 300.
Trockenpökelfleisch, amerikanisches, über dessen Borsäuregehalt 334.
Tropenmedizin, einige Probleme derselben 569.
Trunksucht, deren Bekämpfung 272.
Tuberkelbazillen, über deren Agglutination 814; mit dem Lungenauswurf herausbefördert, deren Widerstandsfähigkeit in Abwässern, im Flusswasser und im kultivirten Boden 203; Einwirkung des Sonnen- und diffusen Tageslichts auf diese 206; Demonstration derselben 740.
Tuberkulin, dessen Wirkung auf die Niere 207.
Tuberkulose, internationales Zentralbüreau für deren Bekämpfung 209; Kongress dafür in London 456, 527 562 u. Suppl. 106; Kampf gegen dieselbe 590, 598; und Alkohol 744; in der Strafanstalt Görlitz 744; Infektion damit im Kindesalter 743; deren Bekämpfung, Anhang 7.
Tuberkulöses Fleisch, Beschlagnahme und Verwerfung desselben 362.
Typhus, Aetiologie desselben 815, und Molkereien 367, in Metz 303, in Oberschlesien 383, in Remscheid 623, in Gelsenkirchen 652, 717, 824, in dem Bezirk Koblenz 287.
Typhusähnliche, Erkrankungen durch einen bisher nicht beschriebenen Bacillus 584.
Typhusbazillen, deren Schnelldiagnose 417, deren Hämolysie 745, Verhalten der in den Erdboden gesäeten 795.
Typhusinfektion an der Leiche 671.
Typhuspneumonieen, deren Bakteriologie 816.

Umlagerecht der preussischen Aerztekammern 510, gegenüber den Aerzten, welche die ärztliche Praxis nicht ausüben 491, 526, gegenüber den Medizinalbeamten 613 u. Anhang 105.
Unfall, die Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt nicht, dazu bedarf es mindestens des Nachweises der Wahrscheinlichkeit 328, 387; Folgen desselben, Konkurrenz eines

bestehenden Leidens mit demselben 717, Begriff desselben 813, u. Herzleiden 581.
Unfallgutachten, Leitfaden dazu 821.
Unfallheilkunde, Jahresbericht 393.
Unfallschäden der Arbeiter, praktische Anleitung zur Begutachtung derselben 747.
Unfallverletzter ist nicht verpflichtet, sich einer Hautüberpflanzung zu unterwerfen 90.
Unfallversicherungsgesetzgebung und ärztlicher Sachverständiger, Anhang 26.
Unterleibsbrüche, Atlas und Grundriss derselben 822.
Unterschenkel, Grad der Erwerbsverminderung bei dessen Verlust 90, 828, 888.
Untersuchungsämter, öffentliche, hygienisch-technische 483, staatliche 212, 781, 823.
Untersuchungsanstalt, staatliche am Polizeipräsidium in Berlin 303.
Untersuchungsmethoden, mikroskopische, Fortschritte derselben 414.
Uterusinfektion nach rechtzeitiger Geburt 824.

Vaccine, Einimpfung derselben auf Kaninchen 100, deren Erreger 674.
Vaccination, ein in der Impfgesetzgebung nicht vorgesehener Fall von solcher 561.
Variola, deren Erreger 674, die Leukozytose bei derselben 99, Einimpfung auf Kaninchen 100.
Variola haemorrhagica, die Eigenart des Blutkuchens und des Blutserums dabei 360.
Verantwortung des Arztes, straf- und zivilrechtliche 709.
Verblödung und Betriebsvorgang in ursächlichem Zusammenhang 664.
Verbrecher, deren Tätowirung 555.
Verdauung, postmortale 886.
Vergiftung, Verhalten der weissen Blutkörperchen dabei 358.
Verkehrs- (Eisenbahn, Strassenbahn) -Wagen, allgemeine, deren Erleuchtung, Heizung, Lüftung und Desinfektion 78.
Verletzungen, gerichtsärztliche Beurtheilung derselben 383.
Verlust beider Hände, kann bei solchem Jemand trotzdem erwerbsfähig bleiben und versicherungspflichtige Arbeiten verrichten 777.
Vivisektion, Interpellation betreffend dieselbe 75.
Volksbäder, deutsche Gesellschaft für diese, Preisgericht 494, 622, 716.

Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer Erkrankung und einem Unfall muss zur Erlangung einer Rente wenigstens erbracht sein, nicht blos die Möglichkeit 387.
Wasserversorgung, der Städte, Abtheilung dafür im Reichsgesundheitsrath 892 und Abwässerbeseitigung, Prüfungsanstalt dafür 220, 303, 652, und Staatshülfe 127, in der Provinz Brandenburg 338.
Weichselzopf 104.
Wein, Verkehr damit 273, Statistik darüber 334, Gesetz über den Verkehr damit 364, 394.
Wochenbettfieber, Anzeigepflicht dabei 463, der gegenwärtige Standpunkt in der Bekämpfung dess. 517.
Wochenbettpsychosen, klinische Formen derselben 414.
Wochenbettpflegerinnen, Lehrbuch für diese 779.
Wöchnerinnenasyle, Suppl. 78.
Wohnungen, ungesunde 80, Gesetz betreffend des Baues von Arbeiterwohnungen in Hamburg 716.
Wohnungsaufsicht, in Bayern 177, in Württemberg 455.
Wohnungsfrage im Reichstage 109, in London 1855—1900; 587.
Wohnungsinspektoren, deren Anstellung 749.
Wurstwaaren, rothe, über deren natürlichen Farbstoff 390.

Zähne, bei Verlust von zwei solchen liegt Erwerbsverminderung nicht vor 646.
Zehe, Verlust der 3. und 4. bedingt keine Erwerbsbeschränkung in einem abmessbaren Grade 91.
Zeitschrift für Krankenpflege 274.
Zerstückelung eines Neugeborenen 279.
Zentralkomité, deutsches, zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke 209.
Zinkhüttenbetrieb, die hierbeobachteten Gesundheitsschädigungen und die zu ihrer Verhütung erforderlichen Massnahmen 333.
Zurechnungsfähigkeit, verminderte 200.
Zwangstätowirung zur Wiedererkennung von Verbrechern 200.

Namen-Verzeichniss.

Achard 358.
Albrecht 653.
Alexander 177.
Alt 292.
Althoff 209.
Altmann 177.
Ammann 746.
Annuske 630.
Antrich 143.
Aschaffenburg 414.
Aschenborn 596.
Asmussen 323.

Bach, A. 513.
Baeger, Hans 577.
Baer 524.
Bäumer, E. 494.
Bäumer, C. 716.
Baginsky 741.
Baier 338.
Bail, O. 390.
Bandelons 271, 272.
Baudet 78.
Bard, L. 108.
Bardswall 483.
Barnick 73, 610.
Bassermann 74.
Batz, E. de 207.
Baum, P. 38.
Becher, Wolf 599.
Becher 782.
Beck, Max 35.
Becker 73.
Beckurts 73.
Behla 275, 600, 606.
Behring, von 824.
Beinhauer 600, 614.
Binswanger 73.
Bell, G., M. 514.
Bell, S. 413.
Benda 85.
Bensaude 360.
Bérard 286.
Berg, C. 405, 410.
Berger 555.
v. Bergmann 73.
Bertheau 322.
Besançon, F. 207.
Beyschlag 73, 332.
Bezold 712.
Bier 178, 407.
Binz 73.
Bizzozero 300.
Blaschko 107.
Bleisch 795.
Blumm 819.
Bobrack 36.
Boeder 206.
Bohm, E. 455.
Bollinger, O. 37, 562.
v. Boltenstern, Suppl. 64.
Bond 807.
Bornträger 18, 810, 823.
v. Borscht 653.
Bosse, Exc. 560.
Bräutigam 604.
Braun 286, 744, 804.
Brockhausen 263, 265.
Bruckmann 663.
Broll 384.
Brouardel 23, 164.
Brouha 200.
Bruaudet 578.
Brühl, G. 822.
Brütt 249, 271.
v. Brunn 389.
v. Bruns 178.
v. Buchka 177.
Büchner 73.
Budin 20.
Bumm 73.
Burkhardt 556, 675.

Calleja 561.
Calmette 161.
Cameran 486.
Caro 782.
Celli, A. 672, 673.
Challonnel 80.
Chavigny 78, 580.
Chlumsky 179.
Chanoz 97.
Cimbal 384.
Cohn 348.
Colla, Suppl. 21.
Comby 18.
Courmont 97, 99.
Cramer, A. 200, 645, 684.
Cramer-Bonn, Suppl. 14.
Cramer (Cöln) 653.
Curschmann 93.
Czerny 668.
Dammann 73.
Dean 484.
Delépine 483.
Deneke 105.
Densusiann 357.
Deschamps 21.
Deutsch 410.
Dietrich 715.
Dieudonné 743, 816.
Dittrich, Paul 747.
Dönitz 101.
Döllner, M. 692.
Döpner 348, 351, 356, 411.
Douglas, Graf 213, 272.
Doyon 97.
Drouineau 157.
Dütschke, Suppl. 47.
Durant 485.
Dulheuer 223.
Dürk, H. 821.

Eberth 210.
Ebhardt 495.
Edel 555.
v. Eiselsberg 178.
Endemann 143, 144, 272, 273.
Engelbrecht 620.
Entres, J. 452.
Elten 610.
v. Erffa 511.
Eschenburg 621.
Eschle 590.
Eschricht 410.
Erismann 704.
Ernst 779.
Eversbusch 585.
Ewald 209.
v. Eynatten 144.

Farquharson 485.
Fehling 298.
Ferrai 386.
Fertig 106.
Fielitz 462, 597, 610.
Finger 488.
Firgau 522.
Fischbeck 110.
Fischer (Kiel) 740.
Fischer (Castrop) 642.
Fischer (Berlin) 73.

Flatten 383.
Flinzer (Plauen) 614, 617, 620.
Flinzer (Chemnitz) 620.
Flügge 73, 145, 461.
Fochier 297.
v. Fodor 803.
Förster 218.
Forster 73.
Forstreuter 411.
Fränkel, C. 73, 127, 653.
Fränkel, B. 209.
Frank, Georg 362.
Franz 620.
Franzius 73.
Freyberg, H. 89.
Friedberg 222, 223.
Fritsch, H. 521, 810.
Frölich 73.
Frosch, P. 97, 208.
Frouin 87.
Fürnrohr, W. 671.
Fürst, Moritz 511, 742.
Funch 73.
Funck, M. 674.

Gärtner 73.
Gaffky 73.
Gamp 273.
Ganter 89.
Ganzmer E. 561.
Gerhardt 73, 177.
Germar 223.
v. Gizycki 720.
Globig 73.
Goering 73.
Goeschen 217, 219.
Gotthilf 642.
Gottschalk 82.
Grandhomme 113, 614, 618, 619.
v. Grashey 75.
Grünwsld 614, 821.
Gruner 200.
Guenther 73.
Gumprecht 621.
Gutknecht 283.
Gutsmuts 151.

Haab, O. 821.
Habermann 516.
v. Hagen 253.
Hahn 339.
Halle 17.
Hallson 24.
Hamilton 484.
Hammer, Hans 744.
Hansen 323, 440.
Harnack 512.
Hartwich 621.
Hassenstein 611.
Hauser 73.
Hayem G. 360.
Hecker 614, 616, 618, 620.
Heilbronner 516, 811.
Heilmann 263.
Heim, W. 34.
Heinze 652.
Helferich 28, 37.
Heller 146.
Helwes 590.
Henle 178.
Henneberg 812.
Hensgen 447.
Herold 144.
Hertoghe E. 72.
Heubner 209.
v. Heusinger 177.
Heusner 178.
Heydweiler 209.
Heyer 410.
Heyne 41.
Hieber 109, 110.
Hildebrand, H. 778.
Hilger 73.
Hill 647.
Hilpert 110.
Hirsch 177, 712.
Hirschberg 104.
Hoche A. 453.
Hochmann 410.
Hoffmann 762.
Hofmann 73.
Hofmeier 677.
Holthoff 146, 605.
Holtz 37.
v. Holub 745.
Honeymann 484.
Hope 483, 487.
Hoppe, Hugo 748.
Hühnerfauth 643.
Hulot, J. 207.

Jaeger 110.
Jahrmärker 90.
Jastrow 304, 561.
Ilberg, Georg 514.
Immelmann 147.
Im Walle 212, 223, 240.
Jolly 73, 327.
Jones 520.
Jordan 178.
Jousset 206.

Kalkbrenner 390.
Katerbau 288.
Kausch 178.
Kaute 253.
Keferstein G. 689.
Killick-Millard 649.
Kindler 223.
Kionka 748.
Kirchner 73, 103, 216, 217, 251, 254, 264, 825.
Klingelhoefer 186, 614, 618.
Klose 795.
Kluge 605.
Koch 73, 208, 303, 494, 527, 562, 593, 717, 718, 814, 825.
v. Koch 73.
Koch-Berlin, Suppl. 85.
Kocher 178.
Koehler 73, 76, 177.
Koehler, Fritz 416.
Koenig 73, 76.
Koestlin 621.
Körner (Breslau) 782.
Kohlmann 287.
Kolle 519.
Kornfeld, H. 719.
Kossel 73, 97, 333.
Krabler, Prof. 782.
Kraepelin 302.
v. Krafft-Ebing, 710, 822.
Krause (Sensburg) 462, 598 u. Anhang 7.
Kreuser 359.
Kreussler 75, 487.
Krogmann 73.
Kriege 73, 621.
Krumbhaar 146.
Kruse 653, 742.
Kühner, A. 709, 811.
Kürz 614, 617, 620.
Küster (Marburg) 178.

Labbé 24, 207.
Lahmer 361.
Landouzy 23.
Langerhans 216.
Lassar 494, 716.
Lecène 412.
Legge 808.
Legros 412.
Lehmann (Würzburg) 145, 561, 708.
Lehr 614.
Lent 73.
Leppmann 424, 611.
Lèpine 25.
Lesenberg 621.
v. Leuthold 621.
Levy E. 745.
Liersch 200.
Liévin 208.
Lindemann 718.
Lissner 86, 563.
Litterski 795.
Lode 741.
Loebker 73.
v. Loebell 209, 255.
Loeblowitz 363.
Loeffler 73, 145, 304, 561, 743.
Loeper 358.
Lommel 556.

Longuet 162.
Lubarsch 85.
Luksch 323.
Luerssen 290.
Lüning, A. 37.
Luther 516.
Lydtin 73.

Macgregor 569.
v. Maltzahn 75.
Mansfield 486.
Marchand 413.
Markay 487.
Martens 221, 223, 241, 262.
Martin 362.
Martius, G. 98.
Marwedel 668.
Marx 103.
Mason 362.
Maubach 73.
Mayer-Fürth 338, 493.
Mayer-Brüx 346.
Mayer 199, 286.
Mayrhofer 73.
Meder 286, 509, 510.
Mendel 447.
Mendelsohn 274.
Merianx 296.
Merk 73.
Merkel 73.
Meyen 804.
Meyer 17, 73.
Meyer (Tübingen) 359.
Meyhöfer 599.
Micnaelis 804.
v. Mikulicz 178.
Millard 483.
Millian 580.
v. Miquel 109, 219, 237, 248.
Mittenzweig 265.
Moebius 104, 279, 365, 395.
Moeli 711.
Moeller 683.
Mönkemöller 711.
Mörs 509.
Montagard 99.
Moore 484.
Morgenstern 73.
Moser 554.
Müller 143, 273.
Magdau 177.
Mulert 453, 795.
Musehold 203.

Nagelschmidt 817.
Neidhart 73.
Natten-Sarrier 358.
Neisser-Leubus 294.
Neisser-Breslau 40, 75.
Nesemann 575.
Nickel 82.
Nickloux 358.
Nicolas 96, 296.
Noack 37.
Nocht 73.
Noelle 220.
Noeller, M. 16, 489.
v. Noorden 73.

Oebbecke 401.
Ohlmüller 391.
Ohlemann 569 u. Suppl. 59.
Oriola, Graf von, Abg. 176.
Orth 73, 332.
Ostender, A. 304, 561.
Ottolenghi 33.

Paget, Ch. E. 410.
Pajié 336.
Pannwitz 209.
Paul 816.
Paulsen 144.
Penkert 49, 444.
Peren 611.
Perlia 269.
Petersen 178.
Pettenkofer 142.
Pfalz 494.
Pfeiffer. A. 823.
Pfeiffer-Darmstadt 178.
Pfeiffer 106, 288.
Pfister, Herm. 201.
Philipp 73, 621.
Picht 427.
Pilz 511.
Pinard 19.
Pinoy 357.
Pistor 73, 143, 494.
Placzeck 393, 462, 600, 605 u. Anhang 24.
Plehn 73.
Ploe 86.
Poelschau 494, 716.
Pöllath 73.
Polluske 334.
Poncet 816.
Poore 591.
Porsch 211, 217, 220.
Posadowsky, Graf von, 75, 110, 143, 273, 653.
Posner 303.
Posselt, Adolf 71.
Praussnitz 269.
Pritchard 644.
Proskauer 606.
Proust 160.
Puppe 382, 716.

Queissner, Suppl. 78.

Racine 554.
Radzievsky 95.
Raecke 293, 415.
Raeuber 623.
Ramond, F. 207.
Rapmund 51, 137, 166, 189, 211, 304, 307, 441, 523, 561, 595, 600, 604, 610, 611, 613, 614, 617, 618, 619, 620, 726 und Anhang 76, Suppl. 121.
Rathmann 555.
Reiche, F. 105.
Reid, G. 809.
Reimann 323.
Reimer 282.
Reincke 73, 621.
Reineboth 274.
Rembold 73.
Remmets 509.
Rehn 178.
Renk 73.
Renvers 446.
Richter, Max 88, 511, 809.
Richter-Dalldorf 414.
Richter-Dessau 614, 616. 618, 620.
Richter-Wien, Suppl. 1.
v. Richthofen 110.
Ricken, 367.
Ridder 621.
Riedel 621.
Riesch 221.
Rietschel 73.
Rigler 584.
Rissmann 779.
Ritter 621, 661.
Rives 77.
Robinowitsch 413.
Robertsohn 557.
la Roche 383.
Rodet 95.
Roeseler 87.
Roger, H. 100.
Rohleder 270.
Rohrscheidt 392.
Rosen 274.
Rosenberger, Franz 513.
Roth 81, 487.
Roth-Braunschweig 614.
Roth-Frankfurt 614, 687.
Rubensohn 86.
Rubner, Max 30.
Ruedin 415.
Rumpf 209.
Rupp 273.
Rusack 509, 510, 575.
Russel 483.
Ruttmann 745.

Saenger 775.
Salomon 80, 286, 818.
Samter 653.
Sander, M. 514.
Sarwey 816.
Sata 294.
Sattler, Abg. 218. 223.
v. Savigny, Abg., 271.

Schaefer-Lengerich 25.
Schaeffer-Bingen 773.
Schenk 299, 390, 517.
Scheube 621.
Scheurlen 706.
Schjerning 74, 178.
Schlossmann 35.
Schmeichler 297.
Schmidt-Liegnitz 655, 804.
Schmidt, Friedrich 417.
Schmidt, Abg. 109.
Schmidt-Posen 85, 664.
Schmidt 74.
Schmidtmann 74, 209, 222.
Schmitz 261.
Schneegans 74.
Schneider 503.
Schönaich-Carolath, Prinz von, Abg. 143.
v. Scholtz 145.
Schott 388.
Schottelius 703.
Schrader, Abg. 109.
Schrempf, Abg. 110.
Schuchardt 178.
Schubert, Paul 518.
Schüder 815.
Schürmayer 708.
Schüle 515.
Schütz 74.
Schulthes, W. 37.
Schultz 389.
Schultze-Köln 526.
Schulz 85, 386, 554.
Schulze-Bonn 716.
Schwabe 463, 765 u. Suppl. 17.
Schwissinger 74.
Seemann 383, 384.
Seggel 585.
Seifert 551.
Seliger 324.
Selo 810.
Sichelstiel 518.
Siedamgrotzky 74.
Sieger 208.
Sjöbring 178.
Sobernheim 444 u. Suppl. 28.
Sommer 590.
Sommerfeld 517.
Sonntag 17, 334.
Springfeld 446, 683, 717.
Spude 446.
Stauss 701.
Steffens 359.
Steger 410.
Steinmetz 419, 614.
Stewart 587.
Stieda 88.
Stintzing 144.
Stockmann, Abg. 110.
Stolper 601 u. Anhang 26.
Strassmann 385, 610.
Strauss 210.
Strubell 144.
Stubenrath 761, 774, 783.
Studt, Exc. 235, 271, 683.
Suck, Hans 518.
Sudhoelter 441.
Sultan 822.
Swoboda 361.
Sympher 74.

Telke 383, 509.
Tesdorpf 326.
Theobald 74.
Thierfelder 74.
Thiem 338, 493. u. Suppl. 131.
Thieme 145.
Thiersch 519.
Thomson 485, 486.
v. Tiedemann, Abg. 208.
Tracinski 384, 385.
Tribondeau 580.
Trommsdorf 295.
Tuffier 24.

Uhlenhut 336.
Ungar 383, 512.
Ungauer 79.
Unna 296.
Unschuld 286.

Vagedes 98, 208.
Vail 558.
Veiel 74.
Velde 324.
Virchow 214, 303, 530, 562, 653, 682.
Vollmer, E. 795.
Vossius 297.
Vurpas 413.

Wachholz 585.
Waibel 621, 821.
Waldeck-Rousseau 165.
Waldeyer 683.
Waldschmidt 653.
Walford 391.
Wallenborn 264.
Wallichs 323, 610.
Walther 531.
Wanner 712.
Weber, A. 215, 333.
Weichardt 378, 621.
Weil, E. 77, 100, 335, 417.
Wendelstadt 74.
Wengler 792.
Werner 336.
Wernicke 85, 292, 462, 608 u. Anhang 60.
Westphal 336.
Wetzel 22.
Weygandt 38.
Weyl 79, 561, 589.
Wiedner 614.
Wilson 362, 486.
Windels 338.
Windisch 332.
v. Winkel 387.
Winckler, Abg. 211, 218, 220, 223, 258, 265.
Wodtke 610.
Woehrlein 418.
Wolff, Hans 1, 18, 433, 462, 605 u. Anhang 42.
Wunschheim 299.
Wurtz 160.
Wutzdorff 177, 333, 596.

Zaufal 299.
Ziemke 385, 554, 809.
Ziemssen-Wiesbaden 178.
v. Ziemssen 74, 712.
Zollitzsch 454.
Zuckerkandl 37.

JAN 22 1922

14. Jahrg. **Zeitschrift** 1901.

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. | 1. Januar.

Ueber eisenhaltiges Brunnenwasser auf dem Lande und das jüngste Verfahren zu seiner Enteisenung.

Von Dr. Hans Wolff, pro physicatu approbirter Arzt in Harburg (Elbe).

Das Cholerajahr 1892, das in so drastisch tragischer Weise zur Offenbarung brachte, welche schwere Verwüstungen unter Umständen die Benutzung eines ungenügend gereinigten Oberflächenwassers unter einer Bevölkerung, die auf dasselbe angewiesen ist, anrichten kann, hat den Bestrebungen, Grundwasser, wo es nur immer in ausreichender Menge vorhanden ist, zur allgemeinen Benutzung zu erschliessen, einen nachhaltigen Impuls gegeben. Die früher vorhandene erhebliche Einschränkung, die in dem mehr oder weniger starken, besonders in der norddeutschen Tiefebene weit verbreiteten Eisengehalt des Grundwassers gegeben war, haben die Fortschritte in der Enteisenungstechnik, wenigstens im Grossbetriebe, beseitigt, so dass man heutzutage in dem Eisengehalt des Grundwassers keinen Hinderungsgrund mehr sieht, ein Gemeinwesen mit zentraler Grundwasserversorgung auszustatten. Des Vorzuges einer solchen Wasserversorgung konnte man aber der Kosten wegen bis vor Kurzem nur grössere Gemeinwesen oder Fabriken und Anstalten, bei denen die Kosten keine ausschlaggebende Rolle spielen, theilhaftig werden lassen; auf dem platten Lande war die Bevölkerung dort, wo die Brunnen nur eisenhaltiges Wasser liefern, nach wie vor auf ungereinigtes Oberflächenwasser, das für den Genuss, namentlich aber Wirthschaftszwecke immer noch brauchbarer ist als jenes, angewiesen. Dass man auch ihr zu helfen bestrebt ist, liegt auf der Hand aus mehr als einem Grunde: Eine Gegend, eine Ortschaft, in der schwere sanitäre

Missstände walten, ist ja nicht bloss per se ein Gegenstand hygienischer Reformen, sondern auch deshalb, weil sie eine stete Gefahr für ihre Umgebung abgiebt. Die besten sanitären Einrichtungen einer Stadt büssen einen Theil ihres Werthes ein, wenn unter ihren Thoren in der ländlichen Bevölkerung die gröbsten hygienischen Verstösse an der Tagesordnung sind. Hamburg z. B. hat in dem Wunsche, seine Bevölkerung vor jedem Kontakt mit den Keimen des durch Siel- und industrielle Abflüsse schwer verunreinigten Elbwassers nach Möglichkeit zu schützen, mit dem Aufwand vieler Millionen sein grossartiges Filtrationswerk geschaffen; weithin leuchten ferner an den Eingängen der Häfen die grossen Lettern der Warnungstafeln: „Trinkt kein ungekochtes oder unfiltrirtes Elbwasser", und doch kommen tagtäglich wieder unzählbare Elbwasserkeime in die Stadt und in die innigste Berührung mit ihren Bewohnern. In den Marschgegenden, die fast ausschliesslich die nahegelegene Stadt mit landwirthschaftlichen Produkten versorgen, werden die Gemüse im Elbwasser gewaschen; ebenso werden die Gefässe, in denen aus den Elbdörfern die Milch zur Stadt gebracht wird, darin gespült — nach der naiven Anschauung der produzirenden Landleute zur Reinigung, in der That aber werden sie bei dieser angeblichen Reinigungsprozedur in höchst gefährlicher Weise verunreinigt. Und wenn noch immer das Wasser des freien Stromes gebraucht würde! Die Fälle, in denen, weil der Strom selbst unbequem zu erreichen ist, zu wirthschaftlichen Zwecken und zum Genuss das Wasser Gräben entnommen wird, die nur zeitweise mit frischem Stromwasser durchspült werden, dafür aber alle Abfallstoffe inkl. der Fäkalien der Anwohner aufnehmen, sind durchaus keine so seltene Ausnahmen. Während alle diejenigen wirthschaftlichen Verrichtungen, welche wie z. B. die Wäsche viel Wasser nöthig haben, an den Fluss oder die nächste grössere Wasseransammlung verlegt werden, ist der Wasserverbrauch in den Haushaltungen selbst auf das denkbar niedrigste Mass eingeschränkt. Das Herantragen des Wassers in einzelnen Gefässen und auf oft unbequemen Wegen hat zur Folge, dass mit dem kostbaren Nass in höchstem Masse gegeizt wird, so dass ein Wasserfass von 80 bis 100 Liter Inhalt oft eine Woche und länger den Bedarf einer manchmal ganz stattlichen Familienkopfzahl deckt. Angesichts der Beschaffenheit, die das Flusswasser in der Nachbarschaft grosser Städte oft annimmt, könnte man vielleicht zweifelhaft werden, ob eher ein Vortheil als ein Nachtheil in solchem geringen Wasserverbrauch zu sehen ist; aber auf welchen Standpunkt man sich auch immer stellen mag, der Einblick in diese Verhältnisse ist stets geeignet, den Hygieniker mit Sorge zu erfüllen. Der einzige Lichtblick in diesem trüben Bilde ist der, dass die Indolenz in hygienischer Beziehung eines Theiles der Bevölkerung doch nicht überall so gross ist, um ihn gegen solche Missstände nicht Abwehrmassregeln treffen zu lassen. An einzelnen Stellen habe ich von den Leuten selbst konstruirte Filterapparate für das Oberflächenwasser gesehen, die sich bei dem

ländlichen Publikum einer gewissen Beliebtheit erfreuen, die im günstigsten Falle aber keine höhere Leistung als die Entfernung des allergröbsten Schmutzes aus dem Wasser aufweisen können. Dabei bedürfen sie, um einigermassen leistungsfähig zu bleiben, etwa alle 8 Tage der Reinigung. Diese Filter bestehen aus einem Fass, in das ein durchlochter Holzeinsatz hineinpasst, dessen Löcher mit eingestopften Schwämmen ausgefüllt sind und der eine Kiesschicht enthält, die das zu filtrirende Wasser, bevor es durch die Schwämme sickert, zu passiren hat. Als Kuriosum möchte ich dabei erwähnen, dass auch die preussische Eisenbahnverwaltung sich eines solchen Apparates bedient, um für den Warteraum einer kleinen Station in Hamburgs Nähe das nöthige Trinkwasser, welches aus einem am Bahndamm entlang laufenden Entwässerungsgraben stammt, genussfähig (?) zu machen. Der Stationsbeamte, welcher mir darüber Auskunft gab und dem ich mein Erstaunen über das wenig sanitäre Verfahren aussprach, motivirte es damit, dass das Brunnenwasser auf der Station wegen seines hohen Eisengehalts noch viel ungeniessbarer wäre.

Auf solche oder ähnliche Missstände wie die geschilderten, wird man überall dort treffen, wo das Grundwasser stark eisenhaltig ist, und es der ländlichen Bevölkerung an Einrichtungen gebricht, das gänzlich unbrauchbare eisenhaltige Wasser brauchbar zu machen. Schon ein geringer Eisengehalt des Wassers ist im Stande, dasselbe für den häuslichen und wirthschaftlichen Gebrauch untauglich zu machen. In den Lehrbüchern findet sich gewöhnlich die Angabe, dass Wässer, welche mehr als 0,3 mg Eisen im Liter enthalten, dies bis zu dieser Grenze ausfallen lassen und dadurch unbrauchbar werden. So allgemein ist diese Angabe nicht richtig. Es giebt Wässer, die in Folge ihrer sonstigen chemischen Zusammensetzung noch 1,0 sogar 1,5 mg Eisen in Lösung halten können und daher trotz dieses Gehaltes zu gebrauchen und nicht zu beanstanden sind. Wann ein Wasser mit relativ niedrigem Eisengehalt unbrauchbar ist, kann man nur von Fall zu Fall durch die Probe in der Praxis entscheiden; im Ganzen aber lässt sich sagen, dass ein Wasser, welches im Liter mehr als 1,0 mg Eisenoxyd enthält, einen faden Geschmack nach Eisen hat und beim Stehen an der Luft bald bläulich opaleszirend und später bräunlich und trübe wird. Bei 5 mg dagegen hat es schon einen geradezu tintigen und vom Schwefelwasserstoff stammenden fauligen Geschmack und nimmt in kurzer Zeit eine trübe, lehmige Beschaffenheit an. Diese Eisenmengen sind aber in Norddeutschland an zahlreichen Orten festgestellt und noch höhere Zahlen, bis 70 mg sogar, kommen nicht selten zur Beobachtung. Dass solche Wässer im höchsten Grade unappetitlich sind und zu keinem Zwecke sich eignen, ist selbstverständlich.

Auf die bedenklichen Konsequenzen, welche aus dem Mangel an genussfähigem und einwandsfreiem Wasser entstehen können, näher einzugehen, kann ich mir vor einem hygienisch gebildeten Leserkreis füglich versagen; nur das eine möchte ich betonen, dass eine der Hauptklippen im Kampfe gegen die Zunahme des

Alkoholismus der vielfach vorhandene Mangel eines erfrischenden und wohlschmeckenden Trinkwassers bildet. Ich habe 10 Jahre in Hamburgs Nähe auf der grossen Elbinsel Wilhelmsburg, deren Bevölkerung von ca. 16 000 Seelen meines Wissens nicht ein einziger völlig eisenfreier Brunnen zur Verfügung steht, die ärztliche Thätigkeit ausgeübt und kenne die tiefe Schädigung eines solchen Mangels aus eigener Anschauung und Erfahrung. Ich konnte mich durch die Beschaffung von Mineralwasser einigermassen darüber hinwegsetzen, der Arbeiter wird, da der Preis für dasselbe annähernd der gleiche ist wie für Bier, stets zum letzteren greifen, und vom Bier bis zum Schnaps ist bekanntlich kein grosser Schritt. Wie oft habe ich auf meine dringenden Ermahnungen an alkoholgeschädigte Patienten, deren recht, recht viele waren, bei der Arbeit oder des Abends zu Hause den Durst anders als mit alkoholischen Getränken zu stillen, zur Antwort bekommen: „Ja, wenn wir nur trinkbares Wasser hätten."

Dieser schweren hygienischen Kalamität wenden die interessirten Kreise ihre volle Aufmerksamkeit zu und sind energisch bemüht, Abhülfe zu schaffen. Die Frage nach dem besten Mittel dazu ist zur Zeit eine brennende geworden.

Man hat gerade in neuester Zeit wieder an verschiedenen Stellen die Regenwasserversorgung mit Zisternenanlagen als einen Ausweg gelten lassen. Gewiss ist sie viel weniger unhygienisch, als die Benutzung eines Flusses in der Nähe grösserer Städte, aber es lassen sich auch gegen sie so viele schwerwiegende Bedenken, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, geltend machen, dass sie keineswegs als eine gesundheitsgemässe angesehen werden kann. Dazu kommen noch die verhältnissmässig hohen Anlagekosten. Diese sind es auch, welche an eine zentrale Grundwasserversorgung, die ja die idealste wäre, auf dem Lande, in lang sich hinstreckenden Dörfern nicht denken lassen. Wenn trotzdem die preussische Regierung zur Zeit mit der Absicht umgeht, in einem grösseren Elbmarschdorfe, in dem die Wasserversorgungsverhältnisse allerdings ganz besonders misslich liegen, eine zentrale Grundwasserversorgung mit Enteisenungsanlage zwangsweise einzuführen, so kann dies ebenso erfreuliche, wie energische und feste Eingreifen nur dadurch gerechtfertigt erscheinen, dass es sich um eine Ortschaft von beinahe 2000 ziemlich wohlhabenden Einwohnern handelt. Eine Verallgemeinerung und Ausdehnung solcher Massnahmen aber auch auf kleinere und kleinste Ortschaften würde, da die Anlagekosten zu der Einwohnerziffer relativ im umgekehrten Verhältniss stehen, zu grossen Härten führen und bestimmt nicht allenthalben durchführbar sein. In solchen kleinen Orten ist und bleibt eben die Zentralversorgung ausgeschlossen und das einzige für die Grundwasserversorgung der Bewohnerschaft in Frage kommende Verfahren muss auf einzelne Brunnen beschränkt sein.

Einen grossen und sehr wichtigen Fortschritt machte nun vor einer Anzahl von Jahren die Enteisenungstechnik durch die Herstellung von Apparaten, die an einzelne Brunnen angeschlossen,

den Eisengehalt genügend reduziren, um das Wasser zu einem appetitlichen und in jeder Hinsicht brauchbaren zu machen. Sind solche Apparate auch quantitativ genügend leistungsfähig, einfach in ihrer Handhabung, so dass sie ohne dauernde sachverständige Kontrole von jedem Laien zu benutzen und auch zu reinigen sind, sind sie so wohlfeil herzustellen, dass auch den ärmeren Landbewohnern ihre Anschaffung leicht möglich ist, sind sie schliesslich, vor Frost geschützt, in den Häusern oder Küchen aufzustellen, so ist ihnen eine unbeschränkte Anwendbarkeit gesichert und sie sind geeignet, den vielfach so trostlosen Verhältnissen in der Wasserversorgung der ländlichen Bevölkerung Abhülfe zu schaffen. Da aber die bislang bekannten und angewandten Enteisenungsmethoden, auf die ich unten noch zu sprechen kommen werde, mehr oder weniger den eben genannten Anforderungen nicht entsprachen, so wurde im Hamburger hygienischen Institut unausgesetzt in der angedeuteten Richtung weiter gearbeitet, und nach jahrelangen Versuchen war ein Apparat gefunden, der die angeführten Bedingungen erfüllen sollte. Im Jahre 1898 erschien seine Beschreibung[1]) unter dem bescheidenen Namen eines Versuches. Jetzt ist das mit ihm geübte Enteisenungsverfahren längst aus dem Versuchsstadium heraus, es hat seine Probe in der Praxis glänzend bestanden und Prof. Dunbar hält es nun an der Zeit, den Apparat, der einige kleine Verbesserungen erfahren hat, und die mit ihm gemachten Erfahrungen weiteren ärztlichen Kreisen, die sich mit praktischer Hygiene beschäftigen, bekannt zu geben.

Der Apparat, wie er sich in seiner einfachsten Form in Fig. 1 präsentirt, besteht aus einem gewöhnlichen Fass von etwa 30 bis 40 Liter Fassungsvermögen. Ist grösste Sparsamkeit geboten, so thut es auch ein gewöhnliches, gehörig gesäubertes Butterfass. Um zu zeigen, wie billig der Apparat herzustellen ist, hatte Prof. Dunbar zu seinen ersten Versuchen absichtlich ein solches genommen, das vor Ingebrauchnahme mit Sodawasser gereinigt wurde. In das Fass hinein kommt eine etwa 30 cm hohe Schicht von gewaschenem Sand, dessen Korngrösse nicht mehr, aber auch nicht weniger als 1, höchstens $1^1/_2$ mm betragen soll. Ist die Korngrösse kleiner, so verringert sich die quantitative, ist sie grösser, die qualitative Leistung des Filters. Diese Sandschicht wird auf ihrer ganzen Oberfläche mit einem durchlochten Zinkblech von etwa 1 mm Dicke und, um ein schnelles Eintreten des Wassers auf den Sand zu ermöglichen, mit recht zahlreichen Löchern von etwa 2 mm Durchmesser versehen, bedeckt. Dasselbe soll, wenn Wasser auf das Filter gegossen wird, ein Aufwühlen des Sandes und eine ungleichmässige Vertheilung des Wassers verhüten.

---

[1]) Dunbar und Orth: Versuche zur Enteisenung von Brunnenwasser. Schilling's Journal für Gasbeleuchtung und Wasserversorgung; 1898; und Dunbar und Kryck: Versuche zur Enteisenung von Brunnenwasser. Dieselbe Zeitschrift; 1898.

Der in's Zapfloch getriebene gewöhnliche Holzhahn ist an seinem hinteren Ende gegen das Eindringen von Sand durch einen ihn fest umschliessenden Aufsatz von dichtem Messingdrahtgewebe geschützt. Zur besseren Haltbarkeit empfiehlt es sich, diese Messinggeflechthülse auf eine durchlochte Zinkblechhülse (von demselben Blech, wie das eben genannte Vertheilungsblech) aufzulöthen. In dieser Form ist das Filter als solches bis auf seine Einarbeitung fertig; das Wasser wird in Eimern oben hineingegossen und kann eisenfrei abgelaseen werden.

Aus zwei Gründen ist es zweckmässig, unter das Filterfass noch ein zweites Fass als Reservoir anzubringen, wie es in Fig. 2 dargestellt ist.

Wollte man nämlich jedes grössere Quantum Wasser, wie es im Hausgebrauch ja oft schnell zur Hand sein soll, direkt aus dem Filter zapfen, so würde, da das in dem Filtersand vertheilte Wasser sich zu einem zwar kontinuirlich fliessenden, aber nicht eben sehr kräftigen Strahl vereinigt, unnöthig Zeit damit vergeudet werden. Ferner könnte auch durch die beim Schliessen des Hahnes eintretenden plötzlichen Strömungsstauungen eine rückläufige Bewegung im Wasser eintreten sowie dadurch, namentlich wenn es häufiger hintereinander vorkommt, ein wenn auch nur kleiner Theil des im Sand zurückgehaltenen Eisenoxydes aufgewirbelt werden und sich dem filtrirten Wasser wieder beimischen. In allen Häusern, in denen der Apparat in Gebrauch ist, fand ich denn auch das zweite Fass als Reservoir angebracht, so dass der komplette Apparat so aussieht, wie er in Fig. 2 abgebildet ist. Der Betrieb gestaltet sich dann so, dass Morgens das Filterfass mit Wasser gefüllt und der Hahn geöffnet wird. Nach Ablauf von etwa einer halben Stunde hat das zu enteisenende Wasser das Filter passirt und je nach Bedarf kann dies von Neuem gefüllt werden.

Ist, wie man es in neueren Häusern auch auf dem Lande häufig findet, im Hause oder in der Küche eine Pumpe vorhanden, so lässt sich das Filter sehr praktisch an diese anschliessen. Vom hygienischen Standpunkt ist diese Modifikation des Apparates natürlich sehr viel empfehlenswerther, da hierbei das Wasser vor der Filtration mit Gefässen, Händen oder dergleichen nicht in Berührung kommen kann. In Fig. 3 ist der Apparat in dieser Form, wie ich sie öfter in Gebrauch gesehen habe, dargestellt.

Es muss dann aber an dem Zuleitungsrohr (dem oberen in der Zeichnung) eine Brause angebracht werden, durch die das Wasser, ehe es auf das Filter gelangt, vertheilt und der Lufteinwirkung ausgesetzt wird. Die Brause kann dicht oberhalb des Fasses angebracht sein, da das durch sie zu vertheilende Wasser keinen weiten Weg durch die Luft zurückzulegen braucht.

Als nebensächlich, aber aus sanitären Rücksichten wünschenswerth erwähne ich, dass das Reservoir besser nicht direkt auf dem Fussboden, sondern etwas erhöht aufgestellt und ebenfalls mit einem Zapfhahn versehen wird. Es wird dann der die Sauberkeit des Wassers nicht gerade erhöhende Umstand vermieden, dass

Fig. 1.

Enteisenungsfilter.

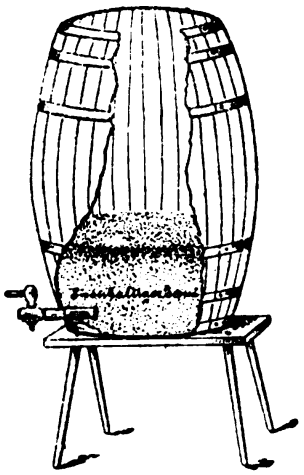


Fig. 2.

Enteisenungsfilter.

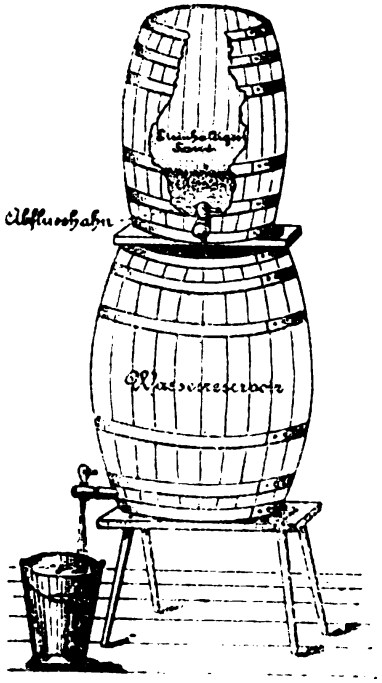


Fig. 3.

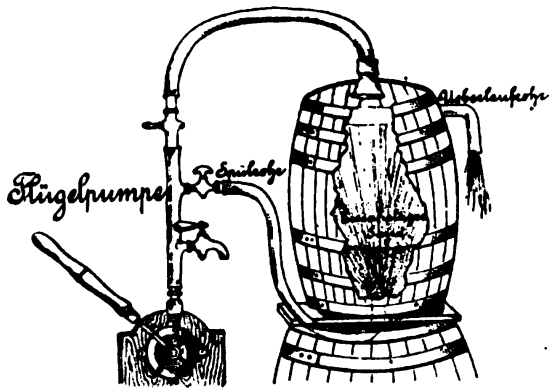
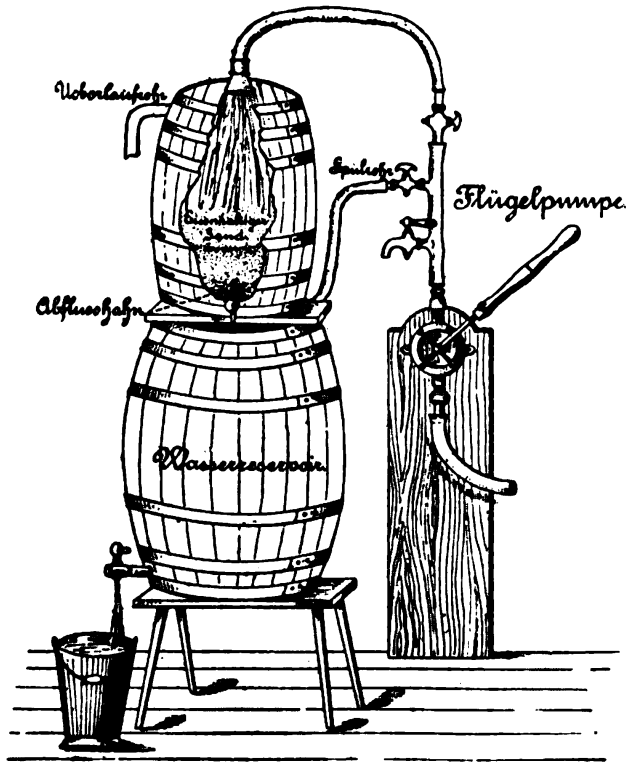


Fig. 4.

Enteisenungsfilter mit Flügelpumpe.



zur Entnahme von Wasser mit allerlei Schöpfgefässen in das filtrirte Wasser hineingegriffen wird. Wenn ferner noch das Reservoir mit einem Deckel verschlossen wird, der nur gerade unterhalb des Filterhahnes zum Durchlassen des Wassers ein Loch hat, so dürfte allen billigen Anforderungen entsprochen sein.

Die Anwendungsmöglichkeit dieses Enteisenungsapparates beschränkt sich aber nicht allein auf einzelne Wohnungen, sondern er lässt sich auch in grösseren Häusern, die von mehreren Parteien in verschiedenen Etagen bewohnt werden, und deren Wohnungen zur Bequemlichkeit der Einwohner mit Wasserleitung ausgestattet werden sollen, vortheilhaft am Hauptreservoir des Hauses anbringen. Ich habe eine solche Anlage, die zur grössten Zufriedenheit funktionirte, in Moorburg bei Hamburg zu sehen bekommen. Bei ihr ist in sinnreicher Weise in dem Reservoir mit dem eisenfreien Wasser ein Schwimmer angebracht, der, wenn durch Verbrauch der Wasserspiegel eine gewisse Tiefe erreicht hat, automatisch den Hahn des Rohwasserreservoirs öffnet, aus dem nun Wasser auf das Eisenfilter tritt. Ist das Reservoir mit eisenfreiem Wasser wieder gefüllt, so schliesst der emporgehobene Schwimmer den Hahn des Hauptreservoirs. Der Apparat arbeitet in dieser Weise ohne jede Beaufsichtigung.

Ist der Filterapparat einmal eingearbeitet, so bleibt er dauernd betriebsfähig, zu seiner Einarbeitung gebraucht er aber, je nach der Höhe des Eisengehaltes des Rohwassers, eine Zeit von einigen Tagen bis etwa 4 Wochen. Da Umstände eintreten können, die eine schnelle Beschaffung geniessbaren Wassers nothwendig machen, so kann man die Einarbeitungsdauer des Apparates auf kürzeste Zeit (einen höchstens zwei Tage) reduziren, wenn man das Filter verdoppelt. Dies geschieht, indem man auf das beschriebene Filterfass noch ein zweites, in ganz gleicher Weise montirtes aufsetzt. Das Wasser hat dann einen zweimaligen Enteisenungsprozess durchzumachen. Eine wesentliche Verringerung der Einarbeitungszeit (etwa um die Hälfte) kann auch dadurch erzielt werden, dass das Filterfass statt mit gewaschenem Flusssand mit eisenhaltigem Sand beschickt wird, wie solcher in manchen Gegenden oft in ziemlich mächtigen Schichten anzutreffen ist. Eine Verdoppelung des Filters erscheint auch dann zweckmässig, wenn der Eisengehalt des Wassers ein sehr hoher (mehr als etwa 30 mg im Liter) ist. Nach den allerjüngsten Erfahrungen indess dürfte diese Vorsichtsmassregel sich als übertrieben (s. u. Analysen) herausstellen, so dass man wohl fast stets in der Praxis mit einem einfachen Filterfass auskommen wird. Für diejenigen Leser, denen die oben erwähnte Dunbar'sche Publikation bekannt ist, füge ich hinzu, dass das in derselben angegebene Lüftungsrohr an dem Hahne des ersten Filters ohne Nachtheil hat fortbleiben können.

Was den Kostenpunkt anbelangt, so bemerke ich, dass der Apparat, wenn man ein Butterfass benutzt, in seiner einfachen Form für etwa 3 Mark herzustellen ist.

Für einen ordnungsmässigen Betrieb ist nun die Befolgung

gewisser Regeln dringend nothwendig. Die wichtigste ist, dass das Filterfass über Nacht bei geöffnetem Hahn leer stehen muss. Ferner soll ein Filterfass von der Grösse des beschriebenen, wenn die Enteisenung eine vollständige bleiben soll, nicht öfter als 6—8 Mal täglich, unter der Voraussetzung natürlich, dass es ganz gefüllt wird, in Anspruch genommen werden. Wenigstens gilt diese Regel, wenn der Eisengehalt 25 mg im Liter übersteigt; ist er geringer, so kann die Füllung entsprechend häufiger wiederholt werden. Da aber in der Praxis nicht immer Analysen zur Verfügung stehen, so wird man gut thun, im Allgemeinen an der obigen Regel festzuhalten. Braucht man für den Tag mehr Wasser als etwa 200 Liter, das mit einer 6—8maligen Füllung eines Apparates von der Grösse des beschriebenen zu erzielen ist, so würden alle Dimensionen des Filters entsprechend zu vergrössern sein. In vergrössertem Massstabe ist der Apparat auf einer kleinen Elbinsel bei Hamburg für die dort beschäftigten und in Baracken wohnenden Arbeiter in Funktion und versorgt ca. 150 Mann mit dem nöthigen Trink- und Gebrauchswasser. Für den gewöhnlichen täglichen Bedarf eines nicht zu vielköpfigen Haushaltes dürften indess 200 Liter vollkommen ausreichen.

Das Filter bedarf ferner, wie jedes andere, von Zeit zu Zeit der Reinigung. Die Nothwendigkeit derselben zeigt sich durch die Verminderung der quantitativen Leistung (die qualitative verringert sich nie) an, d. h. in der Sprache der Praxis dadurch, dass die Stärke des aus dem Zapfhahn fliessenden Wasserstrahles merklich abnimmt. Je nach dem Eisengehalte des Wassers wird das ungefähr alle 2—4 Monate eintreten. Die Reinigung wird in der Weise vorgenommen, dass nach Fortnahme des Vertheilungsbleches bei geöffnetem Zapfhahn so reichlich, dass das Fass überläuft, Rohwasser auf den Filtersand gegossen und dieser selbst, ohne dass er herausgenommen wird, mit einem Stab tüchtig durchrührt wird. Am einfachsten ist diese Prozedur unter der Pumpe vorzunehmen. Läuft das Rohwasser, welches sich Anfangs intensiv rothbraun färbt, annähernd klar ab, so wird der Sand geglättet, wieder mit dem Blech bedeckt und die Reinigung ist vollendet, der Apparat wieder gebrauchsfähig. Nur ist es rathsam, auf die ersten 50 Liter Wasser, die nach dem Reinigen durch das Filter geschickt werden, zu verzichten, da sie gewöhnlich noch ein etwas trübes Aussehen haben. Nach Ablauf dieses Quantums aber funktionirt der Apparat wieder in alter Weise.

Ist das Filter an eine Pumpe angeschlossen, so gestaltet sich die Reinigung sehr viel bequemer. An Fig. 4 lässt sich das veranschaulichen. Das untere der beiden zum Filterfass führenden Rohre ist zur Reinigung bestimmt, es mündet im Filterfasse dicht über der Mitte des Bodens und trägt einen besonders konstruirten Aufsatz. Dieser Aufsatz hat die Form und Grösse eines gewöhnlichen Brausenkopfes. Während aber bei einem solchen die Seitenflächen massiv sind, der Boden aber durchlocht, ist es hier umgekehrt, die Basis des Kegels ist bis auf das zur Aufnahme des

Rohres bestimmte Loch massiv, die Seitenflächen dagegen durchlocht, so dass eingepumptes Wasser sich nach allen Richtungen vertheilt. Zum Reinigen des Apparates wird der Hahn des oberen Rohres geschlossen, der des Reinigungsrohres geöffnet und nun kräftig gepumpt; aus dem am oberen Rande des Filterfasses angebrachten Ueberlaufrohr fliesst das Wasser, wie oben erwähnt, erst rothbraun, bald aber klar, und der Apparat ist wieder in Ordnung, ohne dass bei dieser Reinigungsmethode das Vertheilungsblech herausgenommen oder der Sand umgerührt zu werden braucht. — Ich möchte besonders auf den hygienischen Werth dieses Reinigungsverfahrens hinweisen, der darin beruht, dass die Herausnahme des Filtersandes durch Laienhände vermieden wird.

Nicht unwichtig ist auch, dass bei dem Reinigungsprozess kein Filtermaterial verloren geht.

Irgend eine nennenswerthe Reparatur oder eine Erneuerung des Sandes hat sich bislang an keinem der Apparate, von denen eine Anzahl schon seit mehr als 2 Jahren im Betriebe ist, als nothwendig herausgestellt.

Zum Verständniss dieses Enteisenungsverfahrens und der bei ihm zu beobachtenden Betriebsregeln ist ein kurzes Eingehen auf die wichtigsten Vorgänge, die sich bei dem Enteisenungsprozess abspielen, nothwendig. Bekanntlich kommt das Eisen im Brunnenwasser als lösliches Eisenoxydul vor, welches sich unter der Einwirkung des Sauerstoffes der Luft zu Eisenoxyd umwandelt. Dieses ist im Wasser unlöslich und fällt in Gestalt brauner Flocken aus. Die Einwirkung des Sauerstoffes der Luft, die sog. Lüftung des Wassers ist der wichtigste Faktor bei den zur Zeit gebräuchlichen Methoden der Wasserenteisenung im Grossbetriebe. Auch bei dem hier beschriebenen Verfahren ist eine vorausgehende Lüftung nothwendig, ehe das Wasser auf das Sandfilter gelangt; sie wird in genügendem Masse dadurch erzielt, dass das Wasser entweder durch das Eingiessen aus Eimern in das Filterfass sich an der Luft ausbreitet, oder aber bei Pumpenanschluss dadurch, dass das Wasser durch den Brausenkopf in der Luft vertheilt wird. So einfach und räumlich anspruchslos im Gegensatz zum Grossbetriebe dieses Lüftungsverfahren auch ist, so nothwendig ist es doch; denn wollte man z. B. durch einen Schlauch das Wasser auf die Sandschicht leiten, so würde keine vollständige Enteisenung erzielt werden. Wäre nun die Luftzufuhr allein, die ja Anfangs wie später die gleiche ist, das wirksame Prinzip, so würde es nicht zu erklären sein, warum das Filter zu seiner Einarbeitung eine gewisse Zeit nöthig hat; es muss also noch ein anderer Faktor hinzukommen. Dieser liegt in der Inkrustation der Sandkörner des Filters mit Eisenoxyd und in der Eigenschaft dieses Körpers, an oxydirbare Substanzen, die mit ihm in Berührung kommen, Sauerstoff abzugeben. Auf den Sandkörnern des Filters schlägt sich nämlich allmählich aus dem eisenhaltigen Grundwasser, wenn es wiederholt das Filter passirt, Eisen nieder „und mit der Zeit bedeckt sich jedes einzelne Sandkorn mit einer Kruste von Eisenschlamm, der durch die zugeführte Luft allmählich vollständig

gewisser Regeln dringend nothwendig. Die wichtigste ist, dass das Filterfass über Nacht bei geöffnetem Hahn leer stehen muss. Ferner soll ein Filterfass von der Grösse des beschriebenen, wenn die Enteisenung eine vollständige bleiben soll, nicht öfter als 6—8 Mal täglich, unter der Voraussetzung natürlich, dass es ganz gefüllt wird, in Anspruch genommen werden. Wenigstens gilt diese Regel, wenn der Eisengehalt 25 mg im Liter übersteigt; ist er geringer, so kann die Füllung entsprechend häufiger wiederholt werden. Da aber in der Praxis nicht immer Analysen zur Verfügung stehen, so wird man gut thun, im Allgemeinen an der obigen Regel festzuhalten. Braucht man für den Tag mehr Wasser als etwa 200 Liter, das mit einer 6—8maligen Füllung eines Apparates von der Grösse des beschriebenen zu erzielen ist, so würden alle Dimensionen des Filters entsprechend zu vergrössern sein. In vergrössertem Massstabe ist der Apparat auf einer kleinen Elbinsel bei Hamburg für die dort beschäftigten und in Baracken wohnenden Arbeiter in Funktion und versorgt ca. 150 Mann mit dem nöthigen Trink- und Gebrauchswasser. Für den gewöhnlichen täglichen Bedarf eines nicht zu vielköpfigen Haushaltes dürften indess 200 Liter vollkommen ausreichen.

Das Filter bedarf ferner, wie jedes andere, von Zeit zu Zeit der Reinigung. Die Nothwendigkeit derselben zeigt sich durch die Verminderung der quantitativen Leistung (die qualitative verringert sich nie) an, d. h. in der Sprache der Praxis dadurch, dass die Stärke des aus dem Zapfhahn fliessenden Wasserstrahles merklich abnimmt. Je nach dem Eisengehalte des Wassers wird das ungefähr alle 2—4 Monate eintreten. Die Reinigung wird in der Weise vorgenommen, dass nach Fortnahme des Vertheilungsbleches bei geöffnetem Zapfhahn so reichlich, dass das Fass überläuft, Rohwasser auf den Filtersand gegossen und dieser selbst, ohne dass er herausgenommen wird, mit einem Stab tüchtig durchrührt wird. Am einfachsten ist diese Prozedur unter der Pumpe vorzunehmen. Läuft das Rohwasser, welches sich Anfangs intensiv rothbraun färbt, annähernd klar ab, so wird der Sand geglättet, wieder mit dem Blech bedeckt und die Reinigung ist vollendet, der Apparat wieder gebrauchsfähig. Nur ist es rathsam, auf die ersten 50 Liter Wasser, die nach dem Reinigen durch das Filter geschickt werden, zu verzichten, da sie gewöhnlich noch ein etwas trübes Aussehen haben. Nach Ablauf dieses Quantums aber funktionirt der Apparat wieder in alter Weise.

Ist das Filter an eine Pumpe angeschlossen, so gestaltet sich die Reinigung sehr viel bequemer. An Fig. 4 lässt sich das veranschaulichen. Das untere der beiden zum Filterfass führenden Rohre ist zur Reinigung bestimmt, es mündet im Filterfasse dicht über der Mitte des Bodens und trägt einen besonders konstruirten Aufsatz. Dieser Aufsatz hat die Form und Grösse eines gewöhnlichen Brausenkopfes. Während aber bei einem solchen die Seitenflächen massiv sind, der Boden aber durchlocht, ist es hier umgekehrt, die Basis des Kegels ist bis auf das zur Aufnahme des

Rohres bestimmte Loch massiv, die Seitenflächen dagegen durchlocht, so dass eingepumptes Wasser sich nach allen Richtungen vertheilt. Zum Reinigen des Apparates wird der Hahn des oberen Rohres geschlossen, der des Reinigungsrohres geöffnet und nun kräftig gepumpt; aus dem am oberen Rande des Filterfasses angebrachten Ueberlaufrohr fliesst das Wasser, wie oben erwähnt, erst rothbraun, bald aber klar, und der Apparat ist wieder in Ordnung, ohne dass bei dieser Reinigungsmethode das Vertheilungsblech herausgenommen oder der Sand umgerührt zu werden braucht. — Ich möchte besonders auf den hygienischen Werth dieses Reinigungsverfahrens hinweisen, der darin beruht, dass die Herausnahme des Filtersandes durch Laienhände vermieden wird.

Nicht unwichtig ist auch, dass bei dem Reinigungsprozess kein Filtermaterial verloren geht.

Irgend eine nennenswerthe Reparatur oder eine Erneuerung des Sandes hat sich bislang an keinem der Apparate, von denen eine Anzahl schon seit mehr als 2 Jahren im Betriebe ist, als nothwendig herausgestellt.

Zum Verständniss dieses Enteisenungsverfahrens und der bei ihm zu beobachtenden Betriebsregeln ist ein kurzes Eingehen auf die wichtigsten Vorgänge, die sich bei dem Enteisenungsprozess abspielen, nothwendig. Bekanntlich kommt das Eisen im Brunnenwasser als lösliches Eisenoxydul vor, welches sich unter der Einwirkung des Sauerstoffes der Luft zu Eisenoxyd umwandelt. Dieses ist im Wasser unlöslich und fällt in Gestalt brauner Flocken aus. Die Einwirkung des Sauerstoffes der Luft, die sog. Lüftung des Wassers ist der wichtigste Faktor bei den zur Zeit gebräuchlichen Methoden der Wasserenteisenung im Grossbetriebe. Auch bei dem hier beschriebenen Verfahren ist eine vorausgehende Lüftung nothwendig, ehe das Wasser auf das Sandfilter gelangt; sie wird in genügendem Masse dadurch erzielt, dass das Wasser entweder durch das Eingiessen aus Eimern in das Filterfass sich an der Luft ausbreitet, oder aber bei Pumpenanschluss dadurch, dass das Wasser durch den Brausenkopf in der Luft vertheilt wird. So einfach und räumlich anspruchslos im Gegensatz zum Grossbetriebe dieses Lüftungsverfahren auch ist, so nothwendig ist es doch; denn wollte man z. B. durch einen Schlauch das Wasser auf die Sandschicht leiten, so würde keine vollständige Enteisenung erzielt werden. Wäre nun die Luftzufuhr allein, die ja Anfangs wie später die gleiche ist, das wirksame Prinzip, so würde es nicht zu erklären sein, warum das Filter zu seiner Einarbeitung eine gewisse Zeit nöthig hat; es muss also noch ein anderer Faktor hinzukommen. Dieser liegt in der Inkrustation der Sandkörner des Filters mit Eisenoxyd und in der Eigenschaft dieses Körpers, an oxydirbare Substanzen, die mit ihm in Berührung kommen, Sauerstoff abzugeben. Auf den Sandkörnern des Filters schlägt sich nämlich allmählich aus dem eisenhaltigen Grundwasser, wenn es wiederholt das Filter passirt, Eisen nieder „und mit der Zeit bedeckt sich jedes einzelne Sandkorn mit einer Kruste von Eisenschlamm, der durch die zugeführte Luft allmählich vollständig

oxydirt wird. Dieser Eisenschlamm ist es, der neben der Luftzufuhr die Zurückhaltung des Eisens aus dem Grundwasser bewirkt. Erst nachdem der Sand von einer gewissen, sich nach dem Eisengehalt des zu behandelnden Grundwassers richtenden Menge von Eisenschlamm überzogen ist, und dadurch eine genügende Bindung des Sauerstoffs gesichert wird, der, wie Piefke annahm, durch Kontaktwirkung auf das zu behandelnde Grundwasser übertragen wird, zeigt sich die Enteisenung so vollständig, dass das erhaltene Filtrat an der Luft klar bleibt und nicht nach Eisen schmeckt" (Dunbar und Kryck l. c.). Da der im Eisenoxyd aufgespeicherte Sauerstoff nun im Laufe des Tages zum Theil an das das Filter durchströmende Wasser abgegeben wird, so muss er wieder ersetzt werden. Das geschieht dadurch, dass das Filter über Nacht bei geöffnetem Hahn leer steht; seine Poren füllen sich dann mit Luft, aus der das Eisenoxyd sich mit frischem Sauerstoff versieht.

Ich möchte die Beschreibung des Apparates nicht ohne eine kurze Bemerkung zu seiner Entstehungsgeschichte schliessen. Es ist Prof. Dunbar einmal vorgeworfen worden, als hätte er nichts Neues damit gebracht, vielmehr in gewissem Sinne eines Plagiates sich schuldig gemncht, da der Apparat nur eine verbesserte Auflage des oben von mir skizzirten, von der Bevölkerung schon gebrauchten Fasses mit dem Kies-Schwammfilter wäre. Aus meinen Darlegungen dürfte wohl zur Genüge hervorgehen, dass beiden Apparaten nichts gemeinsam ist als höchstens die Form. Der von mir beschriebene ist ohne irgend welche Anlehnung an ein älteres Muster konstruirt und zwar auf Grund der Beobachtungen, die bei den mittelst der intermittirenden Filtration bewirkten Oxydationsvorgängen bei der Reinigung von Abwässern gemacht worden sind. Auf dem gleichen Prinzip beruht ja grösstentheils der Apparat. Durch den intermittirenden Betrieb unterscheidet sich das Dunbar'sche Verfahren z. B. auch von dem Oesten'schen.

Um die Apparate in Thätigkeit zu sehen, habe ich einige ober- und unterhalb Hamburgs an der Elbe belegene Dörfer, in denen sie vielfach aufgestellt sind, besucht. Zur Erlangung eines verlässlichen Beobachtungsmateriales und eines zutreffenden Urtheiles, wie der Apparat sich im täglichen Gebrauch zeigt, also auch ob etwaige Mängel und Störungen im Betriebe sich herausstellen, war es geboten, dass meine Besuche unvermuthet kamen. Ich bin in 13 mit dem Apparat ausgestatteten Haushaltungen gewesen, denen er theils vom Hamburger hygienischen Institut kostenlos geliefert, theils von gewöhnlichen Mechanikern angefertigt war. Einen sah ich, der von seinem Besitzer selbst unter Unterstützung seitens eines Klempners angelegt war. Die meisten der Apparate sind 2 Jahre und darüber im Gebrauch. In 12 Häusern habe ich zur Feststellung des Eisengehaltes Wasserproben entnommen und zwar je eine vom Rohwasser und vom Filtrat. Bei einem Apparat, dessen Reinigung ich mir demonstriren liess, vergass ich vorher die Filtratprobe zu entnehmen und mochte nicht warten, bis die ersten 50 Liter nach der Reinigung das

Filter passirt hatten. Das Untersuchungsergebniss war folgendes:

Nr.	Name und Stand des Besitzers	mg Fe_2O_3 im Liter Rohwasser	Filtrat
1.	S . . . . . s, Arbeiter	24,1	0
2.	Dr. L . . . . . s, Arzt	4,9	0
3.	K . . . . . n, Bauer	3,0	0
4.	O . . . . n, Deichvoigt und Bauer . .	36,6	Nr. I 0 Nr. II 0
5.	R . . . . . e, Käthner	27,2	0
6.	R . . . . . r, Bauer	23,5	0
7.	N. . . . . i, Lehrer	22,1	Nr. I 0 Nr. II 0
8.	W . . . . . r., Lehrer	20,2	0,5
9.	Pastorat	10,9	0
10.	B . . . . . r, Bauer	4,8	0
11.	B . . . . . r, Gastwirth	18,2	0
12.	M . . . . . r, Gastwirth	21,5	nicht messbare Spuren.
13.	Stromarbeiterplatz	47,8	0

6 von diesen Apparaten, die unter Nr. 1, 2, 3, 5, 6, 10, sind nicht an eine Pumpe angeschlossen, sondern das Rohwasser wird eimerweise auf das Filter geschüttet. In zwei Häusern, Nr. 4 und 7, war des hohen Eisengehaltes wegen ein Doppelfilter vorhanden, dass aber eins genügt hätte, zeigt die Analyse, nach der schon das Filtrat des ersten Fasses absolut eisenfrei ist. Nr. 12 ist die Anlage in Moorburg mit Leitung durch die verschiedenen Etagen des Hauses, Nr. 13 ist der erwähnte Filterapparat grossen Massstabes, der 150 Arbeiter mit Trink- und Gebrauchswasser versieht.

Die Analysen der entnommenen Wasserproben sind im Hamburger hygienischen Institut von den Herren Dr. Bode und Dr. Voss ausgeführt. Aus ihrem in der vorstehenden Tabelle aufgezeichneten Ergebniss geht hervor, dass die Eisenausscheidung mit dem Apparat selbst aus hochgradig eisenhaltigen Wässern eine vollkommene ist; denn bis auf den in Nr. 8 mit 0,5 mg, dessen Filtrat übrigens schmackhaft und brauchbar war, und den in Nr. 12 mit nicht messbaren Spuren, war in den Filtraten auch nicht in Spuren Eisen nachweisbar. Es geht weiter aus ihnen hervor, dass die Apparate auch wirklich von ihren Besitzern gebraucht werden, dass sie ferner auch von einfachen Leuten, wie Bauern und Arbeitern, sich sicher handhaben lassen, und schliesslich, dass sie sich auch in längerem Betriebe nicht reparaturbedürftig erweisen, denn seit dem letzten der vom hygienischen Institute hin und wieder vorgenommenen Kontrolbesuche waren etwa 5 Monate verstrichen.

Uebereinstimmend mit diesem günstigen Beobachtungsresultat ist der Anklang, den der Apparat bei dem ländlichen Publikum gefunden hat. Während die ersten vom hygienischen Institut gelieferten Exemplare mit einem unverhohlenen Misstrauen betrachtet und nur in Rücksicht auf ihre Herkunft geduldet wurden, der eine oder andere der mit ihm bedachten Landbewohner sogar deutlich durchblicken liess, als erweise er dem Institut eine besondere Gefälligkeit, wenn er den Apparat gebrauchte oder überhaupt

duldete, ist allmählich ein völliger Wandel in seiner Werthschätzung eingetreten. Zunächst mögen es wohl Bequemlichkeitsrücksichten gewesen sein, die zu seinem Gebrauch veranlassten; denn das eimerweise Heranschleppen von Wasser aus dem oft ziemlich entfernten Fluss ist eine zeitraubende und anstrengende Arbeit. Bei seinem Gebrauch lernte man aber doch bald einsehen, dass das Wasser der meist zahlreich vorhandenen Brunnen, das früher nur zum Viehtränken taugte, zu welchem Zweck auch nur die Brunnen meist gebohrt waren, jetzt schnell und sicher in ein ungleich besseres Genuss- und Wirthschaftswasser, als der Fluss es je bietet, verwandelt werden konnte; entsprechend dieser Einsicht stieg das Verfahren in der Achtung der Leute. Jetzt wird zu allen Zwecken, auch zur Wäsche, das in den Apparat enteisenete Wasser gebraucht. Ich habe daher nur warme, theils sogar begeisterte Worte über die Vortrefflichkeit des Verfahrens zu hören bekommen. Eine alte Bauersfrau schloss ihre Lobeserhebung mit den Worten, dass, während früher ihre Leute im Sommer nur schwarzen Kaffee oder Braunbier trinken wollten, jetzt alle nach dem schönen Brunnenwasser, das früher kein Mensch trinken konnte, verlangen. Ich meine, dass solche Aeusserungen in Bezug auf praktische Verwerthbarkeit schwerer wiegen, als alle aus theoretischen Erwägungen stammenden Empfehlungen; denn so nachsichtig man einerseits in der Beurtheilung der Landbevölkerung in ihrem schwerfälligen Verhalten gegen wirklich werthvolle hygienische Reformen sein muss — da sich der Landbewohner nur schwer für Neuerungen begeistert, die seine Eltern und Grosseltern doch auch nicht kannten und übten und doch dabei gediehen — so sicher kann man anderseits auf die praktische Vorzüglichkeit einer Sache sich verlassen, wenn sie in diesen Kreisen Anklang und Nachahmung findet.

Auch im Lübecker Staatsgebiet ist in einer ländlichen Bezirksschule eine solche Enteisenungsanlage aufgestellt. Herr Bauinspektor Balzer in Lübeck hatte die Güte, mir darüber Folgendes mitzutheilen: „Das Wasser des Brunnens hat 8,1 mg Eisen auf 1 Liter Wasser und ist in diesem Zustande weder zu Koch- und Waschzwecken, noch zum Trinken geeignet. Die Enteisenungsanlage, welche im Spätherbst vorigen Jahres ausgeführt ist, hat seit dieser Zeit bisher vorzüglich funktionirt. Das Wasser wird nach der Enteisenung zu allen Gebrauchs- und Genusszwecken verwendet. Klagen über die Anlage sind bisher in keiner Weise laut geworden."

Es könnte die Frage aufgeworfen werden, ob die Vermehrung der schon bekannten Enteisenungsverfahren um dieses neue einem wirklich dringenden Bedürfniss entsprochen habe. Wenn ich der Erörterung dieser Frage kurz näher trete, so muss ich als für den wirklichen Kleinbetrieb durchaus ungeeignet diejenigen Anlagen aus dem Kreise der Betrachtung ausscheiden, welche räumlich grosse Ansprüche stellen oder die Aufstellung in einer heizbaren Bude nöthig machen, oder sonst einen grösseren Kostenaufwand erheischen. Denn will man mit solchen Apparaten den Ver-

hältnissen in den ländlichen Kreisen voll gerecht werden und daher auch die ärmeren und ärmsten nicht unberücksichtigt lassen, so können die Anlagen nicht einfach genug sein und dementsprechend die Kosten nicht niedrig genug werden. Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzung bleiben aber von den schon bekannten Verfahren nur noch zwei zum Vergleich übrig und zwar das mit dem Thierkohlenfilter und das Kröhnke'sche.

Die Thierkohlenfilter sind recht kompendiöse und einfache Apparate, in denen das Wasser ohne jede voraufgehende Lüftung nur einen aus plastisch poröser Kohle bestehenden Block zu passiren hat, um seinen Eisengehalt auszuscheiden. Doch kann ihr Gebrauch nur in Frage kommen bei nicht sehr hochgradig eisenhaltigen Wässern; übersteigt der Eisengehalt nur wenige Milligramm im Liter, so arbeiten sich, wie eingehende Untersuchungen nachgewiesen haben, die Filter sehr schnell todt. Für Wässer aber, die an oder unterhalb dieser Grenze mit ihrem Eisengehalt stehen, sind diese Filter sehr gut verwendbar und bedürfen nur selten, alle 4—6 Monaten der Reinigung. Die Reinigung selbst ist durch Einlegen des Kohlenblockes in verdünnte Salzsäure leicht ausführbar. Die Firma C. Bühring & Co. in Hamburg hat für die ländliche Wasserversorgung zwei sich sehr gut eignende Filteranlagen konstruirt, die eine mit Pumpenanschluss zum Preise von 86 Mark und eine zweite, welche sich durch besonders einfache und handliche Konstruktion auszeichnet und welche auch ohne Pumpenanschluss überall aufgestellt und eimerweise gefüllt werden kann. Dieselbe besteht aus einem gewöhnlichen, emaillirten Eimer mit einem kleinen Rohr innen, auf welches der Filterblock gesteckt wird, und einem mit Zapfhahn versehenen Steingutuntersatz, in welchem sich das filtrirte Wasser sammelt. Aber auch dieser einfache Apparat kostet bei einer täglichen Leistung von 70 Liter 26,50 Mk.

Diese relativ bedeutenden Kosten und das Versagen des Kohlenfilters bei höherem Eisengehalte des Wassers schränken sein Anwendungsgebiet ausserordentlich ein. Ungleich leistungsfähiger ist das ebenfalls im Hamburger hygienischen Institut ausgearbeitete Kröhnke'sche Verfahren, mit dem schnell und sicher der Eisengehalt in jeder Höhe aus dem Wasser auszuscheiden ist. Dasselbe beruht auf folgender Reaktion: Setzt man eisenhaltigem Wasser geringe Mengen von Eisenchlorid und darauf Kalk hinzu, so fällt in kurzer Zeit das gesammte Eisen und mit ihm die zugesetzten Chemikalien in Gestalt von umfangreichen Flocken aus. Diese Erscheinung wurde für die Praxis in folgender Weise nutzbar gemacht: Ein Gefäss, so gross etwa, dass es den Tagesbedarf deckt, wird mit dem zu enteisenenden Rohwasser gefüllt, die Zusätze, welche man am bequemsten und zur Vermeidung von Verwechselungen auf einem besonderen Platz in der Nähe des Mischgefässes zu stehen hat, werden hineingeschüttet und mit dem Wasser durchrührt; nach etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde hat sich der chemische Prozess abgespielt und das Wasser wird nun, am besten durch ein von Kröhnke selbst angegebenes Sandfilter oder sonst

geeignetes Filter hindurchgeschickt; es hat dann einen erfrischenden Wohlgeschmack, ist und bleibt krystallklar und ist für alle Zwecke verwendbar. Da man von den billigen Zusätzen auch bei stark eisenhaltigen Wässern nur ganz wenig nöthig hat, für 100 Liter Wasser etwa 1 g Eisenchlorid und 5—10 g Kalk, so sind die Kosten selbst bei sehr häufiger Inanspruchnahme des Apparates überaus geringe. Bei sorgfältiger Handhabung ist das Verfahren ein zweifellos brauchbares. Vor einigen Jahren ist es an mehreren Orten zur grössten Zufriedenheit derer, die es benutzten, im Betriebe gewesen; jetzt ist es in Hamburg nur noch an einer Stelle in Anwendung. Die von mir dort kürzlich entnommenen Wasserproben zeigten aber bei ihrer Analyse, dass doch schwere Störungen bei dem Verfahren möglich sind, denn während im Rohwasser 15,4 mg Eisen waren, enthielt das Wasser nach der Behandlung und Filtrirung noch 5,6 mg! Ich bin weit entfernt, diese eine Beobachtung als ein Substrat für ein ablehnendes Urtheil gelten zu lassen, umso weniger als, wie gesagt, die früheren Erfahrungen durchweg günstig lauten, aber zu denken giebt es immerhin, dass ein solches ungünstige Ergebniss überhaupt möglich ist, noch dazu, da der Apparat sich unter der Aufsicht nicht etwa eines Laien, sondern eines gelernten Maschinisten befand. Ueberhaupt dürften, da auch gegen die Manipulation mit dem Wasser eine ganze Reihe von sanitären Einwendungen zu machen ist, die Tage des Verfahrens gezählt sein. Es wurde seiner Zeit als eine wichtige Errungenschaft für den Kleinbetrieb begrüsst, da man nicht glaubte, anders als auf chemischem Wege in kurzer Zeit grössere Quantitäten eisenhaltigen Wassers enteisenen zu können; ausserdem ist Kürze des Verfahrens ein für den Kleinbetrieb nicht unwichtiges Moment. Dass jetzt ein anderes Mittel zu Gebote steht, ergeben meine Ausführungen.

Wenn ich das Ergebniss der vorstehenden kleinen Arbeit kurz zusammenfasse, so hat es dahin zu lauten:

I. Die auf dem Lande durch eisenhaltiges Brunnenwasser bedingten schweren Missstände in der Wasserversorgung sind mit wenigen Ausnahmen nur durch ein für einzelne Brunnen geeignetes Enteisenungsverfahren abzustellen.

II. Die Frage nach dem gegenwärtig am meisten vorzuziehenden Enteisenungsverfahren im Kleinbetriebe ist nicht allein zu Gunsten des von mir geschilderten Sandfilters zu entscheiden, sondern dieses ist überhaupt zur Zeit das einzige, welches dem genannten Zweck in jeder Richtung gerecht wird.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die siebente am 23. Oktober 1900 in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bez. Lüneburg.

Anwesend sind folgende Herren: Reg.- und Med.-Rath Dr. Noeller als Vorsitzender, die Kreisphysiker Geh. San.-Rath Dr. Sonntag-Uelzen, Geh. San.-Rath Dr. Dempwolff-Harburg, Geh. San.-Rath Dr. Langenbeck-Gifhorn, San.-Rath Dr. Halle-Ebstorf, Dr. Halle-Burgdorf, Dr.

Brandt-Lüchow, Dr. Meyer-Dannenberg, Dr. Dreves-Walsrode, Dr. Meyer-Hankensbüttel, Dr. Plinke-Bleckede und die beiden pro physicatu geprüften Aerzte Dr. Kuhlmey-Bergen a/D., Dr. Wolff-Harburg.

1. Geh. San.-Rath Dr. Sonntag spricht über **Krankenpflegerinnen im Kreise Uelzen.** Hier hat der Frauenverein die Angelegenheit in die Hand genommen und genügend Geldmittel zusammengebracht, so dass an die Ausbildung von Kranken- und Wochenbettspflegerinnen gedacht werden konnte. Bis jetzt ist allerdings erst eine Pflegerin angestellt. Dieselbe hat eine achtmonatliche Ausbildung im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf, auch in Wochenbettpflege, genossen und bis jetzt zur Zufriedenheit der Aerzte und des Publikums gearbeitet. Mit der Zeit soll die Anzahl der Pflegerinnen bedeutend vermehrt werden. Augenblicklich befinden sich wieder 5 in der Ausbildung. Es wird die Anstellung einer Pflegerin möglichst in jedem grösseren Kirchspiele des Kreises erstrebt.

Als Ausbildungszeit ist von jetzt an ein halbes Jahr berechnet, und zwar werden 8 Wochen auf chirurgische Krankenpflege, Antiseptik etc., die zweiten 8 auf Verhalten bei inneren Krankheiten, Diphtherie, Typhus u. s. w., und das letzte Drittel auf die Pflege im Wochenbette verwandt. 2 Pflegerinnen befinden sich jetzt zur Instruktion in einem Krankenhause des Henriettenstiftes, 3 in demjenigen zu Hamburg-Eppendorf. Letzteres zeichnet sich durch ein ausserordentlich grosses Entgegenkommen aus: Kostgeld wurde nicht beansprucht, es wurde sogar noch Dienstkleidung geliefert.

Ausbildung in Wochenbettspflege wird auch in der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt in Celle ertheilt.

Sonntag verliest sodann den Vertrag, der zwischen dem Vorstande des Vaterländischen Frauenzweigvereins in Uelzen und den als Krankenpflegerinnen anzustellenden Personen abgeschlossen wird. Aus demselben ist Folgendes bemerkenswerth:

Die Pflegerin wird auf Kosten des Vereins ausgebildet. Nach erfolgter Anstellung wird sie auf gewissenhafte Pflege der ihr zugewiesenen Kranken und auf Hülfe im Haushalte, soweit erforderlich, verpflichtet, ebenso auf Nachtwachen, aber nicht häufiger, als höchstens jede dritte Nacht. Geschenke oder Zuwendungen irgend welcher Art darf sie nur von der Bevollmächtigten des Vaterländischen Frauenvereins annehmen. Alle Gaben für die Krankenpflege hat sie an letztere abzugeben. Sie hat über ihre Thätigkeit genau Buch zu führen und bei Abwesenheit von über 24 Stunden um Urlaub zu bitten. Sie erhält, so lange sie ihren Verpflichtungen gewissenhaft nachkommt, ein Jahresgehalt von 100 Mark, sowie ferner für die Krankenpflege am Tage 15 Pfg., Nachts 20 Pfg. pro Stunde. Der Tag wird von 6 Uhr Morgens bis 9 Uhr Abends gerechnet.[1])

Die Marke für die Invaliditäts- und Altersversicherung klebt der Verein, die Hälfte der Beiträge hat aber die Versicherte mitzutragen.

Tritt Aufgabe der Thätigkeit vor Ablauf von 5 Jahren nach geschehener Ausbildung ein, so hat die Pflegerin die dem Frauenverein durch ihre Ausbil letztere erwachsenen Kosten bis zum Höchstbetrage von 100 Mark zu erstatten. Ist dieser Fall durch Krankheit hervorgerufen, so ist sie von dieser Verbindlichkeit befreit.

In der Diskussion wird Halle's (Ebstorf) Ansicht, dass die Krankenpflegerinnen alle Kurpfuscherinnen werden, von der Versammlung kräftig widersprochen. Derselbe theilt ferner mit, dass die Bezahlung mit 15 Pfg. für die Stunde von der Bevölkerung für zu hoch gehalten werde. Demgegenüber erzählt Meyer-Hankensbüttel, dass in seinem Kreise Isenhagen für die Stunde 20 Pfg. bezahlt werden. Ausserdem hätten sich die Krankenpflegerinnen nur für 3 Jahre zu verpflichten. In seinem Kreise bestehe auch ein Krankenverein dem jetzt etwa 700 Mitglieder angehörten und der unter reger Mitwirkung des Landraths gegründet sei. Die Mitglieder zahlten jährlich 2 Mark und ein freiwilliges Eintrittsgeld. Dieser Verein stehe aber mit dem Frauenverein in keiner Verbindung. Jede Gemeinde im Kreise Isenhagen habe einen

---

[1]) Nachsatz: Wie nachträglich verlautet, ist kürzlich seitens des Frauenvereins der Beschluss gefasst, das Maximum des Einkommens der Pflegerin auf 300 Mark pro Jahr festzusetzen.

Krankenkasten, enthaltend verschiedene für die Krankenpflege wichtige Gegenstände; ausserdem besitze jedes Kirchspiel einen umfangreicheren derartigen Kasten. Die Krankenkästen, welche die Gemeindevorsteher in Verwahrung haben, würden nur an Mitglieder des obengenannten Vereins verliehen. Die grösseren Krankenschränke der Kirchspiele seien bewährten Frauen übergeben für ihre Füllung sorgen Apotheker resp. Drogisten. Die Art der Reinigung, und die des Gebrauches eines Apparates gehe aus einer beigegebenen Anweisung hervor. Gründliche nachträgliche Reinigung der gebrauchten Sachen geschehe durch die Desinfektoren.

Der Vorsitzende erklärte alle diese Einrichtungen für nachahmungswerth. Die Krankenpflegerinnen könnten auch die Verhaltungsmassregeln bei Infektionskrankheiten durchführen, während dies Laien in der zu verlangenden Weise nicht möglich sei.

In der nächsten Versammlung werden Sonntag-Uelzen und Meyer-Hankensbüttel noch einmal über die besprochene Materie im Detail vortragen.

2. Vortrag des Dr. Wolff-Harburg: **Ueber Enteisenung des Wassers.** Er bespricht ein Verfahren, das im Kleinbetriebe sich als brauchbar erwiesen hat. Der Vortrag ist in der heutigen Nummer der Zeitschrift in extenso veröffentlicht.

3. **Besichtigung des neu angelegten Uelzer Wasserwerkes, an der sich alle Versammelten betheiligten.**

Zum Schlusse vereinigte alle Theilnehmer ein heiteres Mahl.

Dr. Plinke-Bleckede.

Bericht über den zehnten internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Paris.

Berichterstatter: Reg.- u. Med.-Rath Dr. Borntraeger in Danzig.

(Fortsetzung.)

Das interessante Kapitel der

Familienhygiene.

umfasst:

1. Die Kinderpflege vor der Erzeugung (Hygiene der Eltern),
2. Die Kinderpflege nach der Erzeugung bis einschliesslich der Geburt (Hygiene der schwangeren und gebärenden Frau),
3. Die Kinderpflege nach der Geburt (Hygiene des Kindes).

1. Comby (4. Sektion): **Hygiene der Eltern in Bezug auf die Kinderpflege.**

Abgesehen von der direkten Uebertragung ansteckender Krankheiten, ist zunächst der tuberkulösen Eltern zu gedenken, deren Kinder die Disposition erben und sich durch den bekannten dystrophischen Körperbau auszeichnen. Eine ähnliche Dystrophie zeigen die Kinder Syphilitischer, ohne die Disposition zu erben, sofern sie nicht etwa vor oder gleich nach der Geburt zu Grunde gehen; desgleichen die Kinder von Eltern mit allgemeinen Ernährungsstörungen, Gicht, Skrophulose, Hämophilie, Nervenkrankheiten. Bei allen diesen Krankheiten ist auch die Zeugungskraft an sich herabgesetzt. Und endlich findet sich das Gleiche bei schwächlichen, erschöpften, zu jungen oder zu alten, durch Elend, Entbehrungen, moralische oder psychische Leiden herabgekommenen Eltern.

Die Blutverwandtschaft der Eltern schafft nicht eigentlich Erbfehler, sie kann sie nur erhöhen.

Frauen, welche in der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft der Ruhe pflegen konnten, bringen nach Pinard (. später) grössere und kräftigere Kinder zur Welt als solche, welche bis zum letzten Augenblicke arbeiten müssen.

Unter den chronischen Vergiftungen spielt die Bleivergiftung eine Hauptrolle. Frauen, welche früher gesunde Kinder zur Welt gebracht haben, beginnen nach der Beschäftigung mit Blei in irgend einer Form, zu abortiren oder frühreife oder bald sterbende, mit Krämpfen behaftete Kinder zur Welt zu bringen. Aehnlich ist es, wenn die Väter bleikrank sind. Das Resultat von 141 durch bleikranke Väter hervorgerufenen Schwangerschaften war nach Paul 82 Aborte, 4 frühzeitige Geburten, 5 Todtgeburten, 50 lebende Kinder, von denen wiederum 20 im ersten Lebensjahre starben und nur 4 über

3 Jahre alt wurden. Ein wahrhaft schreckliches Ergebniss! Und von den heranwachsenden Kindern Bleikranker pflegen noch viele an Gehirnkrankheiten, Krämpfen, Idiotie, Schwachsinn, Epilepsie zu leiden oder zu sterben. Häufig macht die Bleivergiftung auch unfruchtbar. Geben die Eltern die Beschäftigung mit dem Blei auf und eliminiren dasselbe aus ihrem Körper, können sie wieder gesunde Kinder haben.

Aehnlich dürften Vergiftungen mit Quecksilber und Schwefelkohlenstoff wirken, desgl. die Morphiumsucht.

Die Kinder von Alkoholisten sind erbärmlich, klein, prädisponirt zu Neurosen, Krämpfen, Idiotie, Epilepsie, Mikrocephalie, Hydrocephalie, zu Trunksucht, Geisteskrankheiten, Selbstmord, moralischer Verkommenheit. Eine gesunde Frau eines Trunkenboldes verlor alle ihre 7 Kinder in deren erstem Lebensjahre an Krämpfen, eine andere von 5 Kindern 4 innerhalb deren ersten 10 Lebenstagen, das 5. im Alter von 4 Jahren; sie verheirathete sich später mit einem gesunden Manne und hatte zwei prächtige Kinder. Eine italienische Familie trank täglich grosse Mengen Wein, ohne sich zu berauschen; ein 9jähriger Sohn für sich eine Flasche Wein. 2 Knaben waren Idioten und Mikrocephalen, 1 Kind todtgeboren, 1 Mädchen im Alter von 1 Monat an Krämpfen gestorben. Von 10 Kindern einer österreichischen Familie, wo der Vater trank, waren 4 Mikrocephalen und 6 Hydrocephalen.

Prophylaxe. Der Arzt muss derartige Ehen nach Kräften hindern. Geht das nicht, so hat er zu heilen zu versuchen und den Eheleuten die Begattung zu den besten Perioden, also nicht zu Zeiten von Fieber, grosser Hinfälligkeit, Betrunkenheit u. s. w. zu rathen. Ist die Frau schwanger, ist ein geeignetes Verhalten zu empfehlen, zumal in den letzten Monaten; hier hat für die Frau aus dem Volke noch viel zu geschehen.

Ganz besonders aber gilt es, den Alkoholismus zu bekämpfen.

2. Pinard (4. Sektion): **Hygiene der schwangeren Frau in Bezug auf die Kinderpflege.**

Die Mutter muss der Frucht Wärme, Wohnung und Nahrung geben

Von den seit 1822 in der Maternité von Tourcoing und in der Bandeloque'schen Klinik Neugeborenen waren 29 071 frühreif und wogen 2,5 kg, während 188 204 ausgetragen waren und von diesen 72 626 unter 3 kg wogen, also unter dem normalen Gewicht. Die Ursache ist die Ueberanstrengung der Frauen.

Folgende Tabelle zeigt das Weitere (Autoreferat):

	durchschnittliches Alter der Mutter	durchschnittliches Gewicht der Neugeborenen
Primipare.		
391, welche stehend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	25,67	2,931 kg
144 Spinnerinnen, welche stehend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	20,53	2,988 „
54 Wirthschafterinen und Näherinnen der Maternité	21,58	3,030 „
219, welche sitzend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	22,54	3,097 „
22 Maschinenarbeiterinnen, welche sitzend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	24,59	2,950 „
298, welche sich 2—2 Monate ausgeruht hatten	22.58	3,291 „
199, welche sich mehr als 3 Monate ausgeruht hatten	22,70	3,255 „
197, welche sich ausgeruht hatten	22,63	3,255 „
Multipare.		
523, welche stehend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	28,83	2,116 „
80 Spinnerinnen, welche stehend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	25,34	3,114 „
70 Wirthschafterinnen und Näherinnen der Maternité	27,32	2,323 „
388, welche sitzend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	29,67	3,303 „
55 Maschinenarbeiterinnen, welche sitzend bis zur Entbindung gearbeitet hatten	28,80	3,201 „
301, welche sich 2 bis 3 Monate ausgeruht hatten	27,43	3,457 „
234, welche sich mehr als 3 Monate ausgeruht hatten	26,90	3,457 „
531, welche sich ausgeruht hatten	27,17	3,457 „

Aus diesen 4455 ergiebt sich also, dass das Gewicht der Neugeborenen von Frauen, welche sich 2—3 Monate ruhen konnten, wenigstens 300 g höher ist als bei Frauen, welche stehend bis zur Entbindung arbeiten mussten.

Nach Lourié ist die Dauer der Schwangerschaft bei ruhenden Frauen 20 oder mehr Tage länger als bei nicht ruhenden (bei einem Vergleich von je 1550 Frauen).

Darüber, dass die Frühgeborenen eine viel geringere Aussicht haben heranzuwachsen, als die rechtzeitig geborenen, ist kein Zweifel. Erwähnt sei, dass in der Pariser Maternité unter 2961 Schwächlichen in den Jahren 1893/1899 nicht weniger als 1795 starben, durchschnittlich innerhalb 1 Monats Aufenthalt.

Das Resultat von allem diesem ist die Forderung: „Jede für Lohn, arbeitende Frau hat das Recht auf Ruhe während der 3 letzten Monate ihrer Schwangerschaft."

3. Budin (4. Sektion): **Kinderpflege nach der Geburt.**

Verfasser bespricht die bekannten Grössen und Ursachen der Säuglingssterblichkeit. Folgende Daten dürften interessiren (nach Autoreferat):

Von 1892 bis 1897 verhielt sich die Säuglingssterblichkeit (Kinder bis 1 Jahr alt) zu der allgemeinen Sterblichkeit in den Städten Frankreichs über 30000 Einwohnern nach Balestre und Giletta (Nizza) wie 16,6 : 100.

1897 kamen unter 100 Todesfällen in Nancy 20, Saint-Denis 27, Tourcoing 32, Bolbec 34, Lille 38, Wattrelos 38, Halluin 50 auf Säuglinge.

Nach diesen Statistiken waren die Todesursachen bei Säuglingen in 38,5 % Durchfall, in 14,5 % Lungenkrankheiten, zusammen 53,0 % und in 47 % andere Ursachen. Unter 100 Säuglingstodesfällen waren die Ursachen

	Durchfall	Lungenkrankheiten		Durchfall	Lungenkrankheiten
im Januar	21,5 mal	26,0 mal	im Juli	59,0 mal	6,0 mal
„ Februar	21,0 „	24,0 „	„ August	60,5 „	5'5 „
„ März	22,5 „	23,0 „	„ September	54,0 „	6,0 „
„ April	25,5 „	20,0 „	„ Oktober	43,0 „	9,0 „
„ Mai	30,0 „	15,0 „	„ November	30,5 „	17,0 „
„ Juni	42,5 „	11,0 „	„ Dezember	23,5 „	24,5 „

Die Zahl der Todesfälle an Durchfall hebt sich also mit steigender Lufttemperatur, die an Lungenkrankheiten sinkt umgekehrt.

In Paris starben 1898 an Diarrhoe:

in der	1. Jahreswoche	8	Brustkinder,	18 Päppelkinder.
„	15. „	3	„	28 „
„	30. „	6	„	44 „
„	32. „	8	„	94 „
„	33. „	30	„	254 „
„	34. „	26	„	239 „
„	35. „	24	„	156 „
„	36. „	23	„	168 „
„	37. „	14	„	124 „
„	44. „	2	„	36 „
„	45. „	6	„	19 „
„	52. „	4	„	22 „

„Die Viehzüchter thun ihr Möglichstes, um nicht die jungen Thiere zu verlieren, welche bei Ihnen geboren werden. Wenn sie ähnliche Resultate hätten, welche Vorsichtsmassregeln, welche Massnahmen würden sie, geführt von ihrem materiellen Interesse, nicht treffen? Und für die Kinder — was thun die Eltern, die Städte, der Staat?"

Was ist überhaupt zu thun?

Gegen die Lungenaffektionen sind die Kleinen vor Kälte und Erkältung zu schützen. Besonders bei den kongenital schwachen Kindern muss Abkühlung aufs Sorgfältigste vermieden werden. In der Maternité war die Sterblichkeit bei den Schwächlichen 98 %, wenn sie weniger als 2,0 kg wogen und die Temperatur im Rectum auf 32° oder tiefer gefallen war, und 90 %, wenn sie zwischen 32 und 32,5° betrug.

Weitere Massnahme ist, die Brustaufziehung zu begünstigen, die künstliche Ernährung der Säuglinge zu vermeiden.

Aber das genügt nicht; die Frauen aus dem Volke sind zu unwissend, sie müssen geleitet werden.

Daher ist in Paris 1892 in der Charité die erste Säuglingsberathung eingeführt, wonach eine andere 1895 in der Maternité und 1898 eine dritte in der Klinik Tarnier gefolgt ist. Das ist so:

„Jede Woche bringen die Frauen, welche ihr Kind selbst grossziehen, dasselbe in das Hospital, wo sie entbunden sind. Es wird untersucht und gewogen. In ein besonderes Register wird sein Gewicht und Weiteres, was es betrifft, eingetragen; man kann so alsbald leicht sein Kurve einzeichnen.

Die Brustnahrung wird bevorzugt.

Wenn diese ungenügend ist, wird eine verschiedene Menge sterilisirter Milch verschrieben, welche die Mutter jeden Morgen holt. So kommt es zur Milchernährung.

Hat die Mutter überhaupt keine Milch oder keine mehr, so erhält das Kind nur sterilisirte Milch, die Milchernährung ist also künstlich. Stets wird die richtige Menge der Nahrung überwacht. Man lässt die unkundigen Mütter also nicht machen, was ihnen einfällt, man überwacht sie und hat so eine Schule für Mütter, in denen man ihnen fortgesetzt die erforderlichen Unterweisungen giebt."

Analoge Berathungen sind in Paris in den Armenapotheken und in denen für öffentliche Hilfe geschaffen worden und weiterhin in Frankreich sonst; Dr. Dufour nennt sie „Milchtropfen". Er sah die Mortalität, die in Fécamp 9,67 bis 12,0 % betrug, 1897/98 und 1898/99 auf 2,26 und 1,28 % bei diesen Berathungen fallen.

Aehnliche Erfolge haben die Krippen. Die Stadt Paris hat vorgeschrieben, dass in denjenigen Krippen, die sie unterstützen, die Kinder täglich regelmässig eingeschrieben und gewogen werden und sterilisirte Milch erhalten. In einigen Pritvatkrippen ist die Sterblichkeit an Durchfall in den beiden letzten Jahren während der Hitze 0 gewesen.

In Frankreich hat endlich das Gesetz zum Schutz der Kinder im ersten Lebensjahre (Gesetz Roussel) die besten Dienste geleistet.

In Paris bestehen folgende Einrichtungen:

1. Asyle für entbundene Frauen (Vésinet, Ledru-Rollin (in Fontenay-aux-Roses etc.)

2. Beihilfen der Stadt Paris und des Département de la Seine für Frauen, welche nähren, und Beihilfen der „Sociétés d'allaittement maternel".

3. Laiterie philanthropique, welche sich bemüht, in den Armenvierteln reine, gute, billige Milch zu vertheilen.

4. Deschamps (4. Sektion): **Die Krippen.**

Firmin Marbeau gründete 1844 die erste Krippe, d. h. eine Wachstation, wo kleine Kinder den Tag über versorgt und von den Müttern in deren Ruhestunden ernährt wurden. 1861 wurden die Krippen unter den Schutz der Kaiserin gestellt und 1862 die Organisation ministeriell geregelt. Leider wurden einige dieser Krippen Brutstätten für Epidemien.

Doch die Krippen vermehrten sich dank des Interesses der „Société des crèches", der „Société de médicine publique" und der Stadt Paris; 1897 wurde durch ein Dekret des Präsidenten der Republik das Gesetz von 1862 aufgehoben und die Krippen unter die Aufsicht des Staates gestellt, sowie die Bedingungen fixirt, unter denen sie eröffnet werden könnten. Nun haben die Präfekten die Eröffnung, die Zahl der aufzunehmenden Kinder, die Ueberwachung und Schliessung der Krippen in der Hand und müssen für die Innehaltung der Forderungen sorgen, welche nach ministerieller Anordnung an die Räumlichkeiten, die Leiter und das Wartepersonal zu stellen sind.

Was die Räumlichkeiten anlangt, so müssen sie innerhalb des Bezirkes, wo die Mütter wohnen, liegen, fern von Gasentwicklung und giftigem Staub, leichten Zugang, Luft und Sonne haben, am besten zwischen Hof und Garten sich befinden.

Die Zahl der Kinder richtet sich nach der Grösse der Räume, doch sollte man nicht über 25—30 hinausgehen, schon mit Rücksicht auf Ansteckungskrankheiten. Eventuell nehme man 2 Säle, trenne entwöhnte und nicht entwöhnte Kinder, Betten und Wiegen, doch alles im selben Stockwerk; muss man 2 Stockwerke nehmen, so bringe man die Wickelkinder in das obere. Am besten ist gut gebautes Erdgeschoss. Nähe von Kleinkinderbewahranstalten ist gut im Interesse der Mütter, die mehrere Kinder haben.

Eine Krippe soll nach Dr. Napias enthalten:

1. 2 Schlafsäle (1 für Wiegen, 1 für Bettchen),

2. Anstossend an den Wiegensaal 1 Wechselsaal für Toilette und Wägen, und 1 Spielsaal für die zu laufen beginnenden Kinder,

3. 1 Spielsaal für die entwöhnten Kinder,
4. 1 Wasch- und Badesaal,
5. 1 Nährsaal in der Nähe des Wiegensaales oder des Eintrittsraumes, der für die Aufnahme dient,
6. 2 Wasserklosets, davon 1 für das Personal,
7. 1 Küche,
8. 1 Bureau, für die Leiterin, kann gleichzeitig Aufnahmezimmer sein,
9. Kleider- und Wäscheraum,
10. Isolirzimmer,
11. Wenn es geht, mehrere Nebenräume, wie Waschhaus, Kohlenkeller etc.

Alle bewohnten Räume sollten durch Glaswände geschieden sein. Im Uebrigen sind die gewöhnlichen Forderungen für Hospitäler zu beachten, als: abgerundete Ecken, Oelfarbenanstrich, undurchlässiger Fussboden u. s. w.

Nach dem Ministerialerlass vom 20. Dezember 1897 muss die Höhe der bewohnten Zimmer mindestens 3 m, die Bodenfläche 3 qm und der Luftraum 3 cbm pro Kinderbett sein; der Präfekt kann die Bedingungen ermässigen, aber den Luftraum nicht unter 8 cbm herabgehen lassen.

Das Mobiliar ist als einfach, leicht zu waschen und zu desinfiziren bestimmt.

Im Uebrigen enthält der Ministerialerlass sehr eingehende Bestimmungen: Jedes Kind muss sein Bett oder Wiege haben, die Spielsäle müssen Nachts gelüftet werden und leer stehen u. s. w.

Eigentlich sollen die Mütter ihre Kinder selbst stillen, doch das hat sich nur in 12 unter 100 Fällen möglich erwiesen; man muss also zur künstlichen Nahrung greifen, und am besten präpariren die Krippen sich ihre Milch selbst oder besorgen sie in den „Säuglingsberathungsstellen."

Jede Krippe ist einem Arzte unterstellt, der sie täglich zu besichtigen hat.

Aufnahme erfolgt nur auf Grund eines ärztlichen Attestes, dass das Kind nicht ansteckend krank und dass es geimpft ist, sofern nicht die Eltern der Impfung in der Krippe zustimmen.

Erkrankt ein Kind in der Krippe, so ist es zu isoliren und der Mutter zurückzugeben.

Dr. Gloppe wünscht dazu ein Sanitätsbuch über jedes Kind, aus dem zu ersehen ist, welche ansteckenden Krankheiten es etwa schon durchgemacht hat, um im Falle des Ausbruches von Krankheiten in der Krippe seine Massnahmen treffen zu können.

Beim Ausbruch einer Epidemie ist die Krippe zu schliessen und erst nach der Infizirung durch den Präfekten wieder zu eröffnen. Im Uebrigen wird man gut thun, auch sonst in gewissen Zwischenräumen zu desinfiziren. Tägliche Kleiderdesinfektion mit Formaldehyd ist schwer durchführbar.

Nur Frauen dürfen nach dem Erlasse Krippen halten, sie müssen mindestens 21 Jahre alt und vom Präfekten bestätigt sein. Die Wärterinnen müssen ein Moralitätszeugniss beibringen. Leiterin und Wärterin müssen durch ein ärztliches Zeugniss nachweisen, dass sie gesund, frei von auf Kinder übertragbaren Krankheiten und innerhalb weniger als 1 Jahr geimpft seien. Auf je 6 Kinder unter 18 Monate und auf je 12 Kinder von 18—36 Monaten muss eine Wärterin gesetzmässig kommen.

(Fortsetzung folgt.)

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber Leichenerscheinungen und ihre Zeitbestimmung. Von Landgerichtsarzt Dr. Wetzel. Münchener med. Wochenschrift; Nr. 51 und 52, 1900.

Verfasser bemerkt einleitend, wie schwer, und besonders längere Zeit nach dem Tode, es nicht selten ist, die seit dem Tode verflossene Zeit annähernd richtig zu bestimmen und wie viele Faktoren (Todesart und individuelle Leibesbeschaffenheit, Jahreszeit, tellurische Einflüsse, Aufenthaltsmedium [Luft, Wasser, Erde] bezw. Wechsel dieses Aufenthaltsmediums etc. etc.) hierbei in Frage kommen; er bespricht dann die Anschauungen und Schemata einzelner Autoren über Früh- und Spätleichenerscheinungen, verbreitet sich weiter über einzelne spezielle Eigenthümlichkeiten und die Entstehungsweise der späteren

Leichenerscheinungen, nämlich der Fäulniss, Verwesung, Fettwachsbildung, Mumifikation und führt schliesslich einen forensisch wichtigen Fall aus seiner Praxis an, wonach sich bei einer am Eisenbahndamm aufgefundenen, in braunes Packpapier eingeschlagenen, vollständig bekleideten Kindesleiche Fäulniss, Adipocirebildung und Mumifikation gleichzeitig vorfanden und bei welcher die Adipocirebildung nicht, wie gewöhnlich im Wasser oder in feuchter Erde, sondern in einem gut schliessenden Schranke vor sich gegangen war.

Das in einem Alter von 3 Monaten 20 Tagen im September 1899 eingestandenermassen aus Noth von der Mutter erstickte Kind wurde zuerst $3^1/_2$ Monate lang in dem in einem ungeheizten Dachbodenzimmer stehenden Kleiderschranke aufbewahrt, später daraus entfernt und auf den nebenan befindlichen luftigen Boden gebracht, hier ca. $3^1/_2$ Monate in einem Korbe verwahrt und schliesslich an den Eisenbahndamm ausgesetzt.

Prüft man nun, sagt Verfasser, die Genesis des Falles, so ergiebt sich, dass die Aufbewahrung der Kindesleiche in einem gut und fest schliessenden Schranke den Bedingungen der Adipocirebildung — Feuchtigkeit bei mangelnder oder fehlender Sauerstoffzufuhr — nicht widerspricht; denn der feste Verschluss des Schrankes hielt die Luft zurück, während gleichzeitig die wasserhaltige Kindesleiche und später die gehinderte Verdunstung für die nöthige Feuchtigkeit sorgte. Ausserdem wurde zuerst die begonnene Fäulniss durch die niedere Temperatur des Ortes unterbrochen, während später, als der Leichnam unter das Dach kam, eo ipso die Bedingungen zum Eintritt der Mumifikation gegeben waren. Dr. Waibel-Kempten.

Nicht gewerbliche Anilin-Vergiftungen. Étude clinique et expérimentale par le Prof. L. Landouzy et Dr. G. Brouardel. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. 3. Série. Tome XLIV. Nr. 2. 1900.

L. u. B. berichten über auffallende Vergiftungserscheinungen, hervorgerufen bei Kindern durch das Tragen von Schuhen, welche, ursprünglich braun, kurz vorher mit einer anilinhaltigen Schmiere schwarz gefärbt worden waren. Die Beobachtungen erstrecken sich auf 10 Fälle in zwei Familien; alle ereigneten sich an sehr warmen Tagen, bei allen traten die Erscheinungen plötzlich, ohne alle Vorboten, bei bis dahin völlig gesunden Kindern ein, kurze Zeit, $^1/_2$ bis 1 Stunde, nachdem sie die ominösen Schuhe angezogen hatten. Die Symptome waren immer dieselben. Mitten im Spiel wurde das Kind von Frösteln befallen, sogleich nahm es im Gesicht, namentlich an den Lippen, Nasenflügeln, ferner an den Händen eine blasse, bleigraue, schiefergraue, bläuliche, oft geradezu cyanotische Färbung an. In schweren Fällen schwand bald das Bewusstsein, das Kind fiel um, wurde vollständig reaktionslos, kurz machte ganz den Eindruck eines Sterbenden. Stundenlang blieb es in diesem Zustande, und nur langsam gingen die äusserst allarmirenden Erscheinungen zurück, um aber noch Tage lang eine allgemeine Mattigkeit und ein etwas lirides Aussehen zu hinterlassen. Nach Ausschluss aller anderen Mögligkeiten lenkte sich der Verdacht auf die Stiefelschmiere. Die in der Sarbonne vorgenommene Untersuchung derselben ergab, dass sie zwei Substanzen enthielt:

1. de l'aniline, produit volatil y existant en grande quantité (90,90 pour 100) et servant de véhicule à la couleur;

2. de couleurs d'aniline fixes. Versuche, welche L. u. B. mit dieser Tinktur anstellten, zeigten, dass sie am Kaninchen nicht nur bei hyperdermatischer Infektion und bei Einführung durch Mund und Nase, sondern auch dann sehr giftig wirkte, wenn man sie auf ein handtellergrosses, vorher abrasirtes Hautstück auftrug und dieses dann mit einem feuchten, auf 35° erwärmten Wattebausche bedeckt hielt. Die Vergiftungserscheinungen blieben aus, wenn die eingeriebene Stelle entweder garnicht, oder mit einer trockenen Kompresse verschlossen wurde. Dasselbe Ergebniss erhielten die Autoren, wenn sie anstatt mit der känflichen Tinktur mit einer selbst dargestellten einfachen Anilinlösung (92,40 Anilin in 7,60 Wasser) experimentirten; ein Beweis, dass die Symptome auf der Wirkung des Anilins beruhen. L. u. B. schliessen aus ihren Versuchen im Zusammenhange mit den Beobachtungen am Krankenbette, dass es unter gewissen Bedingungen zu einer Resorption des Anilins von der intakten Hautoberfläche kommen könne, zumal wenn dasselbe in einer abgeschlossenen,

feuchten und warmen Luftschicht gehalten werde. Es sollen die Anilindämpfe sein, welche aus den frisch gefärbten Schuhen unter der Einwirkung der feuchten, warmen Füsse sich entwickeln und auf dem Wege der Absorption durch die Hautgefässe die Vergiftungserscheinungen hervorrufen.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Chemische Wirkung der Mikroben auf das Blut. Von M. Labbé. Comptes rendus de la Soc. de Biol.; 1900, S. 797.

Unter Hénocque nahm Verfasser eine spektroskopische Untersuchung von Kulturen vor, die in defibrinirtem aseptischen Blute angelegt und im Reagensglase aufbewahrt waren.

Aseptisches Blut ohne Kulturen ergab etwa nach 15 Tagen Methaemoglobin, ohne dass als Zwischenstufe reduzirtes Haemoglobin aufgetreten wäre.

Sehr rasch bildete der Diphtheriebacillus Methaemoglobin aus Oxyhaemoglobin, nachdem er reduzirtes Haemoglobin vorübergehend hatte entstehen lassen.

Reduzirtes Haemoglobin dagegen bildet sich unter dem Einfluss von Kulturen des Bact. coli, des Bac. Friedländer, des Proteus, Pyocyaneus, Typhusbacillus, Staphylococcus und Cholera vibrio; es persistirt unbeschränkt, wenn die Kultur unter O-Abschluss angelegt ist.

Unter dem Einfluss der Luft dagegen tritt rasch Reoxydation zu Methaemoglobin oder Haematin ein.

Beim Milzbrandbacillus, Tetragenes, subtilis, Saccharomyces albicans, also einer dritten Gruppe von Bakterien, ist die Reduktion des Oxyhaemoglobins oft weniger vollständig und das Erscheinen von Methaemoglobin ein früheres.

Verfasser glaubt aus seinen Versuchen nicht allein auf die Lebensvorgänge der Bakterien weiteres Licht werfen zu können, sondern auch die groben Veränderungen verständlich machen zu können, die die alten Schriftsteller am Blute von Kranken gefunden haben, die an Infektionskrankheiten starben.

Ob diese Erfahrungen sich auch einmal für den spektroskopischen Blutnachweis — statt der reduzirenden chemischen Mittel lebende reduzirende Wesen — ausnützen lassen werden? Dr. Mayer-Simmern.

Versuche über subarachinoidale Cocaininjektion und deren Technik. Einwirkungen dieser Injektionen auf den Kreislauf. Von Tuffier und Hallion. Ibidem; S. 895 u. 897.

Aus den Verhandlungen des diesjährigen internationalen Kongresses geht hervor, dass die Bier'sche Methode der Kokainanwendung vom Lumbalsack aus zwar praktisch bereits vielfach geübt wird, dass sie aber viele Gefahren mit sich bringt und ihr ein Todesfall zur Last zu legen ist. Bier warnt daher selbst vor leichtsinniger Anwendung; als Folgeerscheinungen nennt er Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schwächeanwandlungen, Beklemmungen, Angstgefühl, Schüttelfröste, Fieber, Kollaps. Einer derjenigen Operateure, denen die praktische Einführung der Methode, durch subarachnoideale Injektion von Cocain in die Lumbargegend chirurgische Anästhesie zu erzielen, zu verdanken ist und welche ihr in Frankreich den Weg in die allgemeine Praxis zu ebnen versuchen, ist Tuffier. Er hat bereits 200 solche Operationen zu verzeichnen.

Um nun einen Einblick in die Art der Einwirkung des Cocain auf das Nervensystem und den Kreislauf zu erlangen, um auch die Giftwirkungen genauer zu erforschen, führte er mit dem Physiologen Hallion an Hunden Versuche aus.

Er injizirte nach Einführung eines feinen Troicart von der Bauchhöhle her — das Abdomen war geöffnet worden — zwischen zwei Wirbeln durch die intervertebrale Bandscheibe in den Arachnoidealsack sterilisirte 2proz. Cocainlösung. Nach zwei Minuten trat Unempfindlichkeit des Ischiadicus oder des N. cruralis ein; die Anästhesie dauerte noch ungefähr eine Stunde.

Der arterielle Druck sinkt. Mit der Erniedrigung derselben geht eine Lähmung des Vasokonstriktorensystems der Niere und der Milz Hand in Hand; in Folge dieser wechselseitigen Beeinflussung erfolgt keinerlei Zunahme der Blutungen im Operationsgebiet.

Tritt nun Asphyxie ein, so erfolgt nicht, wie in der Norm starke Steigerung des arteriellen Druckes und energische Vasokonstriktion der Eingeweide,

sondern das umgekehrte Verhältniss findet sich: der arterielle Druck steigt nur schwach an, die Gefässe der Unterleibsorgane sind passiv erweitert.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Rückenmarksveränderungen bei brüsker Erniedrigung des atmosphärischen Druckes. Von J. Lépine. Ibidem; S. 873.

Verfasser legte sich die Frage vor, ob die bei plötzlicher Erniedrigung des Luftdruckes beobachteten Spaltbildungen und haemorrhagischen Herde des Rückenmarkes primären Blutungen entsprechen oder auf Erweichungen zu beziehen sind, die nach Infarkten durch Gasembolien auftreten. Er schliesst aus seinen Versuchen, dass beide Momente zur Geltung kommen.

Kaninchen und Meerschweinchen, die einem Drucke von 10 Atmosphären ausgesetzt waren, wurden in einem Theile der Versuche plötzlich und ziemlich gewaltsam der Druckerniedrigung ausgesetzt, so dass der Tod [1]) in einigen Augenblicken eintrat; in anderen Fällen war die Druckverminderung langsamer, so dass die Thiere einige Stunden oder einige Tage überlebten. Die Erklärung sieht Verfasser darin dass durch äusserste Gasauftreibung der Därme das Blut der Unterleibsorgane die Abdominalgefässe verlässt und eine Blutüberfüllung des Rückenmarks bedingt, die sich unter dem Mikroskop als sinuöse, fast schneckenartig gewundene Anordnung der Medullargefässe kundgiebt (Hypothese Bouchard's). Andere Befunde im Rückenmarke sind auf Eindringen der Gasblasen in den Zentralkanal und die Gewebsinterstitien zu beziehen.

Dr. Mayer-Simmern.

Straf- und zivilrechtliche Begriffe in Sachen von Geisteskranken. Von Sanitätsrath Dr. Schaefer, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt in Lengerich. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin; 1900, 3. Folge, 20. Bd., 1. H.

Sch. wendet sich, wie bereits in einer Reihe früherer Publikationen gegen die von einzelnen Autoren, insbesondere auch von der wissenschaftlichen Deputation vertretene Anschauung, dass der Gerichtsarzt ausschliesslich über das Bestehen einer Geistesstörung zu befinden habe, während die straf- und zivilrechtliche Würdigung Sache des Richters sei. Der Verf. betont an der Hand einiger fingirter Beispiele sehr treffend, wie wenig mit einem solch fragmentarischen Gutachten dem Gerichte gedient werde. Die im §. 51 des Str.-G.-B. enthaltenen, viel angefochtenen Begriffe kehren im §. 104 des B. G.-B. wieder; die „enge sprachliche Verbindung" derselben an dieser Stelle zeigt, dass der Gesetzgeber ihre Zusammengehörigkeit besonders betonen wollte. Gerade das B. G.-B. hat dem Arzte, wie Sch. des Weiteren nachweist, die Anwendung medizinischer Begriffe auf rechtliche Verhältnisse in weitgehendem Masse auferlegt. Im Uebrigen wünscht der Verf. dass der Begriff „freie Willensbestimmung" gänzlich aus dem Str.-G.-B. beseitigt werde. Gerade die veraltete Auffassung von der Willensfreiheit stehe jeder Reform der Strafrechtspflege im Wege, in dem immer die Art des Verbrechens, nicht das Wesen des Verbrechers Berücksichtigung finde und die Strafe in erster Linie Vergeltungsstrafe sei. An Stelle der freien Willensbestimmung soll nach Sch. die Zurechnungsfähigkeit treten; dem §. 51 wird ein, die verminderte Zurechnungsfähigkeit berücksichtigender, §. 51 a. zugefügt, Vorschläge, die ja schon öfter von psychiatrischer Seite gemacht worden sind. Von den zahlreichen, höchst interessanten Ausführungen, die Verf. zum B. G.-B. macht, sei nur kurz auf einige treffende Bemerkungen über die Trunksucht hingewiesen. Das Gesetz hat für letztere eine besondere Form der Entmündigung geschaffen, indem es prinzipiell — aber sehr mit Unrecht — die Trunksucht von den Geistesstörungen trennt und dem Trinker nur die rechtliche Beschränkung des Geistesschwachen auferlegt. Dieser Umstand giebt ihm u. a. das — gerade bei Trinkern bedenkliche — Recht, nach der Entmündigung, die Gültigkeit der Ehe oder die Rechtmässigkeit eines Kindes anzufechten. Auf der andern Seite wird die Entmündigung wegen Trunksucht stets den Charakter einer Strafe, nicht den wohlwollender Fürsorge haben. Schliesslich sei noch hervorgehoben, dass der Verf. §. 1569 (Ehescheidung wegen Geisteskrankheit) als einen der glücklichsten des ganzen Gesetzbuches bezeichnet, da seine Fassung in gewissen Fällen eine wünschenswerthe Scheidung

---

[1]) Cf. diese Zeitschrift; 1898, S. 20, 389, 740.

gestatte, auf der andern Seite genug Kautelen gegen eine leichtfertige Lösung der Ehe biete. Dr. Pollitz-Münster.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Kosten für die ersten ärztlichen Gutachten bei Gesuchen um Invalidenrente. Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 5. November 1900.

Das Reichsversicherungsamt ist nicht in der Lage, der dortigen Auffassung beizutreten, wonach die Versicherungsanstalten verpflichtet sein sollen, die Kosten für die ärztlichen Gutachten über Invalidenrentenanwärter in allen Fällen zu tragen. Vielmehr ist nach diesseitiger Ansicht durch das Invalidenversicherungsgesetz an dem grundsätzlichen Standpunkt des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, wonach in erster Linie den Rentenbewerbern selbst die Kosten für die Gutachten zur Last fallen, nichts geändert, da im §. 28 des Invalidenversicherungsgesetzes zur Erlangung eines Anspruchs auf Invalidenrente der „Nachweis" der Erwerbsunfähigkeit gefordert wird, und §. 112 a. a. O. ausdrücklich bestimmt, dass der Anspruch auf Bewilligung einer Rente „unter Einreichung" der zur Begründung dienenden Beweisstücke anzumelden ist. Demgemäss werden also dann, wenn der Rentenbewerber ein Gutachten gleich mit dem Antrage einreicht, oder wenn er ein solches auf Erfordern der unteren Verwaltungsbehörde nachbringt (Preussische Anweisung, betreffend das Verfahren vor den unteren Verwaltungsbehörden, vom 6. Dezember 1899 Ziffer 4 Satz 1), die Kosten für dieses Gutachten lediglich von dem Rentenbewerber zu tragen sein, soweit nicht auf Grund eines Uebereinkommens der Versicherungsanstalt mit der Aerzteschaft ein Theil der Kosten von jener getragen wird.

Zugegeben muss dagegen werden, dass, soweit die untere Verwaltungsbehörde in Gemässheit des letzten Satzes der Ziffer 4 der Anweisung etc. ihrerseits den Rentenanwärter durch einen Arzt untersuchen lässt — sei es, dass der Sachverständige zum Verhandlungstermin vorgeladen wird, sei es, dass er veranlasst wird, den Rentenanwärter anderswo zu untersuchen und ein Gutachten einzusenden —, die Kosten für diese Untersuchungen von den Versicherungsanstalten als baare Auslagen des Verfahrens zu tragen sind, (§. 64 Abs. 3 und 4 des Invalidenversicherungsgesetzes, Ziffer 19, 20 der Preussischen Anweisung); denn es handelt sich hierbei „um Angelegenheiten der Anstalt, in denen die untere Verwaltungsbehörde für sie nur die Geschäfte führt." Eine Belastung der Versicherungsanstalten in diesen Fällen wird um so weniger zu beanstanden sein, als sie bei sachgemässen Verfahren im Allgemeinen nur dann vorkommen werden, wenn anderweit das Vorhandensein der Invalidität glaubhaft gemacht ist, oder wenn bereits ein Zeugniss beigebracht ist, aber nicht für ausreichend erachtet wird. Auch wo Letzteres nicht zutrifft, tritt der Unterschied von dem Falle der Beibringung oder Nachbringung des Gutachtens durch den Rentenbewerber schon darin hervor, dass diesem bei der Einziehung des Gutachtens seitens der unteren Verwaltungsbehörde das Recht der freien Arztwahl genommen ist. In dem Falle, dass der Bewerber bereits ein wenn auch nicht ausreichendes ärztliches Zeugniss beigebracht hat, ist überdies zu beachten, dass naturgemäss nur bei den ersten in einem jeweiligen Verfahren erforderlichen ärztlichen Gutachten ein Tragen der Kosten seitens des Bewerbers in Frage steht.

Hierzu sagt das Reichsversicherungsamt in einem Rundschreiben von demselben Datum:

Von mehreren Vorständen ist die Befürchtung zum Ausdruck gebracht worden, dass die Gebührenforderungen der Aerzte voraussichtlich erheblich steigen würden, wenn die Versicherungsanstalten zur Tragung der Kosten für die ersten ärztlichen Gutachten für verpflichtet erachtet werden sollten. Diese Besorgniss dürfte vom Standpunkt der diesseits getroffenen Entscheidung im Wesentlichen sich erledigen, indem danach für die Anstalten, von einer freiwillig übernommenen und dann durch Abkommen begrenzten Zuschusspflicht abgesehen, nur die von den Verwaltungsbehörden selbst eingeholten Gutachten, deren Honorirung sich nach Ziffer 20 Absatz 2 a der Anweisung vom 6. Dezember 1899 bestimmt, in Betracht kommen würden, und indem weiter angenommen werden darf, dass die unteren Verwaltungsbehörden nicht in zu ausgedehntem

Masse selbst ärztliche Untersuchungen anordnen werden, anstatt zunächst den Rentenbewerber zur Beibringung eines ärztlichen Gutachtens oder anderweiter Glaubhaftmachung seiner Invalidität anzuhalten. Sollte gleichwohl ausnahmsweise ein solcher Fall eintreten, so wird voraussichtlich durch unmittelbares Benehmen der Versicherungsanstalt mit der unteren Verwaltungsbehörde und erforderlichenfalls durch eine Vorstellung bei der vorgesetzten Dienststelle Abhülfe zu erreichen sein.

Endlich sei noch erwähnt, dass einige Landes-Versicherungsanstalten (wie Ostpreussen, Pommern, Berlin, Schlesien, Elsass-Lothringen) Vertrauensärzte bestellt oder doch die Kosten für die sämmtlichen Untersuchungen übernommen haben und ihr Verfahren als zweckmässig empfehlen.

Gehirnhautentzündung und Betriebsunfall (Waschung mit kaltem Wasser bei Winterkälte im kalten Raume). Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24. September 1900.

In Uebereinstimmung mit dem angefochtenen Urtheil hat das Rekursgericht auf Grund der vom Schiedsgericht veranstalteten Beweisaufnahme in Verbindung mit den in den Strafakten angestellten Erhebungen für erwiesen erachtet, dass der Pocharbeiter Karl L. am Abend des 10. Februar 1899, als er zur Nachtschicht in das Pochwerk gekommen war, dort auf Anordnung des Oberschlämmers K. am Kreisgerenne des Herdes durch die Pocharbeiter K., B. und L. gewaschen worden ist. Dabei war, wie als erwiesen anzusehen ist, der Oberkörper des L. entblösst, und ist ihm ausser den Händen auch das Gesicht nass gemacht und gerieben worden. Das Rekursgericht hat ebenso wie das Schiedsgericht und der Obergutachter die Ueberzeugung gewonnen, dass es bei dieser in einem ungeheizten und mit kaltem Wasser vorgenommenen Reinigung des in sehr unsauberen Zustande zur Arbeit erschienenen Klägers nicht ohne Anwendung von Gewalt zugegangen sein wird. Erwiesen ist ferner, dass L. sich mit seiner Jacke abgetrocknet und bis zur Beendigung der Nachtschicht um 4¾ Uhr Morgens in dem ungeheizten Pochwerk bei einer Temperatur von 9 bis 6 Grad C. über Null gearbeitet hat. Andere als diese Thatsachen hat auch der Professor Dr. Cr., soweit die für das Leiden des Klägers verantwortlich gemachten Vorgänge vom 10/11. Februar 1898 in Betracht kommen, seinem Gutachten nicht zu Grunde gelegt. Insbesondere hat er es dahingestellt sein lassen, wie lange die Waschung gedauert hat, und ob dabei eine Bürste verwendet worden ist, was allerdings beides bisher nicht hinreichend aufgeklärt erscheint. Wenn der Sachverständige, ohne weiterer Erhebungen zu bedürfen, und obwohl ihm vom R.-V.-A. ausdrücklich die Bezeichnung derjenigen Punkte anheimgestellt war, hinsichtlich deren eine weitere Aufklärung als Grundlage für die ärztliche Begutachtung erforderlich sein sollte, zu einem völlig bestimmten Urtheil gelangt ist, so bestand für das R.-V.-A. zunächst kein Anlass zur Anstellung weiterer Erhebungen in Betreff der thatsächlichen Vorgänge. Das Rekursgericht hat aber auch mit Rücksicht auf die Autorität des Gutachters und die überzeugende Begründung seiner Ansicht kein Bedenken getragen, sich dieser anzuschliessen. Danach ist angenommen worden, dass die starke Abkühlung und die Aufregungen, welche für L. mit der am Abend des 10. Februar 1899 an ihm zwangsweise ausgeführten Reinigung und der nachfolgenden Nachtarbeit verbunden waren, die schwere Erkrankung der Organe in der Schädel-Rückgrathöhle herbeigeführt haben, von welcher der Kläger zweifellos am 11. Februar 1899 alsbald nach seiner Heimkehr vom Pochwerk befallen worden ist. Allerdings würde, wie der Sachverständige meint, ein völlig gesunder Mensch jene Schädlichkeiten möglicherweise ohne Nachtheil überstanden haben, und es ist zum Theil dem angeborenen (leichten) Schwachsinn und der ausgesprochenen Anlage des Klägers zur Erkrankung in geistiger und nervöser Beziehung zuzuschreiben, dass für ihn so schwere Folgen daraus erwachsen sind. Dass der Gutachter gleichwohl den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Erkrankung am 11. Februar 1899 und den Vorgängen vom Abend vorher bejaht, entspricht aber durchaus dem vom R.-V.-A. in ständiger Rechtsprechung festgehaltenen Grundsatz, wonach die bei dem Unfall erlittene Schädigung nicht die alleinige Ursache der Erwerbsunfähigkeit zu sein braucht vielmehr der ursächliche Zusammenhang zwischen beiden auch dann ausreichend gegeben ist, wenn der Unfall eine von mehreren mitwirkenden Ursachen bildet

und als solche ins Gewicht fällt. Dass aber die letztere Voraussetzung zutrifft, kann nach dem Gutachten des Proessors Dr. Cr. keinem Zweifel unterliegen. Ebenso ist nach diesem Gutachten und demjenigen des Königl. Kreisphysikus Dr. R. in Clausthal vom 13. November 1899 unbedenklich anzunehmen, dass aus jener Erkrankung vom 11. Feebruar 1899 sich die im Anschluss daran aufgetretene Geisteskrankheit des Klägers entwickelt hat, welche in den jetzt bestehenden Zustand der Verblödung übergegangen ist, und dass durch diesen Zustand die völlige Erwerbsunfähigkeit des Klägers bedingt wird.

Zu erörtern blieb hiernach nur die von der Beklagten ebenfalls im Zweifel gezogene Frage, ob die mehrerwähnte Waschung als ein Betriebsunfall anzusehen ist. Die Voraussetzungen des Begriffs „Unfall" sind gegeben, da es sich um eine für die körperliche und geistige Gesundheit des Verletzten schädliche Einwirkung eines Vorganges handelte, der sich innerhalb eines verhältnissmässig kurzen Zeitraumes abgespielt hat, also ein zeitlich bestimmbares Ereigniss darstellt. Der örtliche und zeitliche Zusammenhang dieses Ereignisses mit dem Betriebe, in welchem der Kläger beschäftigt war, ist gleichfalls ohne Weiteres ersichtlich. Aber auch der ursächliche Zusammenhang mit diesem Betriebe ist nicht zu verkennen. Er beruht, abgesehen davon, dass das zum Waschen des Verletzten benutzte Gerenne eine Einrichtung dieses Betriebes bildete, hauptsächlich darin, dass jene Massregel von einer zur Ertheilung von Befehlen an den Kläger und die übrigen betheiligten Pocharbeiter an sich befugten Aufsichtsperson, dem Oberschlämmer K., unter offenbarer Ueberschreitung der ihm eingeräumten Rechte, angeordnet worden war und die Veranlassung hierzu insofern mit dem Betriebe zusammenhing, als die Mitarbeiter des L. sich über dessen Unsauberkeit beschwert hatten, ihn nicht in der Pochwerkstube leiden wollten, und K., wie er ausgesagt hatte, fürchtete, andere Arbeiter würden sich ansteckende Krankheiten zuziehen, wenn sie mit demselben Gezäh arbeiteten, das L. in den Händen gehabt hatte.

Sonach liegen sämmtliche Voraussetzungen zur Begründung des Anspruchs des Klägers auf Gewährung der Vollrente seitens der Beklagten vor und es musste daher dem Rekurse der letzteren der Erfolg versagt werden.

Chronische Entzündung des linken Kniegelenks (Arthritis deformans) als Folge eines Unfalls (Quetschung) und das Auftreten der gleichartigen Veränderung an dem unverletzten rechten Knie in mittelbarem Zusammenhange damit, sowie Schätzung des Grades der durch die gesammten Unfallfolgen bedingten Erwerbsunfähigkeit. Obergutachten, erstattdt unterm 22. März 1900 von Professor Dr. Helferich, Direktor der Königlichen chirurgischen Klinik in Kiel. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1900, Nr. 12.

Auf Grund der uns bekannt gewordenen Thatsachen, betreffend die Verletzung, den Verlauf des Leidens und den jetzigen Zustand, sind wir in der Lage, folgende Hauptpunkte festzustellen:

1. C. war bis zum Tage des Unfalls (6. Juni 1896) ein gesunder, zur Verrichtung schwerer Arbeit geeigneter Mann.

2. Der Unfall (Fall in's Wasser mit Aufschlagen auf das Bollwerk) führte direkt zu einer Verletzung des linken Kniegelenks, welche jedenfalls als Kontusion (Quetschung) zu bezeichnen ist. Ob weitere Verletzungen an dem Kniegelenkapparat und den umgebenden Knochentheilen stattfanden, ist unsicher.

3. Nach Verlauf der unmittelbar durch die Verletzung bedingten Krankheitserscheinungen im linken Kniegelenk bestanden auch ferner noch gewisse Veränderungen, welche trotz aller angewandten Hülfsmittel (Verbände, Massage, mediko-mechanische Uebungen) nicht wegzubringen waren. Hierher gehört das vorhandene Knorpelreiben bei Bewegungen, welches nach dem längeren Bestehen als Ausdruck eines chronisch entzündlichen Gelenkleidens (Arthritis deformans) mit Recht aufgefasst worden ist. Bemerkenswerth ist dabei, dass Erscheinungen, welche sonst für das Bild der Arthritis deformans charakteristisch sind, in unserem Falle bis jetzt sich noch nicht entwickelt haben, nämlich Verdickungen in der Gelenkkapsel mit oder ohne einen geringen wässerigen Erguss in dem Gelenk und namentlich Verdickungen der das Gelenk bildenden Knochentheile. Ferner ist ungewöhnlich die völlige Freiheit der Bewegungsfähigkeit im Sinne der Beugung und Streckung, besonders bei passiven Bewegungen

sowie die Thatsache, dass eine Vermehrung und Verstärkung des Reibens (Krepitation) trotz der nunmehr schon längeren Dauer des Prozesses nicht eingetreten ist.

4. In der Zeit nach dem Unfall ist (nach der bestimmten Angabe des C. am 25. Mai 1897) ein linksseitiger Leistenbruch entstanden. Wir stellten das Vorhandensein eines solchen in mässiger Grösse und mit mässigen Beschwerden typischer Art fest.

5. Nicht genau bestimmbar ist der Zeitpunkt, in welchem auch am rechten Kniegelenk Veränderungen sich eingestellt haben. Zunächst wurde bei den mannigfaltigen ärztlichen Untersuchungen festgestellt, dass nicht bloss im linken, sondern auch im rechten Kniegelenk ein Knorpelreiben bei Vornahme der Bewegungen bestehe; späterhin und besonders neuerdings bestehen Klagen des C. darüber, dass er in Folge auftretender Schwäche und Schmerzhaftigkeit im rechten Knie noch mehr beschädigt sei als früher, und schiebt er diese Verschlimmerung auf die stärkere Inanspruchnahme des rechten Beins beim Gehen und Stehen, welche wegen der Beschwerden im linken Kniegelenk schon seit längerer Zeit und fortdauernd nöthig sei.

6. Erscheinungen von Arthritis deformans an irgend welchen anderen, häufig von dieser Krankheit befallenen Gelenken sind weder bisher, noch jetzt aufzufinden gewesen.

Beim Zusammenfassen dieser erwähnten Punkte ergiebt sich zunächst die bis jetzt auch immer anerkannte Anschauung, dass das im linken Kniegelenk bestehende Leiden als eine Folge der am 6. Juni 1896 erlittenen Verletzung aufzufassen ist. Da der Mann bis zum Zeitpunkt der Verletzung arbeitsfähig war, eine immerhin schwere Verletzung erlitt, deren Folgen von dem behandelnden Arzte sofort festgestellt und dann weiter beobachtet wurden, so kann dieser Auffassung die volle Berechtigung nicht abgesprochen werden.

Die Entstehung einer Arthritis deformans in einem vorher verletzten Knie ist ein nicht so seltenes Vorkommniss. Die Thatsache, dass der Krankheitsprozess bis jetzt stärkere Fortschritte und eine Verschlimmerung nicht herbeigeführt hat, ist ein glücklicher Umstand, spricht aber nicht gegen den Ursprung in Folge von Verletzung.

Was die gleichartige Veränderung am rechten Knie betrifft, so ist eine, wenn auch nur mittelbare, Ableitung derselben von dem Unfall möglich. Da irgend welche Erscheinungen von Gelenkentzündung im Knie vor dem stattgehabten Unfall fehlten, nach demselben aber, zunächst im linken, später auch im rechten Knie auftraten, und da die Abhängigkeit der linksseitigen Gelenkentzündung von dem Unfall anerkannt ist und nicht bezweifelt wird, so spricht die Wahrscheinlichkeit in der That dafür, dass auch das rechtsseitige Knieleiden wenigstens theilweise und mittelbar von dem Unfall abzuleiten ist. Es dürfte sich hier weniger um nervöse Einflüsse, welche eventuell angeschuldigt werden könnten, handeln, als vielmehr, wie auch C. selbst meint, um eine Folge der stärkeren einseitigen Inanspruchnahme des rechten Kniegelenks. Auch hierbei ist zu berücksichtigen, dass von einer besonders starken Inanspruchnahme nicht wohl die Rede sein kann, da, wie wir festgestellt haben, die Schwielenbildung an beiden Fusssohlen gleichartig und gering ist, allein die Annahme ist berechtigt, dass bei dem im Ganzen kümmerlichen Körperzustande des C. schon geringere Grade von verhältnissmässiger Ueberanstrengung unangenehmere Folgen herbeiführen als bei kräftigen, gesunden Menschen. Dass das linke Bein weniger benutzt wird, ist eine Thatsache, welche wir im Laufe unserer Beobachtungen und Untersuchung festgestellt haben, wie sie vorher von den anderen begutachtenden Aerzten auch schon festgestellt wurde. Der geringe Umfangsunterschied der Wade ist in diesem Sinne zu deuten. Schon bei der Untersuchung in H. im Jahre 1896, wie jetzt bei unserer Untersuchung, fand sich der Wadenumfang linkerseits um etwa $^3/_4$ cm geringer als rechterseits. So gering diese Grösse ist und so wenig wir im Allgemeinen mit solchen kleinen Unterschieden machen können, so muss doch zugegeben werden, dass bei der Genauigkeit und wiederholten Nachprüfung unserer Messung eine geringe Schwächung der linken Wadenmuskulatur in Folge von theilweisem Nichtgebrauch festzustellen ist.

Was das Bruchleiden betrifft, so steht es ohne jeden Zusammenhang mit dem Unfall und ist als ein allmählich entstandener, dem Kranken selbst gelegentlich plötzlich bekannt gewordener, krankhafter Zustand aufzufassen, welcher

überdies durch den Gebrauch eines gutgearbeiteten Bruchbandes gehoben werden könnte.

Bei der ganzen Beurtheilung spielt die allgemeine körperliche Gebrechlichkeit des C., namentlich aber seine grosse Aengstlichkeit eine grosse Rolle. Wie schon oben erwähnt, sind seine Klagen, welche oftmals als stark übertrieben bezeichnet wurden, nicht wohl als Ausdruck gewollter und geplanter Uebertreibung aufzufassen, sondern vielmehr als der Ausdruck der wirklichen Empfindung dieses schlaffen, energielosen, ängstlichen Menschen.

Ich schätze die Einbusse an Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, welche dem C. in Folge der mittelbar und unmittelbar durch den Unfall vom 6. Juni 1896 entstandenen Veränderungen erwachsen ist, auf 66⅔ Proz., wobei ich das beiderseitige Knieleiden und den ganzen körperlichen und geistigen gedrückten Zustand, welchen ich als Folge der Verletzung wenigstens zum Theil auffasse, mit in Berechnung gezogen habe.

Das vorstehende Obergutachten ist für die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts massgebend gewesen, durch die in Uebereinstimmung mit den Vorinstanzen die Rente von 66⅔ Proz. nach wie vor für angemessen erachtet, und der Rekurs des die Vollrente begehrenden Klägers zurückgewiesen worden ist.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die Anpassungsfähigkeit des Menschen an hohe und niedrige Lufttemperaturen. Von Max Rubner.[1]) Archiv für Hygiene; Bd. XXXVIII, Seite 120—147.

Der Begriff „Klima“ bedeutet die besonderen Wirkungen von vielerlei Einflüssen, die nicht immer in gleicher Art auf den Menschen wirken, sondern sich in ihrer Wirkung ganz erhebliche Verschiedenheiten nach den physiologischen Zuständen des Menschen zeigen. Luftwärme, Luftbewegung, Feuchtigkeit und Strahlung vereinigen sich alle in einem gewissen kalorimetrischen Effekt, demgegenüber der Körper mittelst der Haut als Zwischenglied, auch mittelst des Stoffumsatzes eine Abwehr trifft. Zu beiden treten Kampfesmittel hinzu, mit denen die Kultur den Menschen ausgerüstet hat.

Verfasser prüfte bei den Untersuchungen der vorliegenden Arbeit die Frage, inwieweit und mit welchen Mitteln der Hitze und der Kälte ohne Schaden Widerstand geleistet werden könne. Zunächst wurde der Einfluss wechselnder Temperaturen auf den leicht bekleideten Menschen untersucht. Hierbei benutzte Verfasser eine Person, die ausserordentlich grosse Temperaturdifferenzen zu ertragen vermochte, in je sechsstündigen Versuchen im Respirationsapparat bei annähernd ruhender Luft und mittlerer Feuchtigkeit, die auf etwa 40 % regulirt wurde.

Die bei den Versuchen von der Versuchsperson getragene Sommerkleidung war immer dieselbe mit einem Gewicht von 2401 g und einer Dicke von 2,06 mm im Durchschnitt. Die Ertragbarkeit hoher und niedriger Temperaturen umfasste volle 38° für dieselbe Bekleidung. Die Empfindungen waren schon von 15° an keine normalen mehr; es stellte sich bereits starkes Frostgefühl ein. Bei 2° Wärme machte sich bei der Versuchsperson häufig Kälteschauer und starkes Kältegefühl in Händen und Beinen bemerklich. Mit Rücksicht auf die allmähliche Akkomodation, die durch rationelle Anordnung der Versuche erleichtert wurde, ist aber niemals Erkältung eingetreten.

Zwischen 15° und 26°, auch noch etwas höher, stellte sich Behaglichkeitsgefühl ein. Weit über 26° kam es zu steigendem Wärmegefühl und schliesslich zu Hitzegefühl.

Kühle Temperaturen lassen den richtigen Schlaf nicht zu Stande kommen. Erst wenn die Körpertemperatur erheblich sinkt, bei allmählicher Erschöpfung, macht sich die einschläfernde Wirkung der Kälte geltend.

Temperaturen von 40° werden eher ertragen; es stellt sich nur Schlafneigung ein, die bald überwunden wird; jedoch darf die Luft nicht zu feucht

---

[1]) Vergl. auch die Referate in dieser Zeitschrift; 1896, S. 781, — 1897, S. 335, — 1898, S. 192.

sein. Die hohen Temperaturen kommen in unserem Klima selten vor, glücklicherweise mit niedrigen Feuchtigkeitsgraden vergesellschaftet. Denn auch schon weniger hohe Temperaturen, wie 26° oder 24°, werden von uns, wenn sie mit 60—96% relativer Feuchtigkeit verbunden sind, auf die Dauer nicht vertragen. Sie werden bei uns in leichter Sommerkleidung unter starkem Schwitzen als hochwarm, erschlaffend und arbeitslähmend empfunden.

Hiernach gehen die Wirkungen der hohen und niedrigen Temperaturen an den ruhenden Erwachsenen nicht spurlos vorüber; sie haben auf seinen Körper, vor Allem aber hinsichtlich der Art der Entwärmung einen grossen Einfluss, namentlich aber treten wichtige funktionelle Aenderungen ein, die, wenn sie dauernd würden, eine gewaltige Umwälzung in den täglichen Gewohnheiten herbeiführen würden. Bei hoher Temperatur tritt eine völlige Erlahmung und Bewegungsunlust ein; die Arbeitsleistung ist auch mit den Gefahren der Ueberwärmung des Blutes verbunden. Bei niederer Temperatur entfällt der beruhigende und erfrischende Schlaf, und die Gefährdung der Wärmebilanz kann auch hier ernste Bedenken erzeugen.

In Beziehung auf die Kohlensäureausscheidung lässt sich folgendes feststellen. Ihr Maximum liegt bei 2° mit 29,8, ihr Minimum bei 40° mit 21,2 g CO_2. Die Kohlensäureausscheidung verändert sich nicht in dem Temperaturinterwall von 15°—30°.

Weit grössere Unterschiede als die Kohlensäureausscheidung zeigt die Wasserdampfausscheidung. Das untere Maximum entsprach bei der Versuchsperson 888 g Wasserdampfabgabe für den Tag, das Minimum 456, das obere Maximum 2688 g.

Die Steigerung der Wasserverdunstung bei niedriger Temperatur wird dadurch erklärt, dass die steigende CO_2-Ausathmung den Athem beschleunigt und vertieft, und die Trockenheit der Kleidungsluft sowie die Grösse der natürlichen Kleidungsventilation einen Zuwachs erhalten, wodurch die Hautathmung vermehrt wird. Bei den hohen Temperaturen wird die Vermehrung der Wasserdampfausscheidung fast ausschliesslich durch die lebhafte Hautathmung bedingt.

Die Beobachtungen bei wechselnder Bekleidungsweise ergaben, dass in der Sommerkleidung und ohne Hut die Temperatur von 12 bis 13° auf die Dauer viel zu niedrig war; es stellte sich ausser dem Gefühl eisiger Kälte gegen Ende des Versuches Zittern und Schütteln ein. Auch die Winterkleidung befriedigte nicht vollständig; ein gewisses Gefühl der Kühle wurde die Versuchsperson nicht los, dagegen fühlte sie sich im Pelz ungemein behaglich und warm. Die Kohlensäureausscheidung fiel bei zunehmender Kleidung. Der Wasserdampf sank zunächst mit zunehmender Bekleidung ab, weil die Athmung sich änderte, die Person durch die Bekleidung in eine höhere Umgebungstemperatur versetzt wurde und so dem Maximum der Wasserdampfausscheidung sich näherte. Bei Pelzankleidung nahm die Wasserdampfausscheidung in Folge der verstärkten, wärmenden Wirkung der Kleidung sehr erheblich wieder zu.

Die Einwirkung hoher Temperaturen auf nackte und bekleidete Personen ergab Folgendes: Bei 12—15° trat bei der bekleideten Person unangenehmes Kältegefühl und Zittern ein, das sich besonders gegen Ende der Versuche jedes Mal geltend machte. Bei 24—26° hatte die Person weder Wärme- noch Kältegefühl, schon bei 27° trat gelegentlich Stirnschweiss auf, der dann bei 32—34° regelmässig und verstärkt erschien, ohne jedoch abzulaufen. Die Verdunstung war nicht gestört oder unterdrückt.

Temperaturen von 23—26° entsprachen bei nackten Personen nicht ganz dem intensiven Kältegefühl im leichtbekleideten Zustand bei 12—13°. Von 33° ab war auch bei Nackten die Absonderung von Schweiss ganz unzweifelhaft erhöht, wenn schon dieser ohne Schwierigkeit verdunstete.

Bei Sommerkleidung nimmt von 12—33° die Kohlensäureausscheidung ab. Die Wasserdampfausscheidung fällt zunächst bei 26—27° unter die bei 12° beobachtete Zahl und steigt dann erheblich bei 33—34°.

Bei den Versuchen ohne Kleidung zeigt sich beim Steigen von 26° auf 34° eine kleine Zunahme der Kohlensäure- und eine starke Zunahme der Wasserdampfabgabe. Bei 26° lässt sich erkennen, dass die bessere Erwärmung der Versuchsperson durch die Kleidung den Wasserdampf vermehrt. Bei 33° dagegen verdunstet die freie Haut mehr als die bekleidete, weil die Kleidung durch Minderung der Luftzirkulation und Zunahme von relativer Feuchtigkeit

durch Stauung der Kleidungsluft ein Hinderniss für Verdunstung und für vermehrte Ausscheidung darstellt.

Den drei verschiedenen Zuständen thermischer Behaglichkeit entsprachen bei Verfassers Versuchen folgende Zahlen für absolute Ruhe:

Temperatur 12°:	Pelzbekleidung	23,6 CO_2	pro Stunde,	63	H_2O	pro Stunde,
„ 25°:	Sommerkleidung	26,6 „	„	53	„	„
„ 33°:	Nackt	27,1 „	„	103	„	„

Zu beachten ist die lebhafte Verdunstung, die die freie Zirkulation und die direkte Berührung der Haut durch den Luftstrom verursachen. Schliesslich prüfte Verfasser noch die Wirkung des Alkoholgenusses bei verschiedenen Temperaturen. Es stellte sich heraus, dass die Ertragbarkeit der niederen Temperaturen bei Alkoholgenuss erheblich wächst. Während die Versuchsperson in Sommerkleidung bei 10—12° gewöhnlich fror und zwar besonders stark in trockener Luft, empfand sie bei 12° und 71% relativer Feuchtigkeit immer behagliche Wärme und in trockener Luft nur zuweilen noch schwaches Frösteln. Sowohl in trockener, wie auch in feuchter Luft nimmt die Wasserdampfabgabe unter dem Einfluss des Alkohols zu. Trotz grösserer Wasserverdunstung war bei Alkoholgenuss das Kältegefühl vermindert.

Bei Versuchen mit Alkohol und Parallelversuchen ohne Alkohol stellte sich bei hohen Temperaturen heraus, dass das Hitzegefühl durch den Alkohol gewiss nicht vermehrt wurde. Dagegen zeigte sich unter der Wirkung des Alkohols eine deutliche Vermehrung der Wasserdampfabgabe. Verfasser meint, dass diese mit einer Zunahme der Zersetzung der Wärmebildung Hand in Hand gehe, die sich höchstwahrscheinlich aus der Steigerung der Kohlensäureabgabe ableiten lasse. Zugleich begünstige der der Haut zufallende lebhafte Blutstrom die Entwärmung. Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers für Infektionsstoffe. Von Dr. Taav. Laitinen, Dozent der Bakteriologie in Helsingfors. Aus dem hygienischen Institut der Universität Halle a. S. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1900, XXXIV. Bd., H. 2.

Während der letzten Jahre hat sich zweifellos in der ärztlichen Beurtheilung und Werthschätzung des Alkohols ein langsamer, aber sicherer und entscheidender Umschwung vollzogen; denn seinen Nimbus als Allheilmittel hat er auf Grund zahlreicher Untersuchungen und Erfahrungen allmählich verloren und sich immer mehr die Ansicht Bahn gebrochen, dass der Alkohol für den menschlichen oder thierischen Körper stets ein mehr oder minder gefährliches Gift sei, und alle seine vermeintlichen Vorzüge und Erfolge um einen ausserordentlich theueren Preis erkauft werden müssten. Diese Erkenntniss ist von ganz besonderem Werth im Hinblick auf die häufige Verwendung des Alkohols in der Praxis der Infektionskrankheiten, da erfahrungsgemäss durch Giftstoffe die Empfänglichkeit des thierischen Organismus für die verschiedensten Infektionserreger in mehr oder minder beträchtlichem Masse erhöht und seine natürliche Widerstandskraft gegenüber den pathogenen Bakterien vermindert wird. Inwieweit auch dem Alkohol eine derartige Wirkung zugeschrieben ist, darüber liegen bisher nur verhältnissmässig geringe Untersuchungen vor; Verfasser hat sich daher der Mühe unterzogen, die Einwirkung des Alkohols auf die Empfänglichkeit der Thiere gegenüber Infektionsstoffen einer erneuten und eingehenden Prüfung zu unterziehen.

Als Versuchsthiere dienten Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen, Hühner und Tauben, im Ganzen 342 Stück. Zur Infektion wurden verwandt: Milzbrandbazillen, Tuberkelbazillen und Diphtherietoxin, um je ein Beispiel für eine akute Infektion, für eine chronische Infektion und für eine reine Intoxikation verwerthen zu können. Der Alkohol kam als reiner absoluter Aethylalkohol in 25 proz. Verdünnung (mit Leitungswasser) zur Anwendung; nur bei grösseren Hunden wurde zuweilen eine 50 proz. Lösung benutzt, um die Menge der einzuführenden Flüssigkeit zu beschränken. Die einzelne Dosis, welche die verschiedenen Thiere ohne Schaden vertrugen, belief sich bei Hunden auf 5—60, bei Kaninchen auf 5—10, bei Hühnern auf 2,5—5, bei Meerschweinchen auf 2,5, bei Tauben auf 1,5 ccm reinen, absoluten Alkohols je nach Grösse und Körpergewicht der einzelnen Stücke. Die Verabfolgung geschah theils vor,

theils nach der Infektion entweder in der Form einer einmaligen bezw. einiger weniger starken Dosen, oder aber in immer wiederholten, über längere Zeit, Wochen und Monate hin, fortgesetzten und allmählich steigenden Gaben, um eben eine akute oder eine chronische Vergiftung hervorzurufen.

Das Ergebniss der Untersuchungen war Folgendes: Der Alkohol bewirkt unter allen Umständen eine deutliche und meist recht erhebliche Steigerung der Empfänglichkeit, der Disposition des thierischen Körpers für künstliche Infektionen, sei es, dass er nur vor, oder nur nach, oder vor und nach Bewerkstelligung der letzteren, sei es, dass er in wenigen grossen, oder in zahlreichen, über längere Zeit fortgesetzten kleineren Dosen verabfolgt wird, sei es, dass es sich um akute, oder chronische, oder um reine Intoxikationen handelt. Dieser begünstigende Einfluss des Alkohols auf den Verlauf der verschiedenen krankhaften Prozesse giebt sich zu erkennen entweder darin, dass die Affektion bealkoholisirten Thieren den Tod herbeiführt, die Vergleichsthiere dagegen unberührt lässt, oder darin, dass doch wenigstens der verhängnissvolle Ausgang eine mehr oder minder beträchtliche Beschleunigung erfährt. Auffallend waren die beträchtlichen Schwankungen und Differenzen der individuellen Empfindlichkeit, die die Angehörigen der gleichen Thierart, ja sogar des gleichen Wurfes, Stücke von ganz demselben Alter, Gewicht, Geschlecht und Ernährungszustand dem Alkohol gegenüber an den Tag legten. Mengen, die einige Thiere fast ohne jede erkennbare Reaktion ertrugen, riefen bei anderen schwere Trunkenheit und eine viele Stunden dauernde Betäubung hervor. Interessant war ferner, dass die von alkoholisirten (etwa von Beginn der Schwangerschaft an längere Zeit mit grösseren oder geringeren Dosen Alkohol behandelten) Müttern stammenden Jungen, wenn sie nicht, wie dies meist der Fall war, vor dem zehnten Tage wieder zu Grunde gingen, eine deutliche Erhöhung der Empfindlichkeit gegen das Diphtherietoxin zeigten im Vergleich mit ebenso alten, aber nicht von mit Alkohol behandelten Müttern herrührenden Thieren.

Aus diesen Befunden einen Rückschluss auf die Verhältnisse beim Menschen zu thun, wird man sich allerdings hüten müssen, da die Wirkungen eines Giftes erfahrungsgemäss den einzelnen Arten und Individuen gegenüber die grössten Unterschiede zeigen. Immerhin wird aber nach Ansicht des Verfassers die Schlussfolgerung nicht ungerechtfertigt und voreilig erscheinen, dass die Verwendung des Alkohols bei der Behandlung infektiöser Erkrankungen des Menschen in den Untersuchungsergebnissen mindestens keine Stütze findet. Rpd.

Ueber die Desinfektion der tuberkulösen Sputa in Wohnräumen. Von Dr. Donato Ottolenghi, Assistent am Institut für allgemeine Pathologie der Universität Turin. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1900, XXXIV. Bd., H. 2.

Verfasser hat sich zu seinen Versuchen morgendlicher, an Tuberkelbazillen sehr reicher Auswürfe bedient, als Desinfektionsmittel sind Sublimat-, Lysol- und Formalinlösungen, sowie Kalkmilch und Chlorkalk benutzt. Es ergab sich, dass sowohl die einfachen, als die mit verschiedenen Mengen von Chlornatrium oder Salzsäure versetzten 5, 7,5 oder 8‰igen Sublimatlösungen in gewöhnlichem Wasser, ebenso wie die 10%igen Lysollösungen, auf eingetrocknete tuberkulöse Sputa gespritzt, diese mit Sicherheit zu desinfiziren vermögen, während 10%ige Kalkmilch, 10%ige Formalinlösung, filtrirter, in der Proportion von 1 : 120 bereiteter Chlorkalk oder ebenfalls filtrirter 10%iger Chlorkalk, unter der Form von Pulverisationen angewendet, keine desinfizirende Wirkung auf eingetrocknete tuberkulöse Sputa haben, nur der 10%ige Chlorkalk scheint die Virulenz der Sputa etwas abzuschwächen. Zu beachten ist ferner, dass einfache Sublimatlösungen mit dem Altwerden an Wirksamkeit abnehmen. Betreffs der Befürchtungen, die gegen das Sublimat als Desinfektionsmittel von Räumen wegen seiner Giftigkeit gehegt werden, stimmt Verfasser mit der auf dem jüngsten Kongress der italienischen Hygieniker in Como allseitig vertretenen Ansicht überein, dass diese Desinfektionsmethode, so lange nicht zahlreiche und zuverlässige neue, das Gegentheil beweisende Beobachtungen vorliegen, wegen der vermeintlichen Vergiftungsgefahr nicht vom öffentlichen Gebrauche ausgeschlossen werden könne. Rpd.

Gewinnung und Absatz von frischer, tuberkelbazillenfreier Trinkmilch (Eismilch). Von Ingenieur Wilhelm Heim-Berlin. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. XXXII, H. 3, S. 446—459.

Die Bedeutung der Milch als Nahrungsmittel, auch für Erwachsene ist allseitig anerkannt; der Verbrauch würde aber wesentlich steigen, wenn es möglich wäre, ihr mehr Wohlgeschmack zu ertheilen, und wenn die Konsumenten sie ohne Ansteckungsgefahr frisch gewinnen könnten. Eine einwandfreie Ueberwachung der Milch durch Aerzte und Hygieniker ist zur Zeit nicht möglich, da bei der gegenwärtigen Lieferungsart zwischen Gewinnen und Verbrauch des Produkts, nach vielleicht längerem Bahntransporte, nur etwa sechs Stunden vergehen; wäre es möglich, diese Zwischenzeit auf etwa 24 Stunden zu verlängern, so liesse sich eine hygienische Kontrole ebenso durchführen, wie die des Fleisches in den städtischen Schlachthäusern. Milch in frischem Zustande längere Zeit zu erhalten, ist möglich durch Einwirkung von Kälte, sie einwandsfrei in Bezug auf die pathogenen Keime herzustellen — durch Pasteurisiren. In Dänemark, das durch seine Milchwirthschaft berühmt ist, kam der Ingenieur Casse auf den Gedanken, die Milch in gefrorenem Zustande zu versenden. Die Versuche missglückten zunächst, weil beim Frieren sich das Butterfett theilweise in freien Flocken ausschied; endlich fand er das richtige Verfahren darin, dass er der Milch nur kleinere Portionen für sich ausgefrorener Milch zusetzte, was sich so sehr bewährte, dass derartig versandte Milch noch nach sechs Wochen in London verkauft werden konnte. Die Kosten waren jedoch sehr hohe. Für deutsche Verhältnisse ist das Verfahren überflüssig; hier genügt es, die Waare so zu behandeln, dass sie sich drei bis vier Tage lang hält. Verfasser, der seit zwanzig Jahren in der milchwirthschaftlichen Technik beschäftigt ist, und auch an den Verhandlungen theilgenommen hat, die im Jahre 1898 auf Veranlassung der betheiligten preussischen Ministerien im landwirthschaftlichen Ministerium stattgefunden haben, hat auf Grund dieser Erwägungen in Rheineberg einen vollständig neuen Betrieb eingerichtet, durch den er mit verhältnissmässig geringen Mitteln den Zweck, durch Pasteurisiren und Kältewirkung längere Zeit frisch erhaltene Milch nach Berlin zu liefern, vollständig erreicht zu haben glaubt. An der Hand beigefügter Zeichnungen schildert er ausführlich das von ihm erdachte Verfahren, das sowohl für Voll- wie Magermilch Anwendung findet. Die Anstalt wurde von einer Ministerialkommission eingehend besichtigt, die sich auch davon überzeugte, dass die wieder aufgethaute Milch nach Ansehen und Geschmack völlig normal geblieben war. Als Beweis für Letzteres wird auch angeführt, dass Verfasser einige Flaschen solcher Milch auf einer Reise in's Ausland mit sich geführt und nach zwölfstündiger Bahnfahrt an einem heissen Tage Fachleute zum Kochen gegeben hat, die sie wohlschmeckender, als die landesübliche fanden, trotzdem sie bereits vor 60 Stunden gemolken und die Flaschen während der Beförderung nur lose verdeckt waren.

Die Einrichtungen für die neue Art der Milchversorgung müssen sich streng an die örtlichen Verhältnisse halten. In kleinen Städten, wo Milcherzeugung und -absatz dicht zusammenliegen, ist eine zentrale Behandlungsstelle für die Milch zu schaffen; in grösseren Orten sind in gesellschaftlicher Verbindung mit dem Zentralbetriebe neben diesem kleine Behandlungsstellen einzurichten; in Grossstädten endlich wird man die Milchbehandlung überhaupt nur auf Aussenstationen vornehmen müssen, während einige Innenstationen nöthig sind, die das Umfüllen der Milch in Flaschen oder sonstige Gefässe unter Kontrole ausführen. Für letztere Zwecke empfiehlt es sich, Gesellschaften zu bilden, die die einzelnen Genossenschaften der Produzenten und Händler, Gönner gemeinnütziger Bestrebungen und vielleicht auch die Stadtgemeinden umfassen. Die Aufgabe einer derartigen Gesellschaft würde sein, die Kontrolbeamten für die ausserhalb der Städte gelegenen Produktionsstätten zu halten und die geschilderten Innenstationen zu schaffen. Bedeutende Kapitalien sind hierzu nicht erforderlich und könnten leicht zinstragend gemacht werden.

Die wirthschaftliche und hygienische Bedeutung des neuen Verfahrens der städtischen Milchversorgung ist klar. Dr. Glogowski-Görlitz.

Experimentelle Beiträge zur Untersuchung über die Marktmilch. Von Prof. Dr. Max Beck-Berlin. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; XXXII. Bd., H. 3, S. 430–446.

Den vom Verfasser angestellten Experimenten lag eine dreifache Aufgabe zu Grunde:

1. die Untersuchung der im Handel befindlichen Milch auf die Verunreinigung mit pathogenen Bakterienkeimen, vorzugsweise auf Tuberkelbazillen;
2. die Frage, ob die Vernichtung dieser Keime, besonders der Tuberkelbazillen, durch ein einmaliges Aufwellen der Milch allein schon möglich, oder ob ein längeres Kochen nothwendig ist, sowie
3. die Frage, welche der im Haushalte am meisten gebräuchlichen Geschirre sich am besten zum Kochen der Milch eignen.

Die Untersuchungen wurden im Institute für Infektionskrankheiten in Berlin ausgeführt und erstreckten sich auf 56 Proben von Milch verschiedener Herkunft. Auf der einen Seite war es die gewöhnliche, aus den Milchkellern bezogene, mehr oder weniger mit Wasser verdünnte Milch, auf der anderen die für Ernährung von Kindern und Kranken dienende sogenannte Kindermilch; zum Theil stammte die Milch aus grossen, mit allem Raffinement und den neuesten Pasteurisirungsapparaten ausgerüsteten Molkereien, zum Theil aus der Wirthschaft des mit der Milch von einigen selbstgezogenen Rindern zu Markt fahrenden Händlers. Es wurden also so ziemlich alle Sorten von Milch, welche in Berlin auf den Markt kommen, untersucht. Die Milch wurde in unauffälliger Weise in gut sterilisirten Gefässen durch zuverlässige Mittelpersonen bezogen und sofort zur Untersuchung verwendet. Zum Kochen wurden Geschirre aus Blech, Thon und emaillirte Töpfe benutzt.

In Bezug auf die Versuchsanordnungen verweisen wir auf die Originalabhandlung. Das Resultat der Untersuchungen fasst der Autor dahin zusammen:

1. In einer grösseren Anzahl Proben der käuflichen Berliner Marktmilch sind pathogene Bakterien enthalten; frei davon ist durchschnittlich nur der fünfte Theil etwa. In Betracht kommen vor Allem als gesundheitsschädlich Streptokokken und Tuberkelbazillen in 62 resp. 30 Prozent der Proben.
2. Ein einmaliges Aufkochen (Aufwallenlassen) genügt nicht, um sämmtliche Keime in der Milch zu zerstören. Die Streptokokken werden dadurch schon vernichtet; um aber die Tuberkelbazillen abzutödten, ist ein mindestens drei Minuten langes Kochen der Milch nothwendig. Um ein Ueberkochen resp. Anbrennen der Milch zu verhüten, muss die Milch vom Moment des Aufwallens an umgerührt werden.
3. Zum Kochen der Milch empfehlen sich am besten irdene Kochgefässe.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Ueber Milch und Milchregulative. Von Privatdozent Dr. Arthur Schlossmann in Dresden. Deutsche med. Wochenschrift; 1900, Nr. 29 u. 30.

In den grossstädtischen Milchregulativen spielt mit Recht die Festsetzung eines Mindestfettgehaltes eine Hauptrolle. Dresden, Leipzig, Zürich, und Basel verlangen 3%, Worms und Mainz 2,8%, Aachen, Barmen, Berlin, Düsseldorf, Hamburg und Elberfeld 2,7%, Krefeld 2,5%. Da der Durchschnittsfettgehalt der Kuhmilch nach Kirchner 3,4% beträgt, so stellen diese Zahlen keine übertriebenen Forderungen dar. In der That ist denn auch in Dresden, über dessen Milchverhältnisse Verfasser näher berichtet, durch das Milchregulativ ohne Weiteres erreicht worden, dass die Marktmilch durchgehends mindestens 3% Fett enthält. Unter 7482 im Jahre 1898 untersuchten Milchproben blieb der Fettgehalt nur bei 179 unterhalb dieser Höhe. Trotzdem hat jetzt das Königlich sächsische Ministerium des Innern auf Klagen der Landwirthe hin verodnet, dass bei Erlass von Milchregulativen die Zulässigkeit des Handels mit „Vollmilch“ nicht von einem bestimmten Fettgehalt oder spezifischen Gewicht abhängig gemacht werden darf. Die Verordnung gestattet nur, event. vorzuschreiben, dass „Vollmilch“, welche einen gewissen Fettgehalt oder ein gewisses spezifisches Gewicht nicht hat, nur unter entsprechender Deklaration verkauft werden darf. Unter „Vollmilch“ versteht die Verordnung eine Milch, der nichts hinzugefügt und nichts weggenommen ist, und die auch sonst nicht verändert ist. Diese Bestimmungen der Verordnung sind vom hygienischen

Standpunkte durchaus nicht zu billigen. Es lässt sich nicht nur im Eimer, sondern durch entsprechende Fütterung (stark gesalzenen Futters) ebenso gut im Euter Milch panschen. Ein Zwang, den Fettgehalt einer minderwerthigen Milch zu deklariren, hilft nichts. Das Volk wird sich nicht an die ihm unverständliche, noch dazu täglich wechselnde Zahl, sondern an die Bezeichnung „Vollmilch" halten und im Glauben, eine vollwerthige Milch zu erwerben, eine minderwerthige erhalten. Dazu kommt noch etwas anderes. Der Fettgehalt der Milch hängt u. A. auch von der Rasse der Kühe ab. Wenn es nun auf den Fettgehalt nicht mehr so viel ankommen soll, so wird der Landwirth Rassen wählen, die eine fettarme aber desto reichlichere Milch geben. Das sind die Niederungsrassen. Diese neigen aber in der Regel weit mehr zur Tuberkulose als die Gebirgsrassen, die eine weniger reichliche, aber gute, fette Milch geben. Das Verbot der Festsetzung eines Mindestgehaltes nimmt der Hygiene daher eine Waffe, deren sie im Kampfe gegen die Tuberkulose dringend bedarf. Dass die Forderung eines Mindestgehaltes von 3% nicht Unmögliches verlangt, geht aus der Thatsache hervor, dass viele Molkereien, die hauptsächlich das Buttern betreiben und deshalb ihren Lieferanten die Milch nicht nach Litern, sondern nach der Menge des gelieferten Fettes bezahlen, dadurch einen Mindestgehalt von 3,5% in der gelieferten Milch erreichen.

Zum Schlusse theilt Verfasser den Entwurf von Vorschriften mit, welche Dresden über Gewinnung, Aufbewahrung und Beförderung solcher Milch zu erlassen beabsichtigt, die als „Kindermilch" oder unter ähnlicher Bezeichnung verkauft werden soll. Dr. Hellwig-Halle a. S.

Die Bedeutung des Milch-Thermophors für die Säuglingsnahrung. Von Dr. Erwin Bobrack in Breslau. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1900, XXXIV. Bd., H. 3.

Die Aufgabe, Kindermilch für einen künstlich ernährten Säugling warm konserviren zu müssen, tritt oft an Mütter und Pfleger heran. Bald soll das Kind über eine Mahlzeit hinaus im Freien bleiben, bald lässt es sich nicht umgehen, den Säugling auf Reisen mitzunehmen, bald ist es im Hause, wie z. B. zur Nachtzeit, unbequem, eine Flasche Milch besonders anzuwärmen. Die von dem Publikum zur Erreichung dieses Zweckes ersonnenen verschiedenen Methoden (Einwickeln der Milchflasche in wollene Tücher, Einstellen derselben in ein durch eine Nachtlampe warm gehaltenes Wasserbad u. s. w.) sind an sich recht praktisch, hygienisch aber insofern ungemein bedenklich, als sie im schroffen Gegensatz stehen zu der als richtig und nöthig anerkannten Vorschrift, die partiell sterilisirte Milch so schnell als möglich herunterzukühlen und dauernd auf niederer Temperatur zu halten. Diesem Grundsatz widerspricht somit auch der das Warmhalten der Milch für mehrere Stunden bezweckende, von der Deutschen Thermophor-Gesellschaft in Berlin (Friedrichstrasse 56) in den Handel gebrachte Milch-Thermophor, ein Metalleimer mit doppelten Wandungen, zwischen die eine krystallinische, im Wesentlichen aus unterschwefligsaurem Natron mit einem Zusatz von essigsaurem Natron bestehende Salzmasse eingefüllt wird. Verfasser hat nun verschiedene Versuche in Bezug auf die Gebrauchs- und Leistungsfähigkeit dieses neuen Apparates namentlich auch mit Rücksicht auf seine sterilisirende und keimabtödtende Wirkung den Tuberkelbazillen gegenüber angestellt und kommt auf Grund derselben zu dem Schluss, dass der Milch-Thermophor als ein neues, wesentliches Hülfsmittel für die Säuglingsernährung anzusehen ist, da man durch ihn einmal in bequemster Weise Kindermilch trinkwarm vorräthig halten kann, ohne eine sonst nur durch Aufbewahrung der Milch im Eisschrank vermeidbare Gefahr befürchten zu müssen, und anderseits ohne Anwendung von Siedetemperaturen mit möglichst niedrigen Temperaturen eine sichere Abtödtung zahlreicher saprophytischer und vor allem der pathogenen Mikroorganismen erreicht. Der Geschmack der so pasteurisirten Milch steht dem der rohen Milch näher, als der bei höheren Graden pasteurisirten und ist von dem der gekochten deutlich verschieden. Das Ideal eines Hauspasteurisirapparates is der Thermophor allerdings nicht; denn dazu ist er, wenn man für genügend Milchflaschen Raum haben will, zu theuer; ausserdem vermag er seine Wärme noch nicht lange genug zu halten. Rpd.

Ueber Indigestionen bei Schlachtthieren in ihren Beziehungen zur sanitätspolizeilichen Beurtheilung des Fleisches. Von Amtsthierarzt Noack in Dresden. Deutsche thierärztliche Wochenschr.; 1900, Nr. 18, S. 153.

Verfasser hat auf dem Schlacht- und Viehhofe in Dresden eine grössere Reihe von Fällen, insbesondere bei Rindern, beobachtet, bei denen durch eine Belastung der Mägen mit abnorm reichlichem oder schwer verdaulichem Futter eine Kreislaufstörung entstanden war, die ihrerseits Kollaps und bei der erforderlichen Nothschlachtung ungenügende Ausblutung zur Folge gehabt hatte. Infolge dieser ungenügenden Ausblutung war ausser den inneren Organen auch das Fleisch abnorm blutreich, deshalb leicht zersetzlich und musste daher der Freibank überwiesen werden. Ausser dieser sanitätspolieizlichen Seite hat die Frage auch eine rechtliche Bedeutung, da manche Schlachtviehversicherungsgesellschaften in solchen Fällen, wo die Nothwendigkeit der Freibanküberweisung durch Ueberfütterung verursacht ist, keine Entschädigung zahlen. Das thierärztliche Gutachten stützt sich dabei nicht allein auf eine Ueberschreitung des durchschnittlichen Gewichtsverhältnisses (von 21 %, wie Verfasser festgestellt hat) zwischen gefülltem Magen und Schlachtgewicht, da dies Verhältniss immer grossen Schwankungen unterliegt, sondern gegebenenfalls auch auf eine abnorm feste und trockene Beschaffenheit des Mageninhaltes und auf den Zustand der Magenschleimhäute, welche in den Vormägen vielfach Erweichung und entzündliche Röthung, im Labmagen schwärzlich verschorfte Erosionen aufweisen. Dr. Hellwig-Halle a. S.

Besprechungen.

Lehmann's Handatlanten.

1. **Prof. Dr. H. Helferich** in Kiel: **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen.** VIII. Band der Atlanten. Mit 79 Tafeln und 158 Figuren im Text von Maler B. Keilitz. 5. verbesserte und vermehrte Auflage. München 1901. Kl. 8°, 316 Seiten Text. Preis: geb. 12 Mark.
2. **Prof. Dr. O. Bollinger** in München: **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie.** XI. und XII. Band der Atlanten. Mit 82 bezw. 72 farbigen Abbildungen auf 72 bezw. 62 Tafeln nach Originalen von Maler A. Schmitson und 32 bezw. 19 Textabbildungen. 2. stark vermehrte Auflage. München 1901. Kl. 8°, 223 bezw. 173 Seiten Text. Preis: geb. je 12 Mark.
3. **Dr. O. Zuckerkandl,** Privatdozent in Wien: **Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre.** XVI. Band der Atlanten. Mit 40 farbigen Tafeln und 278 Abbildungen im Texte. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. München 1901. Kl. 8°, 416 Seiten Text. Preis: geb. 12 Mark.
4. **Dr. A. Lüning** und **Dr. W. Schulthess,** Privatdozenten in Zürich: **Atlas der orthopädischen Chirurgie.** XXIII. Band der Atlanten. Mit 16 farbigen Tafeln und 366 Abbildungen im Text. München 1901. Kl. 8°, 610 Seiten Text. Preis: geb. 15 Mark.

Von den vorliegenden Atlanten sind die unter 1—3 genannten, von Helferich, Bollinger und Zuckerkandt bearbeiteten, in neuer Auflage erschienen. Alle drei Verfasser haben sich bemüht, auf ihren Spezialgebieten nicht die seltenen, sondern gerade die in der Praxis am häufigsten und demgemäss für den praktischen Arzt wichtigsten Fälle in Wort und Bild so verständlich als möglich darzustellen, während die Verlagsbuchhandlung keine Mühe und Kosten gespart hat, um mit Hülfe vorzüglicher Maler Tafeln mit Abbildungen herstellen zu lassen, die in Bezug auf Feinheit der Ausführung, Naturtreue und Schönheit ihres Gleichen suchen. Dabei bietet der verbindende Text in allen drei Werken einen kurzgefassten, aber doch alles Wichtige erschöpfenden Grundriss des betreffenden Spezialgebietes dar, der

Standpunkte durchaus nicht zu billigen. Es lässt sich nicht nur im Eimer, sondern durch entsprechende Fütterung (stark gesalzenen Futters) ebenso gut im Euter Milch panschen. Ein Zwang, den Fettgehalt einer minderwerthigen Milch zu deklariren, hilft nichts. Das Volk wird sich nicht an die ihm unverständliche, noch dazu täglich wechselnde Zahl, sondern an die Bezeichnung „Vollmilch" halten und im Glauben, eine vollwerthige Milch zu erwerben, eine minderwerthige erhalten. Dazu kommt noch etwas anderes. Der Fettgehalt der Milch hängt u. A. auch von der Rasse der Kühe ab. Wenn es nun auf den Fettgehalt nicht mehr so viel ankommen soll, so wird der Landwirth Rassen wählen, die eine fettarme aber desto reichlichere Milch geben. Das sind die Niederungsrassen. Diese neigen aber in der Regel weit mehr zur Tuberkulose als die Gebirgsrassen, die eine weniger reichliche, aber gute, fette Milch geben. Das Verbot der Festsetzung eines Mindestgehaltes nimmt der Hygiene daher eine Waffe, deren sie im Kampfe gegen die Tuberkulose dringend bedarf. Dass die Forderung eines Mindestgehaltes von 3% nicht Unmögliches verlangt, geht aus der Thatsache hervor, dass viele Molkereien, die hauptsächlich das Buttern betreiben und deshalb ihren Lieferanten die Milch nicht nach Litern, sondern nach der Menge des gelieferten Fettes bezahlen, dadurch einen Mindestgehalt von 3,5% in der gelieferten Milch erreichen.

Zum Schlusse theilt Verfasser den Entwurf von Vorschriften mit, welche Dresden über Gewinnung, Aufbewahrung und Beförderung solcher Milch zu erlassen beabsichtigt, die als „Kindermilch" oder unter ähnlicher Bezeichnung verkauft werden soll. Dr. Hellwig-Halle a. S.

Die Bedeutung des Milch-Thermophors für die Säuglingsnahrung. Von Dr. Erwin Bobrack in Breslau. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1900, XXXIV. Bd., H. 3.

Die Aufgabe, Kindermilch für einen künstlich ernährten Säugling warm konserviren zu müssen, tritt oft an Mütter und Pfleger heran. Bald soll das Kind über eine Mahlzeit hinaus im Freien bleiben, bald lässt es sich nicht umgehen, den Säugling auf Reisen mitzunehmen, bald ist es im Hause, wie z. B. zur Nachtzeit, unbequem, eine Flasche Milch besonders anzuwärmen. Die von dem Publikum zur Erreichung dieses Zweckes ersonnenen verschiedenen Methoden (Einwickeln der Milchflasche in wollene Tücher, Einstellen derselben in ein durch eine Nachtlampe warm gehaltenes Wasserbad u. s. w.) sind an sich recht praktisch, hygienisch aber insofern ungemein bedenklich, als sie im schroffen Gegensatz stehen zu der als richtig und nöthig anerkannten Vorschrift, die partiell sterilisirte Milch so schnell als möglich herunterzukühlen und dauernd auf niederer Temperatur zu halten. Diesem Grundsatz widerspricht somit auch der das Warmhalten der Milch für mehrere Stunden bezweckende, von der Deutschen Thermophor-Gesellschaft in Berlin (Friedrichstrasse 56) in den Handel gebrachte Milch-Thermophor, ein Metalleimer mit doppelten Wandungen, zwischen die eine krystallinische, im Wesentlichen aus unterschwefligsaurem Natron mit einem Zusatz von essigsaurem Natron bestehende Salzmasse eingefüllt wird. Verfasser hat nun verschiedene Versuche in Bezug auf die Gebrauchs- und Leistungsfähigkeit dieses neuen Apparates namentlich auch mit Rücksicht auf seine sterilisirende und keimabtödtende Wirkung den Tuberkelbazillen gegenüber angestellt und kommt auf Grund derselben zu dem Schluss, dass der Milch-Thermophor als ein neues, wesentliches Hülfsmittel für die Säuglingsernährung anzusehen ist, da man durch ihn einmal in bequemster Weise Kindermilch trinkwarm vorräthig halten kann, ohne eine sonst nur durch Aufbewahrung der Milch im Eisschrank vermeidbare Gefahr befürchten zu müssen, und anderseits ohne Anwendung von Siedetemperaturen mit möglichst niedrigen Temperaturen eine sichere Abtödtung zahlreicher saprophytischer und vor allem der pathogenen Mikroorganismen erreicht. Der Geschmack der so pasteurisirten Milch steht dem der rohen Milch näher, als der bei höheren Graden pasteurisirten und ist von dem der gekochten deutlich verschieden. Das Ideal eines Hauspasteurisirapparates is der Thermophor allerdings nicht; denn dazu ist er, wenn man für genügend Milchflaschen Raum haben will, zu theuer; ausserdem vermag er seine Wärme noch nicht lange genug zu halten. Rpd.

Ueber Indigestionen bei Schlachtthieren in ihren Beziehungen zur sanitätspolizeilichen Beurtheilung des Fleisches. Von Amtsthierarzt Noack in Dresden. Deutsche thierärztliche Wochenschr.; 1900, Nr. 18, S. 153.

Verfasser hat auf dem Schlacht- und Viehhofe in Dresden eine grössere Reihe von Fällen, insbesondere bei Rindern, beobachtet, bei denen durch eine Belastung der Mägen mit abnorm reichlichem oder schwer verdaulichem Futter eine Kreislaufstörung entstanden war, die ihrerseits Kollaps und bei der erforderlichen Nothschlachtung ungenügende Ausblutung zur Folge gehabt hatte. Infolge dieser ungenügenden Ausblutung war ausser den inneren Organen auch das Fleisch abnorm blutreich, deshalb leicht zersetzlich und musste daher der Freibank überwiesen werden. Ausser dieser sanitätspolieizlichen Seite hat die Frage auch eine rechtliche Bedeutung, da manche Schlachtviehversicherungsgesellschaften in solchen Fällen, wo die Nothwendigkeit der Freibanküberweisung durch Ueberfütterung verursacht ist, keine Entschädigung zahlen. Das thierärztliche Gutachten stützt sich dabei nicht allein auf eine Ueberschreitung des durchschnittlichen Gewichtsverhältnisses (von 21 %, wie Verfasser festgestellt hat) zwischen gefülltem Magen und Schlachtgewicht, da dies Verhältniss immer grossen Schwankungen unterliegt, sondern gegebenenfalls auch auf eine abnorm feste und trockene Beschaffenheit des Mageninhaltes und auf den Zustand der Magenschleimhäute, welche in den Vormägen vielfach Erweichung und entzündliche Röthung, im Labmagen schwärzlich verschorfte Erosionen aufweisen. Dr. Hellwig-Halle a. S.

Besprechungen.

Lehmann's Handatlanten.

1. **Prof. Dr. H. Helferich** in Kiel: **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen.** VIII. Band der Atlanten. Mit 79 Tafeln und 158 Figuren im Text von Maler B. Keilitz. 5. verbesserte und vermehrte Auflage. München 1901. Kl. 8°, 316 Seiten Text. Preis: geb. 12 Mark.
2. **Prof. Dr. O. Bollinger** in München: **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie.** XI. und XII. Band der Atlanten. Mit 82 bezw. 72 farbigen Abbildungen auf 72 bezw. 62 Tafeln nach Originalen von Maler A. Schmitson und 32 bezw. 19 Textabbildungen. 2. stark vermehrte Auflage. München 1901. Kl. 8°, 223 bezw. 173 Seiten Text. Preis: geb. je 12 Mark.
3. **Dr. O. Znokerkandl,** Privatdozent in Wien: **Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre.** XVI. Band der Atlanten. Mit 40 farbigen Tafeln und 278 Abbildungen im Texte. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. München 1901. Kl. 8°, 416 Seiten Text. Preis: geb. 12 Mark.
4. **Dr. A. Lüning** und **Dr. W. Schulthess,** Privatdozenten in Zürich: **Atlas der orthopädischen Chirurgie.** XXIII. Band der Atlanten. Mit 16 farbigen Tafeln und 366 Abbildungen im Text. München 1901. Kl. 8°, 610 Seiten Text. Preis: geb. 15 Mark.

Von den vorliegenden Atlanten sind die unter 1—3 genannten, von Helferich, Bollinger und Zuckerkandt bearbeiteten, in neuer Auflage erschienen. Alle drei Verfasser haben sich bemüht, auf ihren Spezialgebieten nicht die seltenen, sondern gerade die in der Praxis am häufigsten und demgemäss für den praktischen Arzt wichtigsten Fälle in Wort und Bild so verständlich als möglich darzustellen, während die Verlagsbuchhandlung keine Mühe und Kosten gespart hat, um mit Hülfe vorzüglicher Maler Tafeln mit Abbildungen herstellen zu lassen, die in Bezug auf Feinheit der Ausführung, Naturtreue und Schönheit ihres Gleichen suchen. Dabei bietet der verbindende Text in allen drei Werken einen kurzgefassten, aber doch alles Wichtige erschöpfenden Grundriss des betreffenden Spezialgebietes dar, der

sich durch klare, leicht verständliche und sachgemässe Fassung sowohl, als durch sorgfältige Berücksichtigung des jetzigen Standes der Wissenschaft auszeichnet.

Alle die obengenannten Vorzüge besitzt der zum ersten Male erscheinende Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie im vollsten Masse; die beiden Autoren Lüning und Schultheess haben mit demselben ein Werk geschaffen, das so recht aus der Praxis hervorgegangen und wie kein anderes geeignet sein dürfte, dem Studirenden wie dem Arzte eine knappgefasste, alles Wesentliche umfassende, vorzüglich illustrirte Darstellung eines Spezialgebietes zu geben, das sich gerade in den letzten Jahren immer mehr zu einer berechtigten wissenschaftlichen Selbstständigkeit entwickelt hat. Auch hier sind die einzelnen Materien je nach ihrer praktischen Wichtigkeit mehr oder weniger eingehend behandelt und seltenere Affektionen nur der Vollständigkeit wegen aufgeführt.

Der Preis der Atlanten ist, wie dies bereits früher hervorgehoben ist, im Verhältniss zu dem Dargebotenen ein sehr geringer; ihre Anschaffung kann den betheiligten Kreisen nur immer wieder von Neuem empfohlen werden. Auch für die Sachverständigen-Thätigkeit des Arztes auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Unfallversicherung sind besonders die Atlanten von Helferich und Bollinger sehr werthvoll; dasselbe gilt von dem Lüning-Schultheess'schen Atlas, der den ärztlichen Sachverständigen bei Beantwortung der nicht selten an ihn gestellten Fragen, ob bei gewissen Unfallfolgen eine orthopädische Behandlung noch Aussicht auf Erfolg biete und welcher Art diese Behandlung sein müsse, sicherlich nicht im Stich lässt. Rpd.

Dr. W. Weygandt, Privatdozent und Spezialarzt für Nervenkrankheiten in Würzburg: **Die Behandlung idiotischer und imbeziller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung.** Würzburg 1900. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Kl. 8°, 101 Seiten. Preis: 2,50 Mark.

Die W.'sche Arbeit ist für einen etwas weiteren Kreis bestimmt, insbesondere soll sie dem Pädagogen, der sich mit dem Unterricht Schwachsinniger zu beschäftigen hat, die Ansichten der Irrenarztes vermitteln. Neue pathologisch-anatomische oder klinische Gesichtspunkte finden sich daher nicht in dem Buche. W. theilt die Idioten in bildungsfähige und bildungsunfähige; er unterscheidet eine erethische und energetische Form. Als Imbezille bezeichnet er mit Livli solche Schwachsinnige, die keine groben Störungen der Sensibilität und Mobilität, speziell der Sprache bieten. Die Behandlung, die ohne Erfolg auch auf chirurgischem Wege versucht wurde, bietet zahlreiche symptomatische Gesichtspunkte. W. hat zum Schluss ein Verzeichniss von sämmtlichen deutschen Idiotenanstalten zusammengestellt, aus dem hervorgeht, dass die Betheiligung der Aerzte an Behandlung und Pflege dieser Kranken noch recht gering ist. Auch die Anzahl der Schulen für Schwachsinnige, zur Zeit etwa 53 mit 4300 Schülern, entspricht noch nicht dem Bedürfniss; nach W.'s Berechnung dürften etwa 35000 Zöglinge dieser Art vorhanden sein. Es wäre zu wünschen, dass das Interesse, das augenblicklich an den zuständigen Stellen den Taubstummen zugewendet wird, sich auch bald auf die bildungsfähigen Idioten erstrecken möchte, die ebenfalls einer ernsten Fürsorge bedürfen.

Dr. Pollitz-Münster.

Dr. P. Baumm, Direktor der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt in Breslau: **Die praktische Geburtshülfe in ihren Hauptzügen.** Berlin 1901. Verlag von Alwin Staude. Preis: 1 Mark.

Das vorliegende Büchlein ist aus der Erfahrung des Verfassers heraus entstanden, dass die Hebammenschülerinnen selbstständig über das im Unterricht Erlernte meist nicht einen solchen Ueberblick zu gewinnen vermögen, wie er zur fruchtbaren Verwerthung in der Praxis erforderlich ist. Ihnen dies zu erleichtern, soll das Repetitorium, wie es im Vorwort genannt wird, dienen, indem das praktisch Wichtige zusammenfassend dargestellt wird in steter Anlehnung an das Preussische Hebammen-Lehrbuch, dem Verf. in der Anordnung des Stoffes gefolgt ist, und auf welches im Text mehfach verwiesen wird.

Im ersten Abschnitt werden nach einem kurzen Ueberblick über den Bau und die Verrichtungen des Körpers Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

in ihrem regelmässigen Verlauf behandelt, wobei der Gang der geburtshilflichen Untersuchung und die Aufgabe der Hebamme bei der Geburt besondere Berücksichtigung erfahren. Der zweite Theil schildert die regelwidrigen Verhältnisse nach Ursache, Erscheinungsweise und Verlauf sowie ihre Erkennung; er giebt knappe, bestimmte Hinweise auf das Handeln der Hebamme im einzelnen Fall. Hierbei sind, weil oft untrennbar in einander übergehend, die Regelwidrigkeiten der Schwangerschaft und der Geburt zusammengefasst; ihnen reihen sich die Erkrankungen der Wöchnerinnen und der Neugeborenen an und zum Schluss sind einige kurze Rathschläge für gewisse, von der Hebamme zu besorgende Hilfeleistungen (Scheidenausspülungen, Anwendung von Umschlägen, Bädern, Einpackungen, Temperaturmessung u. dgl.) beigegeben.

Besondere Ausführlichkeit hat Verf. — und sehr mit Recht — dem Kapitel Wochenbettfieber und Desinfektion angedeihen lassen, in welchem in sehr gemeinverständlicher Weise die Antheilnahme der Bakterien an den Zersetzungsvorgängen und die Prinzipien der Antisepsis sowie die Ausführung der desinfektorischen Massnahmen in Bezug auf Person und Geräthschaften eingehend geschildert sind.

Das Büchlein wird sich unter denen, für die es geschrieben ist, Freundinnen zu erwerben wissen und kann der Hebamme zur Anschaffung empfohlen werden, namentlich den älteren unter ihnen, denen es in der Auffrischung ihrer Kenntnisse ein geeigneter Führer sein wird.

Dr. Scholtz-Goldberg i. Schl.

Tagesnachrichten.

Ueber die Durchführung des Kreisarztgesetzes zum 1. April d. J. ist jetzt der letzte Zweifel gehoben; denn den zur Verfügung gestellten Kreismedizinalbeamten ist ebenso wie den demnächst in andere Stellen zu versetzenden bereits von der Zentralinstanz amtliche Mittheilung zugegangen. Wir werden voraussichtlich in der nächsten Nummer auf diese Durchführung zurückkommen können, da bis dahin der Etat dem Landtage vorgelegt sein wird und dieser sicherlich bestimmte Angaben insbesondere über die Gehaltsregelung der künftigen Kreisärzte, über die Berechnung der Wartegelder u. s. w. bringen wird.

Dem Bundesrath ist am 17. v. M. der Entwurf einer Bekanntmachung, betreffend die ärztliche Prüfungsordnung zugegangen und von diesem sofort dem Ausschuss zur Vorberathung überwiesen. An einer Annahme des Entwurfes in der vorgelegten Fassung dürfte nicht zu zweifeln sein. Die darin vorgeschriebenen Aenderungen sind hauptsächlich folgende:

1) Verlängerung der Studienzeit von 9 Semestern auf 5 Jahre;

2) Vermehrung und anderweitige Gliederung des Prüfungsstoffes. Anatomie und Physiologie sind als wesentliche Grundlagen festgehalten und haben insofern noch eine stärkere Betonung ihrer Bedeutung erfahren, als für die Zulassung zur Vorprüfung der Nachweis über die Theilnahme an den Präparirübungen während zweier Halbjahre und an den mikroskopisch-anatomischen sowie an dem physiologischen Praktikum während eines Halbjahres, ferner der Nachweis über den Besuch einer Vorlesung über topographische Anatomie verlangt werden. Auch ist den Spezialfächern mehr Rechnung getragen und die gerichtliche Medizin sowie die Geschichte der Medizin stärker betont als bisher;

3) Eine anderweite Bewerthung der Prüfungsfächer bei der Ermittelung der Gesammtsensur wird detaillirt vorgeschrieben;

4) Die Gebühren für die gesammte Vorprüfung werden von 36 auf 90 M. erhöht, für die ärztliche Prüfung von 206 auf 200 M. herabgesetzt;

5) Die Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien und der Oberrealschulen zu den medizinischen Prüfungen ist unter bestimmten Voraussetzungen ausdrücklich ausgesprochen;

6) Zur Beschleunigung der Prüfung sind, um künftighin einer bisher häufig vorkommenden Verschleppung der Prüfungen vorzubeugen, verschiedene neue Bestimmungen getroffen. Für den Fall des Nichterscheinens oder des nicht rechtzeitigen Erscheinens zur Prüfung kann z. B. der Kandidat des ganzen Gebührenbetrages für verlustig und ausserdem in der Prüfung oder in einzelnen Fächern für nichtbestanden erklärt werden.

7) Einführung eines sogenannten praktischen Jahres. Nach Ablegung

der ärztlichen Prüfung sollen die Kandidaten unter den Augen erfahrener und bewährter Aerzte einen praktischen Vorbereitungsdienst durchmachen, von dessen ordnungsmässiger und vorwurfsfreier Zurücklegung die Ertheilung der Approbation abhängig gemacht wird.

Der Geschäftsausschuss des Deutschen Aerztevereinsbundes hat beschlossen, einen Arzt als Geschäftsführer des Aerztevereinsbundes im Hauptamte mit einem jährlichen Gehalt bis zu 8000 Mark anzustellen. Derselbe muss mit allen Verhältnissen des ärztlichen Standes genau vertraut sein und auch die Redaktion des Vereinsblattes und die Kassenführung übernehmen. Bewerbungen sind bis zum 13. Januar an den Vorsitzenden des Geschäftsausschusses Prof. Dr. Löbker in Bochum zu richten.

Zu den wenigen Stadtkreisen, die bisher die Anstellung eines Stadtarztes beschlossen haben, ist noch Görlitz hinzugekommen. Derselbe soll nach einem Beschluss der dortigen städtischen Behörde vom 21. Dezember v. J. mit einem festen Gehalt von 6000 Mark für's Jahr angestellt werden, das mit Zulagen von 500 Mark in Zeiträumen von drei zu drei Jahren bis zum Höchstgehalt von 8000 Mark aufsteigt. Die Privatpraxis ist ihm, ebenso wie künftig den vollbesoldeten Kreisärzten, bis auf bestimmte dringende Fälle untersagt.

Der Fall Neisser, der in der vorjährigen Tagung des Landtages zu mehrfachen und erregten Debatten Veranlassung gab (s. diese Zeitschrift; Jahrg. 1900, S. 182, 215, 279), ist jetzt zu einem Abschluss gekommen. Während das von der Staatsanwaltschaft eingeleitete Strafverfahren wegen Verjährung eingestellt wurde, ist in dem gegen den Beschuldigten gleichzeitig eröffneten Disziplinarverfahren von dem zuständigen Disziplinarhof für nicht richterliche Beamte in seiner Sitzung vom 27. Dezember v. J. auf eine Ordnungsstrafe von 300 Mark und einen Verweis erkannt worden.

Das ärztliche Ehrengericht für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin hat das fortgesetzte Annonciren von Aerzten in politischen Zeitungen für standesunwürdig erklärt und in Folge dessen eine Anzahl von Aerzten zu empfindlichen Geldstrafen verurtheilt.

In Berlin hat sich jetzt ebenso wie in Hamburg und Frankfurt a. M. eine Vereinigung zur Abhaltung von unentgeltlichen Fortbildungskursen für Aerzte gebildet, die im April dieses Jahres ihren Anfang nehmen und sich über zwei bis drei Monate erstrecken sollen. Im Gegensatz zu den Charitévorträgen, bei denen der theoretische Vortrag im Vordergrund steht, soll bei den Kursen der Schwerpunkt auf die klinische Unterweisung gelegt werden. Zunächst sind Kurse über Nervenkrankheiten, Kinderheilkunde, Augen- und Ohrenheilkunde, Hautkrankheiten, Geburtshülfe, dann Medizin, Chirurgie, Hals- und Nasenkrankheiten, Blasenleiden und über ausgewählte Kapitel der Hygiene und Bakteriologie in Aussicht genommen.

Die neue preussische Arzneitaxe für das Jahr 1901 bringt keine wesentlichen Veränderungen. Bei den allgemeinen Bestimmungen wird jetzt in Ziffer 3, Abs. 3 auch die Verwendung von Gläsern mit eingeriebenen Glasstöpseln und Tropfgläsern bei Verordnungen für Kassen- und Armenkranke verboten; ausserdem ist hier der ermässigte Preis des Diphtherieserums für diese Kranken aufgenommen und bei den Preisen für Arbeiten (IV) die Vorschrift für Komprimiren ergänzt. Entsprechend den gesteigerten bezw. gesunkenen Einkaufspreisen und der eingeschränkten Verwendung von steuerfreiem Spiritus sind die Preise bei einer verhältnissmässig grossen Anzahl von Arzneimitteln (276) verändert; z. B. sind diejenigen für Acid. carbolicum, Bismutum nitricum, Aether u. s. w. erhöht, diejenigen für Adeps Lanae, Balsam peruvian., Dermatol, Diuretin, Jodoform, Antipyrin, Guajacol, Salipyrin u. s. w. erniedrigt. Neu aufgenommen sind 26 Arzneimittel; gestrichen 2 (Lanolinum anhydricum und Ung. Hydrarg. c. Lanolino paratum.

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

JAN 22 1922

14. Jahrg. 1901.

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 Annocenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 2. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Januar.

Geburtshülfe und Nothtaufe.

Von Heyne, Anstaltsgeistlicher an der Provinzial-Irrenanstalt zu Münster i./W.

In Nr. 18 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1900, sucht ein Artikel über Geburtshülfe und Nothtaufe von Reg.- u. Med.-Rath Dr. Bornträger in Danzig, eine Verständigung zwischen Dogma und Medizin anzubahnen und zu dem Zwecke auch Andere zur Aeusserung zu bewegen.

1. Zunächst einige kurze Bemerkungen über die Nothwendigkeit der Taufe.[1]) Der Verfasser sagt:

„Wenn das Evangelium Johanni, wie so manches Andere aus jener Zeit verloren gegangen wäre, so würden wir von dieser Nothwendigkeit des Wassertaufens gar nichts wissen und alle Christen wären wie andere Menschen ausnahmslos verdammt."

Diese Schlussfolgerung ist unrichtig. Selbst wenn das Evangelium gar nicht geschrieben wäre, könnten wir von der Taufe Kenntniss haben durch die lehrende Kirche; die Evangelien sind nicht nothwendig: „Lehret die Völker", heisst es; nicht: „schreibt Bücher". Thatsächlich hat man ja viele Jahre vor Abfassung des Evangeliums getauft. Das Evangelium brauchte nicht geschrieben zu werden, es ist nur Gelegenheitsschrift.

Doch weiter; der Verfasser spricht oft vom „Dogma"; er wird aber schliesslich selbst unsicher, ob er es mit dem Dogma zu thun habe und fragt, ob man die Ansichten von Capellmann und Gury als Glaubenssätze der katholischen Kirche ansehen müsse? Meiner Ansicht nach kommt hier ein Dogma direkt gar nicht in Frage. Wenn daher der Verfasser sagt: „Die katholische

[1]) Vergl. über die Taufe auch Matth. 28,19, Tit. 3; Apostelgesch. Kap. 2, Vers 41; 8,12; 9,18; 8,36; 10,47; 16,14; 16,33; 19,9; Marc. 10,14; Gal. 3,26; Eph. 4,5; 5,26; Kol. 2,12.

Kirche lehrt, in dem Augenblicke, in dem das Sperma in das Ovulum eindringt, ist der Mensch mit der unsterblichen Seele da", so möchte ich erwidern, dass diese Lehre kein Dogma ist; von Seiten des Dogma steht nichts im Wege, auch jetzt noch anzunehmen, dass die Beseelung erst später eintritt; früher nahm man einen Zeitraum von 40 resp. 80 und noch mehr Tagen an. Diese Ansicht wird allerdings jetzt wenig vertreten.

Es ist auch die Ansicht von Capellmann, Gury und dem „Unterrichtsbüchlein für Hebammen" (Freiburg) kein Dogma, sondern nur eine Privatmeinung. Handelte es sich hier um ein Dogma, so wäre eine Verständigung schwierig.

Thomas schreibt im Artikel de baptismo:

„Cum infantis in utero materno existentis corpus aqua ablui non possit, patet non posse in utero materno infantem baptizari." (Summa p. III, qu. LXVIII a. 11.)

Das Rituale Rom. sagt:

„Nemo in utero matris clausus baptizari debet. Sed si infans caput emiserit, et periculum mortis immineat, baptizetur in capite, nec postea si vivus evaserit, est iterum baptizandus. At si aliud membrum emiserit, quod vitalem indicet motum, in illo, si periculum impendeat, baptizetur; et tunc si natus vixerit, erit sub conditione baptizandus: Si non es baptizatus, ego .... Si vero ita baptizatus, deinde mortuus prodierit ex utero, debet in loco sacro sepeliri."

Hieraus geht hervor, dass man die Unmöglichkeit der Taufe im Mutterleibe annahm; ferner leuchtet ein, dass wir es in unserem Falle nicht mit einem Dogma zu thun haben. Nebenbei sei erwähnt, dass Thomas (de baptismo) von den ungeborenen, sterbenden Kindern sagt, man möge sie „Gott überlassen, dem sie leben, ut quodam privilegio gratiae sanctificationem consequantur." Da wir aber im Unsicheren darüber sind, ob Gott diesen Kindern durch ein ausserordentliches Heilsmittel zu Hülfe kommt — das ordentliche Heilsmittel für die Geborenen ist der baptismus aquae, (als Ersatz kann eintreten baptismus sanguinis oder flaminis) — so ist es wohl erklärlich, wenn einige Schriftsteller, von der Nothwendigkeit der Wassertaufe überzeugt, besondere Mittel anrathen für die Taufe des Kindes in utero.

2. Was nun diese Taufe eines ausserhalb der Mutter noch nicht lebensfähigen Kindes betrifft, so sagt Capellmann, die Taufe eines fünfmonatlichen Kindes in utero käme in der Praxis nicht vor:

„Auch müsste hier die vorzeitige Zerstörung der Fruchtblase sehr störend auf den Verlauf der Geburt einwirken, die Gefahr für das Kind nur vermehren und sogar für die Mutter möglicherweise bedenklich werden.... Bei drohendem Abortus vor dieser Zeit würde ich mich deshalb der Taufversuche mit der Spritze enthalten."

Er räth also von einer solchen Taufe ab. Eine Ausnahme jedoch macht Capellmann:

„Nur dann würde ich das von Gury erwähnte Verfahren (Eihautstich und Taufe mit der Spritze) einschlagen, wenn ich von dem noch bestehenden Leben des Kindes und der Abnahme der Lebenskraft mich überzeugen könnte, dann aber auch selbst in der Voraussicht, dass durch den zu frühen Wasserabfluss der Verlauf der Geburt beeinträchtigt würde. Der zu befürchtende Nachtheil für die Mutter und die Beschleunigung des Todes für das Kind kämen nicht in Betracht gegenüber der nöthigen Sorge für das ewige Heil des Kindes."

Diese Worte von Capellmann sind nun nicht ganz einwandfrei; denn der Nachtheil für die Mutter kommt gar sehr in Betracht. Capellmann scheint allerdings unter diesem Nachtheile nicht Kindbettfieber zu verstehen; würde er voraussehen, dass diese Krankheit dadurch entsteht, so würde gewiss auch er diesen Eingriff für unerlaubt ansehen.

Wird zudem durch den erwähnten Eingriff der Tod des Kindes beschleunigt, so scheint der Eihautstich nicht mehr gerechtfertigt; man könnte sagen: „Non sunt facienda mala, ut veniant bona.“ (Th.). Uebrigens habe ich den Worten Capellmann's nicht entnehmen können, dass er die erwähnten Handlungen auch den Hebammen befiehlt oder anräth. Auch das Büchlein über die Nothtaufe hat gewiss nicht dieses im Auge; es handelt überhaupt nicht von einem Eihautstich. Anderseits sind diese Erörterungen nur theoretisch von Belang, nicht praktisch. Ich habe wenigstens noch von keinem Arzte gehört, dass der erwähnte Fall ihm passirt sei, und auch Capellmann vermag keinen Fall aus der Praxis anzuführen. Und wenn es für den Arzt schon schwer ist, über Leben und Nichtleben des Kindes in dieser frühen Periode ein sicheres Urtheil zu gewinnnen, wer wollte dann wohl der Hebamme ein solches Urtheil und eine solche Operation zutrauen?

3. Nun aber das Taufen in einer späteren Periode, wenn das Kind schon lebensfähig wäre! Der Verfasser sagt:

„Wo mag in Wirklichkeit gekochtes Wasser genommen werden? Wird nicht in der Regel jedes beliebige Wasser zur Verwendung kommen, das auf dem Lande gewiss sehr oft nicht „einwandfrei“ und bakterienarm ist? Und dazu noch die Gefässe, in denen man schöpft! Das Wasser aus Seen, Bächen, Flüssen, Laken, Tümpeln, Gruben, Kanälen und offenen Schmutzbrunnen, das man hier trinkt, obgleich allerlei Unrath hineingeräth und z. B. Bacterium coli darin gefunden wurde, wird gewiss für brauchbar zum Taufen im Mutterleibe erachtet werden. Und wenn man gar beachtet, was Alles zum Taufen für geeignet angesehen wird, so wird sich der Geburtshelfer eines Schauders nicht erwehren können.“

Ich glaube, der Geburtshelfer könnte auf das Meiste der Einwendung sagen: nego suppositum. Weder Capellmann, noch jenes Büchlein sagt, dass man zum Taufen in utero Wasser aus Tümpeln etc. gebrauchen solle. Capellmann spricht nur vom Taufwasser im Allgemeinen, insofern es gültige Materie ist zur Taufe von schon Geborenen resp. von einer Frühgeburt; dass jenes Wasser aber auch erlaubte Materie sei zur Taufe in utero, sagt er nicht. Ich finde dieses wenigstens nicht in seinen Worten. Wie könnte er sonst sagen:

„Ist aber der Arzt genöthigt, selbst die Taufe vorzunehmen, so ist er verpflichtet sub gravi, auch seine Hände von Blut, Schleim, Fäces zu reinigen, oder aber das reine Wasser nur vermittelst eines Gefässes aufzugiessen.“

Das Büchlein giebt an:

„Vergiss niemals, dass es für dich strenge Pflicht ist, die grösste Reinlichkeit zu beobachten. Eine ganz geringe, dem menschlichen Auge nicht einmal sichtbare Verunreinigung kann unter Umständen der Mutter das Leben kosten.“ (S. 34.)

---

[1]) Dr. Bornträger: Geburtshülfe und Nothtaufe; S. 577.

Im Büchlein ist nur von gekochtem Wasser die Rede; dieses nur könnte in Frage kommen. In der Vorrede des Büchleins ist zudem sogar gewöhnliches, destillirtes Wasser verworfen!

Sollte aber wirklich Capellmann Wasser aus Kloaken etc. oder aus den Weihwasserbecken der Kirche für erlaubte Materie der Taufe in utero halten, so kann ich nur sagen, dass ich diese Ansicht entschieden verwerfe vom Standpunkt der Moral.

Doch weiter, der Verfasser schildert auf mehreren Seiten die Ansteckungsgefahr bei Kindbettfieber und fährt dann fort:

„Hieraus ergiebt sich, dass es eine deutliche Gefahr für eine Gebärende bedeutet, wenn eine Hebamme der Nothtaufe wegen mit Hand oder Spritze oder beiden in die Geschlechtstheile derselben eingeht; eine um so grössere Gefahr, weil die Hebammen ihre Instrumente und vollends ihre Hände überhaupt nicht sicher desinfiziren können, am allerwenigsten aber in solchen Fällen, wo die Nothtaufe gespendet werden soll, wenn das Kind im Mutterleibe abzusterben droht; denn hier ist Eile nöthig. Liegt ein Theil des Kindes bereits ausserhalb der Scheide, so mag die Sache noch allenfalls hingehen; steht der Kopf im kleinen Becken, so ist die Gefahr des Nothtaufens schon deutlich; steht der Kopf aber hoch, beweglich, oder ist Quer- oder Schräglage, dazu der Muttermund nicht völlig geöffnet, ja, ist womöglich die Fruchtblase noch gar nicht gesprungen, oder handelt es sich um einen drohenden Abortus, und es ginge nun Arzt oder Hebamme ein, womöglich unter Sprengung der Blase, um Wasser zur Nothtaufe einzuspritzen, so würden sie die Gebärende und unter Umständen auch die Frucht auf's Schwerste gefährden, ja, tödten. Dies wäre aber ebenso bestimmt eine unerlaubte Tödtung, wie die Kraniotomie und therapeutische Schwangerschaftsunterbrechung, welche die katholische Kirche ja doch verwirft.

Denn jene Personen werden sehr leicht Kindbettfieber erregen, der Frucht vielleicht eine sehr ungünstige Stellung verschaffen und den Abortus, der vielleicht noch aufzuhalten gewesen war, durch den Eihautstich unabwendbar machen, also die Frucht ihrerseits abtödten."

In diesen Sätzen liegen meiner Ansicht nach mehrere unbegründete Voraussetzungen. Handelt es sich um drohenden Abort, so wird doch kein Arzt und auch keine Hebamme den Eihautstich machen, zumal „wenn der Abort noch abzuwenden war"! Sodann wiederhole ich, dass von keinem Eingriffe die Rede sein kann, der das Leben des Kindes verkürzt. Jene Fälle von der Abnahme der Lebenskraft etc. in der früheren Lebensperiode des Kindes sind nichts anderes, als künstlich konstruirte Fälle, die, soweit meine Erkundigungen reichen, in Praxis gar nicht vorkommen. Es könnte sich höchstens um eine Periode handeln, in welcher das Kind auch ausserhalb der Mutter schon lebensfähig wäre. Hier möchte ich nun bemerken, dass nicht die Hebamme einen Eihautstich machen soll. Auch das Unterrichtsbüchlein für Hebammen giebt keine Vorschrift oder Anregung dazu. Aber der Arzt? Es gilt auch hier wohl das bereits Gesagte. Um der Taufe willen braucht der Eihautstich nicht gemacht zu werden, wenn der Tod des Kindes dadurch beschleunigt wird. Ich lasse es dahingestellt, ob bei Unterlassung des Eihautstiches durch die faulen Substanzen des todten Kindes Kindbettfieber erzeugt werden kann? In Praxis nun würde wohl nie der Fall eintreten, dass nur der Nothtaufe wegen ein Eingriff in die Mutter zu machen sei, sondern es gehen immer schon Untersuchungen des Arztes oder der Hebamme vorher. Es sind dann auch ohne die

Taufe alle die Bedingungen vorhanden, die nach Ansicht des Verfassers „so leicht Kindbettfieber erzeugen“. Oder sollten die Hände der Hebamme bei den verschiedenen Manipulationen unschuldig, und nur bei der Taufe mit gekochtem Wasser so verderbenbringend sein? Ich vermuthe, dass der Direktor der Frauenklinik von Winkel bei Abfassung seines Schreibens hieran gedacht hat: nämlich, dass auch ohne Nothtaufe (bei einer Wendung auf die Füsse, bei Zangengeburt etc.) in den betreffenden Fällen innere Untersuchungen des Arztes oder der Hebamme vorangehen, und dass im Vergleich hierzu eine Einführung des Fingers zur Taufe mit gekochtem Wasser nach gehöriger Reinigung der Hand wenig Bedeutung hat.

Was nun den Vergleich mit der Kraniotomie angeht, so muss hierbei doch unterschieden werden. Wenn durch die Manipulation (Eihautstich etc.) der Tod des Kindes verursacht würde, so läge hier allerdings eine Tödtung vor. In dem theoretisch konstruirten Falle von Capellmann liegt diese Tödtung aber nicht vor, sondern der Tod tritt bei dem schon absterbenden Kinde durch eine andere Ursache ein und eher, als der Eihautstich seine sonst tödtliche (?) Wirkung äussern kann. Der Vergleich mit der Kraniotomie passt also nicht ganz.

Noch einige Bemerkungen über die vom Verfasser beschriebene Ansteckungsgefahr. Darnach habe ich mich in etwa gewundert, dass im Hebammenlehrbuch keine schärfere Vorschriften stehen. Wie mir mitgetheilt wird, lehrt dasselbe nämlich, „es solle die Hebamme öfters äusserlich untersuchen, selten innerlich. Müsste die innere Untersuchung geschehen, so sollte sie kurz sein“. „Ferner solle die Hebamme ihre Hände in Karbolwasser waschen.“ Das wäre nach Ansicht des Verfassers aber ungenügend, denn er sagt, „dass die Hebammen ihre Instrumente und vollends ihre Hände überhaupt nicht sicher desinfiziren können“. Aber weiter! Nach dem Hebammenlehrbuch „untersucht die Hebamme entweder mit der vom Karbolwasser nassen Hand oder sie taucht, nachdem sie die Hände an einem reinen (?) Handtuche abgetrocknet hat, den Zeigefinger der zur Untersuchung bestimmten Hand in Vaseline.“ So lehrt, wie mir mitgetheilt wird, noch das Lehrbuch von 1892.

Es ist das doch eine eigenthümliche Desinfektion! Ist das Handtuch denn rein, ist Vaselin frei von Bakterien? Ist es ungefährlicher als gekochtes Wasser? Da könnte man auch fragen bei der Häufigkeit der inneren Untersuchung und der grossen Ansteckungsgefahr: „Wie viele Menschenleben mögen dieser Lehre zum Opfer gefallen sein, ohne dass man es gewollt oder erfahren hat!“ „Die absolute Nothwendigkeit“ der Untersuchung müsste doch in dem Lehrbuch viel schärfer hervorgehoben worden sein!

Es ist nun vom Verfasser gesagt worden, nirgends sei 1897 die Sterblichkeit der Wöchnerinnen so gross, als im Regierungsbezirk Danzig. Es mag sein; für 1898 hat aber Gumbinnen die höchste Sterbeziffer.

Lässt sich nun aus der Statistik ein schädigender Einfluss der katholischen Nothtaufe erweisen? Mir scheint nicht! Es müsste die Sterbeziffer der Wöchnerinnen in protestantischen Gegenden dann weit niedriger sein, als sie thatsächlich ist; der Regierungsbezirk Gumbinnen hat aber mit einer protestantischen Bevölkerung von 90 bis 99 % die meisten Sterbefälle im Kindbett[1]). Im Bezirk Danzig ist diese Sterblichkeit in den katholischen Kreisen allerdings stellenweise sehr gross, namentlich in den Kreisen Karthaus, Neustadt, Putzig; ich bemerke jedoch, dass auch der Kreis Stolp Land, Regierungsbezirk Köslin, noch 0,570 % Sterbefälle der Wöchnerinnen hat bei einer protestantischen Bevölkerung von 95 %. Der Kreis Bütow, Rgbz. Köslin, (18,675 Protestanten, 4526 Katholiken) hat 0,9415 %. der Kreis Rosenberg (42753 Protestanten, 5400 Katholiken) 0,79 % Todesfälle. Es drängt sich doch die Vermuthung auf, dass nicht die Nothtaufe in dortigen Kreisen den Ausschlag giebt, sondern die eigenthümliche soziale Lage, welche der Verfasser in Nr. 10 und 11 dieser Zeitschrift selbst eingehend schildert. Wenn übrigens die Nothtaufe so schädigend wirkte, so müsste diese Wirkung sich auch anderswo deutlich zeigen, namentlich in Gegenden mit katholischer Bevölkerung. Vergleichen wir zunächst die 18 Städte mit über 100000 Einwohnern. Darnach beträgt in:

	Prozentsatz der Todesfälle der Wöchnerinnen	evang.	kath.
Stettin	0,3711	93	
Danzig	0,3191	68	
Köln Stadt	0,2695		80
Köln Land			89
Altona	0,2662	95	
Berlin	0,2565	78—86	
Hannover	0,2404	88	
Crefeld	0,2139		81
Breslau	0,2080	57—60	
Barmen	0,2075	77	
Elberfeld	0,2062		

	Prozentsatz der Todesfälle der Wöchnerinnen	evang.	kath.
Halle	0,1807	96	
Charlottenburg	0,1781	93	
Königsberg	0,1503	93	
Aachen	0,1478		92
Frankfurt a./O.	0,1441	95	
Dortmund	0,1023	60	
Magdeburg	0,0745	92	
Düsseldorf	0,0721		73

Aus dieser Zusammenstellung ist eine Schädlichkeit der Nothtaufe nicht zu erweisen.

Vergleichen wir die Regierungsbezirke:

	Prozentsatz der Todesfälle der Wöchnerinnen	evang.	kath.
Gumbinnen	0,5427	96,2	1,3
Danzig	0,5407	49,8	47,3
Marienwerder	0,5279	45,7	51,77
Köslin	0,4291	96,3	2,19
Königsberg	0,3996	77,01	20,9
Bromberg	0,363	40,59	56,5
Lüneburg	0,3613	97,3	2,03
Posen	0,3613	25,5	71,8
Trier	0,355	17,8	81,08
Hildesheim	0,346	81,13	15,9

	Prozentsatz der Todesfälle der Wöchnerinnen	evang.	kath.
Cassel	0,343	81,02	16,4
Liegnitz	0,339	82,4	16,7
Frankfurt a./O.	0,328	96,05	2,9
Minden	0,326	62,6	36,1
Koblenz	0,3121	33,7	64,5
Osnabrück	0,3084	46,0	33,4
Hannover	0,303	92,9	5,5
Breslau	0,295	57,1	41,2
Stettin	0,2853	96,9	1,78
Oppeln	0,272	9,04	89,2

[1]) Im Folgenden giebt der Prozentsatz das Verhältniss der Geburten (auch die Todtgeborenen sind mit berechnet) zu den Sterbefällen der Wöchnerinnen 1898 an nach der Preussischen Statistik.

	Prozentsatz der Todesfälle der Wöchnerinnen	evang. Bevölkerung	kath. Bevölkerung		Prozentsatz der Todesfälle der Wöchnerinnen	evang. Bevölkerung	kath. Bevölkerung
Wiesbaden	0,269	58,2	38,03	**Erfurt**	0,233	76,2	22,2
Merseburg	0,264	96,7	2,7	**Köln**	0,2287	15,7	82,5
Potsdam	0,259	94,9	4,03	**Schleswig**	0,219	97,5	1,7
Münster	0,253	11,4	87,6	**Arnsberg**	0,1987	57,02	42,9
Stralsund	0,238	98,1	1,2	**Magdeburg**	0,1938	94,1	4,1
Aachen	0,236	3,7	95,2	**Aurich**	0,193	94,03	3,3
Sigmaringen	0,235	3,7	95,4	**Düsseldorf**	0,181	40,6	57,8

Würde die Nothtaufe so häufig vorkommen oder so schädigend einwirken, wie der Verfasser anzunehmen scheint, so müssten doch die Regierungsbezirke mit grösstentheils katholischer Bevölkerung eine viel grössere Sterbeziffer haben. Nach der Statistik muss man aber annehmen, dass nicht die Noththaufe von Einfluss ist, sondern dass besondere Verhältnisse mitspielen (Mangel an Hebammen u. s. w., wie der Verfasser selbst andeutet).

Nun noch einige kurze Bemerkungen über die Verbesserungsvorschläge.

1. Dass „viele Katholiken eine Taufe durch die Bauchdecken für gültig halten", ist mir unbekannt gewesen; es ist mir kein Buch mit dieser Anschauung zu Gesicht gekommen. Ich kann auch nicht einsehen, dass bei einer solchen Taufe Materie (Wasser) und Form (Taufworte) zu gleicher Zeit zu einem Sakramente sich verbinden können, wie auch, das in diesem Falle von einer Abwaschung die Rede sein kann. Das Mindeste, was verlangt wird, ist doch, dass etwas Wasser, wenn auch nur ein Tropfen, an einem Haupttheile des Körpers von einer Stelle zur anderen fliesst oder bewegt wird bei Aussprechung der Taufformel. Bei einer Taufe durch die Bauchdecken würde doch das Wasser viel später das Kind erreichen.

2. Der Verfasser macht den Vorschlag, die Kirche möge sich zu einer anderen Form der gültigen Taufe entschliessen. Ich möchte im Allgemeinen bemerken, dass die Kirche gar keine Vollmacht hat, eine neue Form einzuführen, wie sie denn überhaupt keine Sakramente einsetzen kann, d. h. sie kann keine äusseren Zeichen mit unfehlbarer Gnadenwirkung aufstellen; sie könnte höchstens erklären, die Art und Weise der Spendung eines Sakramentes entspräche der ursprünglichen Anordnung Christi; kann sie diese Erklärung aber abgeben von der Taufe der sämmtlichen Eier im Mutterleibe?

3. Der Verfasser sagt nämlich, „die Kirche möge sich entschliessen, sub conditione von vornherein zu einer gewissen Zeit alle etwa bei einer Frauensperson später auftretenden befruchteten Eier vorweg zu taufen!" Was aber könnte denn eine solche Taufe für einen Zweck haben, da doch keine Seele vorhanden ist, um deretwillen die Taufe gespendet wird? —

Aus diesem Artikel ist nun wohl ersichtlich, dass die Kirche nicht vorgehe unbekümmert um das Leben des Kindes, wie der Verfasser S. 583 behauptet. Diese Ansicht des Verfassers ist um so auffallender, als er auf der nämlichen Seite die Beweisführung

der katholischen Schriftsteller für die Erhaltung des Lebens hyperjuristisch spitzfindig nennt. Thatsache ist doch, dass gerade die Medizin in vielen Fällen die Tödtung gestattet, ja fordert, in welchen die Theologen dieselbe verwerfen (vergl. Schwangerschaftsunterbrechung etc., bei welcher die Gefahr für die Mutter verhältnissmässig viel weniger betont wird, als bei der Nothtaufe. Nein das Leben des Kindes ist nach der Lehre der Theologen viel geschützter, als nach der Medizin).

Zum Schlusse noch Folgendes: Der Abstand zwischen Medizin und Theologie scheint mir gar nicht so gross zu sein, wie der Verfasser annimmt. Denn zunächst kommt die Nothtaufe gar nicht häufig vor; auch ein Pfarrer aus der Kassubei schreibt mir, dass diese Taufe dort selten sei.

Zweitens existirt kein Dogma, welches die Ansichten von Capellmann als Norm vorschreibt. Gewiss muss auch die kirchliche Praxis „um das Leben der Mutter bekümmert sein". Es ist aber nicht leicht hier die Grenze zu ziehen, da bei jeder Nothtaufe so wie so innere Eingriffe vorher gemacht werden müssen. Würde es sicher oder auch nur wahrscheinlich sein, dass nur durch die Nothtaufe Kindbettfieber erzeugt würde, so wäre ja die Verwerflichkeit derselben leicht entschieden. Was die vom Verfasser besprochenen Unreinlichkeiten kassubischer Hebammen angeht, so leuchtet ein, dass dieselben nicht dem Dogma oder der katholischen Kirche überhaupt aufgebürdet werden können. —

Drittens. Das Büchlein für Hebammen sagt nichts vom Eihautstich. Der Verfasser sagt:

„Freilich ist mir aufgefallen, dass Geistliche und Hebammen über die Sache nicht gern sprechen; jedenfalls winden und krümmen sich letztere, wenn der vorgesetzte Medizinalbeamte darauf zu sprechen kommt; es ist, als ob sie trotz aller Glaubenslehren (?) das innere Gefühl nicht los werden können, dass sie hier etwas thun, was im Grunde unnatürlich und unrecht ist."

Ich vermuthe, dass nicht das Gefühl des Unrechtes vorliegt, sondern das Gefühl der Unfähigkeit zu antworten, indem die Personen nach Dingen gefragt werden, von denen sie nichts wissen. Oder sollten etwa die Hebammen durch die Seelsorger über den Eihautstich belehrt sein? Ich habe es noch nicht vernommen! Das, was die Hebammen in Wirklichkeit — die theoretischen Erörterungen von Capellmann bei Seite gesetzt — gethan haben könnten, ist vielleicht die Taufe, wenn die Geburt bereits im Gange, ein Theil des Kindes sichtbar und dabei der Tod desselben zu befürchten gewesen ist.

Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass ich über Zulässigkeit bei entsprechenden Vorsichtsmassregeln oder gänzliche Verwerfung der Nothtaufe nicht gerne in einem einzelnen Artikel einer Zeitschrrift aburtheilen möchte. Es ist vielleicht auch praktischer, wenn die Sache von solcher Wichtigkeit ist, mit den kirchlichen Behörden in Fühlung zu treten. Es würde sich dann wohl ein Weg der Verständigung finden lassen. Jedenfalls giebt aber

der besprochene Artikel Anlass, auch in theologischen Schriften die Ansteckungsgefahr zu besprechen, die Pflicht zu betonen, die Hebammen auf die Gefahren der Unreinlichkeit ete. wiederholt hinzuweisen.

Trichinenepidemie in Sangerhausen. Gebühren der Fleischbeschauer.

Von Reg.- und Med.-Rath Dr. Penkert-Merseburg.

In der zweiten Hälfte des August v. J. trat in Sangerhausen eine Massenerkrankung auf, die ihren Erscheinungen nach trotz der widersprechenden Ansicht einzelner Kollegen von mir und dem Kreisphysikus für Trichinose gehalten werden musste. Die Kranken klagten mehr oder weniger über Kopfschmerz, Abgeschlagenheit der Glieder, gestörten Appetit, sämmtliche aber über Angeschwollensein der Augenlider. Schmerzen in den Muskeln wurden von vielen, namentlich in der Ruhe, angegeben, ebenso Steifigkeit derselben. Fieber ist nur selten beobachtet, in einzelnen Fällen jedoch mit abwechselnder Steigerung selbst bis zu beträchtlicher Höhe, ebenso wenig Erschwerung der Athmung und Heiserkeit. Eine besondere Härte der Muskeln konnte nicht wahrgenommen werden. Der erste Erkrankungsfall an dieser in den Tagesblättern als neu bezeichneten Krankheit trat am 15. August auf, der letzte ist am 30. August gemeldet. Die Gesammtzahl der Fälle hat sich auf 67 belaufen, 52 bei männlichen, 15 bei weiblichen Personen. Nur vereinzelt sind Kinder erkrankt. Ein Todesfall ist nicht eingetreten. Die Diagnose wurde gesichert durch den von dem Kr.-Phys. Dr. Pantzer erbrachten Nachweis einer lebenden, noch nicht verkapselten Trichine in einem einer Erkrankten entnommenen Muskelstückchen. Unter den zuerst Erkrankten befanden sich gegen 30 in einer Maschinenfabrik beschäftigte Arbeiter; sie hatten in ihrer Kantine vorher Hackfleisch verzehrt, was aus einer bestimmten Schlächterei dorthin geliefert war. Diese ist als eine der besten am Orte bekannt und versorgt einen grossen Kundenkreis. Wenn gleichwohl die meisten Erkrankungen nur in der Arbeiterbevölkerung beobachtet sind, so findet dieser Umstand seine Erklärung darin, dass in anderen Bevölkerungsschichten der Genuss von rohem Fleische weniger üblich ist. Die Erkrankung des Schlächters selbst, der auswärts nie rohes Fleisch genossen zu haben bestimmt versicherte, und einer Verwandten von ihm, sowie einige Fälle auch aus besser gestellten Kreisen, in denen nur ein Mal Hackfleisch und nur aus jenem Geschäfte bezogenes, in den ersten Tagen des August genossen war, liessen keinen Zweifel über die Quelle der Infektion. Dem Geschäftsinhaber konnte keine Schuld nachgewiesen werden, da sein Schlachtbuch mit dem des Trichinenschauers übereinstimmte, und dem letzteren nur insoweit, als er entgegen seiner Instruktion das Fleisch nicht selbst entnommen hatte. Er ist daher auch nur wegen dieser Unterlassung bestraft

worden. Geräucherte, von dem durchseuchten Schweine stammende Fleischwaaren sind bei der vorgenommenen Haussuchung nicht gefunden worden; das gesammte Fleisch soll in frischem Zustande verkauft sein.

Wenn nun auch die aufgetretenen Erkrankungen im Allgemeinen leichter Natur gewesen sind, so spricht doch ihre Zahl dafür, dass die Trichinose des Schweines keine geringgradige gewesen sein kann. Eine auch nur einigermassen sorgfältig ausgeführte Untersuchung hätte meines Erachtens daher den Nachweis der Trichinen im Fleische erbringen müssen und so kann dem Fleischbeschauer der Vorwurf der Unzuverlässigkeit und Nachlässigkeit in Ausübung seines Berufes nicht erspart bleiben. Es ist dies wieder ein Fall, der auf die Nothwendigkeit einer genauen Ueberwachung und Nachprüfung dieser Gewerbetreibenden hinweist, um so mehr als sich, wie überall, so auch dem Anscheine nach unter diesen Leuten mit der Zeit der Konkurrenzneid bahngebrochen hat, leider aber nicht nach der Richtung des Vortheils der öffentlichen Gesundheitspflege. Weit und breit sind Beschwerden aus den Kreisen der Fleischbeschauer über Herabsetzung der behördlich festgesetzten Taxe für die Fleischuntersuchungen seitens einzelner ihrer Berufsgenossen, über Untersuchungen zu erheblich verminderten Preisen laut geworden. Die Absicht eines solchen Treibens ist leicht zu durchschauen. Diese Art und Weise, sich einen grösseren Kundenkreis zu verschaffen, steht nicht im Einklange mit dem Zwecke der Trichinenschau, der Sicherstellung des Publikums. Man wird sich keiner Täuschung hingeben in der Annahme, dass wohl immer der niedrigeren Forderung eine minderwerthige Leistung, d. h. ungenaue Untersuchung entsprechen wird, aus der Gefahren für die Fleischkonsumenten erwachsen.

Können nun Trichinenschauer, welche die, soweit mir bekannt, in allen bezüglichen Polizeiverordnungen und Anweisungen zur Ausführung derselben festgesetzten Gebühren für die Untersuchung unterschreiten, wenn dieses Unterschreiten in den Polizeiverordnungen mit Strafe bedroht ist, strafrechtlich verfolgt werden? Diese Frage stand im hiesigen Bezirke kürzlich zur Lösung und musste verneint werden. Sie kann dem Wortlaute der vorhandenen den Gegenstand betreffenden Polizeiverordnungen nach auch anderswärts auftauchen; es erscheint mir ihre Besprechung daher auch für weitere Kreise von Bedeutung. Nach der hier gültigen Polizeiverordnung und dem ihr angefügten Reglement haben angestellte Fleischbeschauer, welche die mikroskopische Untersuchung für geringere Gebühren als 1 Mark bezw. in besonders in der Verfügung ausgenommenen Fällen 75 Pfg. ausführen, in jedem Einzelfalle eine Geldstrafe bis zu 60 Mark event. entsprechende Haft verwirkt. Aehnliche Bestimmungen bestehen auch in anderen Regierungsbezirken. Diese Strafandrohungen lassen sich aber den Vorschriften der Reichsgewerbeordnung gegenüber nicht aufrecht erhalten; denn wenn auch Fleischbeschauer nicht als „Schauer“ im Sinne des §. 36 der

R.-G.-O. angesehen werden können, obwohl das Kammergericht in dem Urtheile vom 13. Juni 1892 allerdings ohne nähere Begründung das Gegentheil angenommen hat, so gehören sie doch sonst zu den Gewerbetreibenden jenes Paragraphen, weil ihr Beruf zum Zwecke der Feststellung der Beschaffenheit von Waaren ausgeübt wird und das Gesetz ausweislich der Wendung „u. s. w." eine erschöpfende Aufzählung der in Betracht kommenden Personengattungen nicht beabsichtigt. Dementsprechend zählen dann wegen der Bestimmungen in §§. 78, 79 der R.-G.-O. Fleischbeschauer weiter auch zu denjenigen Gewerbetreibenden, denen das Recht, die obrigkeitlich vorgeschriebenen Taxen aus eigenem Antriebe beliebiger Gründe halber zu „ermässigen" durch das Reichsgesetz ausdrücklich gewährleistet ist, womit in Uebereinstimmung steht, dass die Strafvorschrift des §. 148,8 der R.-G.-O. sich lediglich gegen „Ueberschreitung" der Taxe wendet. Hiernach kann also gegen das taxwidrige Untersuchen zu unverhältnissmässig niedrigen Preisen nicht im Wege des gerichtlichen Verfahrens eingeschritten werden. Und doch muss die wohl allgemein übliche, der sorgfältigen Arbeit entsprechende Taxe von 1 Mark bezw. 75 Pfennigen aufrecht erhalten werden, wenn nicht die eben angedeuteten üblen Folgen des billigeren Untersuchens eintreten sollen. Den zur Wahrung der Taxe einzuschlagenden Weg geben aber zum Glück schon jetzt wohl alle Polizeiverordnungen, wenn er auch bisher vermuthlich nur ausnahmsweise betreten ist, indem sie nämlich die Befugniss zur amtlichen Untersuchung des Schweinefleisches auf Trichinen auf Widerruf ertheilen. Eine Ermässigung der Taxe erweckt immer den Verdacht auf eine flüchtige Untersuchung und lenkt somit die Aufsichtsbehörden darauf hin, von ihrem in den Verordnungen vorbehaltenen Rechte des Widerrufs der Anstellung zur Abwendung von Gesundheitsgefährdungen des Publikums Gebrauch zu machen, falls sich ein Fleischbeschauer der Verletzung der vorgeschriebenen Taxe durch Ermässigung ihrer Sätze schuldig macht.

Das preussische Medizinalwesen in dem Staatshaushalts-Etat 1901/1902 und die Ausführung des Kreisarztgesetzes.

Wie zu erwarten stand, bringt der dem Landtage vorgelegte Staatshaushalts-Etat 1901/1902 in Bezug auf das Medizinalwesen sehr erhebliche Aenderungen, die hauptsächlich durch die Ausführung des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899, das am 1. April 1901 in Kraft treten soll, bedingt sind. Die darüber dem Etat beigegebene, die Medizinalbeamten jedenfalls in hohem Grade interessirende Denkschrift hat folgenden Wortlaut:

Im Etat für 1900 sind unter Kap. 125 Tit. 2 der Ausgabe ausgeworfen die Besoldungen: für 536 Stadt-, Kreis- und Bezirksphysiker, 1 Stadtphysikus, 4 gerichtliche Physiker in Berlin, 4 Oberamtsphysiker, 284 Kreis-Wundärzte und 6 Oberamts-Wundärzte.

Die Kreiswundarzt- und Oberamts-Wundarztstellen, welche früher mit Wundärzten I. Klasse, seit dem Eingehen der letzteren mit praktischen Aerzten

besetzt worden sind, werden mit dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes zur Aufhebung gelangen (vergl. §. 14 des Gesetzes).

Dagegen sollen die Kreisärzte, welche an die Stelle der jetzigen Kreisphysiker treten, in erheblich stärkerem Masse zur amtlichen Thätigkeit herangezogen werden, als diese, da die Entwickelung der öffentlichen Gesundheitspflege und die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete der Verhütung und Bekämpfung der Volkskrankheiten ein planmässiges und energisches Eingreifen der Medizinalbeamten möglich und erforderlich gemacht haben.

Um den Kreisärzten einen ausgiebigen Wirkungskreis zu sichern, in welchem sie sich ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend bethätigen können, ist von der in dem §. 4, Abs. 2 des Kreisarztgesetzes gegebenen Befugniss, kleinere Kreise zu einem Kreisarztbezirk zusammen zu legen in mehreren Fällen Gebrauch gemacht.

Dies ist geschehen in folgenden Kreisen: Kottbus Stadt und Land (Reg.-Bez. Frankfurt); Belgard und Schivelbein (Reg.-Bez. Köslin); Goldberg-Haynau und Schönau, Jauer und Bolkenhain (Reg.-Bez. Liegnitz); Langensalza und Weissensee (Reg.-Bez. Erfurt); Husum und Eiderstedt, Norder- und Süderdithmarschen (Reg.-Bez. Schleswig); Syke und Sulingen, Hannover Land und Neustadt a. R. (Reg.-Bez. Hannover); Alfeld und Gronau, Osterode und Duderstadt, Einbeck und Uslar (Reg.-Bez. Hildesheim); Gifhorn und Isenhagen, Fallingbostel und Soltau, Bleckede und Dannenberg, Harburg und Winsen (Reg.-Bez. Lüneburg); Stade und York, Kehdingen und Neuhaus a. O., Lehe und Hadeln, Blumenthal und Osterholz, Verden und Achim, Bremervörde und Zeven (Reg.-Bez. Stade); Lingen und Meppen, Aschendorf und Hümmling, Osnabrück Stadt und Land, Wittlage und Iburg (Reg.-Bez. Osnabrück); Leer und Weener (Reg.-Bez. Aurich); Bielefeld und Halle i. W. (Reg.-Bez. Minden); Bochum Stadt und Land und Witten (Reg.-Bez. Arnsberg); Fritzlar und Homberg, Frankenberg und Kirchhain, Hersfeld und Hünfeld, Fulda und Gersfeld (Reg.-Bez. Kassel); Obertaunuskreis und Usingen (Reg.-Bez. Wiesbaden); Daun und Prüm (Reg.-Bez. Trier); Heinsberg und Geilenkirchen, Montjoie und Eupen (Reg.-Bez. Aachen); Hechingen und Haigerloch (Reg.-Bez. Sigmaringen).

Dagegen wird die bisher bestandene Vereinigung der Kreise Remscheid und Lennep zu einem Kreisphysikat nicht beibehalten und je ein Kreisarzt in diesen beiden Kreisen angestellt werden.

In einer Anzahl von Kreisen waren mehrere Kreisphysiker angestellt. Dies war der Fall in den Kreisen Königsberg i. N. (2), Hadersleben (2), Schleswig (3), Husum (2), Tondern (2), Oldenburg (2), Plön (2), Süderdithmarschen (2), Steinburg (2), Storman (2). Für alle diese Kreise soll, da die Arbeit von einem beamteten Arzt recht gut geleistet werden kann, nur je 1 Kreisarzt angestellt werden.

Die in dem §. 3 Abs. 2 des Kreisarztgesetzes vorgesehene Möglichkeit der Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte soll zunächst versuchsweise und zwar in folgenden 15 Kreisen verwirklicht werden: Gumbinnen, Thorn, Lebus und Frankfurt a. O. Stadt, Waldenburg, Oppeln Stadt und Land, Kattowitz Stadt und Land, Harburg Stadt und Land und Winsen, Recklinghausen, Bochum Stadt und Land und Witten, Gelsenkirchen Stadt und Land, Duisburg Stadt und Ruhrort, Mülheim a. d. R., Essen Stadt und Land, Solingen Stadt und Land und M. Gladbach Stadt und Land.

Von den Erfahrungen, welche hier mit den vollbesoldeten Kreisärzten gemacht werden, wird es abhängen, ob und in welchem Umfange auf diesem Wege weiter vorzugehen sein wird.

Was die Anstellung besonderer Gerichtsärzte betrifft (§. 9 Abs. 2 des Gesetzes), so sollen an Stelle der jetzt bestehenden 7 Gerichtsphysikate in Königsberg (1), Berlin (4), Breslau (1), Köln (1) folgende 15 Stellen für besondere Gerichtsärzte geschaffen werden: nämlich in Berlin 4, sowie je eine für die Bezirke Niederbarnim, Breslau Stadt und Land, Gleiwitz Stadt, sowie Tost-Gleiwitz, Zabrze und Pless (soweit dieser Kreis zum Landgericht Gleiwitz gehört), Beuthen Stadt und Land, sowie Tarnowitz, Königshütte Stadt und Kattowitz Stadt und Land, Magdeburg Stadt und Wolmirstedt, Hannover Stadt und Land und Linden Stadt und Land, Dortmund Stadt und Land und Hörde, Bochum Stadt und Land (soweit Bochum Land zum Landgericht Bochum gehört) und Witten Stadt, Frankfurt a. M. Stadt und Land, Elberfeld Stadt und Barmen Stadt, Köln Stadt und Land.

Ausserdem ist beabsichtigt, an den Universitäten Königsberg, Breslau Halle und Bonn je ein etatsmässiges Extraordinariat für die Vertretung der gerichtlichen Medizin zu schaffen, dessen Inhaber zugleich die Obliegenheiten des Gerichtsarztes des Bezirks wahrzunehmen hat.

Aus dieser Verbindung zwischen Praxis und Theorie ist eine weitere Förderung für die Wissenschaft der gerichtlichen Medizin zu erhoffen.

Die Uebertragung kreisärztlicher Obliegenheiten auf die als Kommunalbeamte angestellten Stadtärzte (§. 3 Abs. 5 des Gesetzes) ist einstweilen noch besonderen mit einer Anzahl von Städten bereits eingeleiteten Unterhandlungen vorbehalten.

Die Kreisarztassistenten, von denen 30 im Etat vorgesehen sind, entsprechen nicht den jetzigen Kreiswundärzten, sondern sind als Gehülfen der Kreisärzte in allen Geschäften und als Vorstufe zum Kreisarzt gedacht.

Die vollbesoldeten Kreisärzte sollen in ihrem Gehalt den Kreisbauinspektoren gleichgestellt werden, mithin mit 3600 Mark beginnen und in vier Stufen von je 3 Jahren um 600, 500, 500, 500 Mark bis auf 5700 Mark steigen. Neben dem Gehalte beziehen sie den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der V. Rangklasse.

Soweit für amtliche Verrichtungen der vollbesoldeten Kreisärzte nach den bestehenden Vorschriften Gebühren zu entrichten sind, fliessen dieselben gemäss §. 3 Abs. 3 des Kreisarztgesetzes zur Staatskasse. Die Höhe dieser Einnahme ist bei Kap. 34 Tit. 9 mit 2000 Mark für jede Stelle veranschlagt.

Die nicht vollbesoldeten Kreisärzte beziehen ein Gehalt von durchschnittlich 2250 Mark bis zum Höchstbetrage von 4200 Mark, dagegen erhalten sie keinen Wohnungsgeldzuschuss (§. 7 des Gesetzes vom 12. Mai 1873 — G.-S. S. 209 —). Die Bemessung des Gehaltes soll nicht nach Altersstufen, sondern unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse in der Weise geschehen, dass dasselbe einerseits dem Umfange der dienstlichen Thätigkeit entspricht, anderseits aber den Kreisärzten in Verbindung mit den sonstigen amtlichen Bezügen aus der dienstlichen Thätigkeit ein angemessenes Einkommen sichert.

Zur Deckung von Amtsunkosten (Bureaubedürfnisse, Apparate etc.) sollen den Kreisärzten Entschädigungen gewährt werden, deren Betrag für die vollbesoldeten Kreisärzte durchschnittlich mit 750 Mark, höchstens 1000 Mark, für die nicht vollbesoldeten mit durchschnittlich 250 Mark, höchstens 750 Mark jährlich vorgesehen ist. Die verschiedene Bemessung rechtfertigt sich durch den wesentlich verschiedenen Umfang der Dienstgeschäfte und des Dienstaufwandes, sowie auch aus dem Grunde, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte, welche das Recht haben, Privatpraxis zu treiben, schon mit Rücksicht hierauf aus eigenen Mitteln entsprechende Einrichtungen für die Ausübung ihrer freien Berufsthätigkeit vorzuhalten haben.

Die Remunerationen für die Kreisarztassistenten sind auf durchschnittlich 1200 Mark, im Höchstbetrage auf 1800 Mark bemessen worden. Diese Remunerationen sind erheblich höher, als die Besoldungen der seitherigen Kreiswundärzte und entsprechen im Allgemeinen den Remunerationen der ärztlichen Assistenten an den Universitätsinstituten.

Im Anschluss hieran mögen zunächst die einschlägigen Positionen des Etats folgen:

Mehr eingestellt sind 9900 Mark in Kapitel 109 (Ministerium) (7500 Mark Anfangsgehalt, 1200 Mark Wohnungsgeldzuschuss und 1200 Mark Besoldung als Mitglied der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen) für einen vierten technischen vortragenden Rath bei der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums;[1]) damit ist in erfreulicher Weise einer Forderung Rechnung getragen, deren Nothwendigkeit schon seit Jahren anerkannt ist.

[1]) Die Begründung dazu lautet: „Die sowohl nach ihrem äusseren Umfange, wie nach ihrer inneren Bedeutung wachsenden Aufgaben auf allen Gebieten der Medizinalverwaltung machen eine dauernde Verstärkung der technischen Kräfte an der Zentralstelle zur dringenden Nothwendigkeit."

Im eigentlichen Etat für das Medizinalwesen (Kapitel 125) sind dann ausgeworfen:

1.	Besoldung von 38 Mitgliedern (600—1200 M.) und 86 Assessoren (600—1050 M.) der Provinzial-Medizinalkollegien	58 950,— M.
2.	Besoldung von 37 Regierungs- und Medizinalräthen mit 4200—7200 M.	190 000,— „ [2]
3.	Besoldung von 6 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hülfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Potsdam, Breslau, Oppeln, Arnsberg u. Düsseldorf[3]) (mit 3600—5 700 M.)	21 600,— „
4.	Besoldung von 15 vollbesoldeten Kreisärzten [4]) (3600—5700 M.)	54 000,— „
5.	Besoldung von 478 nicht vollbesoldeten Kreisärzten und 15 nicht vollbesoldeten Gerichtsärzten mit höchstens 4200 M., im Durchschnitt 2250 M., sowie für sonstige Besoldungen	1 173 696,— „ [5])
	Vermerk: 1. Ersparnisse können zu Stellvertretungskosten verwendet werden.	
	2. Bei der Berechnung des pensionsfähigen Diensteinkommens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte werden die amtsärztlichen Gebühren, welche nach §. 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w., vom 16. September 1899 und den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen von den vollbesoldeten Kreisärzten zur Staatskasse abzuführen, bezw. nicht mehr aus der Staatskasse zu erheben sind, nach ihrem durchschnittlichen Betrage während der drei letzten Etatsjahre vor dem Etatsjahre, in welchem die Pension festgesetzt wird, mit der Massgabe zur Anrechnung gebracht, dass das hiernach der Pension zu Grunde zu legende Diensteinkommen nicht das pensionsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes von gleichem pensionsfähigen Dienstalter übersteigen darf.	
6.	Wohnungsgeldzuschüsse	35 820,— „ [6])

[2]) Mehr: 4200 Mark Mindestbesoldung für einen zweiten Regierungs- und Medizinalrath bei dem Polizeipräsidium in Berlin statt des bisherigen Medizinalassessors. „Die bisherigen Inhaber dieser Stelle sind nur eine verhältnissmässig kurze Zeit in derselben gewesen. Um einen häufigen Wechsel zu vermeiden und da die Thätigkeit des Medizinalassessors derjenigen eines Reg.- und Medizinalraths gleichwerthig ist, erscheint die Umwandlung der Stelle in die einer Regierungs- und Medizinalrathsstelle erforderlich."

[3]) Diese Forderung wird damit begründet, dass bei den obengenanten Regierungen, die namentlich in Folge der Fortschritte in der Seuchenbekämpfung und in der Hygiene gewachsene Arbeitslast von je einem Regierungs- und Medizinalrathe nicht weiter bewältigt werden kann.

[4]) Siehe vorher die Denkschrift.

[5]) Mehr: Mindestbesoldung für 15 vollbesoldete Kreisärzte mit je 3600 . . . . . 54 000,— M.

Durchschnittsbesoldung für 478 nicht vollbesoldete Kreisärzte und 15 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte mit je 2250 M. 1 109 250,— „

Zusammen: 1 163 250,= M.

Weniger: Besoldungen für 536 Stadt-, Kreis- und Bezirksphysiker mit je 900 M., 1 Stadtphysikus und 4 gerichtliche Stadtphysiker in Berlin mit je 1800 M., 4 Oberamtsphysiker mit je 1114,28 M., 284 Kreiswundärzte (279 mit je 600 M. und 5 mit je 900 M.), 6 Oberamtswundärzte mit je 85,71—428,57 M. und 30 000 M. Stellenzulagen für schwer zu besetzende Physikatsstellen . . . . . 706 092,82 M.

Bleibt Mehrforderung: 457 157,18 M.

[6]) Mehr: 13680 M. an Wohnungsgeldzuschüssen für den zweiten Regierungs- und Medizinalrath in Berlin, für 6 vollbesoldete Kreisärzte als Hülfsarbeiter bei den Regierungen und 15 weitere vollbesoldete Kreisärzte.

7. Zur Remunirung von 30 Kreisarzt-Assistenten, sowie von Hülfsarbeitern im Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien	43 901,—	„ [1])
8. Zu Bureaubedürfnissen der Provinzial-Medizinalkollegien, Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräthe in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.- und Medizinalräthen (3000 M.), zu Remunerationen für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten gelieferten Arzneien (3500 M.), zu Entschädigungen für Amtsunkosten für die vollbesoldeten Kreisärzte bis zu 1000 M. im Durchschnitt 750 Mark, für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte bis zu 750 M., im Durchschnitt 250 M., sowie zu Tagegeldern und Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial-Medizinalkollegien, zu Tagegeldern, Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die psychiatrischen Mitglieder der Besuchskommissionen für die Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten und zu Tagegeldern und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beiraths für das Apothekenwesen	160 455,—	„ [2])
9. Zur Remunerirung der Mitglieder und Beamten der Kommission für die Staatsprüfungen der Aerzte, Zahnärzte u.s.w.	179 700,—	„
10. Zuschuss für das Charité-Krankenhaus in Berlin	309 253,85	„ [3])
11. Institut für Infektionskrankheiten	161 425,—	„ [4])
12. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. .	67 950,—	„ [5])
13. Zu Unterhaltung einer staatlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung	45 000,—	M. [6])

[1]) Mehr: 36000 M. an Remunerationen für 30 Kreisarzt-Assistenten mit durchschnittlich 1200 M.; weniger Remuneration (4500 M.) für den bisherigen Medizinalassessor bei dem Polizeipräsidium in Berlin. Bleibt Mehrbetrag: 31500 M.

[2]) Mehr: Dienstaufwands-Entschädigung für den zweiten Regierungs- und Medizinalrath beim Polizeipräsidium in Berlin mit Rücksicht auf die zahlreichen Dienstgänge, die dieser in der Stadt zurückzulegen hat, und Dienstaufwands-Entschädigungen für 15 vollbesoldete (durchschnittlich 750 M.) und 493 nicht vollbesoldete Kreisärzte und Gerichtsärzte (durchschnittlich 250 M.); zusammen 135700 M.

[3]) 35140 M. mehr.

[4]) Mehr: 4510 M., darunter Besoldung für einen Leiter der chemischen Abtheilung (3250 M.) und Erhöhung der Remuneration des Leiters des Laboratoriums für besonders gefährliche Krankheiten von 1350 auf 2000 M.

[5]) 2950 M. mehr.

[6]) Diese Position wird wie folgt begründet:

Die hygienisch einwandfreie Wasserzuführung und Abwässerbeseitigung ist eine der wesentlichsten Vorbedingungen für eine günstige wirthschaftliche Entwicklung volkreicher Gemeinwesen und das vornehmste Mittel, dem Ausbruche von Krankheiten und ihrer epidemischen Ausbreitung vorzubeugen. Diese Bedeutung ist allseitig erkannt und neuerdings auch in einer dem Staatsministerium vorgelegten Petition von Vertretern grösserer Städte und Industrien vom 24. März 1900 wegen Errichtung einer staatlichen Prüfungsanstalt für diese Zwecke hervorgehoben worden. In dieser wird zugleich auf die Schäden hingewiesen, welche den Gemeinden und Industrien durch unzweckmässige Massnahmen auf dem Gebiete der Trinkwasserversorgung und Abwässerbeseitigung entstanden sind, weil es an einer Stelle fehlt, wo die sich auf diesem Gebiete vollziehenden Vorgänge und die daraus zu ziehenden praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen einheitlich gesammelt und verwerthet werden. Die vielfach geschaffenen fehlerhaften Anlagen haben bedeutende wirthschaftliche Schäden und beklagenswerthe hygienische Missstände — namentlich Verunreinigungen der Flussläufe — mit sich geführt. Diese Umstände haben die Aufsichtsbehörden veranlasst, seit Jahren die planmässige Forschung auf diesem Gebiete anzuregen und namentlich die Ergebnisse der verschiedenen Methoden

14.	Hygienisches Institut in Posen	38 842,— M. [1])
15.	Zuschüsse für einige Krankenanstalten	6 271,47 „ [2])
16.	Zur Vermehrung des hülfsärztlichen Personals in den öffentlichen Irrenanstalten	6 000,— „
17.	Für das Impfwesen (Remunerirung der Vorsteher und Assistenten und Gewinnung thierischen Impfstoffs u. s. w.) und zu sächlichen Ausgaben	80 430,— „ [3])

für die Reinigung der Abwässer nachprüfen und Untersuchungen über die Nutzbarmachung der Abwässer und der Klärrückstände für die Landwirthschaft, sowie über die Selbstreinigung der Flüsse und dergl. anstellen zu lassen. Die Angelegenheit ist von einer aus den Vertretern der betheiligten Ministerien zusammengesetzten Kommission bisher mit Erfolg geführt worden. Gegenüber der stets wachsenden Bedeutung und dem Umfange der übernommenen Aufgaben erweist sich die bisherige Organisation und die Heranziehung einzelner Sachverständiger von Fall zu Fall nicht als ausreichend. Es sollen daher von jener Kommission bisher veranlassten Arbeiten durch die Versuchsweise Schaffung einer Zentralstelle, bei welcher alle einschlagenden hygienischen und volkswirthschaftlichen Interessen Berücksichtigung und planmässige Förderung finden, gesichert werden. Das Institut soll zugleich den Staatsbehörden, Kommunen und Industrien etc. die Möglichkeit für die Einholung von objektiver, sachkundiger, nach dem jeweiligen Stande von Wissenschaft und Praxis einzurichtender Auskunft gewähren.

Die Anstalt wird der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums der geistlichen etc. Angelegenheiten angegliedert, während die Aufsicht über dieselbe von einer Kommission, bestehend aus den Vertretern der betheiligten Ministerien, ausgeübt wird. Die geschäftliche Leitung der Anstalt wird einem vortragenden Rathe der Medizinal-Abtheilung übertragen, welcher zugleich den Vorsitz in der Kommission führt und die Letztere nach aussen und der Anstalt gegenüber vertritt.

Das wissenschaftliche Personal der Anstalt soll aus einem Vorsteher, dem die technische Leitung obliegt, einigen wissenschaftlichen Mitarbeitern und den zu einzelnen Zwecken hinzuziehenden Hülfsarbeitern bestehen, denen die nöthige Bureauhülfe und ein genügendes Unterpersonal zur Seite gestellt wird. Unter dem wissenschaftlichen Personal ist je ein Chemiker, ein bakteriologisch gebildeter Arzt, ein Botaniker und ein Ingenieur vorgesehen. Die Anstalt soll zunächst provisorisch eingerichtet werden, damit erst über ihre Wirksamkeit und ihren Geschäftsumfang Erfahrungen gesammelt werden können.

Von den laufenden Kosten, welche durch den Betrieb der Anstalt entstehen, entfallen

a) auf persönliche Ausgaben (für den Vorsteher 6000 Mark, für wissenschaftliche Mitglieder und Hülfsarbeiter 15000 Mark, für Bureauhülfe 1800 Mark) = 22800 Mark,

b) auf sächliche Ausgaben (für Löhne des Dienstpersonals, Diäten und Fuhrkosten 7 7000 Mark, für Bureaubedürfnisse — Miethe, Kopialien, Schreib- und Packmaterialien, Drucksachen, Feuerung und Reinigung, Beleuchtung, Bibliothek, Utensilien, Instrumente und Apparate, Chemikalien, nicht aversionirte Postporto- und Gebührenbeträge, Heften der Akten etc. — 13000 Mark, für unvorhergesehene Ausgaben 1500 Mark) = 22200 Mark.

Es ist ins Auge gefasst, die dauerndern Ausgaben durch Erhebung von Gebühren für die von Behörden und Privaten beantragten Prüfungen, Begutachtungen, Ueberwachungen etc. nach Massgabe eines aufzustellenden Tarifs thunlichst zu decken.

[1]) Mehr: 6220 M.; darunter 1500 M. für einen weiteren Assistenten und 1000 M. an Honoraren. In dem Institute werden zur wissenschaftlichen Anregung und beruflichen Förderung der ärztlichen Kreise Vorlesungen und Fortbildungskurse aus den Arbeitsgebieten des Instituts abgehalten. Die von den Theilnehmern zu zahlenden Honorare sind auf 1000 M. jährlich veranschlagt und demgemäss auch in Einnahme gestellt; sie sollen dem Direktor, dem pathologischen Anatomen und chemischen Assistenten des Instituts als Entschädigung für ihre Mühewaltung zufliessen.

[2]) 36 M. mehr.

[3]) 2000 M. mehr.

18.	Zu Reagentien bei den Apothekenrevisionen	1 900,— M.
19.	Zu Unterstützungen für aktive Medizinalbeamte (5000 M.) und für ausgeschiedene Medizinalbeamte (60 000 M.) sowie für Wittwen und Waisen von Medizinalbeamten	65 000,— „
20.	Zu Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimath, sowie für arme Kranke	900,— „
21.	Für medizinalpolizeiliche Zwecke einschliesslich 15 000 M. zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeilichen Kontrole behufs Abwehr der Choleragefahr und 15 000 M. für das Leprakrankenheim im Kreise Memel	100 000,— „ [1]
22.	Verschiedene andere Ausgaben (Zuschuss für Arzt auf der Kurischen Nehrung, Quarantaineanstalten u. s. w.) . . .	18 358,42 „ [2]
	Zusammen	2 754 452,74 M.
	im Vorjahre	1 976 059,56 „
	Darnach mehr	778 393,18 M.

Für einmalige und ausserordentliche Ausgaben sind ausserdem vorgesehen.

a) 1 454 250 M. zum Ankauf eines Grundstücks an der Wilhelmsstrasse und behufs Ausführung eines Neubaues auf demselben sowie auf dem Grundstücke Behrenstrasse 72, auf dem zur Zeit sich das Dienstgebäude der Medizinalabtheilung befindet.

b) 2 573 560 M. für Neu- und Umbauten von klinischen Universitäten, Ergänzung des Inventars derselben, Deckung von Fehlbeträgen, für Untersuchungen mit Röntgenstrahlen, Anstellung von Versuchen mit elektrischer Lichtbehandlung (Berlin, Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten), mit Giftpräparaten gegen Rindertuberkulose (Marburg) u. s. w.

c) 7750 M. zur Vervollständigung der Einrichtung des hygienischen Instituts in Posen.

d) 12 000 Mark zur Ergänzung der Bibliothek, zur Beschaffung von Apparaten und Instrumenten für das Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a/M.

e) 156 000 Mark zum Neubau des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin, einschliesslich, der inneren Einrichtung.

f) 350 000 Mark zur Bekämpfung der Granulose.[3]

g) 30 000 Mark zur Untersuchung der Maul- und Klauenseuche.[4]

h) 50 000 M. zur Bestreitung der Kosten der ersten Beschaffung

---

[1]) 25 000 M. mehr, da sich der Fonds gegenüber der immer mehr an ihn herantretenden Anforderungen, insbesondere behufs Bekämpfung der Infektionskrankheiten, namentlich des Typhus, der Diphtherie, der Ruhr, sowie in Folge der wegen Pestgefahr eingerichteten sanitätspolizeilichen Ueberwachung der Häfen u. s. w. als unzureichend erwiesen hat.

[2]) 300 M. mehr.

[3]) In der Begründung hiezu heisst es: „Durch die Staatshaushalts-Etats für 1897/98 bis 1900 sind im Extraordinarium zu dem nebenbezeichneten Zwecke zusammen 1 225 000 Mark flüssig gemacht. Hierdurch ist es möglich gewesen, die Schwere der Seuche in einer Anzahl von Kreisen merklich zu verringen und in anderen Bezirken wenigstens eine weitere Ausbreitung derselben hintanzuhalten. Die planmässige Bekämpfung geschieht jedoch erst noch zu kurze Zeit, als dass zur Zeit schon ein endgültiges Urtheil über den weiteren Verlauf der Seuche möglich wäre. Es ist auch aus dem Grunde nicht gerathen, in der Bekämpfung nachzulassen, weil in einzelnen Provinzen, namentlich Posen und Westpreussen, gegen die dort gleichfalls sehr verbreitete Granulose noch nicht schärfer hat vorgegangenen werden können. Auch spricht die Erfahrung dafür, dass in Gegenden, in denen die Bekämpfung begonnen hat, die Seuche nach scheinbarer Abnahme sofort wieder zunimmt, sobald die Massregeln ausgesetzt oder auch nur merklich eingeschränkt werden."

[4]) Es ist gelungen, ein wirksames Immunisirungsverfahren für Schweine und Kälber zu finden, für Rinder steht dasselbe jedoch noch aus; auch ist der Erreger der Krankheit bis jetzt nicht aufgefunden worden. Deshalb sind ebenso wie im Vorjahr, wiederum 30 000 Mark in den Etat eingestellt worden.

von Apparaten u. s. w. für die Kreisärzte, sowie zur Gewährung von Beihülfen an dieselben zur Beschaffung von Apparaten.[1])

i) 16000 zur ersten Einrichtung einer stattlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung.

k) 1089630 M. für den Neubau des Charité-Krankenhauses in Berlin (chirurgische Klinik, pathologisches Institut, psychiatrische und Nervenklinik, Kinderklinik, Direktoren-Wohnhaus, innere Einrichtung verschiedener fertiger Bauten).

Seit langer Zeit weist somit der Etat für das Medizinalwesen endlich eine wesentliche, fast 40% betragende Steigerung (um 778393,18 M.) auf; davon entfallen auf die Ausführung des Kreisarztgesetzes 636717,18 M. (457157,18 M. für Besoldungen der Kreisärzte, 9060 M. Wohnungsgeldzuschüsse der vollbesoldeten Kreisärzte, 36000 M. Mehrbetrag für Kreisarzt-Assistenten und 135700 M. Entschädigung für Amtsunkosten). Auch die Mehrausgaben für die vierte Rathstelle in der Medizinalabtheilung des Ministerums, und für die ständigen medizinisch-technischen Hülfsarbeiter bei den grösseren Regierungen sind streng genommen auf das Konto des Kreisarztgesetzes zu setzen, so dass sich jene Summe um 9900 + 21600 + 3620 = 35220 M., also auf 671937,18 M. erhöht, wozu als einmalige Ausgaben noch 50000 M. zur ersten Beschaffung von Apparaten u. s. w. für die Kreisärzte hinzutreten. Wenn also schon vor längerer Zeit das Gerücht auftauchte, dass von dem Herrn Finanzminister 700000 M. für die Durchführung des genannten Gesetzes zur Verfügung gestellt seien, so hat sich dieses Gerücht diesmal bestätigt; in Wirklichkeit ist jene Summe sogar eine erheblich grössere; denn sie erhöht sich noch durch die bis jetzt im Etat nicht aufgeführten, allerdings künftig wegfallenden Wartegelder der zur Verfügung gestellten 291 Kreisphysiker und Kreiswundärzte, die, wenn man nur einen Durchschnittssatz von 1200 M. für die Kreisphysiker und 750 M. für die Kreiswundärzte annimmt, den Betrag von 300000 Mark eher übersteigen, als darunter bleiben dürften. Damit würde also die Million voll sein! Jedenfalls eine anzuerkennende Mehrleistung, wenn diese auch, wie wir später sehen werden, noch nicht völlig ausreicht!

Aus der vorher mitgetheilten Denkschrift geht hervor, dass sich die Staatsregierung bei der Ausführung des Gesetzes streng im Rahmen desselben gehalten hat. Demgemäss hat eine Zusammenlegung der bisher vorhandenen Stadt-, Kreis-, Bezirks- und Oberamtsphysikatsstellen (541) nur in verhältnissmässig geringem Umfange stattgefunden, wie dies auch nicht anders zu erwarten stand, so lange der nicht vollbesoldete Kreisarzt die Regel, der vollbesoldete die Ausnahme bildet. Im Ganzen sind von den jetzigen Physikaten 49 mit je einem benachbarten zu je einer Kreisarztstelle vereinigt; die künftige Zahl der Kreis-

[1]) Diese Forderung wird wie folgt motivirt: „Die erheblichen Fortschritte, welche die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung der Seuchen unter dem Einfluss der wissenschaftlichen Hygiene gemacht haben, lassen es nothwendig erscheinen, dass die Kreisärzte in der Lage sind, eine Reihe einfacher mikroskopischer, bakteriologischer und chemischer Untersuchungen selbst vornehmen zu können. Zur Anschaffung der hierzu nöthigen Geräthe und Instrumente, sowie zur Gewährung von Beihülfen an die Kreisärzte zur eigenen Beschaffung derselben wird eine Summe von 50000 Mark erforderlich sein."

ärzte (493) beträgt somit nur 48 weniger als die bisherige der Physiker, da die jetzt bestehende Vereinigung der Kreise Remscheid und Lennep zu einem Kreisphysikate nicht beibehalten, sondern für jeden Kreis einen Kreisarzt angestellt werden soll. Entsprechend den örtlichen Verhältnissen sind die meisten Zusammenlegungen von Physikatsbezirken in den Provinzen Schleswig-Holstein (12) und Hannover (20) (davon in den Reg.-Bez. Hannover 2, Hildesheim 3, Lüneburg 4, Stade 6, Osnabrück 4 und Aurich 1) erfolgt; die übrigen vertheilen sich auf die Reg.-Bezirke Frankfurt (2), Köslin (1), Liegnitz (2), Erfurt, Minden und Arnsberg (je 1), Kassel (4), Wiesbaden, Trier und Sigmaringen (je 1), Aachen (2). Soweit sich ein Urtheil bilden lässt, scheinen diese Vereinigungen durchaus zweckmässig zu sein; denn die Zusammengelegten Kreisphysikate sind ausnahmslos zu klein, um den Stelleninhaber einen ausgiebigen Wirkungskreis zu sichern.

Weit grösser, als im Etat bestimmt ist, hätten wir dagegen die Zahl der vollbesoldeten Kreisärzte (15) gewünscht; insbesondere sollte jeder am Sitz einer Regierung befindliche Kreisarzt mit Rücksicht auf die ihm obliegende ständige Vertretung des Reg.- und Med.-Raths als vollbesoldeter Kreisarzt angestellt werden; denn diese Vertretung ist wegen Beurlaubung und namentlich wegen der häufigen und längeren Dienstreisen jenes Beamten so oft erforderlich, dass sie von einem, noch auf ärztliche Privatpraxis angewiesenen, nicht vollbesoldeten Kreisarzte kaum beansprucht werden kann. Im Etat sind allerdings 3000 M. für Stellvertretung der Reg.- und Med.-Räthe eingestellt; dieser Betrag reicht aber nicht aus, um den betreffenden Kreisärzten eine nur einigermassen entsprechende Entschädigung für ihre Mehrarbeit als Stellvertreter zu gewähren. Immerhin ist es erfreulich, dass mit der Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte wenigstens ein Versuch gemacht ist; wir sind fest davon überzeugt, dass derselbe zu ihrem Gunsten ausschlagen und Veranlassung zu weiterem Vorgehen auf diesem Wege geben wird. Nicht minder erfreulich ist es, dass wenigstens bei einigen Regierungen vollbesoldete Kreisärzte als ständige Hülfsarbeiter des Reg.- und Med.-Raths vorgesehen sind; es entspricht dies einem schon seit Jahren in den betheiligten Kreisen laut gewordenen Wunsche; ausserdem werden diese Hülfsarbeiter einen vorzüglich geschulten Nachwuchs für die Reg.- und Medizinalräthe bilden.

Auch die Anstellung besonderer Gerichtsärzte bewegt sich in mässigen Grenzen; statt der bisherigen 7 Gerichtsphysikate sollen 15 derartige Stellen geschaffen werden. Die getroffene Auswahl dürfte im Allgemeinen eine zweckmässige sein; sie genügt auch, um später beurtheilen zu können, ob und in welchem Umfange sich eine weitere Uebertragung der gerichtsärztlichen Geschäfte auf besondere Gerichtsärzte empfiehlt. Die Absicht, an den Universitäten Königsberg, Breslau, Halle und Bonn je ein etatsmässiges Extraordinariat für die Vertretung der gerichtlichen Medizin zu schaffen, dessen Inhaber zugleich die Obliegenheiten des Gerichtsarztes wahrzunehmen hat, kann

im Interesse der gerichtlich-medizinischen Wissenschaft nur mit Freuden begrüsst werden; nur sollte man nicht dabei stehen bleiben, sondern auch die erforderlichen Mittel zur Einrichtung je eines entsprechend ausgestattetes Instituts für gerichtliche Medizin an den genannten Universitäten bereitstellen, da nur dann der betreffende Universitätslehrer der ihm gestellten Aufgabe voll und ganz gerecht werden kann und die gerichtliche Medizin die wissenschaftliche Förderung erfahren wird, die sie mit Rücksicht auf ihre grosse Bedeutung im öffentlichen Leben bedarf. Leider findet sich aber unter den einmaligen und ausserordentlichen Ausgaben für Universitätszwecke keine derartige Position, obwohl dieser Etat im Uebrigen recht reichlich bedacht ist. Es scheint danach, als ob die in der Denkschrift mitgetheilte Absicht erst im nächsten Jahre verwirklicht werden soll.

Zur Anstellung von Stadtärzten, denen nach §. 3 Abs. 5 des Gesetzes kreisärztliche Obliegenheiten übertragen werden können, scheinen sich bis jetzt nur einige Stadtverwaltungen entschlossen zu haben; jedenfalls haben der Denkschrift zu Folge die mit ihnen geführten Unterhandlungen noch zu keinem bestimmten Abschluss geführt. Auch hier werden erst Erfahrungen gesammelt werden müssen, ob eine derartige Uebertragung staatlicher Funktionen auf Kommunalbeamte zweckmässig ist; deshalb schadet es nichts, wenn damit in langsamem Tempo vorgegangen wird.

Verhältnissmässig niedrig ist die Zahl der Kreisarztassistenten (30) bemessen; für die definitive Anstellung derselben ist dies allerdings von Vortheil, aber anderseits muss auch für einen ausreichenden Nachwuchs Sorge getragen werden. Eine Verdoppelung dieser Gehülfen der Kreisärzte dürfte um so mehr angezeigt sein, als dann auch genügend Hülfskräfte für etwaige Vertretungen in Krankheitsfällen, für gesteigerte Anforderungen bei Epidemien u. s. w. zur Verfügung sind.

Gehen wir nun zur Besprechung der Ausführung des Gesetzes in finanzieller Hinsicht über, so bleibt hier im Gegensatz zu seiner sonstigen Ausführung noch recht viel zu wünschen übrig.

Was zunächst das Gehalt der vollbesoldeten Kreisärzte anbetrifft, so stand von vornherein zu erwarten, dass den Wünschen der Medizinalbeamten in Bezug auf die Höhe desselben (3600—6600 M.) nicht Rechnung getragen, sondern es gleich demjenigen der Kreisbauinspektoren und Gewerbeinspektoren bemessen werden würde. Die vollbesoldeten Kreisärzte werden sich damit bis auf Weiteres zurecht finden müssen; sehr wichtig für sie ist aber die Frage: Mit welcher Gehaltsstufe fangen wir an? Der Etat sagt mit der niedrigsten; denn für sämmtliche vollbesoldeten Kreisärzte ist das Mindestgehalt von 3600 M. eingestellt! Dass zu vollbesoldeten Kreisärzten nur jüngere Kreiswundärzte oder bisher nicht angestellte pro physicatu approbirte Aerzte ernannt werden, ist nicht anzunehmen; die meisten von ihnen, wenn nicht alle, werden vielmehr bereits längere Zeit im Amte stehende Kreisphysiker sein. Soll diesen nun ihre Dienstzeit gar nicht ange-

rechnet werden, sondern alle das gleiche Gehalt erhalten, ohne Rücksicht darauf, ob sie schon 10—20 Jahre, oder nur 5, oder gar nicht im staatlichen Dienste waren? Das würde den Grundsätzen, die in Preussen mit Einführung der Bemessung des Gehalts nach Altersstufen massgebend sind, zuwiderlaufen und eine schwere Schädigung der schon seit einer Reihe von Jahren im Amte befindlichen Medizinalbeamten bedeuten, besonders wenn man erwägt, dass dieselben vor Umwandlung ihres Kreisphysikats in eine vollbesoldete Stelle durch Privatpraxis, amtsärztliche Gebühren u. s. w. eine wesentlich höhere Einnahme gehabt haben. Hier ist also eine Aenderung des Etats nach der Richtung hin dringend erwünscht, dass bei Bemessung des Gehalts der vollbesoldeten Kreisärzte nach Altersstufen ihre bisherige Dienstzeit entweder ganz, oder bei denjenigen Kreismedizinalbeamten, die verhältnissmässig sehr jung in's Amt gekommen sein sollten, wenigstens zum grössten Theil (von einem bestimmten, nicht zu hoch zu bemessenden Lebensalter an) in Anrechnung gebracht wird.

Die Frage der Regelung des Gehalts der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ist jedenfalls eine weit schwierigere als die der vollbesoldeten; für ihre Lösung muss aber unsers Erachtens der Grundsatz massgebend sein, dass auch der nicht vollbesoldete Kreisarzt im Gegensatz zu dem bisherigen Kreisphysikus im Hauptamte angestellt ist und zu den unmittelbaren, pensionsberechtigten Staatsbeamten gehört. Jedenfalls macht das Kreisarztgesetz keinen Unterschied in Bezug auf die amtliche Stellung und dienstliche Thätigkeit des Kreisarztes, je nachdem dieser voll oder nicht vollbesoldet ist; alle Kreisärzte haben vielmehr die gleichen Rechte und Pflichten, insbesondere dürfen ihre Dienstobliegenheiten nicht unter etwaigen Nebenbeschäftigungen leiden, sondern müssen stets in erster Linie kommen. Es entspricht daher nur diesem sowohl im Gesetze und in dessen Begründung, als in den Verhandlungen des Landtages darüber mehrfach zum Ausdruck gebrachten Grundsatze, wenn die Besoldungsverhältnisse der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach den gleichen Prinzipien wie diejenigen der vollbesoldeten geregelt werden, d. h. das Gehalt nach Altersstufen bemessen und ebenfalls Wohnungsgeldzuschuss gewährt wird. Leider ist das im Etat nicht geschehen; sondern die Bemessung des Gehaltes (durchschnittlich 2250 M. bis zum Höchstbetrage von 4200 M.) ist „unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse in der Weise geschehen, dass dasselbe einerseits dem Umfange der dienstlichen Thätigkeit entspricht, anderseits aber den Kreisärzten in Verbindung mit den sonstigen amtlichen Bezügen aus der dienstlichen Thätigkeit ein angemessenes Einkommen sichert"; Wohnungsgeldzuschuss wird nicht gewährt. Zu welchen Konsequenzen eine derartige Gehaltsbemessung führt, mögen nachstehende Beispiele zeigen:

a. Der bisherige Stelleninhaber ist alt oder bequem, vielleicht auch pekuniär gut situirt; er hat die ärztliche Privatpraxis vernachlässigt, alle Nebenstellungen abgegeben oder verloren; auch die amtlichen Gebühren haben

sich in Folge geringerer Inanspruchnahme von Jahr zu Jahr verringert. Die Folge davon ist, dass diese Kreisarztstelle mit einem verhältnissmässig hohen, vielleicht sogar mit dem Höchstgehalt dotirt wird; denn die bisherigen geringen Nebeneinnahmen bilden ja die Grundlage für die Gehaltsbemessung nach örtlichen Verhältnissen. Dem neuernannten Kreisarzt, der seinem Dienstalter nach vielleicht einer der jüngsten ist, gelingt es nun in kurzer Zeit, alle verloren gegangenen Nebenstellungen wieder zu gewinnen, auch seine amtlichen Einnahmen zu steigern und sich eine ausgebreitete Privatpraxis zu erwerben; trotzdem erhält er das Höchstgehalt, während er nach Lage der örtlichen Verhältnisse eigentlich das Mindestgehalt bekommen müsste. Das Gehalt aber dann in solchen Fällen nach den veränderten Verhältnissen stets richtig, rechtzeitig und ohne Härten herabzusetzen, wird äusserst schwierig sein.

b. Umgekehrt wird sich gerade das Verhältniss stellen, wenn der bisherige Stelleninhaber in Folge seiner persönlichen Tüchtigkeit und Beliebtheit nicht nur eine ausgedehnte Privatpraxis, sondern auch viele einträgliche Nebenstellungen, z. B. als Krankenhausarzt, Impfarzt, Vertrauensarzt für Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften, Sittenarzt u. s. w. gehabt hat, die bei seinem Abgange sämmtlich in die Hände eines ebenso tüchtigen und beliebten, im Orte bereits ansässigen Arzte übergehen. Der neuernannte Kreisarzt würde somit das Nachsehen haben, gleichwohl aber in Anbetracht der hohen Nebeneinnahmen seines Amtsvorgängers voraussichtlich nur das Mindestgehalt bekommen. Wie manche Nachweisung und Eingabe wird dann erst erforderlich sein, ehe den veränderten Verhältnissen Rechnung getragen und dem Stelleninhaber ein „angemessenes" Einkommen gesichert ist!

Diese Beispiele sind aber keineswegs künstlich konstruirte, sondern aus der Praxis herausgenommen; sie wiederholen sich fast bei jedem Personenwechsel im Amte. Deshalb sollte bei der Gehaltsmessung jede Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse ausser Betracht bleiben, da diese viel zu schwankend sind. Für die Bemessung des Gehalts der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach Altersstufen spricht weiterhin der Umstand, dass so lange ein Kreisarzt noch jung und in voller Arbeitskraft steht, es ihm nicht schwer werden wird, seine geringe feste Besoldung durch höhere Nebeneinnahmen auszugleichen; anders liegen dagegen die Verhältnisse, wenn seine körperliche Rüstigkeit und geistige Spannkraft etwas nachlassen und er fast ausschliesslich auf sein Stellen-Einkommen angewiesen ist. Dazu kommt, dass es den Grundprinzipien jeder Gehaltsregelung widerspricht, dass ein eben erst in das Amt hineingetretener Beamter das gleiche Einkommen bezieht, als der dem Dienstalter nach weit ältere Beamte. Desgleichen ist es in Preussen bei keiner Beamtenkategorie üblich, das Gehalt für jede einzelne Stelle nach örtlichen Verhältnissen oder nach dem etwas grösseren oder geringeren Umfang der Amtsgeschäfte zu berechnen; warum soll denn bei den Kreisärzten in dieser Hinsicht eine Ausnahme von diesem altbewährten Grundsatze gemacht werden?

Als Gehalt sollen nun die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte durchschnittlich 2250 M. bis zum Höchstgehalte von 4200 M. beziehen; gegen diese Sätze würde bei Einführung von Altersstufen nichts einzuwenden sein, sie entsprechen etwa dem Gehalte der bayerischen Bezirksärzte, nur müssten 2250 M. nicht das Durchschnitts-, sondern das Anfangsgehalt bilden, demgemäss das Durchschnittsgehalt

auf 3200 M. erhöht nnd bei Festsetzung der Gehaltsstufe die bisherige Dienstzeit in Anrechnung gebracht werden, wie dies vorher bei den vollbesoldeten Kreisärzten ausgeführt ist. Bei einem derartigen Gehalte kann man wohl annehmen, dass auch dem nicht vollbesoldeten Kreisarzte und Gerichtsarzte in Verbindung mit seinen sonstigen amtlichen Bezügen aus dienstlicher Thätigkeit ein angemessenes Einkommen gesichert wird; erreichen diese amtsärztlichen Gebühren bei einzelnen Kreisarztstellen — ihre Zahl wird sicherlich nur eine geringfügige sein — eine so bedeutende Höhe, dass das gesammte Stelleneinkommen dasjenige eines vollbesoldeten Kreisarztes weit übersteigt, so lässt sich dieser Missstand ja leicht durch Umwandlung der Stelle in eine vollbesoldete beseitigen; und geschieht das erst bei einer etwaigen Neubesetzung, so wird auch jede Härte vermieden.

Unter amtsärztliche Gebühren dürfen jedoch nicht etwa Einnahmen aus nicht direkt mit dem Amte im Zusammenhange stehenden Nebenarbeiten und Nebenstellungen oder ein Theil der Tagegelder und Reisekosten gerechnet werden, denn dies geschieht bei keinem anderen preussischsn Beamten; etwaige Ueberschüsse aus Reisekosten und Tagegeldern gelten selbst bei der Steuerveranlagung nicht als steuerpflichtiges Einkommen. Auch bei der Bemessung des Gehaltes der vollbesoldeten Kreisärzte bleiben derartige Einnahmen mit Recht ausser Betracht, deshalb ist es nur billig, wenn bei den nicht vollbesoldeten in gleicher Weise verfahren wird. Es scheint auch, als ob bei der Gehaltsbemessung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte das Durchschnittsgehalt mit Rücksicht auf das Recht, ärztliche Privatpraxis zu treiben, so niedrig bemessen ist. Der Werth dieser Berechtigung darf aber nicht hoch geschätzt werden; denn die Erfahrung wird bald zeigen, dass beide Beamtenkategorien auf erhebliche Einnahmen durch die ihnen gestattete Privatpraxis nicht rechnen können, da diese ihnen durch ihre amtliche Thätigkeit in hohe Massem beschränkt wird.

Wohnungsgeldzuschuss sollen die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und besonderen Gerichtsärzte nicht erhalten. Die Denkschrift motivirt dies mit §. 7 des Gesetzes vom 12. Mai 1873, betreffend die Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen an die unmittelbaren Staatsbeamten, der folgenden Wortlaut hat:

„Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf die gesandschaftlichen Beamten, sowie auf Beamte in Dienststellungen, wie sie im §. 5 des Gesetzes vom 27. März 1872 bezeichnet sind."

Im §. 5 des Gesetzes vom 27. März 1872, betreffend die Pensionirung des unmittelbaren Staatsbeamten heisst es nun:

„Beamte, deren Zeit und Kräfte durch die ihnen übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen oder welche ausdrücklich nur auf bestimmte Zeit oder für ein seiner Natur nach vorübergehendes Geschäft angenommen werden, erwerben keinen Anspruch auf Pension nach den Bestimmungen des Gesetzes,

Darüber, ob eine Dienststellung eine solche ist, dass sie die Zeit und Kräfte eines Beamten nur nebenbei in Anspruch nimmt, entscheidet mit Ausschluss des Rechtsweges die dem Beamten vorgesetzte Dienstbehörde."

Nach der Denkschrift wird der nicht vollbesoldete Kreisarzt als ein Beamter, dessen Zeit und Kräfte durch die ihm übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen wird, angesehen; nach dem Gesetze und dessen Begründung soll aber seine amtliche Thätigkeit die hauptsächliche, alle sonstige, insbesondere auch die privatärztliche, nur nebenbei gestattet sein. Hier liegt allso ein grosser Widerspruch, der hoffentlich noch zu Gunsten der Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses an die nicht vollbesoldeten Kreisärzte gehoben wird; gehören sie doch ebenfalls zu denjenigen unmittelbaren Staatsbeamten, die eine etatsmässige Stelle bekleiden, ihre Besoldung aus der Staatskasse beziehen, sowie im Hauptamte angestellt sind und deshalb nach §. 1 des Gesetzes vom 12. März 1873 einen Wohnungsgeldzuschuss erhalten. Ist es nicht möglich, schon jetzt den Mehrbetrag für diesen Wohnungsgeldzuschuss in den Etat einzustellen, dann würden es die betheiligten Beamten sicherlich lieber sehen, wenn das durchschnittliche Gehalt etwas niedriger gesetzt und ihnen dafür ein Wohnungsgeldzuschuss gewährt würde.

Die Höhe des Wohnungsgeldzuschusses richtet sich nach dem mit der Amtsstellung verbundenen Dienstrang. Der Kreisarzt hat ebenso wie der Richter erster Instanz, der Kreisbauinspektor u. s. w. den Rang der Beamten V. Klasse; auch wenn ihm nach langer Dienstzeit, wie zu erwarten steht, der Rang der Räthe IV. Klasse persönlich verliehen wird, tritt in dieser Hinsicht keine Aenderung ein, ganz abgesehen davon, dass Beamte IV. und V. Rangklasse den gleichen Wohnungsgeldzuschuss (360, 420, 480, 540, 660 und 900 (Berlin), pensionsfähiger Durchschnitt 492 M.) beziehen.

Zur Deckung von Amtsunkosten (Bureaubedürfnisse, Apparate u. s. w.) sind in den Etat für die vollbesoldeten Kreisärzte durchschnittlich je 750 Mark, höchstens 1000 Mark, für die nicht vollbesoldeten durchschnittlich 250 Mark, höchstens 750 Mark eingestellt. Dass hier ein Unterschied nach dem verschiedenen Umfang der Dienstgeschäfte gemacht wird, der voraussichtlich bei den vollbesoldeten grösser ist, als bei den nicht vollbesoldeten, ist durchaus gerechtfertigt; dagegen können wir den anderen in der Denkschrift angeführten Grund, dass „die nicht vollbesoldeten Kreisärzte mit Rücksicht auf die ihnen gestattete Privatpraxis aus eigenen Mitteln entsprechende Einrichtungen für die Ausübung ihrer freien Berufsthätigkeit vorzubehalten haben", nicht als zutreffend für die geringere Bemessung des Dienstaufwandes bei diesen Beamten anerkennen. Ein ordnungsmässiger amtlicher Geschäftsbetrieb, zu dem nicht nur eine prompte Führung der verschiedenen Journale und Listen, sowie eine gut geordnete Registratur, sondern auch die Anfertigung von Reinschriften der zur Vollständigkeit der Akten zurückzubehaltenden Konzepte gehören, ist ohne stetige Schreibhülfe, ohne ein besonders dafür bestimmtes Zimmer gar nicht denkbar; denn mit der durch das Gesetz bedingten Erweiterung der Dienstobliegenheiten

der Kreisärzte müssen sich naturgemäss auch die sogenannten Bureauarbeiten wesentlich steigern; dieselben haben aber schon jetzt in manchen Kreisphysikaten einen Umfang, dass die Stelleninhaber einen grossen Theil ihres Gehaltes dafür ausgeben müssen.[1]) Die gleichzeitige Benutzung von Sprech- oder Wartezimmer eines Arztes zu amtlichen Bureauzwecken wird demgemäss künftighin nicht angängig sein, der Geschäftsgang würde dadurch nur leiden. Auch für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte sind daher bei Bemessung des Dienstaufwandes die Kosten für ein Geschäftszimmer (Miethe, Reinigung, Heizung und Beleuchtung) mit in Anrechnung zu bringen. Erwägt man dann weiter, dass unter Amtsunkosten auch die Auslagen für Schreibhülfe, Schreibmaterialien, Formulare und sonstige Bureaubedürfnisse, für die Beschaffung und Instandhaltung der Einrichtung (Repositorien, Möbeln u. s. w.), für die ordnungsmässige Instandhaltung der überwiesenen Inventarienstücke und Bücher einschliesslich der Kosten für das Binden dieser Bücher, für Heften der Akten s. w. fallen, dass ferner der Kreisarzt mit Recht die zur Erforschung und Beurtheilung der gesundheitlichen Verhältnisse erforderlichen einfacheren, physikalischen, chemischen und bakteriologischen Untersuchungen selbst ausführen, in Folge dessen die dazu nöthigen Instrumente und Apparate, Reagentien, Nährböden, Farblösungen u. s. w. sich beschaffen und stets in gebrauchsfähigem Zustande bereit halten soll, so wird man zugeben müssen, dass die Durchschnittssätze von 250 und 750 Mark für Amtsunkosten viel zu niedrig bemessen sind. Hier ist eine Erhöhung dringend erforderlich und zwar bei den nicht vollbesoldeten auf 250—750 M. (durchschnittlich 500 M.) und bei den vollbesoldeten auf 750—1250 M. (durchschnittlich 1000 M.).[2]) Bei der Festsetzung des Dienstaufwandes sollten ausserdem mit Rücksicht auf die grösseren und geringeren Kosten für Miethe, Schreibhülfe u. s. w. auch die örtlichen Verhältnisse nicht unberücksichtigt bleiben.

Dringend erwünscht ist ferner eine Erhöhung des unter die einmaligen Ausgaben eingestellten Betrages von 50000 Mark zur Bestreitung der Kosten der ersten Anschaffung von Apparaten u. s. w. für die Kreisärzte, sowie zur Gewährung von Beihülfen an dieselben behufs Beschaffung von Apparaten u. s. w. Man braucht sich nur zu vergegenwärtigen, dass die Unkosten für die erforderlichen Instrumente, Apparate u. s. w., auch wenn man nur an eine Ausstattung für einfachere bakteriologische, chemische u. s. w. Untersuchungen denkt, doch mindestens 1000 Mark betragen, so leuchtet die Unzulänglichkeit jener Summe sofort ein. Dabei sind die Unkosten für die sonstige Einrichtung und Ausstattung des erforderlichen Bureauraumes noch gar nicht in Betracht gezogen, obwohl auch diese bei den Beamten ähnlicher Kategorien vom Staate entweder ganz oder, wenigstens zum grössten Theil getragen werden.

[1]) Schon jetzt giebt es kaum ein Kreisphysikat mittleren Umfanges, in dem jährlich nicht 700—1000 Geschäftsnummern zu erledigen sind.

[2]) Dieser Betrag entspricht etwa demjenigen, der bei Festsetzung des Dienstaufwandes der Gewerbeinspektoren für Bureauunkosten, Schreibhülfe u. s. w. angenommen ist.

In Bezug auf die Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte und der hierbei für diese Beamten äusserst wichtigen Berechnung des pensionsfähigen Diensteinkommens, trifft der Etat die Bestimmung, dass die amtsärztlichen Gebühren, welche nach §. 3 des Gesetzes bei den vollbesoldeten Kreisärzten in die Staatskasse fliessen, „nach ihrem durchschnittlichen Betrage während der drei letzten Etatsjahre mit der Massgabe zur Anrechnung gebracht werden, dass das hiernach der Pension zu Grunde zu legende Diensteinkommen nicht das pensionsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes von gleichem pensionsfähigen Dienstalter übersteigen darf". Diese Bestimmung sichert den betreffenden Beamten eine wesentlich höhere Pension bei ihrem Abgange, als wenn dafür nur ihr Gehalt zu Grunde gelegt würde; sie ermöglicht es demgemäss auch der Staatsregierung, die im Interesse des Dienstes nothwendige Pensionirung eines seinen amtlichen Aufgaben nicht mehr gewachsenen Kreisarztes ohne Härte gegen diesen herbeizuführen. Noch zweckmässiger und den Wünschen der betreffenden Beamten mehr entsprechend dürfte allerdings sein, wenn für die Pensionirung des nicht vollbesoldeten Kreisarztes stets das pensionsfähige Diensteinkommen des vollbesoldeten mit gleichem Dienstalter zu Grunde gelegt würde; die dadurch erwachsende geringe finanzielle Mehrleistung wird durch die auf diese Weise ermöglichte und im öffentlichen Interesse sehr erwünschte rechtzeitige Verjüngung des betreffenden Beamtenstandes mehr als reichlich aufgewogen.

Eine besondere Bestimmung darüber, von welchem Zeitpunkte an das pensionsfähige Dienstalter des Kreisarrztes gerechnet wird, enthält der Etat nicht; es ist somit nach §. 13 des Pensionsgesetzes vom 27. März 1872 der Tag der Ableistung des Diensteides als Anfang der Dienstzeit anzunehmen. Findet die Vereidigung der Kreisärzte bezw. Kreisarztassistenten aber erst bei ihrer Anstellung statt, so werden die meisten Kreisärzte weit über 70 Jahre alt werden müssen, ehe sie die gesetzlich höchste Pension erhalten können, denn vor dem 30. Lebensjahre wird nur ausnahmsweise ihre Anstellung erfolgen. Deshalb sollte wenigstens der Tag des Bestehens der kreisärztlichen Prüfung als Anfang für die Berechnung des pensionsfähigen Dienstalters angenommen werden. Es lässt sich dies auch nach §. 14, Nr. 4 des vorgenannten Gesetzes rechtfertigen[1]); in künftigen Fällen könnte sofort die Vereidigung nach bestandener kreisärztlicher Prüfung bei Aushändigung Prüfungszeugnisses erfolgen unter der Bedingung, dass sich der

[1]) Darnach kann bei der Berechnung der pensionsfähigen Dienstzeit auch die Zeit in Anrechnung gebracht werden, während welcher ein Beamter „eine praktische Beschäftigung ausserhalb des Staatsdienstes ausübte, insofern und insoweit diese Beschäftigung vor Erlangung der Anstellung in einem unmittelbaren Staatsdienst behufs der technischen Ausbildung in den Prüfungsvorschriften angeordnet ist." In den kreisärztlichen Prüfungsvorschriften ist aber z. B. eine längere Thätigkeit als praktischer Arzt vorgeschrieben.

Betreffende der Staatsregierung zu dienstlichen Vereidigung jeder Zeit zur Verfügung stellt. Es würde dieses Verfahren keineswegs eine Bevorzugung der Medizinalbeamten anderen höheren Beamten gegenüber bedeuten; denn bei diesen findet die Vereidigung stets schon nach dem ersten Examen, also wesentlich früher statt, als dies bei den Kreisärzten nach dem oben vorgeschlagenen Verfahren der Fall sein würde.

Die Remunerirung der Kreisarzt-Assistenten (durchschnittlich 1200 M.) muss als durchaus angemessen bezeichnet werden.

Wie bereits vorher erwähnt ist, lässt der Etat einen Punkt völlig unberücksichtigt: Die Wartegelder der bei der Reform zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten und die Grundsätze für ihre Bemessung. Bei der Durchführung einer grösseren Reform geht es bekanntlich ohne Härten gegen einzelne Beamte nicht ab. Mancher ältere Kreisphysikus hat vielleicht noch gehofft, in Amt und Würden zu bleiben, während er gegen sein Erwarten jetzt zur Disposition gestellt wird; ein anderer muss wegen Vereinigung von zwei Physikatsbezirken seinen bisherigen, ihm liebgewordenen Wirkungskreis verlassen u. s. w.; ein Dritter wird vor die Frage gestellt, ob er sich überhaupt versetzen lassen oder im Verneinungsfalle der ihm durch §. 15 des Gesetzes gegebenen Vergünstigung verlustig gehen, d. h. Amt und Diensteinkommen verlieren will. Dass die Staatsregierung berechtigt ist, einen Medizinalbeamten, der bei der jetzigen Umgestaltung eine Versetzung ablehnt, ohne Wartegeld zu entlassen, lässt sich nach den bestehenden Bestimmungen wohl kaum in Abrede stellen, obwohl in dem Gesetze selbst eine derartige Vorschrift fehlt. Wir können aber nicht glauben, dass von diesem Rechte Beamten gegenüber Gebrauch gemacht wird, die bisher nebenamtlich angestellt und für eine „bestimmte“ Stelle ernannt waren, ausserdem aber bei ihrer Versetzung wider ihren Willen in eine nicht vollbesoldete Kreisarztstelle eine derartige finanzielle Schädigung befürchten müssen, dass sie die zu ihrem Lebensunterhalt und für die Erziehung ihrer Kinder u. s. w. erforderlichen Ausgaben nicht mehr decken können. Wird die Ablehnung nur genügend begründet, dann wird sicherlich auch von einer solchen Versetzung Abstand genommen werden. Es entspricht dies auch durchaus den Intentionen des Landtages; denn bei dessen Verhandlungen über das Kreisarztgesetz ist wiederholt betont worden, es möge bei seiner Ausführung recht wohlwollend gegen die im Amte befindlichen Kreisphysiker und Kreiswundärzte verfahren werden. Es würde auch eine grosse Härte gegen einen zur Verwendung in eine andere Stelle geeigneten, aber aus dem eben genannten Grunde von seinem jetzigen Wohnorte ohne grosse und pekuniäre Verluste nicht abkömmlichen Medizinalbeamten bedeuten, wenn ihm seine Bitte, von einer Versetzung Abstand zu nehmen, abgeschlagen und er das Wartegeld verlustig gehen würde, während dies einem anderen zur weiteren Verwendung ungeeigneten Medizinalbeamten anstandlos gewährt wird.

Von grosser Bedeutung ist selbstverständlich für sämmtliche zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten die Bemessung der Wartegelder. Nach §. 15 des Gesetzes sollen sie ausser ihrer bisherigen Besoldung „die Hälfte der nach dem Durchschnitt der letzten fünf Jahre für dienstliche Verrichtungen ihnen zugeflossenen Gebühren bis zum Höchstbetrage von jährlich 2000 Mark beziehen". Die Entscheidung der Frage, welche Gebühren darnach anrechnungsfähig sind, wird demgemäss lediglich davon abhängen, ob die Verrichtung, für die sie eingenommen sind, als eine dienstliche anzusehen ist. In erster Linie fallen somit hierunter: alle gerichtsärztlichen Gebühren; denn wenn auch das Gericht in der Wahl der zuzuziehenden Sachverständigen freie Hand hat und nur bei Sektionen wenigstens einen amtlich bestellten Gerichtsarzt zuziehen muss, so unterliegt es doch keinem Zweifel, dass der Kreisphysikus bisher innerhalb seines Amtsbezirks ebenso amtlich bestellter Gerichtsarzt gewesen ist, wie der Kreisarzt es künftighin nach §. 9 des neuen Gesetzes sein wird. Jeder Zweifel darüber wird auch durch das Urtheil des Reichsgerichts (II. Str. S.) vom 8. Januar 1881 beseitigt, in dem es ausdrücklich heisst:

„Zu den Dienstpflichten der Kreisärzte, welche Organe der Medizinalbehörde, unmittelbare Staatsbeamte, öffentliche Aerte sind, gehören in Preussen namentlich die Geschäfte der gerichtlichen Medizin; sie sind gegenüber den Gerichtsbehörden diejenigen Sachverständigen, die in allen Kriminal- und Zivilrechtsfällen, wo es auf ein sachverständiges medizinisches Gutachten ankommt, zunächst zur Abgabe eines solchen aufzufordern sind und die legalen Obduktionen zu vollziehen haben; sie sind also als Gerichtsärzte angestellt. Ihre Beeidigung als Beamte verleiht ihrem sachverständigen Gutachten, welches sie innerhalb ihres Amtskreises, besonders also behufs einer im Interesse der Rechtspflege nöthigen Thatbestandsfeststellung, unter Berufung auf den Diensteid abgeben, öffentlichen Glauben; sie sind also für solche Gutachten im Allgemeinen beeidigt, einer besonderen Beeidigung als Sachverständiger bedarf es daher nicht."

Auch bei den Kommissionsverhandlungen und Berathungen des Abgeordnetenhauses über §. 15 ist stets allseitig angenommen, dass die gerichtsärztlichen Gebühren bei Bemessung des Wartegeldes anzurechnen sind.

Weiterhin gehören hierher alle die Gebühren, welche dem Medizinalbeamten aus seiner Thätigkeit als öffentlich bestellter Vertrauensarzt Behörden gegenüber erwachsen sind, also für die Ausstellung von amtsärztlichen Zeugnissen, soweit solche nach den bestehenden allgemeinen Vorschriften oder in besonderen Fällen ausdrücklich verlangt werden, z. B. Gesundheitszeugnisse behufs Eintritts in das Post-, Telegraphen-, Forst-, Steuer-, Lehr- u. s. w. Fach, sowie für jugendliche Arbeiterinnen und Arbeiter in Glashütten, Walz- und Hammerwerken u. s. w., Krankheitszeugnisse zur Begründung von Urlaubs- und Unterstützungsgesuchen, falls ein amtsärztliches Zeugniss dazu erforderlich ist, Gutachten über den Gesundheitszustand von sog. Militärreklamanten (§. 33, Nr. 5 der Wehrordnung vom 22. November 1888) u. s. w.

Ausserdem sind in Ansatz zu bringen die Gebühren für

alle medizinal- und sanitätspolizeilichen Verrichtungen im Interesse von Privatpersonen oder Gemeinden (§. 1 Abs. 2 und 3 des Gesetzes vom 1. März 1872), z. B. die Gebühren für die Ausstellung von Befähigungszeugnissen für Apothekerlehrlinge und Hebammenschülerinnen, für die Prüfung und Ausstellung von Prüfungszeugnissen für Trichinenschauer, Desinfektoren, Leichenschauern u. s. w., für die Prüfung von Heilgehülfen, Masseuren und Apothekenschwestern, für die Nachprüfung von Trichinenschauern, für die ärztliche Bescheinigung von Leichenpässen, für die ärztlichen Zeugnisse behufs Aufnahme von Geisteskranken, Epileptischen, Blöden, Taubstummen, Blinden u. s. w. in eine öffentliche oder Privat-Irren- u. s. w. Anstalt, für Begutachtung von Grundstücken zu Erbbegräbnissen oder kommunalen Kirchhöfen, für Revisionen von Drogen-, Farb- und Materialwaarenhandlungen, für sanitätspolizeiliche Besichtigungen von Wohnungen, Brunnen, Abzugskanälen, gewerblichen Anlagen u. s. w.

Impfgebühren, Gebühren für Atteste in Unfall- und Invaliditätssachen müssen dagegen ebenso ausser Betracht gelassen werden wie Fuhrkostenentschädigung und Reisekosten. Betreffs der Tagegelder liegen die Verhältnisse jedoch anders. Nach §. 5 des Gesetzes vom 9. März 1872 in der Fassung der Königlichen Verordnung vom 17. September 1876 ist den Medizinalbeamten bei allen auswärtigen dienstlichen Verrichtungen die Wahl gelassen, entweder Gebühren oder Tagegelder zu berechnen. Demgemäss muss auch von den Tagegeldern wenigstens der Betrag mit bei der Bemessung des Wartegeldes in Anrechnung gebracht werden, den der betreffende Beamte in jedem einzelnen Falle als Gebühr zu beanspruchen berechtigt gewesen wäre. Es wird sich hier hauptsächlich um eine Umrechnung der Tagegelder nach Massgabe der Terminsgebühr (§. 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 9. März 1872) handeln, die sich, falls der Medizinalbeamte genaue Aufzeichnungen über seine amtlichen Gebühren gemacht hat, nicht unschwer bewirken lassen wird. Auch bei den auswärtigen Verrichtungen behufs Feststellung ansteckender Krankheiten, Vornahme irgend welcher anderen sanitäts- und medizinalpolizeilichen Verrichtung ist eine solche Umwandlung durchaus zulässig; jedoch darf die zur Reise erforderliche Zeit bei der Terminsgebühr nicht mitgerechnet werden. Jedenfalls liegt es im Interesse der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten, dass sie die jetzt eingeforderten Nachweisungen über ihre Gebühren möglichst sorgfältig aufstellen, damit diese als zuverlässige Grundlage für die Wartegeldberechnung benutzt werden können. Fehlen ihnen die entsprechenden Aufzeichnungen für alle fünf letzten Jahre (1. April 1896 bis 1. April 1900), was leider wohl häufig der Fall sein wird, dann sollen sie wenigstens eine genaue Berechnung für diejenigen Jahre aufstellen, für die ihnen das Material noch zu Gebote steht und sich nicht mit summarischen und nur auf Schätzung beruhenden Angaben begnügen; denn sonst laufen sie nur zu leicht Gefahr, dass das

ihnen zugebilligte Wartegeld wesentlich niedriger ausfällt, als sie erwartet haben.

Wir schliessen damit für heute die Besprechung über die Ausführung des Kreisarztgesetzes mit dem Wunsche, dass die von uns als nothwendig bezeichneten Abänderungen: Einführung von Altersstufen und Erhöhung des Durchschnittsgehaltes bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten und besonderen Gerichtsärzten, Anrechnung der bisherigen Dienstzeit der im Amte befindlichen Medizinalbeamten bei Bemessung des Anfangsgehaltes, Festsetzung der pensionsfähigen Dienstzeit vom Tage des Bestehens der amtsärztlichen Prüfung ab, Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach Massgabe des pensionsfähigen Diensteinkommens eines vollbesoldeten Kreisarztes von gleichem Dienstalter, Erhöhung der Amtsunkosten-Entschädigung für sämmtliche Kreisärzte, sowie des in den Etat gestellten Betrages für Anschaffung von Apparaten u. s. w., Berücksichtigung begründeter Gesuche derzeitiger Medizinalbeamten um Stellung auf Wartegeld statt Versetzung in eine andere Stelle, sowie Bemessung des Wartegeldes für die zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten unter Anrechnung der Hälfte aller amtsärztlichen Gebühren, auch der gerichtsärztlichen, Berücksichtigung finden!

Im Uebrigen haben wir über den Etat nur noch wenig zu hinzuzufügen. Sehr vermissen werden die Medizinalbeamten einen Betrag für kreisärztliche Fortbildungskurse, deren Nothwendigkeit so allseitig anerkannt ist, dass es nicht nöthig ist, darüber noch ein Wort zu verlieren. Hoffentlich wird im nächsten Jahre eine desto grössere Summe dafür eingestellt und gleichzeitig Sorge getragen, dass die Kurse sich nicht nur wie bisher auf Hygiene und Bakteriologie oder Granulose bezw. Pest, oder Psychiatrie beschränken, sondern die ganze amtliche Thätigkeit des Kreisarztes, also auch pathologische Anatomie und gerichtliche Medizin, umfassen.

Besonders anerkannt zu werden verdient die Erhöhung des Fonds für medizinalpolizeiliche Zwecke um 25000 Mark und vor allem die Errichtung einer staatlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung, durch die einem dringenden Bedürfnisse abgeholfen wird.

Einen Punkt lässt der Etat völlig unberührt: Die Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium und ihre Ueberweisung an das Ministerium des Innern. Wir halten diese Abtrennung für nothwendig und hoffen, dass die noch immer schwebenden Verhandlungen recht bald zu einer in diesem Sinne ausfallenden Entscheidung führen werden, trotzdem die jetzt erfolgte Ernennung des Direktors der ersten Unterrichts-Abtheilung im Kultusministerium zum Direktor der Wissenschaft-

lichen Deputation für das Medizinalwesen nicht gerade ein günstiges Prognostikon dafür ist.

Besprechungen.

Dr. Adolf Posselt, I. Assistent der medizischen Klinik des Prof. v. Rokitansky in Innsbruck: **Die geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens insbesondere des Alveolarechinococcus der Leber und dessen Kasuistik seit 1886.** Stuttgart 1900. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 334 Seiten. Preis: 12 Mark.

Der Verfasser hat die Kasuistik des Echinococcus multilocularis s. alveolaris der Leber der letzten 12 Jahre als Fortsetzung der bis 1886 reichenden Vierordt'schen Zusammenstellung gesammelt und besonders bezüglich der geographischen Verbreitung dieser Erkrankung kritisch beleuchtet. Das gewaltige, literarische Material ist in der Weise bearbeitet worden, dass zunächst die in der vielfach schwer zugänglichen und sehr zerstreuten Literatur niedergelegten Fälle von Alveolarechinococcus der Leber, die während des angegebenen Zeitraumes beobachtet sind, eingehend dargestellt sind, sodann die geographische Verbreitung des Alveolarechinococcus behandelt ist, wobei zugleich vergleichende Untersuchungen über das Vorkommen des Echinococcus hydatidosus in den Verbreitungsgebieten des ersteren angestellt sind, und schliesslich auch noch die geographische Verbreitung des Echinococcus hydatidosus überhaupt erörtert wird. Die vielen interessanten Einzelergebnisse hier anzuführen, kann natürlich nicht unsere Aufgabe sein, es möge genügen, hier nur die Schlussfolgerungen des Verfassers aus seiner werthvollen, statistischen Arbeit wiederzugeben.

Seitens der Aerzte wird der Statistik und dem Studium der Verbreitung der Echinococcenkrankheit viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Nicht bloss in den besonders verseuchten Gegenden, sondern überall, wo sich die Erkrankung zeigt, sollten genaue Erhebungen bei jedem einzelnen Fall in verschiedener Hinsicht gepflogen werden. (Beschäftigung, Gewohnheiten, Lebensweise, Umgang mit Hausthieren, ständiger Aufenthaltsort, Nachforschung nach ähnlichen Erkrankungen in der Umgebung. Man sollte sich in's Einvernehmen mit den Thierärzten und Fleischbeschauern bezüglich des Vorkommens bei den Hausthieren setzen.) Unerlässlich ist bei jedem einzelnen Fall eine streng zu handhabende Anzeigepflicht der Aerzte. Jeder einzelne Beobachter sollte durchdrungen sein von der Wichtigkeit und Gefährlichkeit der Affektion.

Wenn die strengste Kontrole und Anzeigepflicht der durch die kleinsten Parasiten bedingten Infektionskrankheiten als selbstverständlich erscheint, warum sollte dieselbe nicht auch für die grossen Parasiten gelten?

Jeder suspekte Fall hätte von Staatswegen obduzirt zu werden.

Eine der Hauptforderungen ist eine getrennte Statistik für beide Arten des Blasenwurmleidens, sowohl bei Menschen, wie auch bei Thieren; dieselbe hätte neben allen erwähnten Punkten vor Allem der Akquisitionsgegend Rechnung zu tragen.

Um einen ausführlichen Ueberblick über die Frequenz zu erhalten, dürfte man sich nicht bloss mit der Aufzählung der Krankheitsfälle und der Bevölkerungsziffer begnügen, sondern man müsste alle Erkrankungen in den Spitälern, die Anzahl der Krankheiten überhaupt, die Operationen, Sektionen u. s. w. in Rechnung bringen.

Es ist bis heutzutage das territoriale Verhalten, die Spezifität der Verbreitungsbezirke des Alveolarechinococcus, eine unumstösslich feststehende Thatsache.

Die markantesten Punkte bezüglich des geographischen Vorkommens der Echinokokkenkrankheiten beider Arten lassen sich in folgenden Sätzen feststellen:

1. Es giebt Länder, die das Blasenwurmleiden förmlich verschont. Es gilt dies vorzüglich von Oberösterreich, Salzburg und den übrigen Alpenländern Oesterreichs, weiterhin zählt hierzu Schweden und Norwegen, auch Dänemark. In anderen Gebieten macht sich vereinzeltes Auftreten bemerkbar, so in Süddeutschland. Die romanischen Länder haben viel mehr durch den Parasiten zu leiden. Frankreich und Italien zeigen eine bedeutende Frequenz; dasselbe viel-

leicht in noch gesteigertem Masse kann von England gelten. Der cystische Echinococcus nimmt aber auch in seinem Auftreten sogar direkt den Charakter einer Volksseuche an.

2. In diesen klassischen Ländern des hydatidosen Echinococcus, in Island, Australien, Mecklenburg, Neuvorpommern, Dalmatien, Argentinien, wurde trotz eingehender Beobachtungen bisher noch niemals ein Exemplar von Echinococcus alveolaris konstatirt.

3. Anderseits tritt in den spezifischen Verbreitungsgebieten des Alveolarechinococcus, in Bayern, Württemberg, der Nordschweiz, in Nordtirol die hydatidose Art völlig in den Hintergrund, so dass ersterer trotz seiner relativen Seltenheit noch weitaus überwiegt.

4. Auch in anderen Ländern, die vom gewöhnlichen Blasenwurmleiden sehr stark heimgesucht werden, vermissen wir die eigenartige Form des alveolären. So wurden in Ungarn, in England noch niemals, in Frankreich ein ganz vereinzelter Fall gesehen.

5. Für manche Distrikte zeigt sich ein scharf begrenztes, herdförmiges Vorkommen beider Arten. Das schönste Beispiel hierfür liefert Tirol, in dessen Unterinnthaler und Pusterthaler Revier des alveolären noch niemals die andere und umgekehrt im Südtiroler, nördlich von Gardasen gelegenen Herd des hydatidosen noch nie die alveoläre Blasenwurmart vorgekommen ist.

6. Im Verlaufe der letzten Jahre kamen auch etwas häufiger Erkrankungen ausserhalb des geschlossenen süddeutschen Gebietes vor, diese zeigen jedoch keineswegs eine Regellosigkeit im Auftreten, sondern wiederum deutlich regionäres Verhalten: z. B. Mittelfranken, das sich innig dem geschlossenen Hauptdistrikt angliedert, vielmehr in diesem schon eingeschlossen ist, nur die benachbarten Gegenden Mitteldeutschlands.

7. Für Russland lässt sich auch unverkennbar antagonistisches Verhalten beider Arten nachweisen, und zwar insofern, als unter dem vom cystischen Echinococcus am meisten verseuchten südrussischen Gebiet das Gouvernement Poltawa nicht einen einzigen Fall der anderen Art aufweist, während umgekehrt eine Gegend Russlands, in welcher der multilokuläre einen Herd bildet, nämlich Kasan, für das Vorkommen des gewöhnlichen cystischen Blasenwurms kaum in Betracht kommt. Dr. Brummund-Waldbröl.

Dr. E. Hertoghe-Antwerpen: **Die Rolle der Schilddrüse bei Stillstand und Hemmung des Wachsthums und der Entwickelung und der chronische gutartige Hypothyreodismus.** In's Deutsche übertragen von Dr. Joh. Hugo Spiegelberg-München. Mit 49 Abbildungen. München 1900. Verlag von J. F. Lehmann. Gr. 8°, 69 Seiten.

Hertoghe hat sich durch mehrere eigenartige und hervorragende Arbeiten auf dem Gebiete der Pathologie der Schilddrüse verdient gemacht. Diese Veröffentlichungen liegen nun in einer zusammenfassenden, freien Bearbeitung von Spiegelberg vor. Da Hertoghe nach einem treffenden Urtheile des Prof. Verriest „sich von der warmen Begeisterung eines auf so reichem und vielseitigem Gebiete bahnbrechenden Forschers mehr als einmal hat hinreissen lassen und zu weitgehende Behauptungen und Verallgemeinerungen aufgestellt hat", so erfordern seine Ausführungen, wie auch Spiegelberg zugesteht, eine gewisse Einschränkung. Ein so hoher Werth, wie ihn nach Hertoghe's Ansicht die Schilddrüse für die geistige und körperliche Entwickelung besitzen soll, wird diesem Organ doch kaum beizumessen sein. Wenn also auch einzelne Ansichten und Behauptungen Hertoghe's anfechtbar erscheinen, so ist uns zum Theil gerade deswegen die Lektüre der Bearbeitung von Spiegelberg eine durch eine Fülle von Anregungen lohnende.

An einer Reihe von Krankheitsfällen, die in absteigender Schwere des Krankheitsbildes angeordnet und in die verschiedenen Krankheitsstadien recht auffällig wiedergebenden Photographien dargestellt sind, werden die mannigfachen Formen des Myxödems bezw. des „Dysthyeroidismus" geschildert, und dann besonders eingehend und ausführlich der „chronische, gutartige Hypothyreoidismus" abgehandelt. Der Symptomenkomplex dieser von Hertoghe aufgestellten Krankheitsform dürfte in der Darstellung wohl zu weit gefasst sein, anderseits muss aber zugegeben werden, dass manche zweifelhafte Krankheitsfälle, die bei einer flüchtigen Untersuchung etwa als Hysterie, Neurasthenie

u. s. w. angesehen und dementsprechend behandelt werden, vielleicht besser als Hypothyreoidismus zu deuten sind.

Jedenfalls hat Hertoghe durch seine Arbeiten über die noch immer nicht genügend aufgeklärte Zweckbestimmung der Schilddrüse der ärztlichen Welt mannigfache Anregung gegeben. Dr. Brummund-Waldbröl.

Auf Grunnd des §. 43 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 sind vom Bundesrath in seiner Sitzung vom 18. Dezember d. J. zu Mitgliedern des **Reichsgesundheitsraths** auf die Dauer von 5 Jahren gewählt:

Reg.- u. Med.-Rath Dr. Barnick in Frankfurt a. O.; Oberbürgermeister Becker in Köln; Med.-Rath Prof. Dr. H. Beckurts in Braunschweig, Reg.-Rath Beisswänger, thierärztliches Mitglied des Medizinal-Kollegiums in Stuttgart; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Bergmann in Berlin; Dr. Beyschlag, Prof. an der Königlichen Berg-Akademie in Berlin; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Binz in Bonn; Prof. Dr. H. Buchner in München; Geh. Reg.-Rath Bumm, vortragender Rath im Reichsamt des Innern in Berlin; Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. Dammann, Direktor an der Thierärztlichen Hochschule in Hannover; Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. E. Fischer in Berlin; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge in Breslau; Dr. A. Forster, Inhaber einer chemischen Untersuchungsstelle in Plauen im Voigtlande; Prof. Dr. C. Fränkel in Halle a. S.; Ober-Baudirektor Franzius in Bremen; pharmazeutischer Assessor Frölich, Apothekenbesitzer in Berlin; Gutsbesitzer Funch in Loy, Vorsitzender der Landwirthschaftskammer für das Herzogthum Oldenburg; Geh. Hofrath Prof. Dr. Gärtner in Jena; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gaffky in Giessen; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gerhardt in Berlin; Marine-General-Arzt Dr. Globig, Stationsarzt der Marinestation der Ostsee in Kiel; Landesthierarzt Göring, Ober-Regierungsrath im Staatsministerium des Innern in München; Dr. Ritter v. Grashey, Ober-Med.-Rath im Staatsministerium des Innern in München; Geh. Rath Dr. Günther, Präsident des Landes-Medizinal-Kollegiums in Dresden; Ober-Med.-Rath Dr. Hauser, technischer Referent für Medizinal-Angelegenheiten im Ministerium des Innern in Karlsruhe; Hofrath Prof. Dr. Hilger in München; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Hofmann in Leipzig; Dr. J. F. Holtz, Kommerzienrath in Berlin, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jolly in Berlin; Geh.-Med.-Rath Prof. Dr. Kirchner, vortragender Rath im Ministerium der u. s. w. Medizinalangelegenheiten in Berlin; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Koch in Berlin; Kollegial-Direktor Dr. v. Koch, ordentliches Mitglied des Medizinal-Kollegiums in Stuttgart; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrath Dr. Köhler, Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts in Berlin; Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. König in Münster; Prof. Dr. A. Kossel in Heidelberg; Ober-Med.-Rath Dr. Krieger, Medizinalreferent im Ministerium für Elsass-Lothringen in Strassburg; Richard Krogmann, Vorsitzender der See-Berufsgenossenschaft in Hamburg; Geh. San.-Rath Dr. Lent in Köln; Prof. Dr. Löbker, Oberarzt am Krankenhause Bergmannsheil in Bochum; Geh. Med.-Roth Prof. Dr. Löffler in Greifswald; Geh. Ober-Reg.-Rath a. D. Dr. Lydtin in Baden; Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Maubach, vortragender Rath im Ministerium des Innern; Dr. J. Mayrhofer, Vorsteher des chemischen Untersuchungsamtes in Mainz; Dr. Louis Merck, Fabrikbesitzer in Darmstadt; Med.-Rath, Bezirksarzt I. Kl. Dr. Merkel in Nürnberg; Prof. Dr. Arthur Meyer in Marburg; Ober-Ingenieur F. Andreas Meyer in Hamburg; Geh. Reg.-Rath Morgenstern, vortragender Rath im Ministerium des Innern in Dresden; Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Neidhart in Darmstadt; Dr. Nocht, Hafenarzt in Hamburg; Prof. Karl v. Noorden, Oberarzt am städtischen Krankenhause in Frankfurt a. M.; Geh. Reg.-Rath Dr. Orth, Professor an der Landwirthschatflichen Hochschule in Berlin; Ober-Med.-Rath Dr. Philipp in Gotha; Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Pistor, vortragender Rath im Ministerium der u. s. w. Medizinalangelegenheiten in Berlin; Gutsbesitzer B. Plehn, Vorsitzender des deutschen milchwirthschaftlichen Vereins in Berlin; Fabrik- und Gewerbe-Inspektor Pöllath in München; Med.-Rath Dr. Reincke, Mitglied des Medizinalkollegiums in Hamburg; Ober-Med.-Rath Dr. Rembold in Stuttgart; Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Renk, Direktor der Zentralstelle für öffentliche Ge-

sundheitspflege; Geh. Reg.-Rath Rietschel, Professor an der Technischen Hochschule in Charlottenburg; Prof. G. Rupp, Vorstand der Lebensmittel-Prüfungsstation der Technischen Hochschule in Karlsruhe; Generalarzt Dr. Schjerning, Abtheilungschef der Medizinalabtheilung des Kriegsministeriums in Berlin; Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. Ernst Schmidt in Marburg; Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Schmidtmann, vortragender Rath im Ministerium der u. s. w. Medizinalangelegenheiten in Berlin; Dr. Schneegans, Ober-Apotheker des Bürgerhospitals in Strassburg i. Els.; Geh. Reg.-Rath Dr. Schütz, Professor an der Thierärztlichen Hochschule in Berlin; Med.-Assessor Dr. Schweissinger, Apothekenbesitzer in Dresden, Geh. Med.-Rath Dr. Siedamgrotzky, Landes-Thierarzt und Professor an der Thierärztlichen Hochschule in Dresden; Reg.-Rath Sympher, Baurath im Ministerium der öffentlichen Arbeiten in Berlin; Geh. Reg.-Rath Theobald, Gewerberath in Düsseldorf; Geh. Ober-Med.-Rath Prof. Dr. Thierfelder in Rostock; Hofrath Dr. Veiel in Cannstatt; Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Wendelstadt, vortragender Rath im Ministerium für Handel und Gewerbe in Berlin; Geheimer Rath, Ober-Med.-Rath Dr. Ritter v. Ziemssen in München.

Der Reichsgesundheitsrath setzt sich also aus 7 Verwaltungsbeamten, darunter 1 Oberbürgermeister, 38 Medizinern, darunter 16 Medizinalbeamte, 16 Universitätsprofessoren, je 2 Militärärzte, ärztliche Leiter von grösseren Krankenhäusern und praktische Aerzte, 5 Vertreter der Thierarzneikunde (2 beamtete und 3 Vorsteher thierärztlicher Hochschulen), 10 Professoren der Chemie und Nahrungsmittelchemiker, 3 Apothekern, 2 chemischen Grossindustriellen, 1 Geologen, 4 Vertretern des Ingenieur- und Baufachs, 2 Gewerberäthen und 3 Vertretern der Landwirthschaft (darunter ein Professor der landwirthschaftlichen Hochschule und 2 praktische Landwirthe). Von den 75 Mitgliedern entfallen auf Preussen 37, Bayern und Sachsen je 7, Württemberg, Baden, Hessen und Hamburg je 4, Sachsen-Weimar, Sachsen-Koburg-Gotha, Mecklenburg-Schwerin, Oldenburg und Bremen je 1.

Ein Entwurf zu einer Geschäftsordnung für den Reichsgesundheitsrath ist dem Bundesrathe bereits zugegangen. Danach gehören dem Reichsgesundheitsrath ausser den vorgenannten vom Bundesrath gewählten Mitgliedern die jeweiligen Abtheilungsvorsitzenden des Kaiserlichen Gesundheitsamtes an. Der Vorsitzende und dessen ständiger Stellvertreter werden vom Reichskanzler aus der Zahl der Mitglieder ernannt. Zu den Verhandlungen können auf Sondergebieten erfahrene Sachverständige durch den Vorsitzenden zugezogen werden. Den Reichs- und Landes-Zentralbehörden steht es frei, zu Berathungen, an denen sie betheiligt sind, Vertreter zu entsenden. Die Mitglieder versehen ihr Amt als Ehrenamt, erhalten jedoch, soweit sie nicht in Berlin wohnen, für die Zeit ihrer Abwesenheit vom Wohnorte Tagegelder und Reisekosten nach den Sätzen für die vortragenden Räthe der obersten Reichsbehörde. Dem Reichsgesundheitsrath liegt es ob, das Kaiserliche Gesundheitsamt bei der Erfüllung der ihm auf dem Gebiete der Medizinal- und Veterinärpolizei zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landesbehörden auf Ersuchen Rath zu ertheilen, er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, die unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen. Es werden 9 Ausschüsse gebildet für 1. Gesundheitswesen im Allgemeinen (insbesondere soweit Wohnung, Heizung, Lüftung, Beleuchtung, Bekleidung, Schule, Bäder, Bestattung und Beförderung von Leichen in Betracht kommen), 2. Ernährungswesen, 3. Wasserversorgung, 4. Gewerbehygiene, 5. Seuchenbekämpfung, 6. Heilwesen im Allgemeinen (insbesondere Unterbringung, Behandlung und Beförderung von Kranken), 7. Heilmittelwesen, 8. Schiffs- und Tropenhygiene, 9. Veterinärwesen (einschliesslich Fleischbeschau). Die Einberufung des Reichsgesundheitsrathes in seiner Gesammtheit bedarf der vorgänglichen Genehmigung des Reichsamts des Innern. Die Sitzungen sind nicht öffentlich, über die Verhandlungen ist Verschwiegenheit zu beobachten.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 10. d. Mts. wurde bei der zweiten Berathung des Etats des Reichsamts des Innern von dem Abg. Bassermann um Auskunft über den weiteren Ausbau der sozialpolitischen Gesetz-

gebung gebeten. Staatssekretär Graf Posadowski erklärte, dass in Bezug auf den sanitären Arbeiterschutz in der Hausindustrie zur Zeit und zwar zunächst auf dem Gebiete der Zigarrenindustrie Erhebungen angestellt würden, desgleichen über die Beschäftigung schulpflichtiger Kinder. Eine Vorlage über die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes sei für diese Session ausgeschlossen, und erst in der nächsten zu erwarten.

Bei der am 8. d. Mts. erfolgten Eröffnung des preussischen Landtages ist in der Thronrede eine Vorlage zur Ausführung des Reichsseuchengesetzes angekündigt. Hoffentlich wird durch diese Vorlage das alte Regulativ vom 8. August 1835 endgültig beseitigt.

Im preussischen Herrenhause ist von dem Freiherrn von Maltzahn folgende Interpellation eingebracht: „Inwieweit hat die Königliche Staatsregierung bereits die Kontrole über die Vivisektion in dem Masse verschärft, dass die in der vorigen Landtagstagung zur Sprache gebrachten Vorgänge in Zukunft unmöglich gemacht sind? Ist Bedacht genommen auf eine Kontrole der Vivisektionen seitens der Thierschutzvereine und auf ein demnächstiges Verbot aller Vivisektionen?“

Todesfall. Am 6. d. Mts. ist der zweitälteste, noch im Amte befindliche Kreisphysikus, Geh. San.-Rath Dr. Kreussler in Brandenburg a. H., der Dichter des bekannten Liedes „König Wilhelm sass ganz heiter“ u. s. w., gestorben.

Der Fall „Neisser“ hat den preussischen Medizinalminister Veranlassung gegeben, in Bezug auf die Vornahme von medizinischen Eingriffen zu anderen als diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken unter dem 29. Dezember 1900 folgende Bestimmung zu treffen:

„I. Die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten weise ich darauf hin, dass medizinische Eingriffe zu anderen als diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken, auch wenn die sonstigen Voraussetzungen für die rechtliche und sittliche Zulässigkeit vorliegen, doch unter allen Umständen ausgeschlossen sind, wenn

1. es sich um eine Person handelt, die noch minderjährig oder aus anderen Gründen nicht vollkommen geschäftsfähig ist;
2. die betreffende Person nicht ihre Zustimmung zu dem Eingriffe in unzweideutiger Weise erklärt hat;
3. dieser Erklärung nicht eine sachgemässe Belehrung über die aus dem Eingriffe möglicher Weise hervorgehenden nachtheiligen Folgen vorausgegangen ist.

II. Zugleich bestimme ich, dass

1. Eingriffe dieser Art nur von dem Vorsteher selbst oder mit besonderer Ermächtigung desselben vorgenommen werden dürfen;
2. bei jedem derartigen Eingriffe die Erfüllung der Voraussetzungen zu I Nr. 1—3 und II Nr. 1, sowie alle näheren Umstände des Falles auf dem Krankenblatte zu vermerken sind.

III. Die bestehenden Bestimmungen über medizinische Eingriffe zu diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken werden durch diese Anweisung nicht berührt.“

Der Erlass wird hoffentlich dazu beitragen, dass künftighin die Anstaltsleiter bei ihren experimentellen Versuchen an Kranken die erforderliche Vorsicht wahren und solche vor Allem nicht ohne Zustimmung des betreffenden Kranken bezw. dessen Angehörigen vornehmen. Ein kürzlich in der städtischen Anstalt für Epileptische Wuhlgarten bei Berlin vorgekommener Fall, wo der Anstaltsdirektor nach der Bestattung eines verstorbenen Kranken nicht nur ohne Wissen und Erlaubniss der Angehörigen, sondern sogar gegen deren ausdrücklichen Willen, die Leiche behufs Entnahme des Kopfes zu wissenschaftlichen Untersuchungszwecken wieder hatte ausgraben lassen, beweist übrigens, dass sich auch in Bezug auf die Vornahme von Sektionen eine ähnliche Anordnung wie die oben angeführte empfiehlt.

Am 4. und 5. Januar d. J. hat im Kaiserlichen Gesundheitsamte zu Berlin unter dem Vorsitze des Präsidenten dieses Amtes, Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Köhler, die Kommission Deutscher Nahrungsmittelchemiker getagt, um den Entwurf von „Vereinbarungen zur einheitlichen Untersuchung und Beurtheilung von Nahrungs- und Genussmitteln, sowie von Gebrauchsgegenständen für das Deutsche Reich“ weiter festzustellen. Die diesjährige Berathung betraf die Vereinbarungen für die Unter-suchungen u. s. w. von Wasser, Luft und Gebrauchsgegenständen; mit dieser Feststellung ist die Arbeit der Kommission beendet. Das Schlussheft der Vereinbarungen wird voraussichtlich bald erscheinen.

Im Anschluss an diese Sitzung fand unter dem Vorsitze des Geh. Reg.-Raths Prof. Dr. König-Münster noch die Schlussberathung über einen Entwurf einheitlicher Gebührensätze für die Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln, sowie von Gebrauchsgegenständen statt, die zur Annahme desselben führte.

Eine am 7. d. Mts. in Berlin zusammengetretene Kommission des Verbandes selbstständiger öffentlicher Chemiker Deutschlands beschäftigte sich mit der Frage, unter welchen Bedingungen ein Mineralwasser als ein „natürliches“ bezeichnet werden darf. Die Frage hat insofern eine grosse Wichtigkeit, als vor Kurzem das Reichsgericht in Uebereinstimmung mit dem Kölner Oberlandesgericht entschieden hat, dass ein des natürlichen Eisengehaltes befreites und dann mit Kochsalz und Kohlensäure imprägnirtes Wasser bei Verschweigung dieser willkürlichen Veränderungen nicht mehr ein natürliches Mineralwasser genannt werden dürfe. Die Kommission einigte sich auf Grund längerer Berathung dahin, dass als natürliches Mineralwasser kurzweg nur unverändertes Wasser der betreffenden Quelle zu verstehen sei; Versetzung mit Kohlensäure und Kochsalz, sowie Enteisenung seien unter Berücksichtigung der Anforderungen der Konsumenten zwar statthaft, doch müsse jede solche Veränderung deklarirt werden.

Im Königreich Bayern ist durch Königliche Verordnung vom 29. Dezember 1900 eine neue Apothekenbetriebsordnung an Stelle der bisherigen vom 8. Dezember 1890 mit den Abänderungen vom 19. März 1895 erlassen. Die Aenderungen sind im Allgemeinen keine wesentlichen und zum Theil durch das neue Deutsche Arzneibuch bestimmt, so muss z. B. jetzt in jeder Apotheke ein Mikroskop mit Okularmikrometer und mindestens 300facher linearer Vergrösserung, sowie ein Perkolator vorhanden sein. Ausserdem sind die bisher in der Betriebsordnung vorhandenen Bestimmungen über den Grosshandel mit Arzneimitteln und über die Befugniss des niederärztlichen Personals zur Abgabe von Arzneimitteln fortgefallen und besonders geregelt, während die für die ärztlichen Hand- und Hausapotheken bisher geltenden Vorschriften zweckmässig in einem besonderen Abschnitt der Betriebsordnung zusammengefasst sind. Erweitert ist die Betriebsordnung durch die Aufnahme der Vorschriften über die Geschäftsführung der Apotheker, die aber keineswegs neu sind, sondern sich mit den Bestimmungen der Apothekerordnung vom 27. Januar 1842, Tit. V, im Allgemeinen decken. Ob die Vorschrift des §. 25, dass das pharmazeutische Hülfspersonal in Bezug auf die tägliche Arbeitszeit nicht in zu hohem Masse dienstlich in Anspruch genommen werden soll, durchführbar ist, wenn nach §. 24 der Apothekenvorstand oder ein Gehülfe in der Regel von 6 Uhr Morgens bis 10 Uhr Abends in der Offizin und ausser diesen Stunden in deren Nähe sich befinden muss, dürfte sehr zweifelhaft sein. Betreffs der Anfertigung von Rezepten, die von nicht als Aerzte approbirten Personen verschrieben sind, ist jetzt im §. 17 Nr. 3 die Bestimmung getroffen, dass „diese nur dann angefertigt werden dürfen, wenn sie lediglich aus solchen Mitteln bestehen, die im Handverkaufe abgegeben werden dürfen und auch in ihrer Mischung und Zusammensetzung als durchaus unschädlich feststehen.

Notiz: Die Absendung der heutigen Nummer hat sich um einige Tage verzögert, da uns der preussische Staatshaushaltsetat verspätet zugegangen war und die Besprechung über den diesjährigen Medizinaletat noch in dieser Nummer gebracht werden sollte. Die Redaktion.

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

14. Jahrg. 1901.

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. | 1. Februar.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den zehnten internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Paris.

Berichterstatter: Reg.- u. Med.-Rath Dr. Borntraeger in Danzig.

(Fortsetzung.)

VIII. Verkehrshygiene.

1. Rives (Jngenieur) 8. Sektion): **Das Hotelzimmer vom hygienischen Standpunkte.**

Ausgehend von der Thatsache, dass die Hotelzimmer häufig nach jeder Richtung hin schauderhaft in hygienischer Beziehung sind, hat sich in Frankreich „Le Touring-Club de France" gebildet, der bereits 80000 Mitglieder zählt, sich gegen das schlecht gehaltene Hotel wendet und auf der Welt-Ausstellung von 1900 ein hygienisches Hotelzimmer in der Sektion für Hygiene vorgeführt hat, das für kleinere Hotels und Herbergen bestimmt ist.

Das hygienische Zimmer soll wo möglich der Sonne zugänglich sein, nicht niedriger als 3 m hoch und von einer Bodenfläche nicht unter $3 \times 5 = 15$ m, also von einem Inhalt von 45 cbm sein. Das Fenster soll 2flügelig, hoch und mit Ventilationsvorrichtungen, äusseren Jalousien und Stores versehen sein; vorzuziehen sind die völlig zu öffnenden Fensterläden, welche, geöffnet, nicht den oberen Theil des Fensters verdecken. Der Kamin soll von weisser Farbe sein, um den Staub sichtbar zu machen, gross, mit Ventilationsvorrichtungen ausgestattet. Die Decke soll kein Staubfänger, der Fussboden von Parkett, ohne Teppich, wasserdicht, die Thür einflügelig sein; die Dekoration ist zu beschränken. Die Wände sollen waschbar und hell sein. Der Fussboden soll täglich, die Wand alle 14 Tage gewaschen werden; trägt sie Kalkfarbe, ist diese alle Jahr zu erneuern.

Toilettezimmer und Water-Kloset sind entsprechend einzurichten. Die Fenster müssen hier bis zur Decke gehen, im oberen Theile Lücken für die Ventilation haben, die Fensterbretter im ersteren 1 m, im letzteren 2,50 m hoch sein. Alles, was Staub fängt, muss vermieden werden, Wasser reichlich zufliessen, der ganze Apparat leicht zu reinigen sein.

Meublement. An den Fenstern keine Vorhänge, höchstens weisse, leicht waschbare; am Bett keine Vorhänge; ein leichter Fussteppich vor dem

JAN 22 1922

Bett, sonst keiner. Die Bettstelle aus Eisen; kein Wandschirm. Der Nachttisch aus Eisen, offen, der Waschtisch und Waschstuhl leicht zu reinigen; 1 Fauteuil und 2 Stühle von Holz.

Auch im Toilettezimmer und im Klosett muss natürlich alles leicht zu reinigen sein; im letzteren muss sich Klosettpapier finden, kein Zeitungspapier, das die Röhren verstopft.

2. Bandot (8. Sektion): **Mittel zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch Eisenbahnen.** Schlüsse:

1. Verbot, mit ansteckender Krankheit behaftet, in einen gewöhnlichen Waggon zu steigen.
2. Organisation eines Spezialtransportdienstes für ansteckende kranke Reisende.
3. Herstellung leicht zu reinigender und zu desinfizirender Waggons.
4. Schaffung eines Desinfektionsdienstes.
5. Nur nasse Reinigung.
6. Verbot, in die Wagen, die Wartesäle, die Vorräume zu spucken.
7. Bereitstellung von Trinkwasser für die Reisenden auf den Bahnhöfen.
8. Isolirung der ansteckend kranken Beamten, Desinfektion ihrer Wohnungen und Sachen.
9. Besonders streng ist die nasse Reinigung und das Verbot des Ausspuckens durchzuführen, wenn ein tuberkulöser Beamter in einem Bureau mit anderen Angestellten arbeitet.
10. Kampf gegen den Alkoholismus als Verbreiter der Tuberkulose, unter den Beamten durch Entlassung von Trinkern; Bevorzugung und Beschenkung von nüchternen Beamten, Verbot an dieselben, während des Dienstes die Bar zu besuchen.

3. Chavigny (8. Sektion): **Die Herrichtung der Schiffe vom Gesichtspunkte der Gesundheitlichkeit.**

In dieser Beziehung ist wenig geschehen; zumal auf den Schiffen mit langer Reise, wo der Passagier schläft und isst, wäre solches aber sehr nöthig. Die Auswanderer leiden an unkontrolirbaren Krankheiten. Tuberkulöse suchen häufig Schiffe auf, um auf dem Meere zu gesunden oder günstige Klimate aufzusuchen. Viele Kranke reisen über's Meer, um berühmte Aerzte aufzusuchen. Waaren aus verseuchten Orten werden versandt. Das alles sind Keime der Ansteckung.

In Frankreich ist für jeden Auswanderer ein Luftraum von 2,473 bis 2,972 cbm, für Soldaten 2,375, für Rekonvaleszenten von 3, für Kranke von 6 cbm vorgeschrieben.

Wohnen die Passagiere 1. Klasse allein oder zu 2—4, so wird ihre Zahl in den nächsten Klassen immer grösser und kommt schliesslich in einem grossen Schlafraum unter. Ueberall, im luxuriösen Kabinet 1. Klasse wie in den Schlafräumen, verbergen sich Reste von Auswurf, von Erbrochenem der Seekranken, von allerlei Herkünften der Vorgänger, nicht entfernt durch die oberflächliche Reinigung; Quellen von Krankheit und Ansteckung.

Was hat zu geschehen?

Man hat zunächst Kabinen für Kranke vorzusehen, für einzelne und für mehrere.

Allgemein ist die Konstruktion der Kabinen und der Möbel so herzurichten, dass nicht nur Eleganz erreicht wird, sondern vor allem eine leichte Abwaschbarkeit durch und durch. Die Spucknäpfe müssen nach jeder Reinigung und nach jedem Wechsel der Bewohner desinfizirt werden, demgemäss von nicht oxydirbarem Metall sein.

Das Bettzeug ist ebenso wie die Wäsche in jedem Hafen bei Bewohnerwechsel umzutauschen, die Matratzen sind zu durchdämpfen.

Ventilation muss überall ausreichend sein.

Auf den Truppentransportschiffen muss ein Dampfdestillationsapparat obligatorisch sein; manche Handelskompagnien haben ihn bereits eingeführt, es sollte dies verallgemeinert werden.

Doppelte Wände sind, wo sie nicht nöthig, zu beseitigen.

Die Latrinen sind sachgemäss herzurichten.

Die Versammlungs- und Speiseräume sind nach gleichen Prinzipien wie die Kabinen herzurichten; das Essgeräth ist nach jedem Gebrauch mit Salzwasser durchzukochen.

Um vorwärts zu kommen, muss in der allgemeinen und in der medizinischen Presse gewirkt werden; das Publikum muss auf die Gefahren, die Rheder und Schiffer müssen auf ihre Vortheile bei Vermeidung der Uebertragung ansteckender Krankheiten auf den Schiffen aufmerksam gemacht, der Schiffsarzt beim Bau von Schiffen ebenso zugezogen werden wie bei einem solchen von Schulen, Krankenhäusern u. s. w. Bei gutem Willen wird man auch weiter kommen.

4. Ungauer-Paris (8. Sektion): **Erleuchtung, Heizung, Lüftung und Desinfektion der allgemeinen Verkehrswagen.**

Die allgemeinen Beförderungen stammen in der Stadt Paris erst aus der Mitte des laufenden Jahrhunderts. Von 1828—1855 wurden hier 10 Verkehrsgesellschaften gegründet, woraus 1860 die „Compagnie générale des omnibus" geworden ist. Dazu kamen später neue Gesellschaften. 1889 hat jene Compagnie générale 250 Millionen Personen befördert, während die übrigen, mehr für die Umgebung dienenden, 100 Millionen fuhren; beide zusammen transportirten also 350 Millionen. In diesem Ausstellungsjahre 1900 wird die Zahl der gefahrenen Passagiere 500 Millionen erreichen. Daher ist es wohl berechtigt, hier hygienische Massnahmen zu verlangen.

Redner kommt zu folgenden Schlüssen.

1. Es ist auf das gehörige Funktioniren der Leuchtquellen zu achten und die Zahl dieser wenigstens in den Wagen mit elektrischem Betrieb zu ververmehren.

2. Die Heizung ist mit Warmwasser oder Dampf dort, wo es möglich ist, zu bewirken, sonst genügen Briquettes.

3. Die Polizeivorschrift, dass an den Endstationen die Wagenfenster geöffnet werden sollen, um die Wagen zu durchlüften, müssen strikte durchgeführt werden; die Klagen der zu früh eingestiegenen Personen über Zug sind nicht zu berücksichtigen.

4. Das Ausspucken in die Wagen sollte in wirksamer Weise verboten werden, so zwar, dass die Wagenführer Macht haben, Zuwiderhandelnde auszusetzen.

5. Eine Pariser Linie, welche eine 20 Minuten weite Tour fährt, aber keine Heizvorrichtung hat, sollte veranlasst werden, eine solche einzurichten.

IX. Stadthygiene.

1. Weyl-Charlottenburg (3. Sektion): **Prinzipien der Strassenhygiene.**

Das Autoreferat giebt Folgendes an:

1. Aufsammlung und Entfernung des Hausunrathes ist Sache der Stadtverwaltung.

2. Der Unrath muss in den Häusern vorzugsweise aufgehoben werden in wechselbaren und verschliessbaren Behältnissen, welche ohne Staubentwicklung leicht gefüllt werden können.

Es darf nicht erlaubt sein, die Unrathkästen in den Gängen in grössere Behältnisse umzustürzen, welche in die Wagen transportirt werden. Es ist am besten, besondere Behältnisse für Unrath und für Asche zu haben.

Man hat noch keine ausreichende Sackform der Behälter gefunden, welche leicht zusammensetzbar und von genügender Festigkeit wären. Ein solches System wäre vollendet, wenn es das todte Gewicht verringern würde.

3. Die Auswechselung der Behälter hat in regelmässigen Zwischenräumen zu erfolgen, mindestens ein Mal in der Woche für jedes Haus.

4. Aus ästhetischen und hygienischen Gründen ist es verboten, in die Häuser und auf die Strassen zu uriniren.

5. Für den Transport des Unrathes dürfen nur Wagen angewandt werden, welche allen Staub zurückhalten.

6. Die Stadtverwaltung muss von Zeit zu Zeit den Wagentypus bezeichnen, welcher am meisten den Anforderungen der Hygiene entspricht. Das hat einige Jahre vor der Zeit zu geschehen, zu der die nicht mehr entsprechenden Wagen ausgemerzt werden sollen.

Der Transport des Unrathes muss an besuchten Stellen im Sommer um 8 Uhr und im Winter um 10 Uhr beendet sein.

7. Folgende Methoden zur Zerstörung des Unrathes dürfen angewendet werden;

a) Die landwirthschaftliche Verwerthung darf überall ange-

wendet werden, wo sie ökonomischer Weise möglich ist. Es ist hierbei den Vorschriften der Hygiene zu folgen. Das Aussuchen darf nur mechanisch und nicht mit der Hand erfolgen.

Die Ausbreitung des Unrathes darf nur an den vor Ueberschwemmung geschützten Stellen erfolgen.

b) Die Kalzinirung und die Einschmelzung soll nur vorgenommen werden, wenn die landwirthschaftliche Ausnutzung undurchführbar ist und es sich um verseuchten Unrath handelt, also aus Hospitälern.

8. Die Herstellung von Unrathgruben ist eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit und darf nicht gestattet werden. Wenn sie aus örtlichen Gründen nicht umgangen werden können, muss der hineingeschaffte Unrath täglich mit einer Erddecke von 0,5 m Dicke bedeckt werden.

9. Es ist zu vermeiden, die Unrathgruben an den Ufern von Flüssen anzulegen; denn die Verseuchung des Wassers kann die Folge des Unrathtransportes und der Auswaschung der Unrathhaufen durch die Regenwässer sein.

Challamel-Paris (5. Sektion): **Ungesunde Wohnungen.** Redner, Jurist, kommt nach dem Autoreferat zu folgenden Schlüssen:

1. Eine Kommission der ungesunden Wohnungen sollte obligatorisch am Hauptorte jedes Departements eingerichtet werden. Sie enthalte: 1. medizinische Hygieniker, 2. Architekten und andere Kunstverständige, 3. Repräsentanten der Grundbesitzer. Eventuell werde ein Departement in mehrere Unterabtheilungen getheilt, deren jede ihre Kommission hat.

2. Die Kommission gehe vor, sei es ex officio, sei es auf Klagen von Privaten oder zuständigen Körperschaften. Anonyme Denunziationen werden nicht berücksichtigt.

Alle Immobilien können besichtigt werden, vermiethet oder nicht. Gleiches geschehe mit den Bauten des Staates, der Departements, Gemeinden und öffentlichen Wohlthätigkeitsanstalten.

3. Die Besichtigung darf nur stattfinden in Gegenwart des Eigenthümers und der anderen Interessirten oder deren Vertreter.

4. Die Berufungen gegen die Entscheidungen der Kommission werden vor den öffentlichen Gerichten ausgetragen. Das Verfahren sei summarisch; das Amt des Vertreters und Vertheidigers sei freiwillig.

Beim Mangel einer Berufung innerhalb 30 Tage, von ihrer Bekanntmachung an gerechnet, sind die Entscheidungen vollstreckbar.

5. Die durch die Entscheidung oder das definitive Urtheil angeordneten Arbeiten werden ausgeführt auf Betreiben der Verwaltung. Der Betrag der Kosten werde beigetrieben wie bei den direkten Steuern.

6. Kein zum Bewohnen bestimmter Bau darf in Angriff genommen werden ohne die vorgängige Ermächtigung der Kommission der ungesunden Wohnungen.

Beim Mangel einer ausdrücklichen Zustimmung in 20 Tagen werden die Pläne als gebilligt angesehen.

3. Salomon (4. Sektion): **Ueber Leichenverbrennung.**

In Deutschland, England, Italien, Schweiz, Norwegen, Dänemark, Frankreich, den Vereinigten Staaten, Argentinien ist die Leichenverbrennung erlaubt; in Oesterreich-Ungarn, Holland u. s. w. ist sie untersagt. In Europa und Amerika giebt es 70 Leichenverbrennungsanstalten, davon in Deutschland 6, in England 5, in Italien 27, in den Vereinigten Staaten 20, in Schweden und der Schweiz je 2, in Frankreich 3; das auf dem Friedhof Père Lachaise, angeregt auf dem internationalen Kongresse 1889, wird bald vollendet sein. Es wird beantragt: In Anbetracht der Ueberlegenheit der Verbrennung über die Beerdigung (vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheit), der Tausenden von Verbrennungen ohne Schaden für die öffentliche Sicherheit, ohne Verletzung einer Religion, ohne Hemmung des Todtenkultus und der günstigen Voten der internationalen Kongresse seit 1880 — gebe der Kongress sein Votum dahin ab, dass der Gesetzgeber die Massnahmen gegen die freie Ausübung der Verbrennung aufgebe, und dass die städtischen Behörden aufzufordern seien, Krematorien zu errichten, um die Kosten und Unannehmlichkeiten des Leichentransportes zu vermeiden, das höhere Interesse der öffentlichen Gesundheit zu fördern, und die ungeheuren Gebiete der Metropolen zu Wegen, Promenaden, privaten und öffentlichen Gebäuden auszunutzen. Propaganda werde gemacht durch Aufforderung der städtischen Behörden zur Ausschmückung der Verbrennungsanstalten und

Ausbildung geeigneter Feierlichkeiten, zur Trennung der Verbrennungen von Leichen aus Hospitälern und aus Familien, zur Schaffung billiger Taxen der Verbrennung, zur Ausgabe dauernder Konzessionen für die Fächer der Kolumbarien und zur Vereinfachung der Formalitäten bei der Einäscherung.

Der Kongress nahm das erste Votum an.

(Schluss folgt.)

Bericht über die III. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam in Berlin am 17. November 1900.

Anwesend waren: Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Roth als Vorsitzender und die Kreisphysiker bezw. Kreiswundärzte DDrr. Nickel-Perleberg, Giese-Prenzlau, Aust-Nauen, Schulz-Berlin, Lindow-Prenzlau, Struntz-Jüterbog, Günther-Luckenwalde, Benda-Angermünde, Grossmann-Freienwalde, Passauer-Potsdam, Gottschalk-Rathenow, Gutkind-Friedenau, Kuhnt-Beeskow, Solbrig-Templin, Pfleger-Plötzensee, Podlewski-Oderberg, Schneider-Treuenbrietzen.

1. Nach einer Begrüssung der erschienenen Kollegen theilte der Vorsitzende mit, dass die vom Verein der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Potsdam herausgegebenen „**Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten**“, von denen kürzlich bereits der 4. Abdruck erschienen ist, nach den eingegangenen Berichten sich gut bewährten. Nothwendig sei es, wie auch in dem Vorwort betont, dass diese Schutzmassregeln in ihren wichtigsten Bestimmungen im einzelnen Fall dem Haushaltungsvorstand zugleich auch in Form einer polizeilichen Verfügung unter Bezugnahme auf den §. 132 des Landesverwaltungsgesetzes zugestellt und deren Ausführung überwacht würde. Je mehr es ausserdem gelingt, Aerzte und Pflegepersonal, Desinfektoren, Hebammen u. s. w. zur Mithülfe heranzuziehen und das Verständniss für diese Schutzmassnahmen in die weitesten Volkskreise zu tragen, um so zuverlässiger wird sich der Seuchenschutz gestalten. Nach dieser Richtung verdient das Vorgehen des Kreisphysikus Dr. Tracinski im Kreise Zabrze besonderer Erwähnung: Hier ist der Unterricht über Typhus, Scharlach, Diphtherie an der Hand der Schutzmassregeln für die zwei ältesten Jahrgänge der sämmtlichen Schulen des Zabrzer Kreises obligatorisch geworden.

Im Anschluss hieran wies der Vorsitzende darauf hin, dass das Gesetz, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni d. J. in den §§. 23 und 35 werthvolle Waffen im Kampfe gegen die übertragbaren Krankheiten biete. Diese Paragraphen lauten:

„§. 23. Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten nothwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der Kosten . . . .

§. 35. Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirthschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Missstände Sorge zu tragen Sie können nach Massgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Absatz 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutz gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind jeder Zeit angehalten werden.

Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.“

Mit Rücksicht auf die wiederholten Pockeninvasionen, von denen unser Bezirk in den letzten Jahren heimgesucht gewesen ist, sowie mit Rücksicht auf die Gefahr einer Einschleppung des Flecktyphus, namentlich durch die russisch-polnischen Wanderarbeiter, wie eine solche im Vorjahre erfolgte, wird auf Grund dieses §. 23 die Bereitstellung von Unterkunftsräumen für ansteckende Kranke, wie von Desinfektionsapparaten und vorschriftsmässig ausgebildeten Desinfektoren in die Wege geleitet werden können, während der §. 35 eine brauchbare Handhabe bietet gegenüber leistungsfähigen Gemeinden die Schaffung einwandsfreier Wasserversorgungs- und Entwässerungsanlagen mit grösserem Erfolg als bisher in Anregung zu bringen.

Der Vorsitzende wies sodann auf die neuerlichen Bestimmungen, betr. die Kontrole der sittenpolizeilichen Untersuchungen durch die Medizinalbeamten hin, um im Anschluss daran den Medizinalbeamten die regste Antheilnahme an allen Massnahmen und Bestrebungen, welche die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und weiterhin auch des Alkoholismus bezwecken, an's Herz zu legen. Endlich wurden die Medizinalbeamten gebeten, der Frage der Verbreitung des Krebses, namentlich auch bezüglich der Erblichkeit, der Beziehungen zur Wohnungsbeschaffenheit u. s. w. besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und etwaige Erfahrungen in den Jahresberichten mitzutheilen.

2. Es folgte der Vortrag des Herrn Dr. Gottschalk-Rathenow über „die Baupolizeiverordnung für das platte Land im Regierungsbezirk Potsdam vom gesundheitspolizeilichen Standpunkte". Der Vortragende wies hin auf die mangelhafte Sorgfalt, welche besonders die ländlichen Besitzer bekanntermassen der Aufbewahrung und Beseitigung der gesammten Abgänge des Haushalts und der Wirthschaft zu Theil werden lassen, und auf die damit verbundenen, hier nicht näher zu erörternden gesundheitlichen Gefahren, für welche auch in unserem Bezirk Erfahrungen reichlich zu Gebote stehen. Unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Bestimmungen in den Baupolizeiverordnungen für die Regierungsbezirke Posen vom 10. April 1886 und Oppeln vom 31. Dezember 1889 und 27. November 1897 wurde in der Diskussion auf Vorschlag des Herrn Vorsitzenden beschlossen, dem Herrn Regierungspräsidenten nachfolgende Grundsätze zu einer Ergänzung der für unseren Bezirk geltenden Baupolizeiverordnung für das platte Land vom 15. März 1872 zu unterbreiten:

„Es muss für jedes Gehöft der nothwendige Bedarf an gutem Trink- und Wirthschaftswasser gesichert sein.

Kesselbrunnen sollen dichte Bedeckung, einen erhöhten Rand und undurchlässige Schachtwandungen haben.

Offene Brunnen und Wasserbehälter sind, soweit bereits vorhanden, in sicherer Weise und mindestens 1,15 m hoch einzufriedigen. Bei Neuanlagen sind solche nicht zu gestatten. Auch sind tiefe Röhrenbrunnen (sogenannte Abessinier) den Kesselbrunnen vorzuziehen.

Aborte und Dungstätten, sowie Asche-, Müll- und Kehrichtgruben sind nicht vor dem Hause an der Strasse anzulegen und müssen vom Brunnen mindestens 10 m (Zwischenraum der nächstzugekehrten Wandungen) entfernt sein.

Aborte müssen entweder mit völlig dicht schliessenden Abfuhrwagen, tragbaren Behältern oder einer ausreichend grossen Kothgrube versehen sein. Die Kothgruben sind gemauert und zementirt völlig wasserdicht herzustellen und in angemessener Entfernung von Wohnhäusern anzulegen.

Düngerstätten sind mit Bodenpflasterung und einer Erhöhung ihres Randes zu versehen, so dass auch bei Regengüssen ein Abfliessen der Düngerjauche unmöglich ist.

Die trockenen Wirthschaftsabgänge, Müll, Asche, Kehricht, Küchenabfälle, Lumpen u. s. w. sind in Gruben oder festen Behältern gut bedeckt zu sammeln, so dass ein Verstauben, Zerstreuen, Auswaschen und Ausspülen durch Regen unmöglich ist.

Für Ableitung des Tagewassers ist ausreichend Sorge zu tragen."

3. Die Altersversorgung der Hebammen. (Autoreferat.) Der Referent, Kreisphys. Dr. Nickel-Perleberg, rekapitulirt und begründet kurz die Vorschläge zur Verbesserung der materiellen Lage der Hebammen, die er in der Vereinssitzung vom 25. Okt. 1899 (Z. f. Med.-Beamte; 1899, S. 754) gemacht hat: Beseitigung des Instituts der freipraktizirenden Hebammen nach dem Muster des Königreichs Sachsen oder, wenn dies nicht möglich ist, durch Einschränkung der Schülerinnen auf den Hebammenlehranstalten, Bekämpfung der Hebammenpfuscherei, zweckmässige Abgrenzung der Hebammenbezirke und Vertheilung der Hebammen (in Städten eine Hebamme auf 3000, auf dem platten Lande auf 2000 Einwohner), sowie ausreichende Altersversorgung der Hebammen. Er betont, wie wenig bisher gerade in Bezug auf das Unterstützungswesen der Hebammen in Preussen geschehen sei und empfiehlt hierauf, nachdem er die Versuche von Dietrich in seinem früheren Kreise Liebenwerda[1]) und Hecking[2]) im Kreise

[1]) Siehe Zeitschrift für Medizinalbeamte; Jahrg. 1896, S. 154.
[2]) Ibidem; Jahrg. 1898, S. 663.

Saarburg betreffs Sicherung einer Altersrente für die Hebammen, sowie die von dem Versicherungstechniker Unger[1]) gemachten Vorschläge betreffs Gründung einer privaten Versicherungskasse und die von einzelnen Lebensversicherungsgesellschaften, z. B. vom Nordstern, eingerichteten Alters- und Invalidenversicherungen erwähnt hat, die Versicherung der Hebammen bei der staatlichen Alters- und Invalidenversicherung, die in Folge der neuen Novelle vom 13. Juli 1899 bedeutend erleichtert sei und im Vergleich zu früher wesentliche Vortheile darbiete.

Der Umstand, dass eine Invalidenrente nur gewährt werde, wenn der Betreffende $^2/_3$ seiner gesammten Erwerbsfähigkeit eingebüsst hat, und dass die Hebammen als freiwillige Mitglieder nur bis zum 40. Lebensjahre beitrittsberechtigt sind, haben den Anschluss bisher meistentheils verhindert; denn in den meisten Kreisen stelle sich das Verhältniss der über bezw. unter 40 Jahre alten Hebammen wie 5 : 3 (im Kreise Westpriegnitz wie 4 : 3), so dass eigentlich nur für den kleineren Theil der Hebammen durch das Invalidengesetz gesorgt werden könne. Um auch den älteren Hebammen die Wohlthaten der staatlichen Versicherung zu sichern, schlägt Referent folgenden Ausweg vor, der sich als gangbar erwiesen hat: Nach dem Versicherungsgesetz sind alle Personen, welche eine versicherungspflichtige Beschäftigung treiben, ohne Rücksicht auf das Alter versicherungspflichtig. Da nun die meisten Hebammen durch ihren Beruf nicht voll beschäftigt sind, lasse man sie in ihrer freien Zeit eine Nebenbeschäftigung treiben, durch die sie versicherungspflichtig werden. Der Kreis derartiger Beschäftigungen, die für eine Hebamme in Betracht kommen können, sei allerdings ein sehr beschränkter; denn einmal dürfe ihr eigentlicher Beruf dadurch keine Störung erleiden, anderseits passe auch nicht jede Arbeit für eine Hebamme, immerhin gebe es aber auch für sie durchaus geeignete Nebenbeschäftigungen. In erster Linie gehören dahin die Beschäftigung als Näherin und Schneiderin ausser dem Hause, denn Schneidern und Wäschenähen könne wohl jede Hebamme. Vortragender hat, um sicher zu gehen, sich mit dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt in Verbindung gesetzt und nach mündlicher Rücksprache nachfolgenden schriftlichen Antrag gestellt:[2])

„In meinem Kreise werde ich alljährlich von dem grössten Theile der Hebammen um Unterstützung angegangen, weil die Einkünfte, welche sie aus ihrem Beruf haben, nicht zum Lebensunterhalt ausreichen. Leider muss der grösste Theil dieser Gesuche abschläglich beschieden werden, denn die zur Verfügung stehenden Mittel sind durchaus unzureichend. Die gewährte Unterstützung, deren Höchstbetrag in den letzten Jahren 40 Mark ausmachte, ist überdies nicht im Stande, die traurige Lage der Hebammen auch nur im Geringsten zu ändern.

Wie berechtigt diese Klagen der Hebammen sind, geht aus den allgemeinen statistischen Erhebungen hervor. Während von 1887—1898 die Einwohnerzahl Deutschlands sich um 14 % vermehrt hat, und beispielsweise die Zahl der Aerzte um 56,25 % gestiegen ist, haben wir bei den Hebammen nur einen Zuwachs von 2,7 % zu verzeichnen. Die durchschnittliche Zahl der Entbindungen war im Jahre 1887: 53, 1898: 50 für jede Hebamme. Aber auch diese Zahl reicht nicht aus, um eine Frau zu ernähren. Denn im Durchschnitt darf man wohl den Ertrag jeder Entbindung nicht über 6 Mark rechnen. Die Hebammen würden demnach im Durchschnitt nur den Minimalbetrag verdienen, der von dem Invalidenversicherungsgesetz für weibliche Arbeiter festgesetzt ist.

Noch trüber als diese allgemeinen Verhältnisse, stehen die besonderen meines Kreises. Von den 35 Hebammen des Bezirkes erreichen $^2/_5$ den Durchschnitt, $^3/_5$ bleiben darunter. Wenn man nun auch hier den Durchschnittspreis von 6 Mark pro Entbindung rechnet, so bleiben die meisten von ihnen hinter der Minimaleinnahme einer gewöhnlichen Arbeiterin zurück. Bei dieser Durchschnittszahl von Entbindungen sind die Hebammen auch durchaus nicht voll beschäftigt. Denn wenn man die Zeit, welche die Hebamme für jede Entbindung einschliesslich der Wochenbesuche gebraucht, auf zwei Tage annimmt,

---

[1]) Siehe „Die Selbstverwaltung", Jahrg. 1900, S. 40.

[2]) Da die Frage des Anschlusses der Hebammen an die staatliche Invaliden- und Altersversicherung für alle Medizinalbeamten von grösstem Interesse ist, sind nachstehend der Antrag des Referenten und die Antwort der Versicherungsanstalt im Wortlaut mitgetheilt.

so ist die Hebamme im Durchschnitt nur 100 Tage, oder den dritten Theil eines Arbeitsjahres in ihrem Berufe beschäftigt.

Um einigermassen ihren Lebensunterhalt zu erwerben, sind die Hebammen verpflichtet, eine Nebenbeschäftigung zu betreiben. Die Wahl derselben ist eine schwierige, weil die Hebammen mit Rücksicht auf ihren Beruf nicht jede Arbeit übernehmen können. Sie müssen jede harte Arbeit, welche sonst die Frauen verrichten, vermeiden, weil ihre Hände stets weich und sauber bleiben sollen. Unter den zur Auswahl stehenden Beschäftigungen passt die der Schneiderei und Wäschenäherei noch am besten für sie; denn sie sind, wenn sie aus dem Hause nähen und schneidern gehen, jederzeit leicht zu erreichen und die Hände leiden unter dem Beruf nicht. Ich habe daher den Hebammen, denen die Unterstützung versagt werden musste, gerathen, sich als Nebenarbeit eine der beiden eben genannten Beschäftigungen zu wählen. So wird es ihnen vielleicht gelingen, so viel zu erwerben, als sie zu ihrem Lebensunterhalt gebrauchen. Mit dem Alter freilich wird auch da wieder die Noth an sie herantreten; denn wenn die Hebammen auch berechtigt sind, durch Zahlung von Beiträgen sich die Vergünstigung des Invalidenversicherungsgesetzes zu verschaffen, so können von dieser Wohlthat jedoch nur die wenigsten Gebrauch machen, denn die meisten von ihnen (20) waren zur Zeit der Einführung dieses Gesetzes schon über 40 Jahre alt, und eine Versicherungspflicht für die Hebammen besteht leider noch nicht.

Anders liegen nach meiner Auffassung des Invalidenversicherungsgesetzes die Verhältnisse, wenn ich die beiden oben genannten Nebenbeschäftigungen in Betracht ziehe. Die Wäschenäherin und die Schneiderin, welche sich nicht im eigenen Hause beschäftigen, sind als solche versicherungspflichtig. Wenn nun die Hebamme eine dieser Nebenbeschäftigungen ergreift, und dieselbe selbstverständlich nicht zum Schein oder als Spielerei betreibt, so würde dieselbe als Wäschenäherin oder Schneiderin ausser dem Hause auch versicherungspflichtig sein.

Auf diese Weise könnte man auch den älteren Hebammen die Wohlthaten des Invalidenversicherungsgesetzes zuwenden. Ehe ich jedoch den Hebammen den Rath ertheile, sich als Schneiderin oder Wäschenäherin zu versichern, möchte ich dem Vorstande der Landesversicherungsanstalt Brandenburg diesen Plan unterbreiten und an ihn die ganz ergebene Bitte richten, mir mittheilen zu wollen, ob die Hebammen bei der Uebernahme einer versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung, wie sie eben genannt sind, versicherungspflichtig werden."

Darauf erhielt Referent von dem Vorstande der Landesversicherungsanstalt Brandenburg unter dem 21. Mai 1900 nachstehenden günstigen Bescheid:

„Die in Schneidern und Wäschenähen bestehende Thätigkeit, welche Hebammen während ihrer berufsfreien Zeit in fremden Häusern betreiben, unterliegt nur dann der Versicherungspflicht nicht, wenn sie dem zeitlichen Umfange und dem Lohnertrage nach so geringfügig ist, dass sie als „vorübergehende Dienstleistung" unter dem Bundesrathsbeschluss vom 27. November 1890, 24. Dezember 1891 bezw. 27. Dezember 1899 fällt. Darüber, wann dies der Fall ist, lassen sich feste allgemein gültige Grenzen nicht aufstellen, vielmehr sind die Verhältnisse des Einzelfalles ausschlaggebend.

Im Allgemeinen wird indess anzunehmen sein, dass Versicherungspflicht überall da vorliegt, wo die fragliche Nebenbeschäftigung durchschnittlich mindestens 2 bis 3 Stunden täglich dauert und der jährliche Verdienst einschliesslich des Werthes der etwa gewährten Naturalien sich mindestens auf circa 120 Mark beläuft."

Durch diesen Bescheid ist auch die Altersversorgung der über 40 Jahre alten Hebammen in einer vorläufig zufriedenstellender Weise gelöst; denn sind sie erst ein Jahr als Schneiderin versichert, so können sie nachher getrost als freiwillige Mitglieder weiter leben. Bei älteren (über 50 Jahre alten) Hebammen empfiehlt es sich jedoch, die versicherungspflichtige Beschäftigung auf zwei Jahre auszudehnen, weil sie dann nach §. 29 des Gesetzes schon nach 4 Jahren im Falle der Invalidität Anspruch auf Rente haben. Referent hat diesen Weg mit den Hebammen seines Kreises betreten und hofft, dass er Nachahmung finden wezde, bis vielleicht das Gesetz selbst günstigere Verhältnisse schafft. Er hofft, dass die Kosten für diese Versicherung, die in der 3. Klasse 12 Mark und in der 4. Klasse 15 Mark für das Jahr betragen, der Kreis über-

nehmen werde und dann alle Unterstützungen von Hebammen fortfallen könnten; denn so lange sie arbeitsfähig sind, werden sie für sich selbst zu sorgen haben, beim Eintritt der Invalidität aber eine jährliche Invalidenrente von 130 resp. 140 Mark erhalten, die für jede Beitragswoche sich noch um 8 resp. 10 Pfg. vermehrt. Mit dieser Rente kann aber eine alte Frau, ebenso wie mit der Altersrente, die 170 resp. 200 Mark betrage, in bescheidenen Verhältnissen auskommen.

In der Diskussion wurde von Dr. Benda-Angermünde darauf hingewiesen, dass die älteren Hebammen kaum im Stande sein würden, als Schneiderin oder Näherin zu fungiren, und dass sie auf dem Lande schwerlich Beschäftigung finden würden. Dem gegenüber ist geltend zu machen, dass die Hebammen ja kein innungsmässiges Gesellen- oder Meisterstück liefern sollen, dass man aber von ihnen mit Rücksicht auf den guten Zweck der Sache wohl das Opfer verlangen kann, dass sie sich ein Jahr lang in dieser Weise beschäftigen. Im Kreise Westpriegnitz sind alle Hebammen, denen dieser Vorschlag gemacht ist, bereitwillig darauf eingegangen. Anderseits ist auch zu hoffen, dass die ländlichen Besitzer, namentlich diejenigen, bei denen die Hülfeleistung der Hebamme in Aussicht steht, für einige Tage der Hebamme schon mit Rücksicht auf den guten Zweck Arbeit geben werden. Der Jahresverdienst soll sich einschliesslich der Naturalbezüge auf ca. 120 Mark belaufen. Wenn man nun die freie Beköstigung, die nach den landesüblichen Taxen auf 0,75 bis 1 Mark zu veranschlagen ist, in Anrechnung bringt, so würde für die Hebamme ein jährlicher Baarverdienst von etwa 60—70 Mark in Frage kommen. Um späteren Weiterungen vorzubeugen, ist den Hebammen zu empfehlen, sich über die erhaltenen Natural- und Baarvergütigungen Bescheinigungen ausstellen zu lassen und dieselben sorgfältig aufzuheben.

Dr. Schulz-Berlin regt noch die Frage an, wann nun die Hebammen als invalide zu betrachten seien, da nach §. 5 Abs. 4 des neuen Invalidenversicherungsgesetzes der Begriff der gesetzlichen Erwerbsunfähigkeit eine andere Bestimmung erhalten habe. In erster Linie ist bei der Abgrenzung der Erwerbsfähigkeit das bisherige Arbeitsgebiet, also die Hebammenkunst, massgebend, jedoch nicht ganz allein. Nach den Motiven zur Novelle (S. 247) kommt es darauf an, was der Rentenbewerberin unter billiger Berücksichtigung ihrer Vorbildung und bisherigen Berufsthätigkeit an Lohnarbeit auf dem gesammten wirthschaftlichen Erwerbsgebiet füglich noch zugemuthet werden kann. (Hoffmann, Invalidenversicherungsgesetz, S. 11.) Für gewöhnlich werden die Hebammen, wenn sie nicht mehr im Stande sind, ihren Beruf auszufüllen, auch als invalide im Sinne des Gesetzes zu betrachten sein.

Hierauf wurde die Versammlung geschlossen.

Dr. Schulz-Berlin.

Bericht über die Versammlung des Vereins der Medizinal-Beamten des Reg.-Bezirks Posen am 1. Dezember 1900 im hygienischen Institut zu Posen.

Anwesend waren 29 Vereinsmitglieder, die Professoren Dr. Wernicke und Dr. Lubarsch vom hygienischen Institut und mehrere Mitglieder des Medizinalkollegiums.

Zuerst gedachte der Vorsitzende, Reg.- und Med.-Rath Dr. Schmidt, des vor Kurzem hochbetagt verstorbenen Geh. Med.-Raths Dr. Rehfeld, welcher, ein Sohn der Provinz Posen, in dieser durch eine lange Reihe von Jahren als Kreisphysikus und weit und breit gesuchter Arzt in Grätz, später als Direktor der Hebammen-Lehranstalt in Posen segensreich gewirkt und den Bestrebungen des Vereins stets ein lebhaftes Interesse entgegengebracht hat. Auf Aufforderung des Vorsitzenden erheben sich die Versammelten zu Ehren des Heimgegangenen von ihren Plätzen.

Alsdann erhielt Prof Dr. Lubarsch das Wort zu pathologisch-anatomischen Demonstrationen, welche durch die geistvolle und anregende Art des auch für die gerichtliche Medizin wichtigen Vortrages die Aufmerksamkeit der Versammlung in hohem Grade fesselte. Die durch aufgestellte mikroskopische Präparate vertieften Demonstrationen betrafen Leichentheile eines 10 Wochen alten Kindes mit Offenbleiben des Ductus Botalli, geringfügiger Bronchitis, sog. Harnsäure-Infarkten der Nieren und einem Blutkoa-

gulum in der mittleren Schädelgrube, ferner eines Mannes, welcher an Epilepsie gelitten hatte und an dessen Gehirnrinde sich ein nussbrauner, erweichter Streifen zeigte, welcher dem Verlaufe eines vernarbten Längsbruches des Schädeldaches entsprach. Es handelte sich also um eine traumatische Epilepsie, für die jedoch jeder Anhalt dafür fehlte, wann sie entstanden war.

Alsdann referirte Herr Sanitätsrath Dr. Rubensohn-Grätz **„über die Mittel zur Bekämpfung der Hebammenpfuscherei"**. Die Diskussion über dieses Referat, sowie über dasjenige des Unterzeichneten: **„über die aus den neueren Bestimmungen über die Ausführung der Impfung hervorgehende Vermehrung der Impftermine"** musste bis zur nächsten Sitzung vertagt werden, weil die Besichtigung des neuerrichteten Instituts für Behandlung Unfallverletzter (medico-mechanisches Institut) zu bestimmter Stunde angesetzt war. Der Leiter des Instituts, H. Dr. Marcus, erklärte die Einrichtung, sowie die Apparate der jungen Anstalt, die eine dankenswerthe Vervollständigung der in der Provinz vorhandenen Sanitätsanstalten darstellt.

Dr. Lissner-Posen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ein Beitrag zum Thymustod. Von Dr. Ploc, Stadtbezirksarzt in Prag. Prager med. Wochenschrift; Nr. 50 und 51, 1900.

Im vorigen Jahrgang dieser Zeitschrift (Nr. 1, S. 20) berichteten wir über einen von Dr. Wanitschek beobachteten Fall von plötzlichem Tode während der Narkose, bei dem als Todesursache, neben grosser Thymusdrüse, eine anormale Körperkonstitution, der Status lymphaticus, nachgewiesen wurde. Aus der Praxis desselben Operateurs (Prof. Bayer in Prag) veröffentlicht Pl. einen ähnlichen Fall: Ein 16 Jahre alter Bäckerlehrling wurde wegen eines rechtsseitigen Kryptorchismus operirt und zwar unter Chloroformnarkose. Kaum dass der Kranke einige Athemzüge gemacht hatte, stellten sich sofort allgemein zitternde Muskelzuckungen, ähnlich dem Frostschauer ein, die Finger geriethen in eine Art athetorischer Bewegungen; die Frage, ob ihm kalt sei, beantwortete er verneinend. Die Zuckungen verloren sich im Laufe der Narkose. Es wurde der typische Schnitt gemacht; gerade als man den Samenstrang freilegen wollte, machte der Kranke einige Würgebewegungen und erbrach etwa zwei Esslöffel schaumigen gelben Schleimes, unmittelbar darauf wurde er blass und starb. Prof. Bayer bezeichnete als höchstwahrscheinliche Todesursache eine persistirende Thymusdrüse. Die Sektion ergab im Wesentlichen: Gesunde Organe, die weiche Hirnhaut etwas anaemisch, ebenso die Hirnsubstanz. Das lymphatische Gewebe des Zungengrundes und der Tonsillen zeigt eine bedeutende Hyperplasie, einzelne bis linsengrosse Lymphknoten finden cm sich im Sinus pyriformis. — Die Aorta etwas enger. Die Thymus 9 lang, 5 cm breit, gelappt. Die Milz etwas grösser, die zahlreichen Malpighi'schen Körperchen stark vergrössert. Der lymphatische Apparat des Darmes deutlich hyperplastisch. — Also auch in diesem Falle die lymphatisch-chlorotische Konstitution und persistirende Thymus.

Die Dauer der Narkose betrug 25 Minuten, der Chloroformverbrauch 40 g. Die schon oben erwähnten Würgebewegungen fasst Pl. als Zeichen plötzlicher Turgescenz der persistirenden Thymusdrüse auf, die eine Kompression der grossen Gefässe und der Herznerven erzeugt, auf welche dann sofort der Herzstillstand folgte.

Ein Symptom, auf welches schon 1895 Prof. Bayer bei Thymuspersistenz aufmerksam gemacht hat, fand sich auch in diesem Falle, nämlich die oben beschriebenen zitternden Muskelbewegungen zu Beginn und während der Chloroformnarkose.

Im Anschluss an diesen Fall giebt der Verfasser die Krankengeschichte und das Obduktionsprotokoll eines Patienten mit einem Lymphosarkom der Thymusdrüse, der im Alter von 48 Jahren plötzlich verschied. Auch hier war der Druck auf die grossen Gefässe u. s. w. als das den Tod auslösende Agens anzusehen.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Die Stichverletzungen des Rückenmarks in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Von Dr. P. Roeseler, prakt. Arzt in Berlin. Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei; 1900, 51. Jahrg., Heft VI.

Die Hauptergebnisse der Arbeit lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Stichverletzungen des Rückenmarks sind im Gebiete der Halswirbel fast doppelt so häufig, wie in dem der Brustwirbel.

2. Verletzung der Wirbel kommt dabei nur in etwa $^1/_4$ der Fälle vor.

3. Aeussere Wunde und Rückenmarkverletzung sind bei der Brustwirbelsäule in Folge der dachziegelförmig sich deckenden Dornfortsätze etwas häufiger auf der entgegengesetzten, als auf derselben Seite, während das Verhältniss bei der Halswirbelsäule umgekehrt ist.

4. Die Symptome entsprechen in der überwiegenden Mehrzahl den Typus der Brown-Sequard'schen Halbseiten-Läsion.

5. Die Mortalität beträgt im Gebiete der beiden obersten Halswirbel 71,4 %, der vier obersten zusammen 53 %, der drei unteren 23 %, im Ganzen im Gebiete der Halswirbelsäule 40 %, in dem der Brustwirbelsäule 31,25 %.

6. Von den Lähmungen gehen zuerst, nämlich in der Regel nach zwei bis vier Wochen, die der Blase und des Mastdarms, dann die motorischen Lähmungen der Extremitäten, und zwar der unteren meist früher, als die der oberen, zurück. Die Gehfähigkeit stellt sich durchschnittlich in etwa 11 Wochen wieder her.

7. Jedoch ist die Prognose für eine vollkommene Wiederherstellung der Kraft und Beweglichkeit in den gelähmten Gliedern eine ungünstige zu nennen. Meist bleiben partielle Lähmungen oder Paresen mit spastischem Charakter zurück.

8. Die Rückbildung der sensiblen Störungen nimmt viel längere Zeit, meist viele Jahre in Anspruch.

9. Verlust oder Beeinträchtigung der Zeugungsfähigkeit ist nach Verletzung des Hals- und Dorsal-Markes selten.

10. Eine Stichverletzung des Rückenmarks ist immer als schwere Körperverletzung im Sinne des §. 224 wegen des Verfalls in Siechthum und in Lähmung anzusehen.

11. Bei Stichverletzungen des Rückenmarks mit tödtlichem Ausgange kommen als hauptsächlichste Todesursachen in Betracht: Athmungslähmung, Blasen- und Nierenentzündung, Decubitus mit ihren Folgezuständen (Pyämie und Septicämie). Meist führt die Rückenmarksverletzung an sich den tödtlichen Ausgang herbei; Infektion der Wunde, meningitische Prozesse finden sich nur in 5 von 17 tödtlichen Fällen.

12. Bei tödtlichen Stichverletzungen des Halsmarkes ist die Möglichkeit, dass Selbstmord, bei Brustmarkverletzungen, dass Unglücksfall vorliegt, in Betracht zu ziehen.

Dr. Rost-Rudolstadt.

---

1. Experimentelle Selbstverdauung des Magens.

2. Worauf beruht die Widerstandsfähigkeit des Magens gegen die Selbstverdauung? Von A. Frouin. Comptes rendus de la Soc. de Biol.; 1900, S. 747 u. S. 749.

1. Bei einem Hunde, bei dem zu Versuchszwecken der Magen ausgeschaltet und der Oesophagus mit dem Duodenum verbunden worden war, hatte sich eine Fistel zwischen Cardia und Oesophagus-Duodenalrohr ausgebildet. Der Magensaft war nicht ganz klar, enthielt einige Nahrungsreste. Das Befinden war einige Wochen hindurch ein befriedigendes. Bei der 2 Stunden nach dem Eingehen ausgeführten Autopsie fanden sich im Magen 180 ccm brauner, sauer reagirender Flüssigkeit mit Mucosatrümmern. Die Schleimhaut war zum Theil verdaut, nur an der Cardia fanden sich intakte Fragmente.

Die Verzweigung der Gefässe liess sich durch die durchscheinend gewordenen Partien der Muscularis verfolgen. Im Gegensatz zu den häufigen Fällen postmortaler Magenerweichung hatte es sich hier um eine intravitale Erscheinung gehandelt.

2. Verfasser stellte sich die Aufgabe, durch Beeinflussung der Art, der

Dauer, der Intensität der Sekretion die Magenschleimhaut derart zu verändern, dass womöglich Erosionen, Geschwüre derselben einsetzen sollten.

Einige seiner Versuche sind von hoher Bedeutung für den Gerichtsarzt, Einem 12½ Kilo schweren Hund reichte er in 24 Stunden 16,6 gramm Kochsalz. Der in einer täglichen Menge von 600 ccm abgesonderte, stark sauere Magensaft zeigte nach 5—6 Tagen „braune" Färbung des ihm beigemischten Schleimes, eine Färbung, die durch Haematin bedingt war. Wurde nach einer 10 gr Chlorid im Tage enthaltenden Nahrung der Magen erst nach 48 Stunden entleert, so enthielt der Magensaft eine grosse Quantität Blut.

Ferner führte Verfasser 2 gr Witte'sches Pepton einem Thiere in den abgebundenen Magen, nachdem es vorher im Tage 300 ccm durchschnittlich secernirt hatte. Die nun abgesonderte Flüssigkeit betrug 1700 ccm, war stark „schwarz" gefärbt und enthielt ausser Schleim, albuminoiden Substanzen auch Haematin.

Verfasser schliesst aus seinen Versuchen, dass, wie die Gegenwart von Haematin im Magensaft beweise, Hypersekretion und Hyperacidität des Magensaftes Blutüberfüllung und Erosion der Mucosa bedingen könne, dass die Stagnation der Verdauungsproducte der Albuminoide im Magen eine Reizung hervorzurufen vermöge, die sich als Magenblutung kundgiebt. — Wenn auch die Deutung der Entstehung der Blutungen auf eine andere Weise geschehen kann, so ist doch die Reihe der thatsächlichen Beobachtungen von grosser Bedeutung. Dr. Mayer-Simmern.

Durchbohrung des Duodenums und des Pankreas durch eine Taenie. Aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Chemnitz. Von Dr. Alexander Stieda. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; Bd. XXVIII, S. 430 ff.

Bei der Sektion einer 68jährigen, an Pyloruskarzinom verstorbenen Frau wurde 15 Stunden nach dem Tode ein Bandwurm im Duodenum gefunden, der in einem schmalen Spalt der Darmwand zu verschwinden schien. Der Kopf wurde schliesslich nach mühsamer Durchpräparirung des Pankreas und mittelst mikroskopischer Schnitte im Pankreas gefunden. Die Wanderung des Bandwurms hatte nach dem Befund etwa folgenden Weg genommen: Nach Durchbohrung der Darmwand, war die Taenie im Pankreas hin- und hergezogen und bis an dessen hinteren oberen Rand mit mehrfacher Knäuelbildung vorgedrungen, von hier aber wieder in's Pankreas umgekehrt. Sie befand sich in ungefähr 15 cm Länge ausserhalb des Darmes. Verfasser erinnert mit Recht daran, dass die Berücksichtigung dieses Falles die Berichte älterer Autoren (z. B. Leuckart) vom Durchbruch der Parasiten in die Harnblase, Leibeshöhle etc. in einem anderen Lichte erscheinen und man den Zusammenhang zwischen Parasit und Wirth als einen innigeren ansehen müsste, als dies bisher geschehen sei. Dr. Dietrich-Berlin.

Der mikroskopische Nachweis von Blut zu gerichtlich-medizinischen Zwecken. Von Dr. Max Richter, Assistent am Institut für gerichtliche Medizin und Landgerichtsarzt in Wien. Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei; 1900, 51. Juhrgang, Heft V und VI.

R. formulirt die für den mikroskopischen Blutnachweis in der gerichtlichen Medizin massgebenden Grundsätze, wie folgt:

1. Voraussetzung für die Verwerthung des Ergebnisses der mikroskopischen Untersuchung ist der Nachweis des Blutfarbstoffes, der durch die spektroskopische Untersuchung, oder, bei sehr geringen zur Verfügung stehenden Mengen von Material, durch die Darstellung von Häminkrystallen zu erbringen ist.

2. Ist dieser Nachweis des Blutfarbstoffes gelungen, so ist der Befund von Schollen, welche aus dichtgedrängten, schwach kontourirten, blassgelben, kernlosen Scheiben bestehen, beweisend dafür, dass es sich um Säugethier- oder Menschenblut handle. Das Fehlen von Kernen ist durch Essigsäurezusatz zu dem Präparate besonders zu konstatiren.

Ist das Blut durch äussere Schädlichkeiten so weit verändert, dass eine Auflösung der Schollen in Scheiben nicht mehr gelingt, so kann das Fehlen von Blutkörperchenkernen für die Entscheidung benutzt werden, dass es sich nicht um Vögel- und Amphibien-Blut handle. Der Einwand, dass auch die Kerne

von ovalen Blutzellen unter den gewöhnlichen äusseren Schädlichkeiten zu Grunde gehen, ist nach R.'s Erfahrung nicht stichhaltig.

3. Eine Entscheidung über die Herkunft einer Blutspur von einer bestimmten Säugethiergattung ist durch Messung der Blutscheiben in angetrockneten und auch geweichten Blutspuren nur ganz ausnahmsweise möglich und zwar nur in der Richtung, dass bei sehr kleinen Blutkörperchen die Abstammung einer Blutspur vom Blute des Menschen oder eines Säugethieres mit grösseren Blutkörperchen ausgeschlossen werden kann. Möglich ist dies, wenn die Blutkörperchen gut erhalten sind, ihre Grösse eine gleichmässige ist und der Grösse entspricht, welche die Blutkörperchen der fraglichen Thiergattung besitzen. Bedingung hierfür sind: Das Fehlen gröberer Schädlichkeiten, eine glatte, feste Unterlage und die Provenienz des Blutes von einem Thiere, dessen Blutkörperchen sehr klein sind, da nur dann verwerthbare Grössendifferenzen, die nicht auf individuelle Verhältnisse oder auf Schrumpfung zurückgeführt werden könne, zu erwarten sind. Thiere mit grösseren Blutkörperchen als die des Menschen kommen für die betreffenden Verhältnisse nicht in Betracht. Es empfiehlt sich in solchen Fällen, durch einen Versuch an einem Theile des Untersuchungsobjektes festzustellen, ob nicht besondere Verhältnisse eine über das gewöhnliche Mass hinausgehende Schrumpfung herbeigeführt haben; doch werden schon die ausserordentlich geringen Grössendifferenzen zwischen den einzelnen Blutscheiben darauf hinweisen, dass es sich nicht um Effekte verschiedener atmosphärischer Schädlichkeiten handle.

In allen übrigen Fällen muss der Experte sich begnügen mit dem Gutachten, dass es sich um Menschenblut oder um Säugethierblut handle.

4. Der Nachweis von anderweitigen geformten Elementen des Blutes — weisse Blutkörperchen, Blutplättchen — ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft meist nicht verwerthbar.

5. Unter Umständen kann das Fehlen von Fibrin für die Bestimmung der Herkunft des Blutes von Bedeutung sein (Menstrualblut).

6. Zu achten ist bei der mikroskopischen Untersuchung auf das Vorhandensein von fremden geformten oder amorphen Beimengungen, (Epithelzellen, Rundzellen, Schleimfäden, Harn, pflanzliche und thierische Organismen), welche werthvolle Hinweise auf die Provenienz einer Blutspur geben können.

7. Aus dem mikroskopischen Befunde ist ein Schluss auf das Alter der untersuchten Blutspur nicht zu ziehen. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber das Tätowiren nach Untersuchungen bei Geisteskranken. Von Rudolf Ganter in Hoerdt. Aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Münster i. W. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie; 1901, 58. Bd., 1. H.

Die in anthropologischer und speziell kriminalanthropologischer Hinsicht viel erörterte Frage nach der Bedeutung des Tätowirens wird von G. um einen fesselnd geschriebenen Beitrag vermehrt, der jedoch der Sache keine neuen Seiten abgewinnt. G. wendet sich gegen die vielfach bekämpfte These Lombroso's und seiner Anhänger, die das Tätowiren als „Atavismus, als besonderen Charakter des Urmenschen und des Menschen im wilden Zustande" hinstellt; nach seiner Auffassung ist das Tätowiren Modesache und weder für Geisteskranke, noch Verbrecher, noch Degenerirte besonders charakteristisch. Der Verfasser verbreitet sich unter Anführung der Literatur über das Material zur Tätowirung, über die zumeist vorkommenden Bilder, über die viel erörterte Frage nach der Schmerzhaftigkeit der Operation und schliesslich eingehend nach dem Grunde, der den einzelnen veranlasst, sich tätowiren zu lassen. Die Zahl der tätowirten Geisteskranken erreichte 10% des Bestandes.

Dr. Pollitz-Münster.

Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung. Von Dr. H. Freyberg in Osnabrück. Ibidem.

Ein erblich nicht belasteter, intelligenter Lehrer erkrankte im Anschluss an gemüthliche Erregungen an einer Melancholie, in deren Beginn er einen Selbstmordversuch machte. Aus diesem Krankheitsbilde mit Selbstanklagen und Kleinheitswahn ging allmählich eine sogenannte sekundäre Paranoia hervor mit zahlreichen Beziehungs- und Verfolgungswahnideen, die sich in Vorstellungen über hohe Abstammung, hypnotische Beeinflussung durch mystische

Personnen u. a. m. äusserte; daneben bestanden entsprechende Halluzinationen. Das Bemerkenswerthe des Falles besteht in einer nach 6 Jahren eingetretenen Heilung — wie Verfasser annimmt — mit voller Krankheitseinsicht und vollständig erhaltener geistiger Leistungsfähigkeit. Die Entmündigung des Kranken wurde aufgehoben, und es erfolgte eine erneute Anstellung im Schuldienste mit gutem Erfolge. Verfasser betont unter Anführung der verschiedenen Auffassungen über den Begriff Paranoia, dass der Fall dieser zuzurechnen sei. Das Fortbestehen der Wahnideen unter geschickter Dissimulation glaubt er ausschliessen zu können. Dr. Pollitz-Münster.

Beitrag zur Dementia paralytica beim weiblichen Geschlechte. Von Dr. Jahrmärker in Marburg. Aus der Marburger Klinik. Ibidem.

Verfasser hat an 75 Fällen weiblicher Paralyse der Marburger Klinik eingehende Untersuchungen über Aetiologie, Verlauf, Dauer und Symptome der Paralyse gemacht, die einen bemerkenswerthen Beitrag zu einer Reihe noch strittiger Fragen bilden dürften. J. fand eine Zunahme der weiblichen Paralyse im Verhältniss zur Zahl der männlichen von 1 : 7,22 auf 1 : 6,62 in einem meist ländlichen Bezirke, während für die grossen Städte das Verhältniss 1 : 3 festgestellt worden ist. In der Aetiologie war Lues für ein Drittel der Fälle sichergestellt, während in einer weiteren Reihe von Beobachtungen Aborte, Kinderlosigkeit u. a. m. auf Lues gedeutet werden konnten. In nicht wenigen Fällen spielten hereditäre Veranlagung oder erschwerte Lebensbedingungen eine hervorragende Rolle. Das Alter der Erkrankten schwankte zwischen dem 25.—59. Lebensjahre, bei einem Durchschnitt von 43½ Jahren und entspricht dem des männlichen Geschlechts. Sehr bemerkenswerth erscheint die fast regelmässige Veränderung in den Menstruationsverhältnissen, indem bald ein gänzliches Aufhören der Menses, bald periodische Erregungsanfälle beobachtet wurden. Unter den meist ungenügend festgestellten Prodromalerscheinungen steht erhöhte Reizbarkeit im Vordergrunde; in einer Reihe von Fällen fielen die Kranken zuerst durch strafbare Handlungen — unsinnige Diebstähle — auf. Nicht selten gingen auch Selbstmordversuche der Anstaltsaufnahme voran. Eine Reihe bemerkenswerther Fälle, die sich durch weitgehende Remissionen, durch das Vorherrschen von Wahnideen oder das Auftreten katatoner Symptome auszeichneten, werden vom Verfasser eingehend mitgetheilt. In 8 Fällen wurden weitgehende psychische Remissionen beobachtet, während die somatischen Erscheinungen bestehen blieben. Unter letzteren steht an Häufigkeit und Regelmässigkeit die Sprachstörung obenan, während Veränderungen in der Pupillenreaktion nur in ⅔ der Fälle nachgewiesen wurden. Die Gesammtdauer der Krankheit berechnet J. auf 2½ Jahre; einzelne Fälle, die ihrem klinischen Bilde nach der Paralyse sehr nahe standen und sich über 15 Jahre erstreckten, fasst J. als luetische Gehirnerkrankungen spezieller Art auf. Dass die anatomischen Veränderungen bei weiblicher Paralyse an Intensität denen der männlichen entsprechen, dürfte manchen Widerspruch hervorrufen; man findet im Gegentheil bei klinisch vorgeschrittener Paralyse oft auffallend wenig makroskopische Veränderungen am Gehirn und besonders an den Meningen.

Dr. Pollitz-Münster.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ein Unfallverletzter ist nicht verpflichtet, sich einer Hautüberpflanzung (Transplantation) zu unterwerfen. Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Unterschenkels. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 18. Oktober 1900.

Der Annahme der Vorinstanzen, dass der Kläger verpflichtet gewesen sei, sich der von dem Sanitätsrath Dr. W. in dem Krankenhause in Essen, in welchem der Kläger zur Heilung der an seinem linken Beinstumpf aufgebrochenen Wunde sich befand, in Aussicht genommenen Hautüberpflanzung (Transplantation) zu unterwerfen, kann nicht beigetreten werden. Denn wenn diese Massnahme auch ohne Chloroformirung, also ohne Anwendung einer allgemeinen Narkose ausgeführt wird und nach der Meinung der Aerzte „gefahrlos“ ist, so stellt doch die dazu erforderliche Entnahme gesunder Hautstücke

aus einem anderen Körpertheile des Klägers und die so erzeugte neue umfangreiche Hautverletzung einen Eingriff in den Bestand und die Unversehrtheit des Körpers, also eine Operation dar, welcher der Kläger zum Zwecke einer Beschleunigung des Heilverfahrens sich nicht zu unterwerfen brauchte. Dem Kläger fällt also eine willkürliche Vereitelung des Heilverfahrens nicht zur Last, und die Beklagte ist verpflichtet, ihm vom 19. Dezember 1899 ab nicht bloss bis zu dem vom Schiedsgerichte festgesetzten Zeitpunkte, mit welchem nach Annahme der Aerzte bei Vornahme jener Operation die Heilung der Wunde voraussichtlich eingetreten gewesen wäre, sondern auch noch darüber hinaus bis zum 15. März 1900 einschliesslich, mit welchem Tage diese Heilung sich nach der Angabe des Klägers vollzogen hatte, die Vollrente zu gewähren.

Mit dem 16. März 1900 konnte der Kläger, wie seine eigenen Anführungen und das Gutachten des Dr. L. zu Bonn vom 28. März 1900 ergeben, seine regelmässige Erwerbsarbeit in gewissem Umfange wieder aufnehmen. Indess ist nach der Natur der Sache und auf Grund des noch von Dr. L. festgestellten Befundes anzunehmen, dass die frisch verheilte Wunde zunächst wegen der Empfindlichkeit der jungen Haut und wegen der Gefahr eines Wiederaufbruchs grosser Schonung bedurfte, bis eine genügende Festigkeit der Haut eingetreten war. Für diese Uebergangszeit, welche vom Rekursgericht bis zum 30. April 1900 bemessen worden ist, gebührt deshalb dem Kläger noch eine Rente von 80 Proz. der Vollrente, während vom 1. Mai 1900 ab, seit welchem, wie anzunehmen ist, der Kläger sein künstliches Bein wieder dauernd, wie früher, zu ertragen vermag, die Schätzung der noch bestehenden Beschränkung seiner Erwerbsfähigkeit auf 60 Proz. völliger Erwerbsunfähigkeit der Sachlage durchaus entspricht.

Verlust der 3. und 4. Zehe bedingt keine Erwerbsbeschränkung in abmessbarem Grade. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 31. Oktober 1900.

Das R.-V.-A. hat bereits vielfach ausgeführt, dass nicht jede Verletzung seiner körperlichen Unversehrtheit dem Versicherten einen Anspruch auf Unfallrente giebt und dies selbst dann nicht, wenn ihm in Folge der Verletzung gewisse Unbequemlichkeiten bei der Verrichtung seiner Arbeiten erwachsen. Auf eine Rente hat nur Anspruch, wer in seiner Erwerbsfähigkeit in einem solchen Grade beeinträchtigt ist, dass die Beeinträchtigung im wirthschaftlichen Leben als ein messbarer Schaden in Betracht kommt; dies kann aber bei einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um weniger als 10 Prozent der Regel nach nicht zugegeben werden. Um eine solche Schmälerung der Erwerbsfähigkeit handelt es sich im vorliegenden Falle.

Bereits durch Bescheid vom 22. Januar 1898 war die Rente von 20% auf eine solche von 10% gemindert worden und seitdem ist abermals eine wesentliche Besserung eingetreten. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. W. bestehen die Folgen des Unfalls vom 8. Januar 1897 jetzt nur in dem Verlust der 3. und 4. Zehe, die Narben der Amputation sind längst geheilt und die stehengebliebenen Zehen gut beweglich. Der Kläger hat sich wieder an die Arbeit gewöhnt und auch der Vertrauensmann hält ihn wieder für voll erwerbsfähig. Es liegt kein Anlass vor, den Vorinstanzen entgegenzutreten, wenn sie angenommen haben, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht mehr um 10%, also nicht mehr in nennenswerthem Masse beschränkt wird. Der Kläger hat also keinen weiteren Anspruch auf Unfallrente. Der Rekurs war daher zurückzuweisen.

Die von dem Kläger angefochtene Entscheidung des R.-V.-A. vom 19. März 1899, in welcher einem Arbeiter für den Verlust von 2 Zehen eine Rente von 20% belassen worden ist, hatte andere Voraussetzungen als der gegenwärtige Fall, der Kläger kann sich deshalb darauf nicht beziehen.

Berechtigte oder unberechtigte Rentenentziehung bei Weigerung eines Invalidenrentenempfängers, sich zwecks Prüfung, ob er die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt habe, in einem Krankenhause beobachten zu lassen. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 8. Mai 1900. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1900, Nr. 8.

In der Revisionsentscheidung 671 ist bereits ausgeführt, dass der für das Gebiet der Unfallversicherung ausgesprochene Grundsatz, wonach die Vereitelung einer Untersuchung durch den Verletzten beziehungsweise Versicherten zur Folge hat, dass der nach Lage der Akten zulässige ungünstige Schluss bezüglich des Zustandes des Versicherten gezogen werden darf, auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung, insbesondere auch in dem Verfahren, betreffend Entziehung einer Invalidenrente, entsprechende Anwendung zu finden habe. Insofern also gehen sowohl der angefochtene Bescheid, als auch das Schiedsgerichtsurtheil von einwandfreien Grundsätzen aus. Mit Recht aber rügt die Revision die Annahme, dass die Beklagte berechtigt gewesen sei, den obigen Grundsatz dem Kläger gegenüber anzuwenden. Wie nämlich schon der Ausdruck „Vereitelung" besagt, und wie auch das Reichsversicherungsamt auf dem Gebiete der Unfallversicherung in zahlreichen Rekursentscheidungen des Näheren ausgeführt hat, ist jener Grundsatz nur dann anwendbar, wenn das Verhalten des Klägers ein schuldhaftes ist, d. h. wenn er grundlos eine ärztliche Untersuchung verhindert. Eine grundlose Weigerung wird aber nur angenommen werden können, wenn das Verlangen der Versicherungsanstalt ein berechtigtes war. Als ein solches kann dasselbe lediglich unter der Voraussetzung anerkannt werden, dass die Annahme begründet war, in den Verhältnissen des Klägers sei eine Veränderung eingetreten, welche ihn nicht mehr als dauernd erwerbsunfähig erscheinen lässt. Dies wird umsomehr dann verlangt werden müssen, wenn es sich, wie im vorliegenden Falle, um die Unterbringung eines verheiratheten Mannes in einem Krankenhause zwecks Beobachtung handelt, wie ja auch durch Abs. 2 des §. 47 des Invalidenversicherungsgesetzes in Verbindung mit den dort angezogenen weiteren Vorschriften für den manche Vergleichungspunkte bietenden Fall der Einleitung eines Heilverfahrens bestimmt ist, dass der Empfänger einer Invalidenrente nur dann verpflichtet ist, sich einem Heilverfahren zu unterwerfen, wenn die Annahme begründet ist, dass er bei Durchführung eines solchen die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, dass ferner nur dann ihm Nachtheile erwachsen können, wenn er sich den angeordneten Massnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, dass endlich die Unterbringung eines verheiratheten Rentenempfängers in einem Krankenhause zwecks Durchführung des Heilverfahrens sogar von dessen Zustimmung abhängig ist. Dass aber die Beklagte einen ausreichenden Grund zu der Annahme gehabt hätte, in den Verhältnissen des Klägers sei eine Veränderung eingetreten, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen lasse, ist nicht zuzugeben. Das ärztliche Gutachten erklärt vielmehr ausdrücklich: „Eine Wendung zum Besseren gegenüber den früheren Verhältnissen scheint nicht eingetreten zu sein." Allerdings fährt es fort: „wenn nicht für die Bewilligung der Rente der Umstand massgebend gewesen ist, dass der Rentenempfänger damals bettlägerig war", doch kann diesem Zusatz ein Werth nicht beigelegt werden, da weder die Beklagte behauptet hat, noch aus den Akten ersichtlich ist, dass der die Rente bewilligende Bescheid vom 6. März 1897 auf jenen Umstand sich stütze. Aber auch die Berichte des Amtsvorstehers und der Vertrauensmänner enthalten nichts, was die Annahme einer Veränderung in den Verhältnissen des Klägers gerechtfertigt erscheinen liesse. Musste sonach das Verlangen der Beklagten als ein der gesetzlichen Grundlage entbehrendes angesehen werden, so konnte anderseits auch das Verhalten des Klägers als ein schuldhaftes nicht erachtet werden, und es durften ihm somit auch keine Nachtheile daraus erwachsen.

Ueberdies würde die Vorentscheidung auch insofern gegen den oben dargelegten Grundsatz verstossen, als selbst dann, wenn die Weigerung des Klägers eine grundlose gewesen wäre, nur der nach Lage der Akten zulässige ungünstige Schluss gezogen werden durfte, die Akten aber, wie oben ausgeführt, nichts enthalten, was die Annahme unterstützen könnte, dass in den Verhältnissen des Klägers eine Veränderung eingetreten sei, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen liesse.

Feststellung der Folgen einer schweren, mit einem Rippenbruch verbundenen Quetschung der Brust, bestehend in Verwachsung des Lungenüberzuges mit dem Rippenfell und vermehrter Reizbarkeit des Nervensystems. — Verwechselung einer vorübergehenden Aufblähung

der Lungenränder mit eigentlichem (unheilbarem) Lungenemphysem. Obergutachten von Prof. Dr. Curschmann, Geh. Medizinalrath, Direktor der medizin. Universitäts-Klinik in Leipzig; erstattet unterm 15. August 1900 auf Verlangen des Reichsversicherungsamts. (Amtliche Nachrichten dec Reichsversicherungsamts, 1900, Nr. 12.)

In der Frühe des 28. Mai 1894 erlitt C. durch Fall von einer etwa 2 Meter hohen Treppe eine schwere Kontusion der rechten unteren Brusthälfte, die mit einem Bruch der neunten Rippe verbunden war. Die dem Unfall während der nächsten Jahre folgenden Beschwerden und Klagen wurden von den begutachtenden Aerzten auf die Verletzung zurückgeführt und C. wurde mehrfach ausdrücklich für frei vom Verdacht der Simulation erklärt.

Erst am 28. Juli 1899 sprach sich Herr Dr. M. in X. nach einer Untersuchung, während der C. in glaubwürdiger Weise (vergleiche das ärztliche Gutachten) ganz die früheren, aber noch heftigere Klagen über seine Brustorgane geführt hatte, dahin aus, diese seien nun nicht mehr auf die Folgen des Unfalls, sondern auf bestehendes Lungenemphysem zurückzuführen, mithin sei die Berufsgenossenschaft der Pflicht überhoben, die bis dahin dem C. zugebilligte Unfallrente weiter zu zahlen.

Dieses Lungenemphysem ist nach Dr. M.'s Auffassung aber nicht nur als die einzige Ursache der nun noch vorhandenen Beschwerden, sondern auch als Anlass früherer wiederholter, zum Theil langdauernder Erkrankungen, besonders derjenigen vom 31. Januar bis zum 4. Mai 1895, vom 4. bis zum 9. Dezember 1895 und eines fünfzehn Wochen dauernden Krankenlagers im Jahre 1897 anzusehen.

Dass die beklagte Berufsgenossenschaft auf dieses ärztliche Gutachten hin die fernere Zahlung einstellte und wiederholten Reklamationen gegenüber daran festhielt, erscheint wohl begreiflich. Ihr Hauptstützpunkt ist das vom Arzte hereingezogene Emphysem, und vorwiegend von der Feststellung und Beurtheilung dieses Zustandes hängt die Entscheidung des ganzen Prozesses ab.

Seit wann besteht aber nun dieses Emphysem? Von wem wurde es erkannt? Welches sind seine objektiven Erscheinungen? In welcher Weise und wie stark sind sie ausgebildet?

Auf keine dieser wichtigen Fragen geht das Gutachten des Herrn Dr. M. ein. Von einem objektiven Untersuchungsbefunde findet sich kein Wort. Statt dessen nur ein Hinweis auf den dem C. am 25. Januar 1896 ertheilten Bescheid der Berufsgenossenschaft in dem allerdings von Lungenemphysem die Rede ist und die nicht weiter begründete Behauptung sich findet, dass C. schon im Mai und Dezember 1895 wegen dieses mit dem Unfall nicht zusammenhängenden Emphysems vorübergehend völlig arbeitsunfähig gewesen sei.

Ja noch mehr. Der Inhalt eines früher von ihm abgegebenen Gutachtens vom 1. Januar 1896 war Herrn Dr. M. bei Abfassung seines zweiten offenbar nicht mehr im Gedächtniss. Er hätte sonst berücksichtigen müssen, dass er damals Lunge und Herz des C. für gesund erklärt und ausdrücklich betont hatte, dass weder durch Auskultation, noch Perkussion an der Lunge und am Rippenfell etwas Abnormes nachweisbar sei.

Wie die Genossenschaft zu der von Herrn Dr. M. nachträglich acceptirten Annahme des Emphysems kam, an dem C. schon im Mai 1895 gelitten haben soll, ist nicht recht klar.

Es wird ein Herr Dr D. als Gewährsmann angeführt, ohne dass jedoch in den Akten ein ärztlicher Bericht von ihm sich fände.

Unter diesen Umständen war eine genaue Beobachtung und Untersuchung des C. doppelt nothwendig. Sie wurde während eines zehntägigen Aufenthalts vom 17. bis zum 27. Juli 1900 in meiner Klinik ausgeführt.

Der mittelgrosse, leidlich genährte und nicht krank aussehende Mann führte auch bei uns die gleichen Klagen wie den früheren Aerzten gegenüber: Heftige Schmerzen in der Brust, namentlich in ihrer rechten Hälfte, Husten mit Auswurf und Steigerung aller Beschwerden bei selbst geringeren Anstrengungen. Er machte dabei einen glaubhaften Eindruck, doch schien eine, vielleicht krankhafte, Uebertreibung seiner Beschwerden nicht ausgeschlossen.

Bei der Untersuchung der Brust zeigt sich ihre rechte, von dem Unfall betroffene Hälfte in ihrem unteren Theile etwas eingefallen. Die achte und

neunte Rippe erscheinen an ihren Knochenknorpelgrenzen bei Betastung stark schmerzhaft und dazu befand sich an der neunten Rippe, offenbar eine Folgeerscheinung eines bei dem Unfall erlittenen Rippenbruchs, eine umschriebene Auftreibung und Verdickung des Knochens (Callus).

Der Kranke hustet selten und fördert nur ganz geringe Mengen schleimigen Auswurfs heraus, in denen weder Tuberkelbazillen, noch sonst diagnostisch bedeutsame Gebilde nachweisbar sind.

Bei der Untersuchung der Lungengrenze zeigen sich diese überall an normaler Stelle. Namentlich ist weder ein Tiefstand nachweisbar, noch eine Blähung des die Gegend der Herzdämptung begrenzenden linken Lungenrandes. Die Herzdämpfung ist vielmehr von normaler Form und Ausdehnung. Füge ich noch hinzu, dass über den Lungen überall normales Athmungsgeräusch und nur ganz vereinzelt bronchitisches Schnurren und Pfeifen zu hören ist, so ist damit dargethan, dass C. zur Zeit unserer Beobachtung nicht an Lungenemphysem litt und weiter für jeden Sachverständigen klar, dass auch früher diese Krankheit in stricktem Sinne des Wortes nicht bestanden hat. Lungenemphysem ist keine heilbare, vorübergehend auftretende Krankheit. Wenn es einmal zur Ausbildung gekommen ist, so kann es nicht wieder verschwinden, sondern nur stabil bleiben oder sich noch weiter steigern.

Der Widerspruch zwischen unserer Beobachtung und den in den Akten niedergelegten Angaben kann sich nur damit erklären, dass der Patient zeitweilig (unter dem Einfluss akuter bronchitischer Affektionen) an vorübergehender Aufblähung der Lungenränder litt, einem Zustand, der mit dauerndem Emphysem sehr wohl verwechselt werden kann, aber von ihm streng zu scheiden ist.

Bei eingehenderer Untersuchung der rechten, die hauptsächlichsten Beschwerden verursachenden Seite finden sich noch die Erscheinungen einer ausgedehnten Verwachsung des Lungenüberzuges mit dem Rippenfell. Sie äussern sich besonders dadurch, dass vorn und hinten der untere Lungenrand bei tiefer Ein- und Ausathmung sich fast nicht verschiebt, und dass diese mangelhafte Verschieblichkeit auch auf die rechte Lungen-Herzgrenze sich erstreckt. Im Gegensatz dazu zeigt sich die linke Lunge bei der Athmung frei und ausgiebig verschieblich.

Abgesehen von geringen Katarrherscheinungen ist die erwähnte Verwachsung der rechten Lunge mit dem Rippenfell das einzig Abnorme, was sich an den Athmungsorganen des Patienten wahrnehmen lässt.

Da sie mit einer Einziehung der betreffenden Brusthälfte und den Zeichen eines früheren Bruches der neunten Rippe zusammenfällt, so ist es gerechtfertigt, sie als Folge des Unfalls aufzufassen. Schwierig bleibt selbst nach Feststellung dieser Veränderung eine genügende Erklärung der subjektiven Klagen des C. So lange Zeit wie in unserem Falle pflegen verheilte Rippenbrüche so lebhafte wie die angegebenen Schmerzen nicht zu hinterlassen, und auch die bestehenden Rippenfellverwachsungen scheinen nach gewöhnlicher Erfahrung dem Masse der subjektiven Beschwerden nicht zu entsprechen. Da aber kein Grund vorliegt, den Patienten für einen Simulanten zu halten, so bleibt nur übrig, sie mit einer durch den Unfall bedingten Störung des Allgemeinzustandes, mit einer sogenannten traumatischen Neurose in Verbindung zu bringen, für deren Bestehen das Verhalten des Patienten in der That genügende Anhaltspunkte bietet.

Fasse ich mein Urtheil kurz zusammen, so lässt sich sagen:

1. C. leidet weder zur Zeit, noch litt er früher an Lungenemphysem.

2. An der von dem Unfall vorzugsweise betroffenen Brusthälfte zeigen sich noch heute deutliche Veränderungen: Einziehung der betreffenden Seite, ein auf einen früheren Bruch der neunten Rippe zu beziehender Callus und ausgedehnte Verwachsungen der Lunge mit dem Rippenfell.

3. Diese Veränderungen sind wohl geeignet, bei dem Patienten Beschwerden, namentlich bezüglich der Athmung, hervorzurufen. Dem Masse seiner Klagen entsprechen sie nicht ganz. Da aber betrügerische Vorspiegelung derselben auszuschliessen ist, so muss zur Erklärung eine noch bestehende vermehrte Reizbarkeit des Nervensystems (traumatische Neurose) mit herangezogen werden.

4. C. ist in seiner Erwerbsfähigkeit noch heute und zwar insofern be-

schränkt, als er in seinem eigentlichen Berufe nicht so ausgiebig wie früher arbeiten und erwerben kann.

Zu leichterer Beschäftigung ist er dagegen sehr wohl befähigt. Die für ihn daraus folgende Beschränkung seines Arbeitslohnes ist meines Erachtens durch die fernere Auszahlung der früheren Unfallrente von 15 Prozent auszugleichen.

5. Nach der Art der nachweisbaren Veränderungen braucht die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit keine dauernde zu sein.

Es ist im Gegentheil zu erwarten, dass das Befinden des Patienten sich allmählich bessern wird und die Störungen sich wieder ausgleichen werden. Hierauf den Patienten ausdrücklich hinzuweisen und seinen körperlichen Zustand von Zeit zu Zeit in sachverständiger Weise prüfen zu lassen, liegt ebenso in seinem, wie der Beklagten Interesse.

Nach der Ueberzeugung des Rekursgerichts hat das vorstehende Obergutachten die durch die Ansicht des Dr. M. herbeigeführten Zweifel beseitigt und die bereits vom Schiedsgericht ausgesprochene Weitergewährung der durch den angefochtenen Bescheid eingestellten Rente von fünfzehn Prozent der Vollrente unbedenklich erscheinen lassen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Beitrag zur Kenntniss des Bacterium coli. Von Dr. Alexis Radzievsky-Bern. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1900, XXXIV. Bd., 3. H.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist, die Frage zu untersuchen, inwieweit die agglutinirenden Sera des Bacterium coli spezifisch sind für die einzelnen Repräsentanten der Coligruppe und inwieweit für die Spezifizität der einzelnen Sera der Ursprung der einzelnen Repräsentanten Bedeutung hat. Die Lösung dieser Frage ist praktisch insofern wichtig, um beurtheilen zu können, ob die Methode der Serodiagnostik zur Diagnostizirung einiger Infektionskrankheiten, in denen Bacterium coli eine Rolle spielen, benutzt werden kann. Aber auch vom therapeutischen Standpunkte ist es von Werth zu wissen, inwiefern die bereits bestehenden Methoden der Differenzirung der verschiedenen Vertreter der Coligruppen zuverlässig sind, ob die von ihnen gegebenen Fingerzeige mit denen der Immunsera übereinstimmen, oder aber ob vielleicht die Agglutinationsmethode in sich eine neue Art der Differenzirung der Gruppe des Bacterium coli darstellt. Verfasser hat ausserdem das Phänomen der Agglutination an und für sich und weiterhin die Prozesse der Infektion und der Immunität in Beziehung zu Bacterium coli in den Kreis seiner Untersuchung gezogen; über das Ergebniss der letzteren ist bereits in Nr. 21 der Zeitschrift, Jahrg. 1900 (s. S. 703) referirt.

Untersucht wurden im Ganzen 71 Vertreter der Coligruppe (64 Fälle aus dem Darm eines und desselben Individuums, 4 Cystitisfälle und 1 Fall eines periurethalen Abszesses — Bacterium coli Necker) und sowohl ihre biologischen Eigenschaften, als ihr Verhalten zu den agglutinirenden Sera einer Prüfung unterzogen. Verfasser gelangte hierbei zu folgendem Ergebniss:

„Eine Einheit unter den verschiedenen Exemplaren des Bacterium coli in Bezug auf die Agglutination existirt nicht; man kann vielmehr in einem und demselben Darm mehrere Coliarten finden, die sich in Bezug auf die Agglutination unterscheiden. Je nach der Coli-Varietät, vermittelst der ein Serum gewonnen wurde, wirkt dieses Serum auf eine bedeutende Zahl Varietäten oder die Wirkung bleibt beinahe eine spezifische. Zwei Coli-Sera, die anscheinend nichts Gemeinsames bezüglich ihrer homologen Mikroben haben, können trotzdem im gleichen Grade ein drittes Bacterium coli agglutiniren. Unter einer Anzahl Coli-Varietäten, die hinsichtlich ihrer biochemischen Eigenschaften sich ähnlich verhalten, können die einen durch ein und dasselbe Immunserum agglutinirt werden, die anderen nicht. Jedenfalls zeigt das Phänomen der Agglutination, dass die Gruppe Bacterium coli in eine noch grössere Anzahl von Unterabtheilungen zerfällt, als bis jetzt angenommen wurde. Auch kann sich ein Bacterium coli, dessen Wirkung erhöht ist, in Bezug auf die Agglutination von seinem Stammmikroben unterscheiden."

In Bezug auf das Agglutinationsphänomen an und für sich

neunte Rippe erscheinen an ihren Knochenknorpelgrenzen bei Betastung stark schmerzhaft und dazu befand sich an der neunten Rippe, offenbar eine Folgeerscheinung eines bei dem Unfall erlittenen Rippenbruchs, eine umschriebene Auftreibung und Verdickung des Knochens (Callus).

Der Kranke hustet selten und fördert nur ganz geringe Mengen schleimigen Auswurfs heraus, in denen weder Tuberkelbazillen, noch sonst diagnostisch bedeutsame Gebilde nachweisbar sind.

Bei der Untersuchung der Lungengrenze zeigen sich diese überall an normaler Stelle. Namentlich ist weder ein Tiefstand nachweisbar, noch eine Blähung des die Gegend der Herzdämpfung begrenzenden linken Lungenrandes. Die Herzdämpfung ist vielmehr von normaler Form und Ausdehnung. Füge ich noch hinzu, dass über den Lungen überall normales Athmungsgeräusch und nur ganz vereinzelt bronchitisches Schnurren und Pfeifen zu hören ist, so ist damit dargethan, dass C. zur Zeit unserer Beobachtung nicht an Lungenemphysem litt und weiter für jeden Sachverständigen klar, dass auch früher diese Krankheit in stricktem Sinne des Wortes nicht bestanden hat. Lungenemphysem ist keine heilbare, vorübergehend auftretende Krankheit. Wenn es einmal zur Ausbildung gekommen ist, so kann es nicht wieder verschwinden, sondern nur stabil bleiben oder sich noch weiter steigern.

Der Widerspruch zwischen unserer Beobachtung und den in den Akten niedergelegten Angaben kann sich nur damit erklären, dass der Patient zeitweilig (unter dem Einfluss akuter bronchitischer Affektionen) an vorübergehender Aufblähung der Lungenränder litt, einem Zustand, der mit dauerndem Emphysem sehr wohl verwechselt werden kann, aber von ihm streng zu scheiden ist.

Bei eingehenderer Untersuchung der rechten, die hauptsächlichsten Beschwerden verursachenden Seite finden sich noch die Erscheinungen einer ausgedehnten Verwachsung des Lungenüberzuges mit dem Rippenfell. Sie äussern sich besonders dadurch, dass vorn und hinten der untere Lungenrand bei tiefer Ein- und Ausathmung sich fast nicht verschiebt, und dass diese mangelhafte Verschieblichkeit auch auf die rechte Lungen-Herzgrenze sich erstreckt. Im Gegensatz dazu zeigt sich die linke Lunge bei der Athmung frei und ausgiebig verschieblich.

Abgesehen von geringen Katarrherscheinungen ist die erwähnte Verwachsung der rechten Lunge mit dem Rippenfell das einzig Abnorme, was sich an den Athmungsorganen des Patienten wahrnehmen lässt.

Da sie mit einer Einziehung der betreffenden Brusthälfte und den Zeichen eines früheren Bruches der neunten Rippe zusammenfällt, so ist es gerechtfertigt, sie als Folge des Unfalls aufzufassen. Schwierig bleibt selbst nach Feststellung dieser Veränderung eine genügende Erklärung der subjektiven Klagen des C. So lange Zeit wie in unserem Falle pflegen verheilte Rippenbrüche so lebhafte wie die angegebenen Schmerzen nicht zu hinterlassen, und auch die bestehenden Rippenfellverwachsungen scheinen nach gewöhnlicher Erfahrung dem Masse der subjektiven Beschwerden nicht zu entsprechen. Da aber kein Grund vorliegt, den Patienten für einen Simulanten zu halten, so bleibt nur übrig, sie mit einer durch den Unfall bedingten Störung des Allgemeinzustandes, mit einer sogenannten traumatischen Neurose in Verbindung zu bringen, für deren Bestehen das Verhalten des Patienten in der That genügende Anhaltspunkte bietet.

Fasse ich mein Urtheil kurz zusammen, so lässt sich sagen:

1. C. leidet weder zur Zeit, noch litt er früher an Lungenemphysem.

2. An der von dem Unfall vorzugsweise betroffenen Brusthälfte zeigen sich noch heute deutliche Veränderungen: Einziehung der betreffenden Seite, ein auf einen früheren Bruch der neunten Rippe zu beziehender Callus und ausgedehnte Verwachsungen der Lunge mit dem Rippenfell.

3. Diese Veränderungen sind wohl geeignet, bei dem Patienten Beschwerden, namentlich bezüglich der Athmung, hervorzurufen. Dem Masse seiner Klagen entsprechen sie nicht ganz. Da aber betrügerische Vorspiegelung derselben auszuschliessen ist, so muss zur Erklärung eine noch bestehende vermehrte Reizbarkeit des Nervensystems (traumatische Neurose) mit herangezogen werden.

4. C. ist in seiner Erwerbsfähigkeit noch heute und zwar insofern be-

schränkt, als er in seinem eigentlichen Berufe nicht so ausgiebig wie früher arbeiten und erwerben kann.

Zu leichterer Beschäftigung ist er dagegen sehr wohl befähigt. Die für ihn daraus folgende Beschränkung seines Arbeitslohnes ist meines Erachtens durch die fernere Auszahlung der früheren Unfallrente von 15 Prozent auszugleichen.

5. Nach der Art der nachweisbaren Veränderungen braucht die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit keine dauernde zu sein.

Es ist im Gegentheil zu erwarten, dass das Befinden des Patienten sich allmählich bessern wird und die Störungen sich wieder ausgleichen werden. Hierauf den Patienten ausdrücklich hinzuweisen und seinen körperlichen Zustand von Zeit zu Zeit in sachverständiger Weise prüfen zu lassen, liegt ebenso in seinem, wie der Beklagten Interesse.

Nach der Ueberzeugung des Rekursgerichts hat das vorstehende Obergutachten die durch die Ansicht des Dr. M. herbeigeführten Zweifel beseitigt und die bereits vom Schiedsgericht ausgesprochene Weitergewährung der durch den angefochtenen Bescheid eingestellten Rente von fünfzehn Prozent der Vollrente unbedenklich erscheinen lassen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Beitrag zur Kenntniss des Bacterium coli. Von Dr. Alexis Radzievsky-Bern. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1900, XXXIV. Bd., 3. H.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist, die Frage zu untersuchen, inwieweit die agglutinirenden Sera des Bacterium coli spezifisch sind für die einzelnen Repräsentanten der Coligruppe und inwieweit für die Spezifizität der einzelnen Sera der Ursprung der einzelnen Repräsentanten Bedeutung hat. Die Lösung dieser Frage ist praktisch insofern wichtig, um beurtheilen zu können, ob die Methode der Serodiagnostik zur Diagnostizirung einiger Infektionskrankheiten, in denen Bacterium coli eine Rolle spielen, benutzt werden kann. Aber auch vom therapeutischen Standpunkte ist es von Werth zu wissen, inwiefern die bereits bestehenden Methoden der Differenzirung der verschiedenen Vertreter der Coligruppen zuverlässig sind, ob die von ihnen gegebenen Fingerzeige mit denen der Immunsera übereinstimmen, oder aber ob vielleicht die Agglutinationsmethode in sich eine neue Art der Differenzirung der Gruppe des Bacterium coli darstellt. Verfasser hat ausserdem das Phänomen der Agglutination an und für sich und weiterhin die Prozesse der Infektion und der Immunität in Beziehung zu Bacterium coli in den Kreis seiner Untersuchung gezogen; über das Ergebniss der letzteren ist bereits in Nr. 21 der Zeitschrift, Jahrg. 1900 (s. S. 703) referirt.

Untersucht wurden im Ganzen 71 Vertreter der Coligruppe (64 Fälle aus dem Darm eines und desselben Individuums, 4 Cystitisfälle und 1 Fall eines periurethalen Abszesses — Bacterium coli Necker) und sowohl ihre biologischen Eigenschaften, als ihr Verhalten zu den agglutinirenden Sera einer Prüfung unterzogen. Verfasser gelangte hierbei zu folgendem Ergebniss:

„Eine Einheit unter den verschiedenen Exemplaren des Bacterium coli in Bezug auf die Agglutination existirt nicht; man kann vielmehr in einem und demselben Darm mehrere Coliarten finden, die sich in Bezug auf die Agglutination unterscheiden. Je nach der Coli-Varietät, vermittelst der ein Serum gewonnen wurde, wirkt dieses Serum auf eine bedeutende Zahl Varietäten oder die Wirkung bleibt beinahe eine spezifische. Zwei Coli-Sera, die anscheinend nichts Gemeinsames bezüglich ihrer homologen Mikroben haben, können trotzdem im gleichen Grade ein drittes Bacterium coli agglutiniren. Unter einer Anzahl Coli-Varietäten, die hinsichtlich ihrer biochemischen Eigenschaften sich ähnlich verhalten, können die einen durch ein und dasselbe Immunserum agglutinirt werden, die anderen nicht. Jedenfalls zeigt das Phänomen der Agglutination, dass die Gruppe Bacterium coli in eine noch grössere Anzahl von Unterabtheilungen zerfällt, als bis jetzt angenommen wurde. Auch kann sich ein Bacterium coli, dessen Wirkung erhöht ist, in Bezug auf die Agglutination von seinem Stammmikroben unterscheiden."

In Bezug auf das Agglutinationsphänomen an und für sich

haben dann die Untersuchungen des Verfassers ergeben, dass dasselbe nicht in einem mechanischen Niederreissen der Mikroben durch die spezifischen Bodensätze (Theorie Paltauf-Krauss) besteht, sondern die Fähigkeit, spezifische Bodensätze zu bilden, ebenso eine selbstständige Eigenschaft der spezifischen Sera, wie ihre bakteriologische und agglutinirende Fähigkeit ist und sich die Zusammenballung der Mikroben vollkommen aus einer Störung der molekulären Anziehungskraft (Theorie Bordet) erklärt. Rpd.

Ueber die Agglutination des Bacterium coli und des Eberth-Bacillus durch das Serum immunisirter Thiere. Wirkung des Coli-Serums auf den Eberth-Bacillus und umgekehrt. Von A. Rodet. Comptes rendus de la Soc. de Biol.; 1900, S. 768.

Verfasser immunisirte einen Hammel gegen den Typhusbacillus, einen Hammel und ein Pferd gegen das Bakterium coli und untersuchte die Agglutinationsfähigkeit der von diesen Thieren gewonnenen Serumproben nicht allein gegenüber Bazillen homologer Art, sondern auch die „gekreuzte" Agglutinationsfähigkeit. Unter „gekreuzter" Wirkung versteht er die Wirkung des Coliserums auf den Bacillus Eberth und die Wirkung des Eberth-Serums auf das Bact. coli.

Das Eberthserum agglutinirte den Typhusbacillus in der Verdünnung 1 : 15000; es agglutinirte das Bact. coli dagegen in einer solchen von 1 : 1000. Umgekehrt wirkte das Coliserum auf das Bact. coli in einer Verdünnung von 1 : 100000, auf den Eberthbacillus in einer solchen von 1 : 10000.

Es zeigte sich demnach ein grosser Unterschied zwischen homologem und gekreuztem Agglutinatinationsvermögen und dennoch war diese recht beträchlich. — Im Verhältniss zu einem und demselben Coliserum stellen Eberthbazillen und Colibakterien nicht 2 wohl unterschiedene Gruppen dar, von denen die einen nicht agglutinabel, die anderen agglutinirbar sind, sondern sie bilden eine Stufenleiter, auf der der Typhusbacillus durchaus nicht den untersten Stand einnimmt. Auch in Bezug auf das Eberthserum zeigten die verschiedenen Racen die verschiedensten Abstufungen zwischen einer recht intensiven und einer völlig fehlenden Beeinflussung.

Nicht allein bei den starken Konzentrationen 1 : 10 und 1 : 20, sondern in der Verdünnung 1 : 40, 1 : 100 oder 1 : 200 kann die Reaktion ebenso schön ausfallen seitens des Coliserums mit dem Eberthbacillus wie mit dem Bact. coli; sie kann noch deutlicher sein als bei Einwirkung des Eberthserums auf denselben Eberthbacillus in derselben Verdünnung.

Verfasser schliesst, dass das Serum der gegen das Bact. coli immunisirten Thiere in verschiedenen Graden spezifische Eigenschaft dem Typhusbacillus gegenüber zeigte, und dass umgekehrt das Serum des gegen den Typhusbacillus immunisirten Thieres mit spezifischen Eigenschaften dem Bact. coli gegenüber ausgestattet war. Dr. Mayer-Simmern.

Spätere Agglutinationationsfähigkeit eines primär nicht agglutinirbaren Diphtheriebacillus. Von J. Nicolas. Ibidem; S. 837.

Verfasser hatte 1898 [1]) darauf hingewiesen, dass nur ein Theil der Diphtheriebazillen vom Serum antidiphtericum agglutinirt werde. Inzwischen hat Rodet für das Bact. coli und den Typhusbacillus, haben Arloing und Courmont [2]) für den Tuberkelbacillus die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass frisch isolirte Bazillen gegen die Immunsera wenig sensibel sich zeigen, dass aber eine langdauernde Weiterzüchtung im Laboratorium, eine langdauernde Gewöhnung des pathologenen Keims an die künstlichen Medien dieselben agglutinationsfähig macht.

Nun gelang es auch dem Verfasser, für den Diphtheriebacillus ähnliches nachzuweisen. Ein Bacillus, der noch vor einem Jahre trotz Anwendung von Serum antidiphthericum verschiedenster Herkunft sich nicht agglutiniren liess, wurde seit jener Zeit einfach im Laboratorium in gewöhnlicher Ochsenbouillon erhalten und weiter gezüchtet. Jetzt lässt sich dieser Bacillus in Verdünnung von 1 : 10 bis 1 : 1000 durch Serum verschiedenster Herkunft voll-

[1]) Zeitschr. für Medizinalbeamte; 1899, S. 118.
[2]) Vergl. Zeitschr. für Medizinalbeamte 1899, S. 389.

ständig und schnell agglutiniren; ein Beweis, dass auch die Agglutinationsfähigkeit der Bakterien zu ihren variablen Eigenthümlichkeiten gehört.

Dr. Mayer-Simmern.

Wirkung der Abkühlung durch flüssige Luft auf agglutinirbare Sera und agglutinirbare Kulturen. Von Chanoz, P. Courmont und M. Doyon. Ibidem; S. 764.

Während das Agglutinationsvermögen eines Serums für den spezifischen Bacillus durch Erhitzen auf 66° (Widal und Sicard) geschwächt, auf 70° zerstört wird, zeigte ein Serum, das auf —180° abgekühlt war, keinerlei Abschwächung seiner Wirkung.

Das Serum eines Hammels, dem subkutan Eberth-Kulturen inokulirt worden waren, und das in Verdünnung 1 : 200 eine 24 Stunden alte Typhuskultur agglutinirte, wirkte nämlich, nachdem es 20 Minuten lang in einem Tubus in flüssiger Luft auf —180° gehalten und nach 2 Stunden auf die Temperatur der Umgebung gebracht worden war, sowohl auf eine normale, als auf eine in derselben Weise abgekühlte Eberth-Kultur eben so stark agglutinirend wie vorher. Aehnliches hat Gengou für den Milzbrandbacillus und das entsprechende Serum nachgewiesen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die Pest in Oporto. Nach einem an den Herrn Staatssekretär des Innern bezw. den Herrn Königlich Preussischen Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten unter dem 21. November 1899 erstatteten Bericht. Von Reg.-Rath Prof. Dr. H. Kossel, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts, und Professor Dr. P. Frosch, Vorsteher der wissenschaftlichen Abtheilung im Königlichen Institut für Infektionskrankheiten. (Hierzu Tafel I.) Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. XVII. Bd., 1. Heft; mit einer Tafel. Berlin 1900. Verlag von Julius Springer. 4°; Preis: 11 Mark.

Der wahre Beginn der Pest in Oporto hat sich zeitlich nicht mit Sicherheit bestimmen lassen. Offiziell wurde ihr Vorhandensein zwar erst im August den Behörden angezeigt, doch waren schon im Juli und selbst im Juni zahlreiche Fälle ärztlich behandelt worden, bei denen das klinische Bild kaum einen Zweifel an der Diagnose gestattete. Den Ausgangspunkt und später auch den Hauptherd der Epidemie bildete das Hafenviertel. Zahlenmässig gestaltete sich der Verlauf so, dass gegen den Juni mit 17 Erkrankungen der Juli einen unerheblichen Rückgang auf 11 aufwies. Im August trat eine Zunahme auf 35 Fälle und gleichzeitig eine Aussaat des Virus über das ganze Stadtgebiet auf. Im September stieg die Zahl der Fälle auf 57, im Oktober auf 107. Was die Frage der Einschleppung betrifft, so hat sich eine direkte Beziehung zu einem, wenn auch nur durch seine Ladung infizirten Schiffe nicht nachweisen lassen. Nach Ansicht der Verfasser muss der Menschenpest eine Rattenpest im Hafengebiete vorausgegangen sein, die wahrscheinlich durch, beim Umladen der Waaren von indischen auf portuenser Schiffe mit übernommene, bereits infizirte Ratten hervorgerufen worden war. — Der grösste Theil der Kranken litt an der „Beulenpest". Bei dieser hat die Schwellung der Drüsen einige Eigenthümlichkeiten, welche sie vor anderen Drüsenvergrösserungen auszeichnet: die Umgebung der Drüsen ist nämlich diffus geschwollen in Folge einer ödematösen Durchtränkung des Bindegewebes, die sich oft weit in die Fläche und Tiefe erstreckt. Dadurch kommt es, dass sowohl der frische Pestbubo, wie die zurückbleibenden Drüsenschwellungen sowohl gegen die Haut, wie gegen die Unterlage nicht verschieblich sind, und dass die einzelnen Drüsen eines erkrankten Packets nicht, oder nur undeutlich von einander abzugrenzen sind. Von besonderer Wichtigkeit hinsichtlich der Diagnose sind die leichten Formen, bei denen die sonst gewöhnlich vorhandenen schweren Störungen des Allgemeinbefindens nur gering sind und schnell vorübergehen sowie die Anschwellung einer einzigen Drüsengruppe fast das einzige Symptom ausmacht. Ist in solchen Fällen noch dazu eine sehr versteckt liegende Drüsengruppe, z. B. die der Achselhöhle befallen, so kann bei oberflächlicher Untersuchung die Erkrankung ganz übersehen werden. Hieraus ergiebt sich die Folgerung, bei der ärztlichen Untersuchung von Personen, die aus infizirten Ortschaften kommen, allen Drüsenschwellungen die grösste Aufmerksamkeit zu schenken, auch wenn das

Fehlen jeder Störung des Allgemeinbefindens noch so sehr gegen Pest zu sprechen scheint. Ausschlaggebend ist allerdings nur das Resultat der bakteriologischen Untersuchung, wozu oft ein einziger Bluttropfen, der Fingerkuppe entnommen, genügt. — Die Prognose der Pesterkrankungen war in Oporto eine günstige; die Gesammtmortalität der bis zur Abreise der Verfasser zur Anzeige gekommenen Fälle betrug nur etwa 40 %. —

Die Massregeln der Regierung richteten sich im Wesentlichen gegen eine Verschleppung der Krankheit nach anderen Theilen Portugals. Zu diesem Zwecke vor der Mündung des Douro ein Kriegsschiff stationirt und auf der Landseite ein Militärkordon im weiteren Umkreise von Oporto gezogen, der nicht nur die Stadt, sondern auch eine Anzahl Ortschaften umschloss; jedoch soll es auch während der Absperrung möglich gewesen sein, den Kordon zu überschreiten. Gegenüber dieser rigorosen Massregel nach aussen geschah im Innern verhältnissmässig wenig. Man hatte zwar die Ausrottung der Ratten in Angriff genommen, aber ohne dass es gelang, die Zahl derselben in den Kanälen und Magazinen erheblich herunterzudrücken. Ebenso wenig energisch wurde der Verbreitung der Krankheit durch den kranken Menschen entgegengewirkt; allerdings erschwerte der Unverstand des Volkes die Bekämpfung der Pest ausserordentlich. Oft konnten Kranke oder Leichen nur nach dem Eingreifen von Militär aus ihren Wohnungen entfernt werden, und schliesslich kam es zu Angriffen auf die Aerzte. Die übrigen Massnahmen in der Stadt selbst bestanden in ärztlichen Revisionen der hygienisch ungünstigen Stadtvierteln, sowie in der Desinfektion pestinfizirter Häuser und ihres Inhalts.

Ueber die Pest in Oporto. Von Dr. Vagedes, Königlich preussischer Stabsarzt im Infanterieregiment Nr. 128. Ibidem.

V. hatte in der Zeit vom 6. Januar bis 21. März 1899 Gelegenheit, die Epidemie in ihrem Endstadium zu beobachten. Da frische Pestfälle nicht zu untersuchen waren, so ging er zunächst der Frage nach, ob und wie lange sich in den Absonderungen Pestkranker die sogenannten Bakterien nachweisen lassen, und fand eine verhältnissmässig lange Lebensfähigkeit des Bacillus im menschlichen Körper — 60 bis 65 bis 78 Tagen selbst bei solchen Kranken, die mit Yersin'schem Serum behandelt worden waren. Untersuchungen des Blutes auf Bakterien stellte er bei 14 Patienten an; in allen Fällen war das Ergebniss ein negatives. Was das Auftreten der agglutinirenden Eigenschaften des Blutserums von Menschen, welche Pest überstanden haben, auf Pestbazillen anlangt, so zeigten von 13 Untersuchten nur 2 einen positiven Befund und zwar im dritten und vierten Krankheitsmonat. — Die Gesammtsterblichkeit der im Hospital Behandelten, bei welchen vielfach das Yersin'sche Serum angewandt wurde, war gering (15,4 %). Von den Geschlechtern betheiligte sich das weibliche etwas mehr als das männliche an den Erkrankungen; unter den weiblichen Erkrankten befand sich auffallender Weise nur eine Wöchnerin, dagegen 25 Schneiderinnen. Unter den männlichen Kranken waren 2 Aerzte, ein Krankenwärter und ein im Krankenhaus Bediensteter, dagegen nur 1 Strassenfeger, ein Beweis, dass die Uebertragung wohl ausschliesslich in den Wohnungen stattfindet. Am Schlusse des Berichts giebt V., der übrigens die Sauberkeit in den Strassen anerkennend hervorhebt, einen Ueberblick über die von den Behörden angeordneten Massregeln.

Experimenteller Nachweis der Dauer des Impfschutzes gegenüber Kuh- und Menschenpocken. Von Dr. G. Martius, Königlich bayerischer Oberarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Ueber das Vorhandensein von Schutzstoffen im Blut von geimpften Menschen oder Pockenrekonvaleszenten, sowie von geimpften Kälbern sind namentlich von französischen Gelehrten, wie Beclère, grössere Versuchsreihen angestellt worden. Sie fanden, dass die Dauer des Impfschutzes in weiten Grenzen schwankte; sie trafen Schutzstoffe im Blute nach 25, ja selbst 50 Jahren nach der Impfung oder Variolainfektion auf der einen Seite, wenige Monate, ja selbst nur wenige Tage nach derselben auf der anderen Seite; manchmal fehlten sie überhaupt. M. hat diese Versuche mit folgenden Ergebnissen wiederholt:

1. Die Angabe, dass im Serum von Thieren oder Menschen, welche

mindestens 12 Tage vorher geimpft sind, Stoffe sich finden, welche gut wirkende Lymphe ihres Vermögens berauben, Pusteln zu bilden, kann nicht bezweifelt werden.

2. Beim Kalbe ist die Menge der Stoffe, welche „antivirulent" wirken, d. h. die Fähigkeit der Lymphe aufheben, Pustelbildung bei einem geimpften Kalbe hervorzurufen, 14 Tage nach der Impfung am grössten. Diese Menge ist schon 3 Monate nach der Impfung sichtlich vermindert, lässt sich aber nach 5 Monaten noch deutlich nachweisen.

4. Im Serum von Menschen, welche vor längerer Zeit (vor 20 Jahren und darüber) geimpft waren, konnten solche Stoffe nicht mehr nachgewiesen werden.

5. Serum eines gründlich durchgeimpften Menschen zeigte dagegen einen sehr grossen Gehalt an solchen Stoffen.

6. Serum eines Menschen, 14 Tage nach Ausbruch echter Variola entnommen, erwies sich als sehr reich an solchen Stoffen.

7. Die Hoffnung, mittelst der von Beclère u. a. erprobten Methode den Nachweis liefern zu können, ob Jemand wirklich mit Erfolg geimpft ist, hat sich nach den Untersuchungen von M. nicht erfüllt.

Dr. Rost-Rudolstadt.

---

1. **Die Leukozytose bei der Variola.** Von J. Courmont und V. Montagard. Comptes rendus de la Soc. de Biol.; 1900, S. 583.

2. **Quantitative und qualitative Prüfung der Variola-Leukozytose. Prüfung der Variolapustel auf den Leukozytengehalt.** Von E. Weil. Ibidem; S. 615.

1. Wassermann hatte 1895 den Inhalt von Variola-Pusteln aus allen Entwickelungsstadien auf alle möglichen Nährböden ausgestrichen, stets mit demselben Resultat, dass sie stets steril blieben; es wuchs nichts. Er theilte mit (Berl. klin. Wochenschr.; 1895, S. 770), dass Robert Koch früher in circa einem Dutzend von Pockenfällen ebenfalls stets den Pustelinhalt steril fand, sobald man nur aseptisch vorgehe.

Die Verfasser hatten Gelegenheit, bei einer Epidemie in Lyon 29 Fälle von Variola zu beobachten. Sie prüften die Flüssigkeit der Blasen und Pusteln auf den Gehalt an Leukozyten und an Mikroben. Sie fanden, dass dem Pustelausbruch eine Hyperleukozytose des Blutes vorausgehen könne, dass diese die Variola stets begleitet, dass sie sogar bei den haemorrhagischen Formen, wenn Bläschen- oder Pusteleruption fehlt, beobachtet wird. Sie steigt stets im Beginn der Pustelbildung und fällt beim Eintrocknen der Pusteln langsam zur Norm; nur wenn sekundäre, mit Eiterung einhergehende Komplikationen auftreten (Furunkel, Abszesse), steigt sie in der Rekonvalescenz wieder an. Die Zellen des Blutes sind meist mononukleär; polynukleär sind sie in den unkomplizirten Formen nicht. Diese sind nur bei sekundären Eiterinfektionen vermehrt. Die Bläschen dagegen enthalten etwa 90 % polynukleäre Zellen. Die Pustel enthält relativ wenig pyogene Keime und stellt ursprünglich nicht eine Sekundärinfektion von der Haut dar, sondern ist spezifischer Natur.

2. E. Weil hat seine Studien an 36 Fällen und zwar an im Hospital de la Porte d'Aubervilliers unter Prof. Roger beobachteten Variolakranken gemacht, von denen er indessen 14 zur Varioloïs rechnet.

In Bezug auf die quantitativen Verhältnisse stimmt er mit Courmont und Montagard ziemlich überein. Die Leukozytose kann schon früh einsetzen; sie ist zur Zeit des Blasenausbruches besonders intensiv, besteht auch bei hämorrhagischen Formen fort und wird nach dem Pustelausbruche geringer. Ein plötzliches Sinken der Zahl verschlechtert die Prognose.

Die Leukozytose wird nach Weil nicht allein durch die mononukleären Zellen des normalen Blutes, sondern durch Zellen dargestellt, wie sie auch bei der myelogenen Leukämie beobachtet werden: grosse Myelozyten, die die Mutterzellen der normalen Leukozyten repräsentiren. Auch kernhaltige rothe Blutkörperchen können sich im zirkulirenden Blute finden.

Die Pusteln sind zuerst klar, enthalten einige Leukozyten, keine Mikroben. Später, und zwar kann dies plötzlich, von einem Tage zum anderen geschehen, tritt die Infektion ein. „Gestern fand man auf den Schnitten noch keine Parasiten und heute zählt man schon Millionen."

Von den Leukozyten der Pusteln sind 30—60 % polynukleär, 10—20 % neutrophil, die übrigen sind die gewöhnlichen mononukleären und die oben beschriebenen Myelozyten. Dr. Mayer-Simmern.

---

1. Inokulation der menschlichen Variola auf das Kaninchen.
2. Inokulation der Vaccine auf das Kaninchen.
3. Mikrobiologische Untersuchungen der Variola. Von H. Roger und E. Weil. Ibidem; S. 941, 945 u. 970.

1. und 2. Die Verfasser benutzten die zur Zeit herrschende Variola-Epidemie zur Wiederaufnahme früherer Versuche von Coze und Feltz, die schon den Nachweis geliefert hatten, dass das Virus der Variola für das Kaninchen pathogen sei.

Sie unterwarfen den flüssigen Inhalt der Variolapusteln der mikroskopischen Prüfung und wandten nur bakterienfreie Flüssigkeit zur Weiterimpfung an. Trotzdem kam es vor, dass sich im Körper der Thiere Streptokokken entwickelten, wenn sie eben in der Pustel in so geringer Menge vorhanden waren, dass sie der mikroskopischen Untersuchung entgingen. In 30 Versuchen war indessen das Variolagift allein die Todesursache. Wurde in die Vorderkammer ein Eitertröpfchen eingeführt, so bildete sich am nächsten Morgen eine Art Pseudomembran, die ein dichtes Exsudat vor der Iris darstellend, die Pupillaröffnung mehr weniger verdeckte. Das Exsudat nimmt langsam zu, vermindert sich dann und ist am 4. oder 5. Tage verschwunden. Man sieht nur eine kleine Hornhautnarbe an der Stelle, die zur Injektion diente.

War der Eiter aber nicht rein, sondern streptokokkenhaltig, so entsteht statt des geschilderten Exsudates eine eitrige Infiltration mit Hornhauttrübung, Ausbildung eines Hypopyons und mit Ausgang in Atrophie des Augapfels.

Erwies sich so der Bulbus des Kaninchens als vorzügliches Reagens auf die Reinheit des überimpften Pustelinhaltes, so zeigte er sich auch für Vaccine empfänglich. Brachten die Verfasser $^1/_2$ Tropfen Lymphe in die Vorderkammer, so entstand nach 24 Stunden ein dichtes Exsudat, das sich nach 1 bis 2 Tagen vermindert und vom 5. bis 8. Tage schwindet. Nie trat Hypopyon ein. Während der Entwickelung dieser künstlich gesetzten Schädigungen des Auges bildet sich eine Art Septicaemie des Thieres aus, die auch nach Verschwinden des Exsudates mit Abmagerung und Gewichtsverlust einhergeht und die nach 10—55 Tagen zum Tode führt. Sowohl die Inokulation des Pustelinhaltes der Variola in die Vorderkammer als jene von Vaccinelymphe sind im Stande, eine solch langsam verlaufende Septicaemie zu bedingen. Auch subkutane und intravenöse, ferner intranasale Variolainokulation, schliesslich subkutane Injektion von $^1/_2$ Tropfen Lymphe haben ähnliche Krankheitsbilder zur Folge. Bei der Autopsie erweist sich in allen diesen Fällen die Milz klein, das Knochenmark roth, gewuchert, reich an mononukleären, granulirten Zellen und an rothen kernhaltigen Blutkörperchen. Das Blut zeigt Leukozyten in ähnlicher Weise, wie bei Variola.

Das Kaninchen zeigt demnach gegen die Inokulation mit Vaccine und mit Variola dieselben Abwehrbestrebungen des Organismus und erweist sich zum Studium als ausgezeichnetes Reagens. Trotz der Identität dieser Abwehrbestrebungen und der in ihrem Gefolge auftretenden pathologischen Läsionen nehmen die Verfasser nur eine Verwandtschaft der beiden Prozessen zu Grunde liegenden ätiologischen Faktoren an, nicht eine Identität.

3. Bei der mikroskopischen Prüfung der Pusteln der menschlichen Variola fanden die Verfasser in Mitte der Leukozyten kleine runde oder elliptische Elemente von 1,75 μ Durchmesser, die sich mit Löffler'schem Blau deutlicher, intensiver als die Kerne färben. Die meisten dieser Körperchen fanden sich frei. Sie existiren schon in den Papeln, ferner im Blute auch der Varioloiskranken, am reichlichsten bei den haemorrhagischen Formen und zwar auch in den freien Blutergüssen bei dieser Krankheitsform.

Die Körperchen zeigen um den Zentralkern einen Protoplasmasaum, der sich mit verdünnter Essigsäure aufhellt.

Bei zwei Obduktionen, in denen es sich um schwangere, der Variola confluens erlegene Frauen handelte, fanden die Verfasser in dem klaren, durchsichtigen, leukozytenfreien Fruchtwasser eine beträchtliche Zahl dieser Körper-

chen, die in der dünnen Flüssigkeit eine grössere Beweglichkeit, als in dem zähen Eiter zeigten.

Im Versuche fanden sich nun die Variolakörperchen bei den mit Pusteleinhalt geimpften Kaninchen im Kammerexsudat, im Blut, in den Geweben, im Knochenmark.

Im Brutschrank bei 38° vermehren sie sich im Kaninchenblut, besonders wenn es durch Blutegelinjektion ungerinnbar gemacht worden war. In diesem Medium behalten die Körperchen ihre pathogenen Eigenschaften; sie erzeugten Kaninchen eingeimpft eine Septicämie, die mit der durch den Variola-Eiter erzeugten Erkrankung identisch war. 4 Tropfen einer zehnten Kultur subkutan injizirt genügen, ein 2 kg schweres Kaninchen zu tödten. Bei der Autopsie finden sich die oben geschilderten Befunde. Nur in einem Drittel der Fälle war eine Sekundärinfektion durch Bakterien eingetreten.

Die beschriebenen Körperchen gehören zu den Protozoen und wahrscheinlich zur Klasse der Sporozoen. Sie widerstehen nicht wie pflanzliche Zellen der Wirkung verdünnter Alkalien; die alten Zellen bilden sich in kleine, glänzende Körper um, ähnlich den Sporen. Dr. Mayer-Simmern.

Bericht über die Thätigkeit des Königlichen Institutes für Serumforschung und Serumprüfung zu Steglitz. Juni 1896 bis September 1899. Von Prof. Dr. W. Dönitz, Geh. Med.-Rath, Mitglied des Instituts. Klinisches Jahrbuch. VII. Bd., 4. H. Jena 1900. Verlag von Gustav Fischer.

Behufs staatlicher Prüfung des Diphtherie-Heilserums wurde am 20. Februar 1895 an dem Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin die „Kontrolstation für Diphtherie-Heilserum" begründet; sehr bald liessen aber die wissenschaftlichen Fortschritte auf dem Gebiete der Immunisation eine Erweiterung der Kontrolstation zu einem „Institut für Serumforschung und Serumprüfung" nothwendig erscheinen, das am 1. Juni 1896 unter der Direktion des Prof. Dr. Ehrlich sowie unter Mitwirkung des Prof. Dr. Dönitz u. A. seine Thätigkeit eröffnete und am 1. Oktober 1899 unter den Namen „Königliches Institut für experimentelle Therapie" nach Frankfurt a. Main übergesiedelt ist. Der Bericht erstreckt sich über die Thätigkeit des Institutes bis zu dieser Uebersiedelung.

Die Art der Werthbemessung des Diphtherie-Heilserums hatte sich zur Zeit des Beginns der Wirksamkeit des „Instituts für Serumforschung" als nicht genügend zuverlässig erwiesen, denn es stimmten Sera, die mit verschiedenen Giften auf die damals übliche Weise bestimmt waren, nicht miteinander überein. Im Auslande hergestellte Sera erwiesen sich sogar vielfach so unzuverlässig, dass beispielsweise in England die Aerzte es gänzlich aufgegeben hatten, Diphtherie-Kranke mit Heilserum zu behandeln. Es war daher dringend nothwendig die Werthbemessung des Serums auf festere Grundlagen zu stellen, wenn nicht die Sache der Serum-Therapie vollständigen Schiffbruch leiden sollte. Der Hauptfehler, den man bei der Aufstellung des bisherigen Massstabes gemacht hatte, lag darin, dass man das in den Laboratorien gebräuchliche Diphtherie-Gift als eine chemisch reine Substanz behandelt hatte. Einschlägliche Untersuchungen ergaben nämlich, dass dasselbe vom Augenblick seiner Bildung an molekuläre Umlagerungen erleidet, wodurch die von Ehrlich sogenannten Toxoide entstehen, Körper, welche zwar auch Antitoxin zu binden vermögen, aber bei weitem nicht so giftig sind, als das reine Toxin. Diese Umlagerungen, welche sich durch fortwährende Aenderung der tödtlichen Minimaldosis und des Neutralisationswerthes des Giftes zu erkennen geben, hören erst auf, nachdem das Gift ungefähr ein Jahr lang gestanden hat. In Folge dessen bildete sich die Praxis heraus, nur mit alten, abgelagerten Giften zu arbeiten, wodurch eine wesentliche Verbesserung der Werthbestimmung erzielt ist.

Hand in Hand mit diesen Arbeiten gingen Untersuchungen über die Haltbarkeit des Serums, welche zu dem Endergebniss führten, dass das Gift als Ausgangspunkt für die Werthbestimmung verlassen und an seine Stelle das Serum gesetzt wurde. Zur Gewinnung des sog. Standardserums, welches zum Vergleich anderer Sera, deren Werth man bestimmen will, geeignet ist, bedient man sich keimfreien, in Vacuum-Röhrchen eingeschlossenen Trockenserums und löst dieses in einem Gemisch von 3 Theilen Glyzerin und 1 Theil 10% Kochsalzlösung auf. Mit Hülfe des Standardserums wird nun diejenige Menge eines

abgelagerten Giftes bestimmt, welche gerade eine Immunitätseinheit neutralisirt, und mit diesem Gifte wird weiter bestimmt, wieviel Immunitätseinheiten 1 ccm. der zu prüfenden Sera enthält. Alle 4—6 Wochen kontrolirt man den Werth des Giftes und alle 2—3 Monate nimmt man ein neues Serumröhrchen in Gebrauch. Dieses Verfahren hat sich während der 2½ Jahre, wo es in Anwendung kam, vollständig bewährt.

Ebenso wie diese wurde vom Institut eine zweite dringende Aufgabe gelöst, welche darin bestand, die Prüfungsmethode so umzugestalten, dass sie schärfere Resultate lieferte. Die neue Methode arbeitet mit einer Genauigkeit von 1—1½ %.

Ein fernerer Mangel des Diphtherie-Heilserums lag darin, dass es häufig nicht keimfrei war. Da man Sera ohne jeglichen Zusatz steril erhalten kann, wurde durch Ministerialerlass vom 18. Januar 1897 den Fabrikationsstätten aufgegeben, keimfreies Serum zu liefern. Trotzdem zeigten sich bei gelegentlicher Untersuchung einzelne Serumproben bakteriell verunreinigt und zwar, wie sich herausstellte, durch die nicht mit gehöriger Sorgfalt sterilisirten Korke. Zur Beseitigung dieses Uebelstandes wurde durch ministerielle Verfügung vom 13. Juni 1899 bestimmt, dass Serumnummern, von denen eine grössere Anzahl in den Handel befindlicher Fläschchen nicht keimfrei befunden wird, eingezogen werden sollen. Die Direktoren von 4 grösseren Krankenhäusern nahmen die einschläglichen Prüfungen vor.

Schliesslich hat das Institut der Frage der Abschwächung der Sera besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die hierbei gewonnenen Erfahrungen haben dazu geführt, alle Serumnummern nach 6 Monaten und nach 2 Jahren noch einmal auf ihren Antitoxingehalt zu prüfen. Sobald sie 10 % Abschwächung gegenüber dem angegebenen Werthe zeigen, wird ihre Einziehung bei dem Herrn Kultusminister beantragt, was innerhalb 3½ Jahre im Ganzen 16 Mal nothwendig wurde.

Mit vorstehenden Massnahmen ist alles geschehen, was den Bezug eines einwandfreien Diphtherie-Heilserums gewährleisten kann.

Die im Institut geübte Prüfungsmethode für Tetanus-Heilserum schliesst sich der von Behring und Knorr eingeführten und von letzterem in seiner Habilitationsschrift (Marburg 1895) beschriebenen Methode eng an. Dieselbe erheischt für jeden Kontrole einer Werthbestimmung mindestens 2 Reihen von je 6 Einzelversuchen und ist daher etwas umständlich. Dafür hat sie aber den Vorzug, dass sie alle Zufälligkeiten erkennen und ausschalten lässt und mit einer ausreichenden Genauigkeit von 5—6 % arbeitet.

Da sich die Veröffentlichungen über den Werth des Heilserums vielfach widersprechen, hat der Herr Verfasser dasselbe auf seinen Heilwerth geprüft: Danach ist die Heilung des ausgesprochenen Tetanus mittelst Antitoxin nur in einer beschränkten Zahl von Fällen zu erwarten, während die prophylaktische Behandlung Verwundeter um so bessere Erfolge verspricht. In dringlichen Fällen sollte man immer die intravenöse Injektion der subkutanen vorziehen.

Geprüft wurden bisher 26 Nummern Tetanus-Heilserum, von denen 11 Trockenserum betrafen. Eine Einziehung wegen Abschwächung hat nur 1 Mal bei einem flüssigen Serum stattgefunden.

Das Schweinerothlaufserum, von den Höchster Farbwerken als „Susserin" in den Handel gebracht, wird in der Weise geprüft, dass eine immer bleibende Menge einer lebenden Bouillonkultur des Rothlaufbazillus, gemischt mit wechselnden Mengen Serum, einer Reihe von weissen Mäusen unter die Haut gespritzt wird. Diejenigen Mäuse, welche nach 10 Tagen noch gesund sind, werden als massgebend betrachtet, und aus der Serummenge, welche nöthig war, sie vor dem Tode zu schützen, wird der Werth des Serums an Immunitätseinheiten entnommen. Trotz umständlicher Vorsichtsmassregeln, die man bei Prüfung des Serums anwandte, traten Störungen auf, über deren Ursachen die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind.

Betreffs des Tuberkulins hatte es Koch als ausreichend erachtet, diesem eine gewisse Minimalstärke zu geben, ohne besonderen Werth darauf zu legen, ob und wie weit diese Stärke in den einzelnen Präparaten überschritten sei. Nachdem inzwischen veterinärärztlicherseits eine exakte Werthbestimmung als erwünscht bezeichnet war, wurden im Steglitzer Institute entsprechend einem Ministerialerlass vom 4. Februar 1897 Versuche behufs Ermittelung eines festen Massstabes für die Bestimmung des Tuberkulins angestellt.

Dieselben führten zu dem Ergebniss, dass in Folge der Einwirkung gewisser äusserer Umstände bei jeder neuen Werthbestimmung die Prüfung des Standardtuberkulins wiederholt und der jeweilig gefundene Werth desselben als Massstab genommen werden musste. Die für das Tuberkulin gefundenen Werthe ergaben, dass einzelne Präparate drei Mal so stark sein können, als andere. Während dies für die thierärztliche Diagnose nichts zu bedeuten hat, wäre es möglich, dass bei der Anwendung des Tuberkulins beim Menschen, sei es zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, unliebsame Reaktionen eintreten könnten, wenn zufällig ein frisch bezogenes Präparat drei Mal so stark sein sollte, als ein vorhergegangenes. Die Beseitigung dieses Uebelstandes kann leicht dadurch geschehen, dass die Fabriken den Gehalt ihrer Tuberkuline genauer bestimmen und durch Mischen der verschiedenen Tuberkuline ein Präparat von immer gleichem Werthe herstellen.

Allen wissenschaftlichen Arbeiten des Steglitzer Instituts liegt der einheitliche Gedanke der biologischen Verwerthung der chemischen Theorie der Seitenketten zu Grunde, insbesondere auch der von Ehrlich entwickelten Theorie der Immunität, welche die bisher bekannten und die neu gefundenen Thatsachen der antitoxischen Immunität zusammenfasst. Die wissenschaftliche Thätigkeit des Instituts schaffte der Ehrlich'schen Theorie die sichere experimentelle Basis.

Bericht über die Thätigkeit der Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin im Jahre 1899. Von Dr. Marx, Oberarzt etc. Ibidem.

Es wurden 384 Personen behandelt mit 99,73% positivem Erfolg. Die Verletzungen waren in 359 Fällen Hundebisse, 8 Patienten waren von Katzen, 4 von Pferden, 1 von einem Kaninchen gebissen. 2 Kranke hatten sich bei der Obduktion einer Lyssa-Leiche verletzt und 9 waren bei der Behandlung wuthkranker Rinder infizirt worden. 252 Patienten stammten aus Preussen, 132 aus den übrigen Bundesstaaten; 181 waren Männer, 57 Frauen, 103 Knaben und 43 Mädchen. Nur bei 24% der Gebissenen oder Verletzten ist versucht worden das Wuthvirus an der Eingangspforte zu vernichten: In 32 Fällen wurde das Brenneisen, 60 Mal Höllensteinstift angewandt. 278 Patienten kamen innerhalb 14 Tagen nach erfolgter Infektion, die übrigen später in Behandlung. Da sich herausgestellt hat, dass die Inkubationszeit um so kürzer ist, je jünger der Infizirte ist, wird seit 29. September 1899 bei Kindern die Behandlung erheblich intensiver, wie vordem gestaltet, indem man früher als bei Erwachsenen virulentes Material verwendet. Der Herr Verfasser hofft, dass auf diese Weise noch manche Fälle gerettet werden können.

Ausser 2 Menschengehirnen wurden zur Untersuchung eingeschickt 252 Thierköpfe, von denen 228 von Hunden, 9 von Katzen, 9 von Rindern, 3 von Pferden, 2 von Schafen und 1 von einem Schwein herstammte. Beide Menschenhirne ergaben bei der experimentellen Prüfung ein positives Resultat; bei den Thierköpfen war in 81,7% das Ergebniss ebenfalls positiv, während bei 7,6% der Köpfe Tollwuth mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte; in 10,7% der Fälle war wegen hochgradiger Fäulniss kein sicheres Resultat zu erwarten.

Bezüglich der regionären Vertheilung der Tollwuth in Deutschland hat sich für das Berichtsjahr ebenso wie in früheren Jahren die vornehmliche Betheiligung der östlichen Grenzen, besonders der böhmischen herausgestellt.

Ueber Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1899. Von Prof. Dr. M. Kirchner, Geheimer Medizinalrath. Mit einer geographischen Karte und zwei Kurven im Text.

Der Herr Verfasser giebt zunächst in tabellarischer Form einen zahlenmässigen Ueberblick über Bissverletzungen und die in Folge derselben eingetretenen Todesfälle für den 9jährigen Zeitabschnitt von 1891—1899. Daraus geht hervor, dass die Zahl der Lyssa-Todesfälle erheblich abgenommen hat, ein Resultat, welches zweifellos der Schutzimpfung zu danken ist. Die Einzelheiten sind in dem Erlass vom 21. Mai 1900 (s. Beilage zu Nr. 12, Jahrg. 1900, S. 129) wiedergegeben.

Als Anhang ist eine Karte Preussens beigefügt, auf welcher die von

Lyssa betroffenen Kreise je nach der Zahl der beobachteten Fälle eine verschieden ausgeführte Schraffirung zeigen.

Zur Bekämpfung der endemischen Körnerkrankheit. Von Dr. J. Hirschberg, a. o. Professor an der Universität Berlin und Geheimer Medizinalrath. Ibidem.

Der Herr Verfasser hatte bereits im Jahre 1896 im Auftrage des Herrn Ministers in Ost- und Westpreussen an einer Anzahl von Orten Untersuchungen auf Granulose vorgenommen und in dem Bericht über seine Reise gleichzeitig Massnahmen zur Bekämpfung der Krankheit vorgeschlagen. Im Herbst 1899 hat er auf einer zweiten Reise nach den östlichen Provinzen 10 von den früher untersuchten Schulen bezw. Gemeinden nachrevidirt, um festzustellen, ob und welche Aenderungen in dem Stande der Krankheit inzwischen eingetreten sind. Dabei ergab sich der erfreuliche Befund, dass in 5 Schulen und 2 Gemeinden eine Besserung beobachtet werden konnte; nur in einer Schule wurde derselbe Zustand, in zwei anderen eine Verschlimmerung festgestellt. Die Besserung schreibt der Herr Verfasser nicht allein zielbewusster, sachgemässer ärztlicher Behandlung, sondern auch baulichen Verbesserungen der Schulgebäude zu, welche inzwischen erfolgten. Er empfiehlt daher, auf dem beschrittenen Wege fortzufahren; dann dürfe man hoffen, die Körnerkrankheit dermaleinst gänzlich auszutilgen. Dr. Dietrich-Gerdauen.

Ueber die Verbreitung des Weichselzopfes in den Regierungsbezirken Marienwerder, Bromberg und Posen. Von Kreisphysikus Dr. Moebius. Ibidem.

In den drei Regierungsbezirken befinden sich noch immer 5737 Weichselzopfträger. Ein Zeitraum von über 50 Jahren hat die Anzahl der mit dem höchst widerwärtigen Leiden Behafteten nicht erheblich zu verringern vermocht.

M. acceptirt ohne Weiteres die Ansicht Beschorner's, dass der Weichselzopf eine Folge der abergläubischen Unterlassung des Kämmens sei, dass die Unreinlichkeit erst in zweiter Linie dazu beitrage und dass eine Ansteckung überhaupt nicht in Frage komme. Auf diesem Standpunkt befinden sich im Wesentlichen allerdings auch Männer wie Hirsch, Hebra, Kaposi. Immerhin sollte es doch stutzig machen, dass das Regulativ von 1835 den Weichselzopf als Infektionskrankheit ansieht und Desinfektionsmassregeln gegen ihn als erforderlich erachtet. Ohne sicheren Anhalt werden die damaligen Aerzte das bereits seit dem 17. Jahrhundert bekannte und sehr sorgfältig beobachtete Leiden nicht als übertragbar erklärt haben.

In den Gegenden, in welchen Weichselzopf häufiger vorkommt, ist es bekannt, dass der Weichselzopf „angedreht" wird. Kurpfuscher und Angehörige flechten oder kleben den Opfern der Ausbeutung und des Aberglaubens harzige Salben mit Theilen eines Weichselzopfes in die Haare und erzeugen dadurch mit angeblich unfehlbarem Erfolge wiederum Weichselzopf. Das Auftreten von Weichselzopf im Bart und an den Schamhaaren erwähnt M. nicht. Wenn einzig und allein Unterlassung der Haarpflege in Begleitung von Schmutz die Ursache des Weichselzopfes wäre, so ist nicht einzusehen, warum er in den verschiedensten Gegenden, wo Schmutz herrscht und in Krankheitsfällen monatelang vom Gebrauch eines Kammes Abstand genommen wird, nicht häufiger vorkommt, sondern gerade an die slavische Bevölkerung sich haftet. In der That macht die eigenartige, durch das nachwachsende gesunde Haar hochgehobene Filzkappe der Weichselzopfträger einen ganz unglaublich anderen Eindruck als das verkommenste Haar nach einem langen Krankenlager, welches unentwirrbar unter der Scheere fallen muss. Auffällig ist auch, dass das nachwachsende Haar, welches unmöglich mit dem Kamme behandelt werden kann, nicht verfilzt. Der Verdacht einer Haarkrankheit, deren Pilz Günzburg bereits gefunden haben wollte, darf nicht so glatt von der Hand gewiesen werden. Die einfache Angabe, dass es sich um eine Schwäche des menschlichen Geistes und nicht um eine Krankheit handle, genügt unserm Kausalitätsbedürfniss nicht. Es kann keine übermässigen Schwierigkeiten bieten, diese Frage durch das Experiment und auf dem Wege der bakteriologischen Forschung endgültig zu entscheiden.

Wenn die Handhaben, welche das Regulativ bietet, abgelehnt werden und

dafür einer allmählichen Aufklärung durch Lehrer, Geistliche und Aerzte der Vorzug gegeben wird, so dürfte noch für lange Zeit hinaus dem Weichselzopf wenig Abbruch geschehen. Für jene Bevölkerungskreise ist eine bestimmte, unbedingt zu erfüllende Anforderung vorläufig die beste Aufklärung; mit der vollendeten Thatsache finden sie sich hinterher leicht ab.

Dr. Wodtke-Köslin.

Zur Statistik des Krebses im Reg.-Bez. Stralsund. Von Dr. Deneke, Reg.- und Med.-Rath in Stralsund. Sonderabdruck aus dem Korrespondenzblatt des Aerztevereins des Reg.-Bez. Stralsund.

Die auf Veranlassung des Ministerialerlasses vom 16. November 1899 ausgearbeitete, auf die Jahre 1888—1897 sich erstreckende Zusammenstellung bietet verschiedene interessante Gesichtspunkte. Nach der Mortalitätsstatistik ist im Regierungsbezirk die Zahl der Krebstodesfälle in der Zunahme begriffen und zwar sowohl für die männliche, als für die weibliche Bevölkerung, die besonders in den Städten eine wesentlich höhere Krebssterblichkeit zeigt. Die Verhältnissziffer der Krebstodesfälle beträgt in den Städten nahezu das Dreifache derjenigen der Landgemeinden. Sie ist ferner im Regierungsbezirk wesentlich höher als im ganzen Staat (von je 10000 Einwohnern starben an Krebs in den Jahren 1888 und 1897 in Preussen: 3,75 m. und 4,45 w. bezw. 5,20 m. und 6,05 w. gegen 6,6 m. und 6,6 w. bezw. 8,9 m. und 9,7 w. Personen im Reg.-Bez. Stralsund). Am höchsten ist die Krebssterblichkeit in Stralsund, der grössten Stadt des Regierungsbezirks. Die hohe Sterblichkeit im Kreise Greifswald erklärt sich durch das Zusammenströmen einer grösseren Anzahl Krebskranker in den klinischen Universitäts-Instituten. Auffallend hoch ist die Zahl der Krebstodesfälle beim weiblichen Geschlecht in den Städten der Kreise Rügen und Franzburg im Vergleich zu entsprechender Sterbeziffer der männlichen Bevölkerung.

Ebenso wie in anderen Bezirken gehen auch im Reg.-Bez. Stralsund die Ansichten der Aerzte bezüglich der Frage der Zunahme der Erkrankungen auseinander; im Gegensatz zur Sterblichkeitsstatistik wird ferner die Frage, ob ein Unterschied in Bezug auf das Vorkommen von Krebs unter der städtischen und ländlichen Bevölkerung beobachtet wird, überwiegend verneint. Sehr differiren auch die Ansichten über die Aetiologie, auffallender Weise ist von keiner Seite der Möglichkeit des parasitären Ursprungs des Krebses gedacht worden; dagegen sind vielfach Fälle von gleichzeitiger oder rasch sich folgender Erkrankung von Ehegatten — namentlich von Magenkrebs — oder von Geschwistern als der Ansteckung verdächtig mitgetheilt. Rpd.

Zur Verbreitung des Karzinoms. Von Dr. F. Reiche, Physikus in Hamburg. Münchener med. Wochenschrift; 1900, Nr. 39.

Die auf der Hamburger Medizinalstatistik beruhenden Ausführungen des Verfassers haben insofern besonderen Werth, als seit 1831 sämmtliche Todtenscheine in Hamburg nur von Aerzten ausgefertigt sind. Während im Jahre 1873 auf 100000 Lebende nur 65 Karzinomtodesfälle entfielen, hat sich diese Ziffer bis zum Jahre 1899 auf 100,8 gesteigert. Das Verhältniss der Häufigkeit zwischen diesen Todesfällen beim männlichen und weiblichen Geschlecht hat sich seitdem von 1 : 1,4 auf 1 : 3 verschoben. Die gewaltige sanitäre Verbesserung, die 1894 durch die Einführung der zentralen Sandfiltration für die bis dahin auf ungereinigtes Elbwasser angewiesene Stadt erreicht wurde, und die nicht nur in dem augenfälligen Niedergang der Morbidität an akuten intestinalen Erkrankungen, sondern vor Allem in dem Absinken der früher zwischen 22,3 und 25,3 °/₀₀ (1888—1891) stehenden Sterblichkeit auf 17,1—18,9 °/₀₀ (1894 bis 1899) ihren Ausdruck findet, ist hinsichtlich der Todesfälle an Karzinom vollkommen belanglos geblieben. Interessant ist noch, dass sich die Sterblichkeit an Krebs zu derjenigen an Lungenschwindsucht von Jahrzehnt zu Jahrzehnt zu Ungunsten der ersteren gestaltet hat: von 1 : 4,8 im Jahre 1872 auf 1 : 1,9, da diese stets gestiegen, jene immer mehr gesunken ist. Man kann somit annehmen, dass die für den Rückgang der Mortalität an Phthisis pulmonum in Betracht kommenden Momente (verbesserte Ernährungs-, Wohnungs- und Arbeitsbedingungen) auf die Morbidität an Karzinom keinen Einfluss gehabt haben. Auch die betreffs der Vertheilung des Krebses in der Bevölkerung

überhaupt, über seine Beziehungen zur Bevölkerungsdichte und insbesondere zum Bevölkerungswohlstand angestellten Ermittelungen haben ergeben, dass die Verbreitung des Karzinoms in der Bevölkerung sich ohne erkennbare Abhängigkeit erweist von der Wasserversorgung und Wasserbeschaffenheit, von der Bewohnungsdichte, von Wohlstand und Armuth, Höhenlage und Untergrund der verschiedenen Stadttheile und ihren Beziehungen zum Elbstrom.

Betreffs der von Krebs mit Vorliebe ergriffenen Organe (Magen: 49,5 % bei Männern und 29,3 % bei Frauen, Oesophagus: 13,1 bezw. 2,3 %, Mastdarm: 5,3 bezw. 3,9 %, Uterus: 28,9 %) ist eine wesentlithe relative Zunahme nicht zu bemerken. Rpd.

Die örtliche Vertheilung des Karzinoms in Thüringen am 15. September 1900. Von Geh. Med.-Rath Dr. Pfeiffer in Weimar. Sonderabdruck aus Nr. 11 (Jahrg. 1900) des Korrespondenzblattes des allgemeinen ärztlichen Vereins in Thüringen.

Das hier mitgetheilte Ergebniss der Sammelforschung erstreckt sich über sämmtliche thüringische Staaten, den preussischen Regierungsbezirk Erfurt und den preussischen Kreis Schmalkalden (Reg.-Bez. Kassel). Von den hier ansässigen 799 Aerzten haben sich 491 = 61,35 an der Zählung betheiligt (278 mit Anmeldung von Krebsfällen, 213 mit Vakatscheinen). Angemeldet sind im Ganzen 651 Krebsfälle = 1,3 auf jeden sich an der Sammelforschung betheiligt habenden Arzt; wird das Verhältniss auch für die übrigen, bei der Zählung nicht betheiligten Aerzte (308) angenommen, so würden sich 1051 Krebskranke für das Gesammtgebiet mit 1 791 038 Einwohner ergeben, also 5,17 auf 10 000 Lebende. Im Allgemeinen hat die Sammelforschung für Thüringen eine ziemlich gleichmässige Verbreitung des Krebses ergeben, ohne wesentlichen Unterschied zwischen Berg und Thal, Stadt und Land, Reich und Arm. Für mehrere Orte wird jedoch von einzelnen Berichterstattern ein gehäuftes Auftreten von Krebs gemeldet, so für den Ort Grabsleben, wo seit 1868 durchschnittlich bei 7 % aller Todesfälle Krebs als Todesursache angegeben ist und sich dieser Prozentsatz, für die Jahre 1894—1898 berechnet, sogar auf 15 %! erhöht. Als Ursache dafür wird besonders schlechte Beschaffenheit des Trinkwassers und Erblichkeit angenommen, auch das gehäufte Vorkommen des Krebses in benachbarten Häusern ist auffallend. In Ohrdruf entfallen 21, in den eng zusammenliegenden Orten Luisenthal, Stutzhaus und Schwarzwald 26 Krebskranke auf 10 000 Einwohner gegen 8,2 in den übrigen Orten des betreffenden Landrathsamtes; auch für Meuselbach wird ein gehäuftes Auftreten von Karzinom gemeldet und die Wasserversorgung des Ortes als Mitursache beschuldigt. Auffallend ist ferner, dass einzelne Ortschaften, z. B. Grossobringen bei Weimar bei der jetzigen Sammelforschung sich als krebsfrei erwiesen, während sie früher eine auffallend hohe Krebssterblichkeit: 20 auf 10 000 Lebende bezw. 13 % der Todesfälle gehabt hatten.

Ueber das Befallensein der einzelnen Körperstellen durch Karzinom ergiebt die Sammelforschung nach Ausmerzung der Doppelzählungen und ungenügend ausgefüllten Zählblättern, dass bei weitem am häufigsten Magenkrebs beobachtet ist (28,7 %), dann folgen Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebs (17,1 %), Mammakrebs (14,8 %), Darmkrebs (11,0 % Leberkrebs (4,6 %), Lippenkrebs (4,2 %) u. s. w. Rpd.

Hebammenwesen im Kreise Worms. Von Med.-Rath Dr. Fertig, Kreisarzt in Worms.

Im Kreise Worms befinden sich nur sehr wenige Gemeindehebammen, allein auch diese erhalten keine hohe Remuneration. Es wurde deshalb in der Bürgermeisterversammlung des Kreises im November vorigen Jahres von dem Berichterstatter der Nothstand der Hebammen geschildert und an Zusammenstellungen gezeigt, welch erbärmlicher Lohn diesen Frauen, denen man Mutter und Kind in ihrer schwersten Stunde anvertraut, zu Theil wird. Gleichzeitig wurde beantragt, die Hebammen so zu stellen, dass sie sorgenfrei leben könnten, und zu diesem Zwecke Folgendes vorgeschlagen:

1. Vergütung der Wäsche und Desinfektionsmittel seitens der Gemeinde. Gewährung einer jährlichen Remuneration.
2. Aufnahme der unter 40 Jahre alten Hebammen in die Invaliditäts-

Anstalt und der über 40 Jahre alten in die Alterszuschusskasse der deutschen Hebammen.

3. Beschränkung der Hebammenzahl dadurch, dass künftig nicht mehr als eine Hebamme auf 1500—2000 Einwohner ausgebildet wird.

Diese Vorschläge wurden einstimmig angenommen, aber von Herrn Oberbürgermeister Köhler-Worms vorgeschlagen, die Kosten für die über 40 Jahre alten Hebammen auf die Kreiskasse und die Beiträge für die Invaliditätsanstalt auf die Gemeindnn zu übernehmen. Da nun die Aufnahme der über 40 Jahre alten Hebammen in die Alterszuschusskasse nur noch bis zum 1. Januar 1901 möglich war, so wurde alsbald der Kreisausschuss berufen, welcher die Kosten einstimmig bewilligte. Aufnahme und Einzahlung sind bereits erfolgt, und die Aufnahme der Jüngeren in die Invaliditätsanstalt wird ebenso rasch betrieben werden. So viel mir bekannt und ich aus der Medizinalbeamtenzeitung ersehen kann, ist nur noch im Kreise Soldin, welcher von mir als Vorbild angeführt wurde, in ähnlicher Weise für die Hebammen gesorgt worden.

Hat die heute übliche Reglementirung der Prostitution einen nachweislichen Einfluss auf die Häufigkeit und die Verbreitung der venerischen Krankheiten ausgeübt? Bericht, erstattet auf der „Ersten Internationalen Konferenz für Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten“ (Brüssel, 4. bis 8. September 1899). von Dr. A. Blaschko in Berlin. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1900, Heft II, Seite 247—275.

Seit drei Jahrzehnten ist die in der Ueberschrift bezeichnete Frage Gegenstand heisser Kämpfe; Freunde und Gegner der Einrichtung haben Berge von Literatur zusammengetragen, ohne dass es zu einer Klärung der Frage, geschweige denn zu einer Einigung gekommen ist. Was unter Reglementirung der Prostitution zu verstehen ist, ist allgemein bekannt; dieses System erklärt gewisse Frauen ex officio zu Prostituirten, unterwirft sie einer Reihe von polizeilichen Beschränkungen und gewährt ihnen dafür die Freiheit, ihr Gewerbe ungehindert auszuüben. Die Art und Weise, wie die Reglementirung in den verschiedenen Staaten ausgeübt wird, ist eine ausserordentlich verschiedene. Allen gemeinsam, charakteristisch und nothwendig für die Reglementirung sind folgende drei Punkte:

1. Die Eintragung in die Liste.
2. Die regelmässige ärztliche Untersuchung.
3. Die zwangsweise Behandlung.

Nicht alle Kulturstaaten haben dieses System angenommen; mit unveränderter Schärfe besteht die Reglementirung noch heute in Frankreich, Belgien, Deutschland, Russland, Schweden, Dänemark, Oesterreich-Ungarn, Rumänien, Spanien und Portugal.

Man hat die gestellte Frage auf die verschiedensten Weisen zu beantworten versucht; will man aber an eine Prüfung der Frage im weitesten Umfange herantreten, so ist man doch gezwungen, sich der Statistik als eines Hülfsmittels zu bedienen, wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass die gesammte Statistik über die venerischen Krankheiten an vielen Fehlerquellen leidet, die ihren Werth ausserordentlich beeinträchtigen. Es braucht z. B. nur daran erinnert zu werden, dass die Erkenntniss, Syphilis nnd Schanker seien zwei von einander vollkommen verschiedene Krankheiten in der Statistik des einen Landes früher, des anderen später zum Ausdruck kommt, dass ferner in der einen Statistik jedes einzelne Rezidiv, bei der anderen nur jeder einzelne Fall besonders gerechnet wird.

Auf die Einzelheiten der Beweisführung kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Das Ergebniss der Untersuchungen fasst der Autor dahin zusammen:

Die statistischen Daten aus den verschiedensten Staaten und Städten Europas mit und ohne Reglementirung lassen keinen deutlichen Einfluss derselben auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der männlichen Bevölkerung erkennen. Eine solche Einwirkung ist hier und da möglich, aber die Veränderungen in der Erkrankungsziffer, welche durch die An- und Abwesenheit der Reglementirung bedingt werden,

können fast überall nur so gering sein, dass sie neben den Schwankungen, welche durch andere, wirksamere Faktoren bedingt werden, gar nicht oder nur sehr undeutlich zum Ausdruck gelangen.

Es ist sonach anzunehmen, dass thatsächlich der sanitäre Nutzen der Reglementirung, wie sie heute allgemein geübt wird, nur ein höchst dürftiger ist. Die Schuld daran haben verschiedene Umstände, auf die Autor genauer eingeht. Von diesen wollen wir nur einen, und zwar mit den eigenen Worten des Autors hier anführen:

„Einen Fehler haben — bisher wenigstens — die üblichen Reglementirungssysteme gehabt, der zweifellos in sanitärer Beziehung in ungünstigem Sinne eingewirkt hat; sie haben die öffentliche Aufmerksamkeit zu ausschliesslich auf die gewerbsmässige Prostitution als die Quelle der Geschlechtskrankheiten hingelenkt, sie haben Gesetzgeber, Verwaltungsbehörden und auch die Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege dazu verleitet, alle die anderweitigen wirksamen Massregeln zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten zu vernachlässigen, sie haben es ermöglicht, dass noch heute in den meisten Staaten Gesetze und Verwaltungsmaximen bestehen, welche direkt zu deren Verbreitung beitragen." Dr. Glogowski-Görlitz.

Die Gefahren der sogenannten hygienischen „lampes fumivores". Von M. L. Bard, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Revue d'Hygiène et de police sanitaire; Tome XXI, Nr. 11.

B. wurde auf die Gefahren, welche bei einer länger dauernden Benutzung der lampes fumivores — bei uns als Döbereinesche Lampe bekannt — unter Umständen entstehen können, durch folgende Beobachtung aufmerksam gemacht. Eine Frau mit Lungengangrän verbreitete eine so fötide Atmosphäre um sich, dass selbst das Wartepersonal kaum im Stande war, auch nur kurze Zeit bei ihr zu verweilen. B. liess deshalb in dem allerdings engen Zimmer eine lampes fumivores aufstellen und hier während des Nachmittags und der darauf folgenden Nacht ohne Unterbrechung brennen. Am anderen Morgen war der aashafte Geruch vollständig geschwunden, zugleich hatte sich aber das Befinden der Kranken so verschlimmert, dass der Tod noch an demselben Tage eintrat. Da der Zustand der Patientin bisher zwar ein schwerer, keineswegs aber ein solcher gewesen war, dass ein baldiges Absterben erwartet werden musste, so entstand der Verdacht, ob nicht etwa das lange Brennen der Lampe in dem kleinen Raum mitschuldig gewesen sei an dem schnellen Ende. B. unternahm es deshalb, die Frage nach der möglichen toxischen Wirkung der Lampe durch Versuche am Thiere zu lösen. Er verband zu dem Zwecke zwei Glasglocken, die eine von 40, die andere von 30 Liter Inhalt, mittelst einer Glasröhre und setzt in die eine ein Kaninchen, in die andere die brennende Lampe. Durch eine Vorrichtung war es möglich, durch die Glocke, in welcher das Thier sass, einen Luftstrom von 15 bis 600 Liter pro Sec. zu leiten. Die Lampe wurde bald mit Aethyl-, bald mit Methyl-, bald mit Amyl-Alkohol, mit und ohne Zusatz von Eukalyptuswasser gefüllt. Die Versuche hatten immer dasselbe Ergebniss: alle Thiere gingen zu Grunde, selbst dann, wenn der Versuch nach kurzer Zeit unterbrochen und das Kaninchen wieder unter normalen Verhältnissen gebracht wurde. Die Symptome bestanden vorzugsweise in Störungen der Respiration, im mühsamen und schnellen Athmen. Die Obduktion ergab mehr oder weniger ausgesprochene Lungen- und Leberkongestion und bei den schnell unter der Glocke abgestorbenen Thieren daneben Tardieu'sche Flecke auf der Pleura, bei denen aber, welche das Experiment lange überlebt hatten, atelektatische Stellen und bronchopneumonische Herde. B. schliesst aus seinen Versuchen, dass die Schädlichkeit der Lampe auf die reizende Wirkung, welche ihre Verbrennungsprodukte auf die Respirationsorgane ausübe, zurückzuführen sei und nicht auf einer toxischen Wirkung in Folge Absorption dieser Produkte beruhe. Ohne zu verkennen, dass diese beim Kaninchen erhaltenen Resultate nicht ohne Weiteres auf den viel widerstandsfähigeren Menschen übertragen werden dürfen, räth B. doch, die Lampe immer nur kurze Zeit in einem menschenleeren Raume brennen zu lassen und nachher diesen Raum energisch zu lüften, ehe er wieder benutzt wird, er warnt aber geradezu vor ihrer Anwendung in einem Krankenzimmer. D. Rost-Rudolstadt.

Tagesnachrichten.

Anlässlich des 200jährigen Krönungsjubiläums hat Se. Majestät der Kaiser durch Kabinetsordre vom 18. Januar d. J. zur Bekämpfung der Granulose in der Provinz Ostpreussen eine Summe von 10000 Mark dem dortigen Provinzialverbande der Vaterländischen Frauenvereine in Anerkennung seiner verdienstvollen Wirksamkeit auf diesem Gebiete zur Vermehrung des weiblichen Pflegepersonals für die Granulosebehandlung überwiesen.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 28. Januar gelangten die Initiativanträge zur Wohnungsfrage (s. Nr. 23 der Zeitschrift, Jahrg. 1900, S. 775) zur Verhandlung. Nachdem die Antragsteller (Abg. Hieber, nationalliberal, Abg. Schmidt, Sozialdemokrat, und Abg. Schrader, freis. Vereinig.) ihre verschiedenen Anträge begründet hatten, gab der Staatssekretär des Innern, Graf v. Posadowsky, im Namen des Reichskanzlers folgende Erklärung ab:

„Der Herr Reichskanzler erkennt an, dass sich auf dem Gebiete des Wohnungswesens, insbesondere in den grossen Industrie- und Verkehrszentren, Missstände entwickelt haben, welche sich nur auf gesetzlicher Grundlage beseitigen lassen und beseitigt werden müssen. Die zu ergreifenden Massregeln werden auf dem Gebiete der Kommunalverwaltung, des Steuerwesens und der polizeilichen Befugnisse liegen. Auf diesem Gebiete liegt aber auch die wichtigste Thätigkeit einzelstaatlicher Souveränetät. So sehr auch der Herr Reichskanzler mit den Bestrebungen einverstanden ist, welche die wirksame Bekämpfung der sozialen Missstände auf dem Gebiete des Wohnungswesens zum Ziele haben, so ist derselbe doch der Ansicht, dass die Frage staatsrechtlich und administrativ nur auf dem Gebiete der einzelstaatlichen Gesetzgebung und Verwaltung erfolgreich gelöst werden kann. Auf diesem Standpunkte steht insbesondere die Königlich preussische Regierung, welche, wie Sie bereits aus der preussischen Thronrede ersehen haben,[1]) fest entschlossen ist, die Verbesse-

---

[1]) Der betreffende Passus in der preussischen Thronrede lautet:

„Dem Landtage wird der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Umlegung von Grundstücken in Frankfurt a. M., zugehen. Der Entwurf verfolgt im Anschluss an frühere Verhandlungen beider Häuser den Zweck, der in dieser Stadt herrschenden Wohnungsnoth durch die Schaffung von Baugelände abzuhelfen. Wenngleich die Vorlage sich zunächst nur auf die Stadt Frankfurt a. M. bezieht, so erhält der Gesetzentwurf, der vom Provinzial-Landtage der Provinz Hessen-Nassau einstimmig gebilligt worden ist, dadurch eine allgemeinere Bedeutung, dass sein Geltungsbereich auch auf andere Gemeinden, falls dies von ihnen beantragt wird, im Wege Königlicher Verordnung wird erstreckt werden können. Wenn hiernach eine für eine einzelne Stadt und ein bestimmtes Gebiet der Wohnungsfürsorge besonders dringliche Frage vorab zur Erledigung gebracht werden soll, so erheischt doch die Gestaltung der Wohnungsverhältnisse, namentlich in den dichtbevölkerten und überwiegend industriellen Gegenden, weitere, die verschiedensten Gebiete kommunaler und staatlicher Fürsorge berührende Massnahmen. Die Staatsregierung ist in der Erörterung darüber begriffen, welche Anordnungen im Verwaltungswege zu treffen und welche einer gesetzlichen Regelung zuzuweisen sein werden, um die hervorgetretenen Missstände zu mildern und namentlich dem Wohnungsbedürfnisse der minder bemittelten Klassen nach Möglichkeit abzuhelfen."

Hierzu führte der Herr Finanzminister v. Miquel in seiner Etatsrede noch aus, dass die in den Etats der einzelnen Verwaltungen eingestellten ziemlich erheblichen Beträge zur Beschaffung von Miethswohnungen, namentlich für Wohnungen „minder besoldeter Beamter" und „Arbeiter" dienen sollten. Ausserdem sei die Staatsregierung bereit, die in der Beamtenschaft immer mehr zu Tage tretende Neigung zur Bildung von Baugenossenschaften zu unterstützen. Hoffentlich würden die grossen Kommunen dem staatlichen Beispiele nachfolgen. Man brauche nicht zu befürchten, dass man die Bauspekulation unterdrücke, wenn man in den dringlichsten Fällen für seine eigenen Arbeiter sorge; denn in den grossen Städten finde bei dem raschen Wachsthum der Bevölkerung die Privatbauthätigkeit neben der staatlichen und kommunalen noch vollen Raum.

rung der Wohnungsverhältnisse selbst in die Hand zu nehmen, und welche zu diesem Zwecke umfassende gesetzgeberische Massnahmen vorbereitet. Das Reich erblickt seine Aufgabe auf dem Gebiete des Wohnungswesens zunächst darin, den eigenen Angestellten, soweit ein Bedürfniss hierzu vorliegt, ausreichende, zweckentsprechende und preiswerthe Wohnungen zu beschaffen. Eine Ausgabe für jenen Zweck zum Besten aller Reichsbehörden ist bereits im Etat des Reichsamts des Innern vorgesehen. Falls es die Finanzverhältnisse des Reiches zulassen, und sobald in enger Fühlung mit erfahrenen Freunden und praktischen Kennern der Frage weitere Erfahrungen gesammelt sind, soll diese Aufgabe in Zukunft auf wesentlich breiterer Grundlage in Angriff genommen werden. Soweit es sich um die Frage der Wohnungshygiene handelt, wird der mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt verbundene Reichs-Gesundheitsrath in der Lage sein, auf die Thätigkeit der verbündeten Regierungen in technischer und wissenschaftlicher Beziehung berathend, anregend und unterstützend einzuwirken. Eine besondere Abtheilung des Reichs-Gesundheitsraths wird sich mit dieser Frage beschäftigen und so die Grundlagen für die gesetzgeberische und administrative Thätigkeit der Einzelstaaten beschaffen."

Von dem Abg. Jäger (Zentrum) wurde vor polizeilichen Massregeln gewarnt und Selbsthülfe, sowie genossenschaftlicher Zusammenschluss unter Mitwirkung privater Vereinsthätigkeit empfohlen, während die konservativen Abgeordneten Frhr. v. Richthofen und Schrempf der Erklärung der Regierung beipflichteten und besonders betonten, dass die Massnahmen auf dem Gebiete des Wohnungswesens sich den örtlichen Verhältnissen anpassen müssten. Abg. Dr. Stockmann (Reichspartei) erkannte die Nothwendigkeit gesunder Wohnungen an als Vorbedingung für das körperliche und geistige Wohl der Nation und bedauerte, dass die Vertreter der Grossstädte, namentlich von Berlin, für deren Beschaffung nicht genügend sorgten. Auch der bayerische Bauernbündler Hilpert bezeichnete die Bekämpfung der Wohnungsnoth als eine dringende Frage.

In der Sitzung am 30. Januar wurde dann nach den Schlussworten der Antragsteller der nationalliberale Antrag (Hieber) auf Einsetzung einer Kommission, welche die ganzen Verhältnisse untersuchen, eine allgemeine Enquête veranstalten und Vorschläge zur Beseitigung der Wohnungsnoth machen soll, angenommen.

In der Sitzung am 21. Januar bemängelte der Abg. Fischbeck (freis. Volkspartei) die **ärztliche Feststellung des Prozentsatzes der Erwerbsunfähigkeit bei der Unfall- und Invaliditätsversicherung.** In der Sitzung am 22. Januar bemerkte hierzu der Staatssekretär des Innern, Graf v. Posadowski: „Die Aufgabe des Arztes, der einen Rentensucher untersucht, besteht darin, festzustellen: welche physiologischen Wirkungen hat die Invalidität, hat der Unfall auf den Mann geübt, welche Bewegungsorgane sind dadurch beeinträchtigt, und welche anderen normalen physiologischen Wirkungen seiner körperlichen Thätigkeit sind beschränkt oder behindert? Was aber ein Rentensucher, der in dieser Weise in seiner Erwerbsfähigkeit durch Unfall oder Invalidität beschränkt ist, dann noch arbeiten kann, das ist allerdings meines Erachtens mehr eine Frage praktischer Erfahrung und technischer Sachkenntniss. Der Arzt wird in der That in vielen Fällen nicht beurtheilen können: was kann ein durch Unfall Beschädigter noch für eine Arbeit in seinem eigenen Gewerbe oder in verwandten Gewerben verrichten, namentlich in welches verwandte Gewerbe kann er mit Nutzen und Erfolg übergehen, insofern er für sein eigenes Gewerbe nicht mehr voll erwerbsfähig ist? Bei einfachen Tage- und Handarbeitern kann der Arzt vielleicht mit Sicherheit sagen: der Mann ist noch zur Hälfte, noch zu einem Drittel erwerbsfähig; aber bei komplizirten Arbeiten, die ein Arbeiter an komplizirten Maschinen zu verrichten hat, wird für eine absolut zutreffende Beantwortung einer solchen Frage meist nicht der Arzt zuständig sein, sondern ein Sachverständiger, der diesen Betrieb im Einzelnen genau kennt. Und deshalb, wenn auch die Berufsgenossenschaften und die Altersversicherungs-Anstalten wünschen, dass vom Arzt sofort in dem Formular bescheinigt wird: „ich halte den Mann noch für ein Drittel, für ein Halb u. s. w. erwerbsfähig", so kann ich doch nur dringend empfehlen, dass die betheiligten Instanzen von der lokalen Instanz ab, der ja jetzt auch eine Begutachtung zusteht, sich nicht nur auf einen derartigen bestimmten,

vom Arzt begutachteten Prozentsatz verlassen, sondern selbst auf Grund der ärztlichen Atteste und eventuell auch durch Anhören von Sachverständigen feststellen: welche Arbeiten kann ein Rentensucher in der That noch verrichten in welche anderen Erwerbszweige kann er eventuell noch übergehen, und wie wird dann seine Erwerbsfähigkeit im Ganzen sich noch stellen? Ich würde bedauern, wenn man nicht in dieser gründlichen Weise vorginge, sondern sich allein auf einen bestimmten Prozentsatz, der in einem Formular ärztlich bescheinigt ist, verliesse. Ich glaube, die festsetzenden Behörden würden im letzteren Falle auf das wichtigste Recht, das sie haben, die materielle Wahrheit des Anspruchs zu ergründen, vielfach verzichten." Diesen Ausführungen kann man auch vom ärztlichen Standpunkte aus nur vollkommen beipflichten.

Mit der Regelung des Hebammenwesens insbesondere in Bezug auf die Gewährleistung eines angemessenen Einkommens und auf die Sicherstellung der Hebammen gegen die Folgen des Alters und der vorzeitigen Erwerbsunfähigkeit scheint jetzt in Preussen ernstlich vorangegangen zu werden, wie sich aus einem Ministerialerlass vom 17. Januar d. J. ergiebt.[1]) Darnach hat der Herr Minister die dankenswerthe Absicht, den gesetzlichen Versicherungszwang für die Hebammen anzustreben; zur Begründung des Bedürfnisses ist deshalb eine erneute Prüfung der wirthschaftlichen Lage und der sonstigen Verhältnisse der Hebammen angeordnet, die hoffentlich zur Durchführung des in Aussicht genommenen Versicherungszwanges führt.

Der Ausschuss der preussischen Aerztekammern wird am 2. Februar d. J. eine Sitzung abhalten. Auf der Tagesordnung steht: Berathung über die Zuziehung eines Gerichtsassessors als Hülfsarbeiter beim ärztlichen Ehrengerichtshofe; das Verhältniss der Aerzte zu den Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalten; Schutz der Schüler bei Tuberkulose der Lehrer; geburtshülfliche Reform in Preussen; Führung des Arzttitels im Auslande approbirter Aerzte; Sonntagsruhe der Aerzte; Verhalten der ärztlichen Ehrengerichte bei Klagen gegen Aerzte, die von den ordentlichen Gerichten verurtheilt sind; Verbot der Behandlung Kranker aus der Ferne; Mitwirkung der Aerzte bei Berathung über den ärztlichen Stand, die öffentliche Gesundheitspflege u. s. w. betreffende Sachen; Zusammenstellung der Grundsätze, nach denen die Kammern bei der Befreiung von Beiträgen verfahren sind; Ausbau der Thätigkeit der Ehrengerichte.

Der 19. Kongress für innere Medizin findet am 16.—19. April 1901 in Berlin statt. Zur Verhandlung werden folgende Themata kommen: Herzmittel und Vasomotorenmittel (Referenten: Prof. Dr. Gottlieb-Heidelberg und Prof. Dr. Sahli-Bern); die Entzündung des Rückenmarkes (Referenten: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Leyden-Berlin und Privatdozent Dr. Redlich-Wien). An Vorträgen sind ausserdem angemeldet: Prof. Dr. Bier-Greifswald: Ueber die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken; Dr. Smith-Schloss Marbach: Die Funktionsprüfung des Herzens und sich daraus ergebende neue Gesichtspunkte; Dr. Schütz-Wiesbaden: Ueber die Hefen unseres Verdauungskanals; Dr. Hofmann-Schloss Marbach: Ueber die objektiven Wirkungen unserer modernen Herzmittel auf die Herzfunktion; Dr. Hirschberg-Frankfurt a. M.: Die operative Behandlung der hypertrophischen Leberzyrrhose; Prof. Dr. v. Strümpell-Erlangen: Ueber Myelitis; Prof. Dr. Schott-Nauheim: Ueber das Verhalten des Blutdrucks bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten, Privatdozent Dr. Strassburger-Bonn: Gährungsdyspepsie der Erwachsenen; Privatdozent Dr. Wiener-Prag: Ueber synthetische Bildung der Harnsäure im Thierkörper; Privatdozent Dr. Münzer-Prag: Zur Lehre von der Febris hepatica intermittens, nebst Bemerkungen über Harnstoffbildung; Privatdoz. Dr. H. Strauss-Berlin: Demonstration eines Präparates von idiopathischer Oesophagusdilatation;

---

[1]) Der Erlass wird in der Beilage zur nächsten Nummer in extenso abgedruckt werden.

Prof. Dr. M. Mendelsohn-Berlin: Ueber die Erholung des Herzens als Mass der Herzfunktion.

In Breslau sollen jetzt auch Schulärzte angestellt werden. Als Bewerber werden nur solche Aerzte zugelassen, die entweder eine hygienische Staatsprüfung bestanden oder an einem hygienischen Universitätskursus für Aerzte theilgenommen haben. Es sind zunächst 25 Schulärzte in Aussicht genommen, von denen jeder etwa 2000 Schüler zu beobachten haben wird. Sämmtliche schulpflichtigen Kinder sollen bei ihrer Aufnahme einer allgemeinen Untersuchung seitens des Schularztes unterzogen, für die kränklich befundenen Schüler ein Ueberwachungsbogen angelegt und in diesen die monatlichen Untersuchungsbefunde eingetragen werden. Eltern und Lehrer werden von dem Ergebniss der schulärztlichen Feststellungen in Kenntniss gesetzt, eine ärztliche Behandlung der Kinder aber erfolgt nicht. Die Schulgebäude hat der Schularzt monatlich mindestens ein Mal zu revidiren. Als Entgelt für seine Mühewaltung sind jährlich 500 Mark in Aussicht genommen. Die Schulärzte unterstehen dem Stadtarzte, der ärztlicher Leiter des gesammten Schularztwesens ist. Er beruft die Schulärzte zu Konferenzen und führt darin den Vorsitz. Er ist jeder Zeit zur Einforderung von Berichten seitens der Schulärzte befugt, desgleichen zu selbstständigen Revisionen der Schulgebäude. Er vermittelt die Ausführung der Beschlüsse der Schuldeputation durch die Schulärzte; Anträge der letzteren sind zunächst an ihn zu richten.

Die Vorschriften über den Verkehr mit Giften sollen nach einer dem Bundesrath zugegangenen Vorlage des Reichskanzlers in zwei Punkten abgeändert werden: Der bisher verbotene Handel mit arsenhaltigem Fliegenpapier soll unter entsprechenden, vom Reichsgesundheitsamt vorgeschlagenen Vorsichtsmassregeln zugelassen werden, da die mit der jetzt üblich gewordenen Selbstbereitung arsenhaltigen Fliegenpapiers durch das Publikum verbundenen Gefahren weitaus höher zu achten seien als der Bezug und die Verwendung dieses Fliegenpapiers in fertigem Zustande. Ferner soll auf die bisher vorgeschriebene Angabe der Firma, von welcher Gifte bezogen worden sind, auf den Umschliessungen verzichtet werden, soweit es sich um Abgabe von Giften an Wiederverkäufer, technische Gewerbetreibende und staatliche Untersuchungs- oder Lehranstalten handelt.

Pest. Mitte Dezember v. J. wurde die Pest nach Hull (England) durch einen von Alexandrien kommenden Dampfer eingeschleppt, von dessen Mannschaft 3 an Pest erkrankten und starben. Auch in Konstantinopel wurde Anfangs Januar eine vereinzelte Pesterkrankung bei einem Bootsführer festgestellt, desgleichen in Smyrna und Beirut; häufigere Erkrankungen (13 mit 12 Todesfällen) traten in 2 Ortschaften bei Smyrna, desgleichen in Wladimirowska (Russland), Generalgouvernement Astrachan.

In der Präsidentschaft Bombay (Indien) sind in den 4 Wochen vom 17. November bis 14. Dezember 731, 833, 684, 570 Pesterkrankungen mit 578, 616, 515, 408 Todesfällen vorgekommen, davon in der Stadt Bombay: 91 (52), 116 (76), 129 (72). In Kalkutta betrug die Zahl der Pesttodesfälle in den 7 Wochen vom 19. Oktober bis 1. Dezember: 17, 8, 14, 21, 26, 35, 33.

In Hongkong sind im Oktober nur 13, im November gar keine und erst Anfangs Dezember wieder 2 Pestfälle vorgekommen; in der Kolonie Queensland (Australien) seit Auftreten der Seuche bis zum 10. November: 131 mit 55 Todesfällen, und dann erst vom 24. November bis 1. Dezember wieder 2 Fälle.

Auf der Insel Mauritius betrug die Zahl der Pesterkrankungen und Todesfälle vom 15.—29. November: 80 bezw. 48. In Réunion sind im November 26 Pesterkrankungen mit 21 Todesfällen gegen 37 (25) im Oktober angemeldet, im Dezember 26 (12).

In Rio de Janeiro (Brasilien) sind vom 13.—27. November 11 Personen an der Pest erkrankt und 8 gestorben. Auch in Petropolis sind im November 5 Pestfälle vorgekommen, von denen 3 tödtlich verliefen.

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

14. Jahrg. 1901.

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. | 15. Februar.

Pockenepidemie in Frankfurt a. M.

Von Geh. San.-Rath Dr. Grandhomme, Kreisphysikus in Frankfurt a. M.

Nachdem seit dem Jahre 1893 in Frankfurt a. M. eine Erkrankung an den echten Menschenblattern nicht mehr zur Kenntniss gekommen war, wurde am 29. Mai 1900 dem Physikat vom städtischen Krankenhaus die Mittheilung gemacht, dass ein der Variola vera dringend verdächtiger Kranker aufgenommen worden sei. Die sofort von mir vorgenommene Untersuchung des Erkrankten bestätigte die Diagnose. Durch die angestellten Ermittelungen wurde über diesen wie über die späteren Fälle Folgendes festgestellt bezw. angeordnet:

1. Im ersten Falle handelte es sich um den 49jährigen Schreiner T. (Nr. 1), welcher in seiner Wohnung, Gluckstrasse 9, am 25. Mai mit Rückenschmerzen und Kopfweh fieberhaft erkrankt war und sich am 29. Mai aus freien Stücken zur Aufnahme in das städtische Krankenhaus gemeldet hatte. Bis die Diagnose gesichert war, fand er Unterkunft in einer Isolirbaracke, aus der er am 1. Juni in das Blatternhaus des Krankenhauses überführt wurde.

Gleichzeitig mit meinem Besuche in dem Krankenhaus wurden mit dem Oberarzt der inneren Abtheilung, H. Prof. Dr. v. Noorden, sowie mit dem Verwalter H. Mulot die weiteren sanitären Massnahmen besprochen und insbesondere die Impfung der Aerzte, der Beamten, des Pflege- und Hülfspersonals, sowie sämmtlicher Kranken angeordnet. Auch wurde telephonisch durch Vermittelung des Herrn Polizeipräsidenten eine Wache an das Haus des T. beordert mit der Weisung, dasselbe bis auf Weiteres zu sperren. Hierauf begab ich mich in das Haus, stellte fest, dass T. mit seiner Frau, zwei Töchtern und einem Enkelchen in dem zweiten Stock eine durch einen Vorplatz von den übrigen Bewohnern abgeschlossene Wohnung innehatte, und dass seine Familie mit den anderen Insassen des Hauses in keinem Verkehr stand.

Es wurden sodann die Frau, die zwei Töchter und das Enkelchen mittelst des Krankenwagens in das städtische Krankenhaus überführt und daselbst sofort geimpft. Auch wurden die anderen Insassen des Hauses von der Erkrankung T.'s, sowie deren Ansteckungsfähigkeit in Kenntniss gesetzt und ihnen

gerathen, sich sofort impfen zu lassen. Die Wohnung T.'s wurde dann durch die Desinfektoren des städtischen Krankenhauses desinfizirt, geschlossen und der Schlüssel von der Polizeibehörde in Gewahrsam genommen.

2. Am 1. Juni kam ein zweiter Fall zur Meldung und zwar war es ebenfalls ein Schreiner Namens W. (Nr. 2). Derselbe, 43 Jahre alt, fühlte sich seit dem 26. Mai nicht wohl und bot in den ersten Tage die Symptome einer beginnenden Influenza dar, bis der Ausbruch des Ausschlages auf die Diagnose Blattern hinwies und am 1. Juni die Ueberführung des Erkrankten in das städtische Krankenhaus veranlasste. Derselbe wohnte mit seiner Frau und drei Kindern im ersten Stock des Hauses Spessartstr. 10 und mit ihm auf demselben Flur der Arbeiter N. mit einem Kinde. Es wurde deshalb zugleich mit den Familiengliedern des W. auch die Familie N. zur Beobachtung dem Krankenhaus überwiesen und im Uebrigen wie bei T. (Nr. 1) verfahren. Des Weiteren wurde eine Schwester des W., welche ihn besucht hatte, in das Krankenhaus eingewiesen; ein Schwager von ihm, der ebenfalls bei ihm gewesen war, meldete sich freiwillig zur Aufnahme in das Krankenhaus.

3. Am 2. Juni wurde vom Armenamt ein Obdachloser eingewiesen, bei welchem das Vorhandensein der Blattern festgestellt war. Dieser, Namens B. (Nr. 3) und 45 Jahre alt, war seinen Angaben nach Mitte Mai aus der Gegend von Aschaffenburg hierher gewandert, bettelte den Tag über und brachte die Nächte im Freien zu. Er wurde am 24. Mai aufgegriffen und in das Polizeigefängniss eingeliefert; von hier wurde er zur Abbüssung einer mehrtägigen Haftstrafe am 26. Mai in das Gerichtsgefängniss übergeführt und dort in dem sogen. Altbau, Saal Nr. 2, untergebracht. Während seines Aufenthaltes in dem Gerichtsgefängniss fühlte er sich bereits unwohl, machte jedoch weder dem Aufsichtspersonal noch dem Gefängnissarzt Mittheilung — wahrscheinlich weil er ein Hinausschieben seiner Entlassung befürchtete. Als er dann am 2. Juni in Freiheit gesetzt wurde, suchte er die Armenklinik in der Königswarterstrasse auf und wurde von hier durch die Vermittelung des Armenamtes in das städtische Krankenhaus eingewiesen.

Gleichzeitig wurden die sämmtlichen Gefangenen, welche mit B. (Nr. 3) in demselben Saal untergebracht waren — 26 an der Zahl — in Sperre genommen, d. h. sie wurden nach vorangegangenem Bade und versehen mit frischer Wäsche und Kleidung in das Polizeigefängniss übergeführt und daselbst geimpft. Saal, Lagerstätten, Kleider u. s. w. wurden durch die städtische Desinfektionsanstalt desinfizirt.

Da bei weiteren Verhandlungen mit der Staatsanwaltschaft festgestellt wurde, dass von den mit B. (Nr. 3) Inhaftirten, vier in dem Zeitraume von dessen Einlieferung am 27. Mai bis zu seiner Entlassung am 2. Juni, also in einer Zeit, in welcher B. bereits in dem Anfangsstadium der Erkrankung stand, in Freiheit gesetzt waren, so wurde auf diese polizeilich gefahndet. Drei wurden auch wieder aufgegriffen und ebenfalls in das Polizeigefängniss zur Beobachtung verbracht.

4. Eine vierte Meldung betraf das zwei Monate alte Kind Gustav W. (Nr. 4), welches am 1. Juni — vide Nr. 2 — zur Beobachtung dem Krankenhaus überwiesen worden war und bis dahin noch nicht geimpft war. Dasselbe wurde bei seiner Aufnahme sofort geimpft und die Schutzpocken gingen mit ca. 12 Pusteln an. Trotzdem erkrankte es am 7. Juni an den Blattern, welche jedoch günstig verliefen.

5. Am 9. Juni wurden bei dem 63 Jahre alten Tagelöhner G. (Nr. 5), welcher mit B. (Nr. 3) in dem Gerichtsgefängniss zusammenlag und im Polizeigefängniss internirt war, Krankheitserscheinungen wahrgenommen und der Erkrankte dieserhalb am 10. Juni in das städtische Krankenhaus überführt. Hier konnte an dem gleichen Tage die Diagnose auf Blattern festgestellt werden. Der Kranke starb am 16. Juni.

6. Am 13. Juni erkrankte das 15 Monate alte, vorher nicht geimpfte Enkelchen (Nr. 6) des Schreines T. (Nr. 1), das seit dem 30. Mai — vide Nr. 1 — in Sperre in dem städtischen Krankenhaus war und daselbst bei seiner Aufnahme geimpft worden war. Auch hier trat die Erkrankung trotzdem, dass diese Impfung von Erfolg war, in Erscheinung, nachdem das Kind durch ca. 4 Tage leicht gefiebert hatte. Der Verlauf der Blattern war ein günstiger.

7. Am 9. Juni war der 23 Jahre alte Agent M. (Nr. 7) in das Polizeigefängniss eingeliefert und am 10. Juni dem Gerichtsgefängniss überwiesen

worden. In letzterem erkrankte er am 13. Juni und kam an dem gleichen Tage in das städtische Krankenhaus. Wo derselbe sich vor seiner Einlieferung in das Gefängniss aufgehalten hatte, konnte damals nicht festgestellt werden; er selbst behauptete, dass er bei seinem Vater in dem Parterrestock des Hauses Schützenstr. 9 gewohnt habe. Sein Vater jedoch gab bei der von mir vorgenommenen Besichtigung der Wohnung an, dass sein Sohn in der letzten Zeit überhaupt nicht nach Haus gekommen sei, sondern sich auswärts herumgetrieben habe. Trotzdem wurde die Desinfektion der Wohnung angeordnet und der Vater M. in seiner Wohnung internirt. Spätere Erhebungen klärten den Sachverhalt auf und zwar dahin, dass M. vom 27. Mai bis 1. Juni — also gleichzeitig mit B. (Nr. 3) — als Untersuchungsgefangener in dem Gerichtsgefängniss war. Am 1. Juni vom Schöffengericht freigesprochen, wohnte er vom 1. Juni bis 9. Juni in der Herberge zum Prinzen Carl in der alten Mainzergasse und hatte nach seiner Angabe in dieser Herberge ein Zimmer zum Schlafen für sich. Am 9. Juni wurde er wieder verhaftet und zuerst in das Polizeigefängniss und dann in das Gerichtsgefängniss eingeliefert.

8. Eine weitere Erkrankung betraf den 52 Jahre alten Schreiner P. B. aus M. (Nr. 8), welcher am 14. Juni dem Krankenhaus überwiesen wurde. Derselbe arbeitete als Geselle bei dem Schreinermeister D. in der Uhlandstrasse, schlief Nachts in der Herberge zum Prinzen Carl in der alten Mainzergasse, wo M. (Nr. 7) vom 1. Juni bis 9. Juni gewohnt hatte und ging Samstags zu seiner Familie nach Hause. Nachdem er sich einige Tage nicht wohl gefühlt hatte, nahm sein Unwohlsein am 14. Juni so zu, dass er die Poliklinik des israelitischen Gemeindehospitals aufsuchte. Hier wurde die Diagnose sofort auf Variola gestellt und die Verbringung des Erkrankten in das städtische Krankenhaus veranlasst.

Die wegen dieser Erkrankung angeordneten Massnahmen bestanden in erster Linie darin, dass die genannte Poliklinik desinfizirt und bis auf Weiteres geschlossen wurde. Auch wurden die Aerzte, das Wartepersonal des Krankenhauses, sowie die Kranken sofort geimpft. Des Weiteren wurden sämmtliche Schlafgenossen des B., 16 an der Zahl, aus der Herberge in der alten Mainzergasse in das städtische Krankenhaus verbracht und sowohl der Schlafsaal, als auch das Verkehrszimmer der Herberge desinfizirt. Letzteres geschah auch mit einem Laden in der Trierischen Gasse, in welchem B. zuletzt gearbeitet und insbesondere Gestelle für Teigwaaren angefertigt hatte. Schliesslich wurde auch der Meister D., sowie dessen andere Gesellen geimpft und der Heimathsbehörde Mainflingen von der Erkrankung B.'s Mittheilung gemacht.

Wie sich später herausstellte war der Schreiner T. (Nr. 1), welcher bei Beginn seiner Erkrankung als Schreiner streikte und Streikposten stand, am 27. Mai mit B. in der Schreinerei von R. in der Rotlintstrasse zusammengekommen. Wahrscheinlicher jedoch ist, dass R. sich in dem Prinzen Carl, in welchem M. (Nr. 7) vom 1.—9. Juni verkehrte, angesteckt hatte.

9. Die neunte Erkrankung betraf den 51 Jahre alten Schlosser B. (Nr. 9) aus Oberrad, welcher am 25. Mai in das Gerichtsgefängniss eingeliefert wurde und daselbst mit B. (Nr. 3) in demselben Raume zusammen war. Derselbe erkrankte in dem Polizeigefängniss und wurde am 23. Juni dem städtischen Krankenhaus überwiesen. Er starb am 24 Juni.

10. Der 35 Jahre alte Heinrich G. (Nr. 10) aus Burghahn sass seit dem 19. Mai in dem Gerichtsgefängniss. Er war ebenfalls mit B. (Nr. 3) in demselben Saale internirt, erkrankte während seiner Quarantäne in dem Polizeigefängniss am 13. Juni und wurde an dem gleichen Tage dem städtischen Krankenhause überwiesen.

11. Eine weitere Erkrankung betraf einen Gefangenen aus der Strafanstalt Preungesheim, welche ca. eine Stunde von hier entfernt liegt. Derselbe, Hermann K. (Nr. 11), 46 Jahre alt, war am 30. April aus der Strafanstalt Eberbach nach Preungesheim verbracht worden und seitdem in Einzelhaft in dieser Anstalt. Hierin waren am 29. Mai, sowie am 1. Juni, also zu einer Zeit, in welcher von einer Erkrankung B.'s (Nr. 8) noch nichts bekannt war, einige Gefangene aus dem hiesigen Gerichtsgefängniss verbracht worden. Da in Preungesheim sämmtliche Kranke isolirt sind und deshalb mit einander in direkte Berührung nicht kommen können, so muss hier die Ansteckung erfolgt sein auf dem Wege zur Kirche und Schule, oder gelegentlich der gemeinschaftlichen Spaziergänge, wobei eine gewisse Annäherung der Gefangenen unterein-

ander nicht zu vermeiden ist. Bei sofort von dem Physikat in dem Gefängniss gemachten Erhebungen wurden die Beamten und das Wartepersonal (im Ganzen 32 Personen) geimpft und die Impfung sämmtlicher Gefangenen angeordnet. Auch wurden alle verdächtigen Räume desinfizirt und für die Anstalt ein neuer Desinfektionsapparat nach dem neuesten Flügge'schen System angeschafft.

12—14. Der 12. Fall betraf den Untersuchungsgefangenen Justus H. (Nr. 12), 39 Jahre alt. Derselbe war ebenfalls mit B. (Nr. 3) zusammen in dem Gerichtsgefängniss und erkrankte am 16. Juni während der Quarantäne. Auch er wurde dem städtischen Krankenhaus sofort überwiesen. Das gleiche gilt von dem 62 Jahre alten Untersuchungsgefangenen Wilhelm R. (Nr. 13), sowie von dem 34 Jahre alten Carl S. (Nr. 14), welche beide mit B. (Nr. 3) zusammen waren und in der Quarantäne erkrankten und zwar W. R. am 19. und C. S. am 21. Juni.

15. Der nächste Kranke war der 66 Jahre alte Strafgefangene Johann Sch. (Nr. 15), welcher in Preungesheim inhaftirt war und von da am 25. Juni dem städtischen Krankenhaus überwiesen wurde. Sch. lag wegen eines Katarrhs in Preungesheim in dem Lazareth, als K. (Nr. 11) die ersten Krankheitserscheinungen darbot und deshalb am 12. Juni, als Sch. noch in dem Lazareth lag, in dieses eingewiesen wurde.

16. Eine weitere Erkrankung betraf die 69 Jahre alte Frau des Dienstmannes St. (Nr. 16) in der Elephantengasse Nr. 13 dahier. Von ihrem Arzt wurde gemeldet, dass sie seit dem 24. Juni krank sei. Die Diagnose auf Blattern wurde jedoch erst am 1. Juli gestellt, und die Kranke am 2. Juli dem städtischen Krankenhaus überwiesen. St. wohnte in dem vierten Stock (Dachstock) des genannten Hauses gemeinschaftlich mit drei weiteren Familien und dem Sohne des Schreiners T. (Nr. 1) und hatte mit diesen einen gemeinsamen Vorplatz und die gleichen Nebenräume. Es wurden deshalb die sämmtlichen Bewohner des Mansardenstockes (12 an der Zahl) dem städtischen Krankenhaus überwiesen. Gleichzeitig wurden sämmtliche Wohnungen desinfizirt und die übrigen 50 Insassen der unteren Stockwerke des Hauses geimpft und in ihren Wohnungen unter Beobachtung gestellt.

17. Am 4. Juli war der 20jährige Schreiner Ernst B. (Nr. 17) dem städtischen Krankenhaus mit der Diagnose „Scharlach" überwiesen worden. Bald stellte es sich jedoch heraus, dass er an Blattern litt, worauf er sofort auf die Blatternabtheilung verbracht wurde. B. wohnte in dem vierten Mansardenstock des Hauses alte Mainzergasse 15 mit mehreren Arbeitern zusammen bei dem Eierhändler S. Da alle Zimmer auf einen gemeinschaftlichen Vorplatz gingen, so wurden sämmtliche Bewohner des Stockes (12 an der Zahl) behufs ihrer weiteren Beobachtung in das städtische Krankenhaus verbracht und die Wohnungen desinfizirt. Das Haus, in dem B. wohnte, liegt schräg gegenüber der Herberge zum Prinzen Carl (Nr. 7); B. soll des Oefteren in demselben verkehrt haben.

18. Die 18. Erkrankung betraf die 35 Jahre alte Heizersfrau R. (Nr. 18), welche in der Bendergasse 7 mit ihrem Mann und 5 Kindern und dem kinderlosen Ehepaar W. in dem Mansardenstock wohnte und am 9. Juli in das städtische Krankenhaus eingewiesen wurde. Auch hier wurden die sämmtlichen Insassen dieses Stockes zur Sperre in das städtische Krankenhaus verbracht und die Wohnungen desinfizirt.

19. Am 7. Juli erkrankte die Wittwe P. (Nr. 19) mit Kopfweh und Fieber und am 9. Juli trat ein Ausschlag auf, welcher zuerst für Lichen angesehen wurde. Schon am Tage darauf wurde jedoch die Diagnose auf Blattern gestellt und die Kranke am 11. Juli in das städtische Krankenhaus verbracht. In demselben starb sie am 17. Juli. Die Wohnung wurde desinfizirt, nachdem bereits am 11. Juni die übrigen Insassen in Sperre genommen waren.

20. Die 20. Erkrankung betraf den 38 Jahre alten Kolonialwaarenhändler B. (Nr. 20) in der Schweizerstrasse 37. Derselbe wurde am 12. Juli dem städtischen Krankenhaus überwiesen, die Frau in Sperre genommen und die Wohnung desinfizirt.

21. Eine weitere Erkrankung betraf den 77 Jahre alten Ausläufer K. (Nr. 21), welcher bei seinem Sohne in der Kranachstrasse 14 wohnte. Er erkrankte am 9. Juli und wurde, nach der Sicherstellung der Diagnose am 13., in das Krankenhaus verbracht. In dasselbe kamen auch die übrigen

Hausgenossen zur Beobachtung; die Wohnung wurde desinfizirt. K. starb am 19. Juli.

22. Am 10. Juli erkrankte in der Hohenzollerstrasse 15 der 46 Jahre alte Kaufmann R. (Nr. 22) und fand am 15. Juli im Krankenhaus Aufnahme. Auch wurden seine Frau und das Dienstmädchen in Sperre genommen und die Wohnung desinfizirt.

23. Der folgende Fall (Nr. 23) betraf die Frau B., die Frau von Nr. 20, welche am 20. Juli in der Sperre, d. h. in dem städtischen Krankenhaus erkrankte.

24. Am 22. Juli erkrankte die 63jährige Kunigunde Sch. (Nr. 24), welche für sich allein in dem Mansardenstock des Hauses Brückhofstrasse 61 ein Zimmer bewohnte. Sie ging Morgens in die Markthalle, verkaufte tagsüber Gemüse und hatte mit den übrigen Insassen des Stockes keinen Verkehr. Sie soll vor ihrer Erkrankung ein Enkelchen, welches angeblich Wasserblattern hatte, gepflegt haben und wurde am 23. Juli dem Krankenhaus überwiesen.

25. Ein weiterer Fall betraf ein 16jähriges Mädchen aus der Brückhofstrasse 8, Bertha N. (Nr. 25), welches am 28. Juli in das städtische Krankenhaus kam. Ihretwegen wurde ihre Schwester, ihr Schwager und zwei Kinder, welche mit ihr zusammen wohnten, in Sperre genommen. Mit ihr in demselben Hause wohnte ein Sohn der Sch. (Nr. 24), der Vater des erwähnten, erkrankten Enkelchens.

Schliesslich muss noch eines weiteren Falles Erwähnung geschehen und zwar eines 30 Jahre alten Agenten Namens Z. in der Rhönstrasse Nr. 50, welcher am 6. Juli erkrankte und am 18. wegen Blatternverdachtes in das städtische Krankenhaus aufgenommen wurde. Bei der Aufnahme fanden sich nur zwei im Eintrocknen begriffene Pusteln, aus welchen sich eine Diagnose nicht stellen liess. Trotzdem wurden die Angehörigen des Erkrankten in Sperre genommen, jedoch bald wieder aus dem Krankenhaus entlassen und in ihrer Privatwohnung noch eine Zeit lang internirt.

Nach weiter gemachten Erhebungen über den Beginn und den Verlauf der Erkrankung lag eine Erkrankung an Blattern nicht vor.

Eine ausgesprochene Erkrankung an Blattern betraf dagegen den Strafgefangenen W. Derselbe war gleichzeitig mit B. (Nr. 3) in dem hiesigen Gerichtsgefängniss, lag jedoch nach den ersten Meldungen nicht in dem sogen. Altbau, sondern in dem getrennt stehenden Neubau. Spätere Erhebungen ergaben, dass in der damaligen Zeit wegen Ueberfüllung des Gefängnisses manchmal Verlegungen vorkamen und so ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass W. ein oder die andere Nacht in dem sogen. Altbau mit B. zusammen war.

Derselbe wurde am 11. Juni in das Zuchthaus nach Ziegenhain überführt und erkrankte daselbst am 17. Juni an den Blattern. Die Erkrankung verlief, wie ich erfuhr, leicht und günstig und hatte keine weiteren Ansteckungen zur Folge.

Gehen wir nunmehr nach der chronologischen Aufzählung der einzelnen Erkrankungen zu der Frage nach der Entstehungsquelle über, so konnte bei der Epidemie 1893 festgestellt werden, dass die Ansteckung von landwirthschaftlichen Arbeitern, welche, von der russischen Grenze kommend, den hiesigen Bahnhof zur Uebernächtigung benutzt hatten, herstammte. Mit gleicher Sicherheit liess sich eine solche Infektionsquelle für die diesjährige Epidemie nicht nachweisen, — dafür jedoch, dass auch bei ihr es sich um eine Einschleppung durch auswärtige Arbeiter handelte, sprechen die zuerst beobachteten Fälle. Sowohl der Schreiner T. (Nr. 1), wie der Schreiner W. (Nr. 2) waren in Ausstand getreten und hatten Streikposten gestanden. Hierdurch verkehrten sie auf den Bahnhöfen, sowie in vielen Lokalen der Stadt und hatten hierbei Gelegenheit, mit von auswärts zugereisten Arbeitern in Berührung zu kommen. Das Gleiche gilt von dem zunächst erkrankten Tage-

löhner B. (Nr. 3), welcher sich den tagsüber in der Stadt herumtrieb und hauptsächlich bei seinen vorübergehenden Beschäftigungen an dem Mainufer die Gelegenheit hatte, mit fremden Arbeitern zu verkehren.

Von diesen Beiden: T. und W. wurden angesteckt in erster Linie direkt deren beide Kinder (Nr. 6 und Nr. 4) und dann indirekt die Frau St. (Nr. 16). Auch ist es sehr wahrscheinlich, dass der Schreiner B. (Nr. 17) die gleiche Ansteckungsquelle hatte. Des Weiteren muss hier erwähnt werden, dass der Sohn der Frau Sch. (Nr. 24) ebenfalls Schreiner ist und an dem Ausstand betheiligt war und sehr wohl mit denselben Leuten in Berührung gekommen sein kann, von welchen T. und W. angesteckt waren, Er selbst war mehrmals geimpft und erkrankte nicht — kann jedoch sein Kind, das ad 24 erwähnte Enkelchen, angesteckt haben.

Auch ist es sehr leicht möglich, dass Frau P. (Nr. 19), welche ihr Gemüse aus dem Laden der Frau Sch. bezog, sich hier ihre Krankheit holte, und dass somit zu der Schreinergruppe Nr. 1, 2, 4, 6, 16, 17, 19, 24 und 25, also 9 von den 25 Fällen gehören.

Von B. (Nr. 3) gingen die Erkrankungen Nr. 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 und 15 aus, während für die Entstehung der übrigen 5 Fälle trotz mehrfacher Nachforschungen sichere Anhaltspunkte nicht festgestellt werden konnten. Insbesondere fehlen die Quellen für Nr. 18 und 22 — Re. und Ro., — während bei K. (Nr. 21), der Ausläufer war, eine gleiche Ursache wie bei T. angenommen werden kann und die Erkrankungen B. und Frau B. (20 u. 23) dadurch zu erklärt werden können, dass B. in seinem Geschäft vorübergehend einen Hausburschen gehabt haben soll, welcher vorher in Preungesheim war, woselbst 11 und 15 erkrankt waren.

Bezüglich der früheren Impfungen der Erkrankten bemerke ich, dass die Kinder T. (Nr. 6) und W. (Nr. 4) vor ihrer Aufnahme in das städtische Krankenhaus überhaupt nicht geimpft waren. Die Väter T. und W. waren am 25. Mai bezw. 26. Mai erkrankt und bis zum 29. Mai bezw. 1. Juni mit ihren Kindern zusammen. In diese Zeit fällt somit deren Infektion. Geimpft wurden sie am 30. Mai, also wenige Tage nachher und bei dem Kinde W. entwickelten sich die Pusteln der Impfung und der Blattern gleichzeitig nebeneinander, während bei dem Kinde T. die Impfpusteln bereits entwickelt waren, als das Blattern-Exanthem auftrat. Beide Kinder genasen.

Von den übrigen Erkrankten war:

T. (Nr. 1) als kleines Kind geimpft; auf seinem rechten Arm fanden sich noch deutlich Narben. Bei der Entlassung aus der Schule wurde er nicht geimpft und Soldat war er nicht. Seine Impfung lag somit 49 Jahre zurück.

W. (Nr. 2) war als Kind und auch im 12. Lebensjahre geimpft, nach seiner Angabe jedes Mal mit Erfolg. An den Armen zeigten sich zwei undeutliche Narben.

B. (Nr. 3) war nach seinen Angaben als Kind mit Erfolg und nachher nicht wieder geimpft worden.

Das Gleiche gilt von G. (Nr. 5).

M. (Nr. 7) war als Kind und in der Schule beide Male mit Erfolg geimpft; er zeigte an dem Arm deutliche Narben. Seine Erkrankung war eine der leichtesten mit sehr wenigen Efflorescenzen.

B. (Nr. 8) giebt an, als Kind mit Erfolg geimpft zu sein; Narben liessen sich jedoch an den Armen nicht nachweisen.

B. (Nr. 9) war angeblich drei Mal geimpft worden — als kleines Kind, als Schulkind und 1870 als Soldat. Ueber den Erfolg ist nichts bekannt. — Narben waren keine vorhanden.

G. (Nr. 10) war als kleines Kind, sowie als Schulkind geimpft; er zeigte drei deutliche Narben. Auch dieser Fall verlief sehr leicht mit spärlichem Ausschlag.

K. (Nr. 11) war ein Mal und zwar als Kind geimpft und zeigte deutliche Narben.

H. (Nr. 12) war nach seiner Angabe als kleines Kind, sowie als Schulkind geimpft. — Narben waren keine sichtbar. Bei demselben war die Erkrankung eine so leichte, dass er sich selbst nicht krank fühlte, in Folge hiervon in der Nacht nach seiner Ueberführung aus der Quarantäne in die Blatternabtheilung, aus letzterer durchbrannte und sich einen Tag im Walde umhertrieb. Dann wurde er wieder eingefangen und in das Krankenhaus zurückgebracht. Wie es sich bald herausstellte, hatte er seinen Weg in das benachbarte hessische Gebiet genommen und soll in Neu-Isenburg gewesen sein. Dies gab Veranlassung zu einer Mittheilung an das Kreisamt zu Offenbach a. M., von dem entsprechende Massnahmen in dem genannten Ort getroffen wurden.

R. (Nr. 13) war als kleines Kind geimpft und angeblich auch 1859 als Soldat — hatte jedoch keine sichtbaren Narben.

S. (Nr. 14) giebt an, mehrmals und zuletzt 1890 geimpft worden zu sein und zwar als Kind mit Erfolg. Von den übrigen Impfungen ist nichts bekannt. Seine Erkrankung war die leichteste von allen.

Von S. (Nr. 15) ist bezüglich vorausgegangener Impfungen nichts bekannt, — Narben waren keine sichtbar.

Frau St. (Nr. 16) war als Kind geimpft und zeigte zwei deutliche Narben.

B. (Nr. 17) war als Kind ohne, dagegen in der Schule mit Erfolg geimpft worden. Narben waren keine sichtbar.

R. (Nr. 18) war als Kind und in der Schule mit Erfolg geimpft und zeigte 5 deutliche Narben. Bei ihr war die Erkrankung eine sehr leichte mit spärlichem Exanthem und ohne Eiterfieber.

P. (Nr. 19) war ebenfalls zwei Mal geimpft. Von dem Erfolg ist nichts bekannt; Narben waren nicht sichtbar.

B. (Nr. 20) war als Kind geimpft und zeigte acht Narben. Auch bei ihm trat ein Eiterfieber nicht auf, desgleichen war der Ausschlag gering.

Bei K. (Nr. 21) soll der Erfolg bei der ersten Impfung ein günstiger gewesen sein. Eine zweite Impfung soll im 25. Lebensjahre stattgefunden haben, ohne dass an den Armen Narben sichtbar waren.

R. (Nr. 22) war ein Mal und zwar als Kind geimpft, jedoch ebenfalls ohne sichtbare Narben.

Frau B. (Nr. 23) zeigte vier Narben und war ein Mal als Kind geimpft.

Frau Sch. (Nr. 24) war ebenfalls als Kind geimpft, ohne jedoch, dass Narben nachweisbar waren.

N. (Nr. 25) zeigte zwei Narben und war ein Mal als kleines Kind geimpft.

Nach Vorstehendem waren somit von den Erkrankten zwei — Nr. 4 und 6 — gar nicht geimpft, Nr. 3, 8, 22 und 24 waren als Kind geimpft, zeigten jedoch keine Narben; der Erfolg war somit ein zweifelhafter. Der Verlauf war bei Nr. 3 ein leichter, bei 8 und 22 mittelschwer und bei 24 ein schwerer.

Nr. 1, 5, 11, 16, 20, 23 und 25 waren als Kind geimpft und zeigten deutliche Narben. Von ihnen starb der 62jährige G. (Nr. 5); zwei Erkrankungen — Nr. 1 und 16 — waren mittelschwer, während eine — Nr. 23 — recht schwer und drei — Nr. 11, 20 und 25 — leicht verliefen.

Als Kind und als Schulkind geimpft waren sieben Erkrankte — Nr. 2, 7, 10, 12, 17, 18 und 19, von welchen die 44jährige Frau P. starb. Die sechs anderen Fälle verliefen leicht.

Vier weitere Erkrankte geben an, dass sie auch in späteren Jahren und zwar als Soldaten seien geimpft worden, — ob mit Erfolg konnte nicht festgestellt werden. Wesentlich gegen einen solchen spricht die Thatsache, dass bei keinem derselben Narben gefunden wurden. Von ihnen starben der 51jährige B., ein notorischer Trinker und Stromer, sowie der 77jährige K. Von den zwei anderen Erkrankungen verlief die eine mittelschwer, die andere leicht.

Ueber den 66jährigen Arbeiter S., welcher genas, wurde Näheres nicht bekannt.

Von den vier Verstorbenen waren bei keinem Narben einer vorausgegangenen Schutzpockenimpfung nachzuweisen; die letzten Impfungen lagen nach ihren Mittheilungen bei der Erkrankung zurück: bei B. 31, P. 32, K. 52 und G. 62 Jahre.

Nr.	Personale.	Tag der Erkrankung	Tag der Aufnahme	Alter	Impfungen. Kind	Impfungen. Schule	Impfungen. später	Verlauf.[1])	Entlassung	Ausgang
1.	T., Caspar, Schreiner	24./V.	29./V.	49	1 mit Erf.	—	—	M. Dichtstehendes Exanthem. Geringes Eiterfieber.	18./VII.	Heilung
2.	W., Jacob, Schreiner	26./V.	1./VI.	43	1	1	—	L. Dichtes Exanthem. Kein Eiterfieber.	14./VII.	„
					2 Narben					
3.	B., Anton, Taglöhner	29./V.	2./VI.	45	1 m. Erf.	—	—	L. Spärliches Exanthem mit sehr leichtem Verlauf.	14./VII.	„
4.	W., Gustav, Kind von Nr. 2	7./VI.	1./VI. in Sperre	2 Monat	—	—	—	Sch. Sehr ausgedehntes Exanthem. Schwerer Verlauf. Furunkulose.	23./VII.	„
5.	G., Friedr., Taglöhner	9./VI.	10./VI.	63	1 mit Erf.	—	—	Sch. Bewusstlos eingewiesen. Nicht sehr diffuses Exanthem. Mässiges Fieber.	16./VI.	Tod
6.	T., Carl, Enkelchen von Nr. 1	13./VI.	29./V. in Sperre	$1^1/_4$	—	—	—	L. Geringes Exanthem. Milder Verlauf.	17./VII.	Heilung
7.	M., Heinrich, Agent	11./VI.	13./VI.	23	1	1	—	L. Geringes Exanthem mit sehr leichtem Verlauf.	18./VII.	„
					mit Erf.					
8.	B., Peter, Schreiner	10./VI.	13./VI.	52	1 ? keine Narb.	—	—	M. Ziemlich dichtes Exanthem. Fieberlose Eiterung.	28./VII.	„
9.	B., Wilhelm, Schlosser	10./VI.	13./VI.	51	1	1	1	Sch. Variola confluens. Starkes Eiterfieber. Pleuropneumonie.	24./VI.	Tod
					Erfolg?		Narb. nicht sichtbar			
10.	G., Heinrich, Untersuchungsgefangener	11./VI.	13./VI.	35	1	1	—	L. Wenig Ausschlag. Keine Suppuration.	23./VII.	Heilung
					mit Erf. Narben					
11.	K., Hermann, Strafgefangener	12./VI.	15./VI.	46	1 mit Erf.	—	—	L. Geringes Exanthem. Kein Eiterfieber.	28./VII.	„

[1]) Sch. bedeutet schwerer Verlauf, M. bedeutet mittelschwerer Verlauf, L. bedeutet leichter Verlauf.

Nr.	Personale.	Tag der Erkrankung	Tag der Aufnahme	Alter	Impfungen: Kind	Impfungen: Schule	Impfungen: später	Verlauf	Entlassung	Ausgang
12.	H., Justus, Untersuchungsgefangener	12./VI.	13./VI.	39	1	1	—	L. Starkes Initialfieber. Wenig Efflorescenzen. Leichter Verlauf.	18./VII.	Heilung
					Erfolg? keine Narb.					
13.	R., Wilhelm, Untersuchungsgefangener	17./VI.	19./VI.	62	1	—	1	M. Ziemlich hohes Fieber. Wenig Exanthem. Geringe Eiterung.	23./VII.	„
					Erfolg? keine Narben					
14.	S., Carl, Untersuchungsgefangener	15./VI.	16./VI.	30	1 mit Erf.	1 Erfolg?	1	L. Geringes Fieber. Wenig Exanthem. Kein Eiterfieber.	23./VII.	„
15.	Sch., Johann, Strafgefangener	23./VI.	25./VI.	66	?	?	?	L. Mässiges papulöses Exanthem. Kein Eiterfieber.	6./VIII.	„
					keine Narben					
16.	St., Clara, gb. Geissing, Frau des Dienstm. St.	29./VI.	2./VII.	68	1 mit Erf.	—	—	M. Starkes Exanthem. Mässige Eiterung. Kein Eiterfieber.	31./VII	„
17.	B., Christian, Schreiner	4./VII.	8./VII.	20	1 ohne	1 mit	—	L. Trotz hohem Initialfieber leichter Verlauf und wenig Exanthem.	15./VII.	„
					Erfolg, jedoch keine Narb.					
18.	R., Elise, geb. E., Ehefrau	5./VII.	9./VII.	30	1 mit Erf.	1	—	L. Spärliches Exanthem. Kein Eiterfieber.	15./VII.	„
19.	P., Wwe., Johanette, geb. R., Händlerin	7./VII.	11./VII.	44	1	1	—	Sch. Bei nicht sehr starkem Exanthem starke Eiterung mit hohem Fieber.	17./VII.	Tod
					Erfolg? keine Narben					
20.	B., Gg. Phil., Spezereihändler	6./VII.	12./VII.	38	1 mit Erf.	—	—	L. Nicht sehr dichtes Exanthem ohne Eiterfieber.	18./VII.	Heilung
21.	Kr., Joseph, Auslaufer	8./VII.	13./VII.	77	1 mit Erf.	—	1 ?	Sch. Nicht sehr ausgebreitetes Exanthem. Collaps durch das Alter.	19./VII.	Tod
					keine Narben					
22.	R., Aron Veit, Kaufmann	10./VII.	15./VII.	46	1 ?	—	—	M. Ziemlich dicht stehendes Exanthem. Guter Verlauf ohne Eiterfieber.	17./VIII	Heilung
					keine Narben					
23.	B., Marie, Ehefrau v. Nr. 20	21./VII.	seit 12./VII. in Sperre	38	1 mit Erf.	—	—	Sch. Hohes Prodomalfieber mit hämorrhag. Exanthem, jedoch ohne Eiterfieber.	25./VIII	„
24.	Sch., Kunigunde, Obsthändlerin	19./VII.	23./VII.	63	1 ohne Narben	—	—	Sch. Sehr dichtstehendes, theilweise hämorrhagisches Exanthem. Mässiges Fieber.	31./VIII	„
25.	N., Bertha, Kind	25./VII.	28./VII.	16	1 mit Erf.	—	—	L. Geringer Ausschlag. Kein Eiterfieber.	31./VIII	„

Ueber den klinischen Verlauf der Erkrankungen wurde ein Bericht von H. Dr. Kaufmann dem Assistenten des Herrn

Prof. Dr. v. Noorden, welcher die Erkrankten sämmtlich behandelte, erstattet und in dem hiesigen ärztlichen Verein zum Vortrag gebracht. Derselbe ist in der Münchener medizinischen Wochenschrift Nr. 50, Jahrg. 1900, erschienen; ich verweise bezüglich des Verlaufes der einzelnen Erkrankungen auf ihn.

Aus demselben hebe ich für meinen Zweck hervor, dass von den 25 Fällen 4 tödtlich endeten, und zwar bei 3 Männern im Alter von 61, 63 und 77, sowie bei einer Frau von 44 Jahren.

In zwei Fällen wurde die Sektion gemacht und ergab bei dem einen ein welkes und vergrössertes Herz und bei dem anderen eine Pleuropneumonie.

Von den anderen 21 Fällen verliefen 3 schwer, d. h. mit hohem Fieber und dichtem Exanthem, und zwar die Erkrankungen des Kindes W. und der Frauen B. und Sch.

Als mittelschwer werden bezeichnet die Fälle T. (Nr. 1), B. (Nr. 8), R. (Nr. 13), S. (Nr. 16) und R. (Nr. 22), während der Verlauf der anderen 13 ein verhältnissmässig leichter war.

Gehen wir nunmehr zu den sanitären Massnahmen über, welche gegen die Weiterverbreitung der Krankheit ergriffen wurden, so muss vorerst bemerkt werden, dass das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 erst mit dem 4. Juli in Kraft trat und somit die ersten 16 Fälle nicht unter dasselbe fielen. Für sie massgebend waren deshalb einmal die Bestimmungen des Regierungsbezirkes Wiesbaden, bezw. des früheren Herzogthums Nassau und dann die der Stadt Frankfurt a. M.; erstere bestanden in Vorschriften über die Absonderung der Kranken bezw. den Schluss der Häuser oder einzelner Zimmer und in der Berechtigung, eine warnende Tafel mit der Aufschrift „Pocken“ anzubringen; letztere sind enthalten in dem §. 155 der Medizinalverordnung der freien Stadt Frankfurt a. M. vom Jahre 1841, welcher besagt, dass bei Blattern neben den allgemeinen Vorschriften der vorausgegangenen Paragraphen die betreffenden Personen verpflichtet sind für die nothwendige Absonderung Sorge zu tragen, und dass, wenn dies nicht im eigenen Hauswesen „gestattet“ ist, der Kranke in ein Krankenhaus verbracht werden kann.

Das Regulativ vom 8. August 1835, welches in den alten Provinzen Gesetzeskraft hat, ist im Regierungsbezirk Wiesbaden nicht veröffentlicht und der §. 45 desselben, nach welchem die Pockenkranken in ihrer Wohnung isolirt werden, event. in eigene Pockenhäuser verbracht werden sollen, konnte somit nicht herangezogen werden. Als wesentliche Grundlage für das Handeln der Sanitätspolizei blieb somit nur der §. 10 im Allgemeinen Landrecht II, Tit. 17, sowie §. 6 des Polizeigesetzes vom 2. März 1850 übrig, von welchem der erstere die Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren als das Amt der Polizei bezeichnet und der letztere die Sorge für Leben und Gesundheit zu den Kompetenzen der ortspolizeilichen Verwaltung rechnet.

Das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni v. J. bestimmt, dass für

kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen eine Absonderung angeordnet werden kann und dass, wenn in der Behausung des Kranken die nöthigen Einrichtungen nicht getroffen werden können, der Kranke in ein geeignetes Krankenhaus überführt werden darf, wenn der beamtete Arzt es für unerlässlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt.

Dieser letztere Zusatz, welcher entgegen der Regierungs-Vorlage durch den Reichstag in das Gesetz aufgenommen wurde, lässt sich, wie meine heurigen Erfahrungen lehrten, nicht durchführen, weil durch die Einholung der Erlaubniss des behandelnden Arztes für den beamteten Arzt die beste Zeit des Handelns verloren geht.

Der erste Kranke (T. Nr. 1) war bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus in eine leerstehende Baracke gelegt worden. Zwei Tage später jedoch wurde er in das Blatternhaus übergeführt; in dasselbe wurden auch die weiteren Kranken eingewiesen.

Bei dem Wachsen der Epidemie und der Nothwendigkeit, Quarantäneräume zu schaffen, reichte jedoch dieses Haus nicht aus. Es wurde deshalb für die männlichen Kranken als Spital aufgegeben und diese in dem Pavillon für Infektionskranke untergebracht, der zu diesem Zwecke vollständig geräumt und desinfizirt wurde.

Das Blatternhaus selbst diente von da ab in seiner einen Hälfte zur Aufnahme von erkrankten Frauen und Kindern und in seiner anderen Hälfte als Quarantänestation blatternverdächtiger Personen aus der Stadt.

Selbstverständlich wurden über die Behandlung, Verpflegung, sowie den sonstigen Verkehr entsprechende Anordnungen getroffen; für die Zweckmässigkeit derselben einer- und für deren gewissenhafte Befolgung anderseits spricht die Thatsache, dass in dem grossen Krankenhaus mit seinen 500 Betten keine einzige Ansteckung vorkam.

Bei der grossen Tragweite, welche die im Gerichtsgefängniss aufgetretenen Erkrankungen insbesondere durch die ungünstigen sanitären Verhältnisse und die dichte Belegung des Gefängnisses hatten, wurden speziell nach dieser Richtung in gemeinschaftlichen Konferenzen mit den zuständigen Behörden mehrfache Anordnungen getroffen, welche besonders in folgenden Massregeln gipfelten:

1. Sämmtliche Insassen des Altbaues in dem Gerichtsgefängniss, 26 an der Zahl, werden gebadet, mit frischer Wäsche versehen und in das Polizeigefängniss evakuirt. Gleichzeitig werden deren Gebrauchsgegenstände, Kleider, Lagerstätten u. s. w. desinfizirt.

2. Alle Entlassenen bleiben bis auf Weiteres in Quarantäne und die Neueinlieferungen in das Gefängniss werden sistirt.

3. Das Wartepersonal wird geimpft und den Beamten des Gefängnisses, sowie der Staatsanwaltschaft und allen mit dem Gerichtsgefängniss in Verbindung stehenden Beamten die Impfung angerathen. Auch die in dem Gerichtsgefängniss wohnende Familie des Inspektors wird geimpft und dessen Kindern der Schulbesuch untersagt.

4. Durch ein zwischen dem Herrn Polizeipräsidenten und dem Herrn

Ersten Staatsanwalt getroffenes Abkommen erfolgen sämmtliche Einlieferungen bis auf Weiteres in das Polizeigefängniss und Jedermann, der in dasselbe eingeliefert wird, muss sich bei dem Eintritt sofort der Impfung unterziehen.

5. Gleichzeitig wird die Ueberführung von den Gefangenen aus dem Gerichtsgefängniss in auswärtige Strafanstalten, sowie die Durchführung von Gefangenen durch Frankfurt eingestellt.

Entsprechend diesen Beschlüssen wurden am 3. Juni 26 Gefangene aus dem Gerichtsgefängniss in das Polizeigefängniss überführt und auch in diesem die Impfung der Beamten angeordnet. Auch wurden Vorkehrungen zur Impfung der Schutzleute getroffen und es als erwünscht bezeichnet, dass zu Erhebungen in blatternverdächtigen Häusern u. s. w. immer nur solche Schutzleute kommandirt wurden, welche noch nicht lange vom Militär entlassen waren und somit noch unter dem Schutze der Impfung standen.

Als jedoch die der Ansteckung Verdächtigen sich mehrten und deshalb am 13. Juni weitere 35 Gefangene aus dem Gerichtsgefängniss entfernt und am 15. Juni 16 Insassen aus der Herberge zum Prinzen Carl ebenfalls in Quarantäne geschickt werden mussten, reichten die Räume des Polizeigefängnisses nicht mehr aus; es wurde deshalb dicht an dem städtischen Krankenhaus ein Raum in der Grösse von ca. 3000 qm mit einer 2 m hohen Bretterwand umzäunt und in demselben 4 Döcker'sche Baracken mit je 20 Betten aufgeschlagen. Zugleich wurde ein Raum für die Polizeiwache, sowie ein weiterer für ein Bad und die nöthigen Klosetträume eingerichtet und sämmtliche Räume mit elektrischem Licht und Wasserleitung versehen. Auch wurde ausser der Polizeiwache in diesem Raum, welcher in erster Linie als Sperre für Wohnungslose bestimmt wurde, ein Posten vor den Infektionspavillon gestellt.

Selbstverständlich wurden sämmtlich in Sperre Geschickten, soweit dies nicht geschehen war, geimpft, gebadet und mit frischer Wäsche versehen.

Der Raum selbst stand durch eine abgeschlossene Thür mit dem Krankenhaus in Verbindung und die Verpflegung der Insassen, sowie deren sanitäre Ueberwachung geschah durch das Krankenhaus.

Eine wichtige Frage, welche in einer Sitzung mit den leitenden Persönlichkeiten des Gerichts berathen wurde, betraf die Entscheidung, ob es von sanitärem Standpunkt zulässig sei, die Sitzungen des Schwurgerichtes, welche in der Zeit vom 25. Juni bis 9. Juli angesetzt waren und bei welchen sich immer eine grosse Anzahl von Leuten in dem Gerichtsgebäude zusammendrängen, abzuhalten.

Diese Frage wurde bejaht unter den Kautelen, dass alle Angeklagten, 15 an der Zahl, 8 Tage vor dem Termin in dem Polizeigefängniss in Einzelhaft genommen und daselbst beobachtet würden, sowie insbesondere ihre Temperatur täglich gemessen würde. An dem Morgen vor der Vorführung wurde diese nochmals gemessen und gleichzeitig von mir eine genauere Untersuchung jedes einzelnen Angeklagten vorgenommen. Irgend eine

Gesundheitsstörung trat bei keinem derselben auf; die Sitzungen des Schwurgerichtes verliefen ohne Störung.

Eine weitere wesentliche Massnahme in sanitärer Beziehung bestand in der Fürsorge für die öffentlichen Impfungen.

Dieselben wurden derart eingerichtet, dass in den Turnhallen von 7 verschiedenen Schulen durch mehrere Wochen jeden Nachmittag von 12—1 Uhr und Abends von 6—7 Uhr von einer grösseren Anzahl von Aerzten Impfungen unentgeltlich vorgenommen wurden. Die Kosten dieser Impfungen trug die Stadt indem sie die Lymphe, bezogen aus dem Königlichen Impfinstitut zu Kassel, den Aerzten stellte und jedem derselben ausserdem für jeden Impftag 20 Mark bezahlte. Die Zahl dieser Impfungen betrug 8152.

Die Zahl der in den Räumen des Gerichtes und der Polizei von mir und insbesondere in meiner Vertretung von meinem Mitarbeiter Herrn Dr. Grünwald vorgenommenen Impfungen betrug einschliesslich der Impfungen der Prostituirten, welche gelegentlich der Visite ebenfalls geimpft wurden, ca. 1650 und die in den verschiedenen Krankenhäusern ca. 2000.

Um einen Ueberblick zu bekommen über die, wie mir bekannt wurde, sehr zahlreichen Privatimpfungen richtete ich ein Zirkular an die Aerzte der Stadt mit dem Ersuchen, mir zu statistischen Zwecken die Anzahl der von ihnen in den Monaten Juni, Juli und August gemachten Privatimpfungen mitzutheilen. Zu diesem Zwecke legte ich eine vorgedruckte Postkarte dem Zirkular an und erbat mir die betreffenden Zahlen ohne Namensunterschrift.

Im Ganzen wurden 265 Karten verschickt, von welchen 238 zurückkamen, so dass sich ca. 90% der hiesigen Aerzte an der Statistik betheiligten. Die Zahl der von ihnen vorgenommenen Impfungen betrug ca. 18000 — hierzu kommen noch etwa 3—400 Impfungen unter dem Personal der Eisenbahn, so dass im Ganzen die gesammte Zahl der vorgenommenen Impfungen während der Epidemie auf etwa 30000 angeschlagen werden kann.

Diese Zusammenstellung der Impfungen ist nach zwei Richtungen von Interesse, einmal weil trotz der grossen Zahl derselben wesentliche Gesundheitsstörungen durch dieselben nicht vorkamen und dann weil weitaus der grössere Theil derselben freiwillig war.

Mehrfach unterblieb die Impfung, weil die Betreffenden, Mitglieder einer Krankenkasse, angeblich keine Garantie hatten, dass ihnen für den Fall einer durch das Impfen bedingten Arbeitsunfähigkeit das Krankengeld ausgezahlt werde und dann weil sie selbst in dem Falle der Zahlung dennoch finanziell geschädigt würden.

In wie weit solche Bedenken begründet sind, d. h. in wie weit die Krankenkassen zur Zahlung von Krankengeld in solchen Fällen verpflichtet sind, entzieht sich meiner Beurtheilung; sehr erwünscht wäre es sicherlich, wenn ein staatlicher Fond bestände,

durch welchen zur Zeit einer Epidemie das Impfen Jedermann möglichst erleichtert würde.

Betrachten wir nunmehr zum Schluss noch einmal den ganzen Verlauf der Epidemie, so bietet derselbe im grossen Ganzen nichts Neues dar, indem die alten Erfahrungen über die Verbreitung dieser Erkrankung, sowie die Dauer der verschiedenen Stadien bestätigt werden.

Von Interesse ist die Erkrankung in dem Strafgefängniss zu Preungesheim, in welchem zwei anscheinend gesunde Gefangene den Krankheitsstoff aus dem hiesigen Gerichtsgefängniss verschleppten und dort einen Gefangenen ansteckten, mit welchem sie nur im Vorübergehen in Verkehr kommen konnten.

Dass die Krankheit beschränkt blieb und von den einzelnen Erkrankten Herde nicht ausgingen, hat seinen Grund darin einmal, dass durch den jetzt jahrelangen Bestand des Impfgesetzes die Empfänglichkeit für das Blatterngift nur noch eine geringe und schwache ist und dann darin, dass die Umgebung der Erkrankten sofort in Quarantäne genommen wurde.

Anerkennend muss hierbei hervorgehoben werden, dass den sanitätspolizeilichen Anordnungen wesentliche Widerstände nicht entgegengestellt wurden, und dass das Publikum ein richtiges Verständniss für die oft in die persönliche Freiheit des Einzelnen tief einschneidenden und nicht selten auch mit materiellen Schädigungen verbundenen Massnahmen zeigte.

Ferner beweist der Verlauf der einzelnen Erkrankungen schlagend die segensreiche Wirkung der Impfung, wie dies aus den früher angegebenen Zahlen hervorgeht.

Dass eine so ungemein grosse Anzahl von Bewohnern der Stadt sich freiwillig impfen liess, ist ein Beweis dafür, dass der Werth der Impfung immer mehr anerkannt wird und dass diese Erkenntniss immer tiefer in die Bevölkerung eindringt. Auf der anderen Seite beweist die Thatsache, dass trotz der ca. 30 000 Impfungen wesentliche Schädigungen der Gesundheit durch dieselben nicht auftreten, dass die jetzt eingeführte Impfung mit animaler Lymphe, verbunden mit der Fürsorge für Reinlichkeit der Instrumente u. s. w. hinreichenden Schutz gegen Uebertragung von Krankheiten durch das Impfen bietet.

Aufgabe der Sanitätspolizei muss es jedoch sein, Sorge zu tragen dafür, dass das Impfen in allen Staaten und insbesondere bei unseren östlichen Nachbarn, obligatorisch, sowohl in dem ersten, sowie im 12. Lebensjahre gemacht wird, und dass eine strengere Beaufsichtigung des Grenzverkehrs, sowie des Zuzugs ausländischer Arbeiter Platz greift.

Schliesslich sei noch bemerkt, dass die Kosten, welche dem Staat und der Stadt aus der Sperre der in das Krankenhaus zur Beobachtung Eingewiesenen erwuchsen, sich auf ca. 25 000 M. beliefen und dass die Zahl der Gesperrten 153 betrug. Von diesen erkrankten in der Sperre 7, welche andernfalls ebenso viele Infektionsherde gebildet hätten.

Wasserversorgung und Staatshülfe.

Von Prof. Dr. C. Fraenkel in Halle a./S.

In dem preussischen Staatshaushaltsetat für 1901/1902 findet sich beim Medizinalwesen auch eine Forderung von 45000 Mark „zur Unterhaltung einer staatlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung". In der beigefügten Begründung heisst es:

„Die hygienisch einwandfreie Wasserzuführung und Abwässerbeseitigung ist eine der wesentlichsten Vorbedingungen für eine günstige wirthschaftliche Entwicklung volkreicher Gemeinwesen und das vornehmste Mittel, dem Ausbruche von Krankheiten und ihrer epidemischen Ausbreitung vorzubeugen. Diese Bedeutung ist allseitig erkannt und neuerdings auch in einer dem Staatsministerium vorgelegten Petition von Vertretern grösserer Städte und Industrien vom 24. März 1900 wegen Errichtung einer staatlichen Prüfungsanstalt für diese Zwecke hervorgehoben worden. In dieser wird zugleich auf die Schäden hingewiesen, welche den Gemeinden und Industrien durch unzweckmässige Massnahmen auf dem Gebiete der Trinkwasserversorgung und Abwässerbeseitigung entstanden sind, weil es an einer Stelle fehlt, wo die sich auf diesem Gebiete vollziehenden Vorgänge und die daraus zu ziehenden praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen einheitlich gesammelt und verwerthet werden. Die vielfach geschaffenen fehlerhaften Anlagen haben bedeutende wirthschaftliche Schäden und beklagenswerthe hygienische Missstände — namentlich Verunreinigungen der Flussläufe — mit sich geführt. Diese Umstände haben die Aufsichtsbehörden veranlasst, seit Jahren die planmässige Forschung auf diesem Gebiete anzuregen und namentlich die Ergebnisse der verschiedenen Methoden für die Reinigung der Abwässer nachprüfen und Untersuchungen über die Nutzbarmachung der Abwässer und der Klärrückstände für die Landwirthschaft, sowie über die Selbstreinigung der Flüsse und dergl. anstellen zu lassen. Die Angelegenheit ist von einer aus den Vertretern der betheiligten Ministerien zusammengesetzten Kommission bisher mit Erfolg geführt worden. Gegenüber der stets wachsenden Bedeutung und dem Umfange der übernommenen Aufgaben erweist sich die bisherige Organisation und die Heranziehung einzelner Sachverständiger von Fall zu Fall nicht als ausreichend. Es sollen daher die von jener Kommission bisher veranlassten Arbeiten durch die versuchsweise Schaffung einer Zentralstelle, bei welcher alle einschlagenden hygienischen und volkswirthschaftlichen Interessen Berücksichtigung und planmässige Förderung finden, gesichert werden. Das Institut soll zugleich den Staatsbehörden, Kommunen und Industrien etc. die Möglichkeit für die Einholung von objektiver, sachkundiger, nach dem jeweiligen Stande von Wissenschaft und Praxis einzurichtender Auskunft gewähren.

Die Anstalt wird der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums der geistlichen etc. Angelegenheiten angegliedert, während die Aufsicht über dieselbe von einer Kommission, bestehend aus den Vertretern der betheiligten Ministerien, ausgeübt wird. Die geschäftliche Leitung der Anstalt wird einem vortragenden Rathe der Medizinal-Abtheilung übertragen, welcher zugleich den Vorsitz in der Kommission führt und die Letztere nach aussen und der Anstalt gegenüber vertritt.

Das wissenschaftliche Personal der Anstalt soll aus einem Vorsteher, dem die technische Leitung obliegt, einigen wissenschaftlichen Mitarbeitern und den zu einzelnen Zwecken hinzuzuziehenden Hülfsarbeitern bestehen, denen die nöthige Bureauhülfe und ein genügendes Unterpersonal zur Seite gestellt wird. Unter dem wissenschaftlichen Personal ist je ein Chemiker, ein bakteriologisch gebildeter Arzt, ein Botaniker und ein Ingenieur vorgesehen. Die Anstalt soll zunächst provisorisch eingerichtet werden, damit erst über ihre Wirksamkeit und ihren Geschäftsumfang Erfahrungen gesammelt werden können.

Von den laufenden Kosten, welche durch den Betrieb der Anstalt entstehen, entfallen

a) auf persönliche Ausgaben (für den Vorsteher 6000 Mark, für wissen-

schaftliche Mitglieder und Hülfsarbeiter 15000 Mark, für Bureauhülfe 1800 Mark) = 22800 Mark,

b) auf sächliche Ausgaben (für Löhne des Dienstpersonals, Diäten und Fuhrkosten 7700 Mark, für Bureaubedürfnisse — Miethe, Kopialien, Schreib- und Packmaterialien, Drucksachen, Feuerung und Reinigung, Beleuchtung, Bibliothek, Utensilien, Instrumente und Apparate, Chemikalien, nicht aversionirte Postporto- und Gebührenbeträge, Heften der Akten etc. — 13000 Mark, für unvorhergesehene Ausgaben 1500 Mark) = 22200 Mark.

Es ist in's Auge gefasst, die dauerndern Ausgaben durch Erhebung von Gebühren für die von Behörden und Privaten beantragten Prüfungen, Begutachtungen, Ueberwachungen etc. nach Massgabe eines aufzustellenden Tarifs thunlichst zu decken."

Man wird die damit kundgegebene Absicht gewiss von allen Seiten als einen bedeutsamen Fortschritt begrüssen, den wir namentlich den rastlosen Bemühungen von Schmidtmann zu danken haben. Wie aus den überzeugenden Worten, mit denen dieser schon vor Jahren (Vierteljahrsschr. f. ger. Med.; 1898, Supplementheft; Einleitung, S. XXXI ff.) den Nachweis des hier vorliegenden Bedürfnisses geführt hat, und ebenso aus der eben wiedergegebenen Begründung der vorgeschlagenen Neuerung zur Genüge hervorgeht, handelt es sich dabei im Wesentlichen um ein Mittel, das der verwickelten und schwierigen Frage der Abwässerbeseitigung Hülfe bringen und hier die jetzt so schmerzlich vermisste Ordnung schaffen soll. In der That wird ein sachverständiges Urtheil nicht daran zweifeln, dass diese Aufgabe nur durch Eingreifen des Staates eine erspriessliche Förderung und Lösung erhalten kann. Die genaue Prüfung der von den Erfindern angepriesenen Verfahren auf ihre theoretische Berechtigung und praktische Brauchbarkeit, namentlich aber ihre weitere Ausarbeitung und Vervollkommnung im Allgemeinen oder für den gerade aufgeworfenen besonderen Fall u. s. w. erfordern ein solches Aufgebot an sachlichen und persönlichen Kräften, dass die bestehenden wissenschaftlichen Anstalten, namentlich die hygienischen Institute schon deshalb in der Regel versagen müssen, und es ist in diesem Zusammenhange gewiss bemerkenswerth, dass bereits in den letzten Jahren die wichtigsten Fortschritte auf dem ganzen Felde nur durch die Thätigkeit einer vom preussischen Staate besonders eingesetzten Kommission, sowie der hamburgischen hygienischen Staatsanstalt erzielt worden sind, die über sehr viel reichere Mittel verfügt, als die verwandten Universitätslaboratorien.

Aber wenn die Zentralstelle auch unter dem Zeichen der Abwässerfrage geboren ist, so soll sich ihr Wirkungskreis doch nicht auf dieses Gebiet beschränken. In dem Geleitbrief, mit dem sie vor die Oeffentlichkeit tritt, ist vielmehr wiederholentlich von der Wasserversorgung die Rede, und eben dieser Punkt giebt mir Veranlassung zu den folgenden kurzen Ausführungen.

Gewiss sind die Missstände, die durch eine mangelhafte Entfernung der Abfallstoffe hervorgerufen werden, oft genug ungemein dringlicher Natur, und namentlich wenn es sich, wie die Regierung sagt, um „volkreiche Gemeinwesen" oder um ausgedehntere gewerbliche Anlagen handelt, machen sie sich in so entschiedener

Weise bemerklich, dass der laute und allgemeine Ruf nach schleuniger Abhülfe mehr als erklärlich wird. Indessen verdienen die Schäden, die eine ungenügende Wasserversorgung zur Folge hat, doch sicherlich ebenfalls die grösste Beachtung von Seiten der Gesundheitspflege. Das Uebel liegt freilich nicht so an der Oberfläche, es trägt eher einen schleichenden, als einen akuten Charakter; es hat seinen Sitz auch viel weniger in den „volkreichen Gemeinwesen", die nach dieser Richtung ja meist in ganz geregelten Verhältnissen leben und nach Abstossung der letzten, noch vorhandenen Flusswasserwerke kaum mehr etwas zu wünschen übrig lassen werden, als in den Mittel- und Landstädten, sowie namentlich auf dem Lande selbst, aber seine Bedeutung darf darum doch nicht unterschätzt werden. Es ist wohl nicht zu viel behauptet, dass eine so gefährliche und langwierige Infektionskrankheit, wie der Typhus abdominalis, eben hierin die starken Wurzeln seiner Kraft hat. Ist er aus den grossen Städten in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr verschwunden, so erhebt er vor ihren Thoren immer von Neuem wieder sein Haupt und wird schliesslich auch in jene wieder eingeschleppt, wie das jüngst noch Ebstein (D. m. W.; 1901, S. 12) an der Hand bestimmter Beobachtungen in anschaulicher Weise geschildert hat.

Indessen ist der unheilvolle Einfluss der schlechten Wasserversorgung mit den offenkundigen Uebertragungen des Typhus längst nicht erschöpft. So manche sonstige Leiden, wie z. B. Magendarmkatarrhe der verschiedensten Art bei Erwachsenen und Kindern, oft gewiss nur verkappte Typhen, oft aber auch anderer Entstehung, sind ohne Zweifel auf demselben Boden erwachsen, und mit dem Augenblick, wo es gelänge, hier die erforderliche Abhülfe zu schaffen, würde eine der wichtigsten Krankheitsquellen zu fliessen aufhören.

Aber dieses Ziel zu erreichen, werden ganz besondere Anstrengungen nöthig werden. Ich habe im Laufe meiner selbstständigen Thätigkeit jetzt die Wasserversorgungsverhältnisse im Osten, im Westen und in der Mitte des preussischen Staates aus eigener Anschauung kennen gelernt und kann danach nur bezeugen, dass auf dem Lande, in den Dörfern und in vielen, wenn nicht in den meisten kleineren Städten überall die nämlichen, geradezu unglaublichen und höchst beklagenswerthen Zustände herrschen. Es ist fast die Regel, dass das Trinkwasser aus einem durchlässigen, schlecht gedeckten und schadhaften, oft sogar völlig verwahrlosten Kesselbrunnen bezogen wird, neben dem in wenigen Fuss oder höchstens Metern Entfernung die gleichfalls lecke Abtrittsgrube und der Dunghaufen ihren Platz haben. Wiederholentlich ist es mir selbst begegnet, dass ein Zugang zur oberen Brunnenöffnung erst möglich wurde, nachdem vorher der Mist und sonstiger Unrath, der in hoher Schicht auf dem Bohlenbelage aufgestapelt war, beseitigt worden, und es bedarf gewiss keiner besonders lebhaften Phantasie, um sich die Beschaffenheit eines

Wassers auszumalen, das unter solchen Bedingungen das Licht der Welt erblickt.

Von Zeit zu Zeit nun wird der Hygieniker um Hülfe angerufen. Meist geschieht das, wenn ein besonders heftiger Ausbuch des Typhus oder einer anderen Seuche die Aufmerksamkeit der Behörden erregt hat und nun auf dem üblichen Instanzenwege via Ortsvorsteher oder Bürgermeister, Landrath, Kreisphysikus u. s. w. einige Wochen nach Erlöschen der Epidemie eine Wasserprobe beim Institute mit dem Auftrage „zur Untersuchung auf Typhusbazillen" einläuft. Es wird geantwortet, dass diese Aufgabe wahrscheinlich überhaupt nicht mehr gelöst werden könne, in jedem Falle längere Zeit beanspruche, auch nicht geringe Kosten mache und deshalb angerathen, nur eine sachverständige örtliche Besichtigung vornehmen zu lassen, die so wie so zur Ergänzung der etwa sonst erhaltenen Befunde unentbehrlich sei. Nach wiederholtem Briefwehsel, der sich namentlich um die Höhe der vermuthlich entstehenden Kosten und um die Frage dreht, wer diese zu bezahlen verpflichtet sei, wird dann die Ortsbesichtigung angeordnet und der Zustand der Brunnen einer allgemeinen Revision unterzogen. Gewöhnlich wird man freilich trotz allen Sträubens genöthigt, doch auch noch eine chemische und bakteriologische Analyse des verdächtigen Wassers anzuschliessen. Denn der blosse Augenschein und die Art seiner Ausführung sind zu „einfach", nicht geheimnissvoll genug, um auf den Laien den gehörigen Eindruck zu machen, während sich vor 120 mg Abdampfrückstand, 50 mg Chlor, 10 mg Salpetersäure im Liter und 16000 Keimen im Kubikzentimeter alle Betheiligten in scheuer Ehrfurcht verneigen und das Landrathsamt alsbald mit einigen väterlichen Vermahnungen über die höchst ungehörigen Zustände, die in dortiger Gemeinde aufgedeckt worden seien, die sofortige Sperre über die betreffenden Brunnen verhängt.

Aber was soll nun geschehen? Natürlich empfiehlt man, statt der Kesselbrunnen gute Röhrenbrunnen, und zwar thunlichst an einer weniger verunreingten Stelle des Erdreichs zu errichten. Es werden nach einem giewissen Zögern, meist in ganz planloser Weise und nicht durch einen erfahrenen, sachverständigen Hydrologen und Techniker, sondern durch irgend einen Pfuscher, der sich selbst den Titel „Brunnenmacher" beigelegt, alsdann Bohrungen vorgenommen, die in günstigen Fällen, trotzdem noch zu befriedigenden Ergebnissen gelangen und die bestehende Nothlage beseitigen können. Aber oft genug bleibt das Glück der tastenden Hand des Schatzgräbers fern, und nach einigen fruchtlosen und kostspieligen Versuchen, so die genügenden Mengen von brauchbarem Wasser zu finden, wird dieser Weg verlassen. Schon vorher hatte der konsultirte Hygieniker als die überhaupt beste Lösung der ganzen Frage vorgeschlagen, von der Errichtung weiterer Brunnen völlig abzusehen und eine gemeinsame, mit einwandsfreiem Material gespeiste Wasserleitung für den ganzen Ort, das ganze Dorf herzustellen, und nun wiederholt er Angesichts der bisherigen Misserfolge seine Empfehlung.

Indessen erheben sich hier alsbald neue Schwierigkeiten. In der Regel schreckt die Gemeinde von vornherein vor einem so umfassenden Plane zurück, und alle die berühmten Redensarten, dass das Wasser überhaupt gar nicht Schuld sei an der Krankheit, dass der Typhus ja aus dem Blute komme, dass die Brunnen doch immer so gewesen wären und gutes Wasser geliefert hätten, dass der Grossvater auch nur daraus getrunken hätte und 87 Jahre alt geworden sei u. s. w., erscheinen auf der Szene und verfehlen ihre Wirkung nicht. Aber auch wo verständigere Gemeindebehörden am Ruder sind und die angeregte Neuerung daher zunächst in ernsthafte Erwägung gezogen wird, ist damit noch nicht allzuviel gewonnen. Zunächst entfesselt schon die Wahl eines geeigneten Technikers heftige Kämpfe im Schoosse der Gemeindeverwaltung. Endlich hat man sich für eine der Firmen entschieden, von denen Angebote eingelaufen waren, und es wird nun ein vorläufiges Projekt aufgestellt und ein Kostenanschlag ausgearbeitet. Aber — der Rest ist Schweigen. Auch den eifrigsten Befürwortern des Planes sinken Angesichts der geforderten Summen die Flügel, und aus eigener Kraft vermag die betreffende Gemeinde die Mittel thatsächlich selbst beim besten Willen nicht aufzubringen. Gewiss würde ein Zusammenschluss mehrerer benachbarter Orte, die fast immer unter den gleichen Uebelständen leiden, zu einem gemeinschaftlichen Wasserversorgungsverbande, zu einer Genossenschaft hier häufig noch einen gangbaren Weg darbieten, den manche Mittelstädte unter ähnlichen Verhältnissen, z. B. in Rheinland und Westfalen schon wiederholentlich mit bestem Erfolg betreten haben. Aber auf dem Lande fehlt meist die hierzu erforderliche Initiative und Beweglichkeit, und so verläuft denn die ganze Angelegenheit, die Anfangs mit Eifer und grossen Erwartungen angegriffen worden war, zuletzt elendiglich im Sande.

Hier wäre es meines Erachtens Aufgabe und Pflicht des Staates, den Gemeinden seine hülfreiche Hand zu leihen, und sie mit Rath und That zu unterstützen. Mit Rath, indem er durch seine Beamten und auf seine Kosten eine sachverständige Prüfung der örtlichen Verhältnisse vornehmen lässt und danach Vorschläge für die weitere Behandlung der Frage entwickelt, und ich meine, dass eben für diesen Zweck die neue, jetzt im Etat vorgesehene Anstalt gerade die rechte Stelle sein würde. Indess „im Anfang war die That“, und dringlicher noch, als Aufklärung und Belehrung erscheint hier die materielle Subvention für die Ausführung des schliesslichen Planes. Das kann geschehen, indem der Staat zu der erforderlichen Bausumme einen grösseren Beitrag liefert, oder der bezw. den Gemeinden die Geldmittel zu einem besonders niedrigen Zinsfuss vorstreckt, oder endlich, indem er seinen Einfluss dahin geltend macht, die bei den Versicherungsanstalten angehäuften Kapitalien heranzuziehen; mindestens die Krankenversicherung hätte gewiss alle Ursache, hier einzuspringen und mit der schlechten

Wasserversorgung eine der bedeutsamsten Krankheitsquellen zu verstopfen.

Nun bin ich darauf gefasst, dass man mein Verlangen bei der ganzen Anschauungsweise und Tendenz, die namentlich unsere Finanzbehörden erfüllt, von vornherein als völlig aussichtslos bezeichnen wird. In der That hat die Ueberzeugung, dass die Gesundheit der Bürger auch ein Theil, und zwar wahrlich nicht der letzte und geringste unseres Nationalvermögens sei, hier bisher nur wenig Boden gefunden, und man würde mit der weiteren Ausspinnung dieses Gedankens vermuthlich doch nur tauben Ohren predigen. Wirksamer erweist sich erfahrungsgemäss schon das gute Beispiel, der Hinweis auf das Vorgehen anderer Bundesstaaten, und gerade hier kann man der preussischen Verwaltung allerdings höchst beachtenswerthe Muster und Vorbilder zeigen und zur Nachahmung empfehlen.

Vor mir liegen z. B. die württembergischen Hauptfinanzetats für 1899 und 1900, sowie für 1901 und 1902. In Heft 5, enthaltend den Etat des Departements des Innern findet sich für 1899 und 1900 bei Kapitel 24a und 25 auf S. 24 ff. unter „Oeffentliche Wasserversorgung“ Titel 2 „Schwarzwaldwasserversorgung“ Zuschuss für 1898 Mark 60000, 1899 Mark 80000, 1900 Mark 80000 und dazu folgende Erläuterung:

Der Hauptfinanzetat für 1897/98 genehmigte für die Schwarzwaldwasserversorgung in den Oberämtern Calw und Nagold einen Staatsbeitrag von 30% der Baukosten und die Uebernahme der Bauleitung auf den Staat. Unter Zugrundelegung einer Bausumme von 660000 Mark für das erweiterte Projekt wurde die Bedarfssumme auf 240000 Mark angenommen und gleichmässig auf die beiden Etatsperioden 1897/98 und 1899/1900, sowie innerhalb derselben je auf die beiden Verwaltungsjahre vertheilt. Inzwischen übte die, ursprünglich auf nur 11 Gemeinden und Thalgemeinden berechnete Gruppe auf die benachbarten Gemeinden eine so starke Anziehungskraft aus, dass ihr in den Jahren 1897 und 1898 noch 18 weitere Gemeinden und Thalgemeinden, nämlich Würzbach, Naislach, Aichhalden, Oberweiler, Neuweiler, Sommenhardt mit Lützenhardt, Oberkollwangen und Alzenberg u. s. w. mit zusammen 3274 Einwohnern beitraten, womit die Gesammteinwohnerzahl der Gruppe auf 6129 — mehr als das Doppelte der ursprünglichen Zahl — gebracht wurde. Zufolge dieser, bei Aufstellung des Hauptfinanzetats für 1897 und 1898 nicht vorauszusehenden Ausdehnung des Gemeindeverbandes stellte sich die Bausumme höher, als damals angenommen wurde, immerhin, in Folge günstiger, baulicher Verhältnisse und Vertragsabschlüsse, nicht höher als auf 766000 Mark, während die Kosten der Bauleitung sich statt auf 40000 Mark auf etwa 50000 Mark berechnen werden. Die Gesammtbedarfssumme beträgt hiernach $\frac{766000 \cdot 30}{100} + 50000$ Mark oder rund 280000 Mark, sodass, nachdem in der Verwaltungsperiode 1897/1898 120000 M gewährt worden sind, noch 160000 Mark zu decken übrig bleiben. Dieselben lassen sich gleichmässig auf die beiden Verwaltungsjahre vertheilen.

Und ferner unter Nr. 3: Beiträge für selbstständige Wasserversorgungsanlagen einzelner Korporationen 1898 Mark 50000, 1899 Mark 80000, 1900 Mark 80000 mit nachstehender Erläuterung:

Der Hauptfinanzetat pro 1897/98 bot durch Uebertragung der reinen Erübrigungen der vorhergegangenen Finanzperiode und neue Verwilligungen für die beiden Verwaltungsjahre zusammen die Summe von 120000 Mark für den Zweck, weniger bemittelten Gemeinden durch Uebernahme der Kosten. der Ausarbeitung von Plänen und Ueberschlägen sowohl, als durch

Gewährung von Beiträgen zu der Bauausführung von Wasserversorgungen die ebenso nothwendige als meist schwere Aufgabe der künstlichen Wasserbeschaffung zu erleichtern. Eine höhere Summe ist nothwendig für die Etatsperiode 1899/1900, da die Wasserversorgung von Einzelkorporationen und kleineren Gruppen, deren staatliche Unterstützung in Uebereinstimmung mit den bei der Berathung des Hauptfinanzetats pro 1895/96 in der Kammer der Abgeordneten von mehreren Seiten geäusserten Wünschen als ein Gebot der Billigkeit anzusehen ist, in steter Zunahme begriffen, und da es überdies geboten ist, eine Anzahl von auf dem Jura gelegenen Gemeinden, die wegen ihrer geographischen Lage sich keinem der grossen württembergischen Gruppenverbände anschliessen können, sondern allein oder in Verbindung mit Nachbargemeinden, theils im Anschluss an einen im Grossherzogthum Baden gebildeten Verband vorgegangen sind, mit erheblichen Beiträgen zu unterstützen.

In dem Haushalt für 1901 und 1902 aber begegnen wir wieder bei Kapitel 5, S. 20, 21 und 22 den folgenden Positionen;

1) Techniker für das öffentliche Wasserversorgungswesen, Gehalt 5500 Mark, Kanzleikosten 1800 Mark.

2) Beiträge für selbstständige Wasserversorgungsanlagen einzelner Korporationen 1901: 50000 Mark, 1902: 80000 Mark und dazu die Begründung:

Der Titel hat wie bisher den Zweck, weniger bemittelten Gemeinden durch Uebernahme der Kosten der Ausarbeitung von Plänen und Ueberschlägen sowohl, als auch durch Gewährung von Beiträgen zu der Bauausführung für Wasserversorgungen die ebenso nothwendige, als meist schwierige Aufgabe der künstlichen Wasserbeschaffung zu erleichtern. Die durch den letzten Hauptfinanzetat zur Verfügung gestellte Summe von 80000 Mark ist zur Erfüllung dieses Zweckes nothwendig und ausreichend.

3. Erweiterung der Ulmer Albgruppe Nr. 12 für 1901 29000 Mark, für 1902: 29000 Mark und zur Begründung:

In den Jahren 1895 und 1896 wurde die aus den Gemeinden Beimerstetten, Jungingen, Luizhausen, Lehr, der Theilgemeinde Vorderdenkenthal und einigen angrenzenden Gemeinden gehörigen Weilern bestehende Ulmer-Albgruppe Nr. 12 gegründet, welche das erforderliche Trink- und Nutzwasser aus dem Schammenthal, einem nördlichen Seitenthal der Blau, mittelst Dampfkraft bezieht. Dieser Gruppe wurde aus den durch den Hauptfinanzetat pro 1893/94 zur Verfügung gestellten Mitteln ein Staatsbeitrag von 20% der durch die Bauausführung entstandenen Kosten gewährt; ausserdem wurden die Kosten der Projektirung und Bauleitung in vollem Betrag auf die Staatskasse übernommen. Diesem Gemeindeverband sind nun nachträglich die zum Oberamtsbezirk Ulm gehörigen Gemeinden Bernstadt, Breitingen, Halzhausen, Hörvelsingen, Lonsee und Westerstetten, sowie für einzelne Orte die Gemeinden Albeck und Mähringen beigetreten. Dadurch erhöht sich der Bauaufwand um 216000 Mark. Es entspricht der Billigkeit, diese Erweiterung der Gruppe durch einen Staatsbeitrag nach demselben Massstab zu unterstützen, wie er bei den Stammgruppen zur Anwendung gekommen ist. Danach wäre ein baarer Beitrag von 43200 Mark zu gewähren, sowie die Kosten der Projektirung und Bauleitung mit 14500 Mark unmittelbar von der Staatskasse zu bestreiten, woraus sich im Ganzen ein Erforderniss von 58000 Mark ergiebt.

4. Horbergruppe 1901: 22800 Mark, 1902: 40000 Mark Begründung:

Die im Oberamtsbezirk Horb auf dem Muschelkalkplateau des rechten Neckarufers gelegenen Gemeinen Nordstetten mit Buschhof, Ahldorf und Felldorf mit zusammen 2006 Einwohnern sind neuestens zu einem Gemeindeverband zusammengetreten, der den Zweck hat, dass im Egelsthal entspringende Quellwasser mittelst Wasserkraft zu heben und den Gemeinden zuzuführen. Der Anschluss der Gemeinde Bierlingen (718 Einwohner) an diesen Verband ist zu erwarten. Die Kosten der Bausausführung dieses Unternehmens sind auf 244000 Mark veranschlagt. Da die Wasserverhältnisse des in Betracht kommenden Gebietes, sowie die ökonomischen Verhältnisse der Gemeinden und

ihrer Einwohner nicht günstiger sind als diejenigen der Albgemeinden, so ist es gerechtfertigt, sie bei ihrem gemeinnützigen Unternehmen staatlicherseits in demselben Verhältniss zu unterstützen, wie dies den Gemeinden der Alb gegenüber geschehen ist. Danach wäre ein baarer Staatsbeitrag von 20% der Baukosten oder 48800 Mark zu gewähren und die Kosten der Projektirung und Bauleitung mit 6% der Baukosten oder rund 14000 M. unmittelbar auf die Staatskesse zu übernehmen. Der Gesammtbedarf von 62800 Mark wäre auf die beiden Etatsjahre und zwar dem Fortschreiten der Ausführungsarbeiten entsprechend auf 1901 mit 22800 Mark, auf 1902 mit 40000 Mark zu vertheilen.

Herr Medizinalrath Dr. Scheurlen in Stuttgart, an den ich mich mit der Bitte um genauere Auskunft gewandt, hatte die Freundlichkeit, mir zu dem ganzen Gegenstande dann noch zu berichten, dass staatliche Zuschüsse zu Wasserversorgungen an jede Gemeinde gewährt werden, die einen entsprechenden Antrag stellt; die Höhe der Beisteuer schwankt je nach den Vermögensverhältnissen des betreffenden Ortes zwischen 15 und 35%. Seit April 1899 ist diese Vergünstigung nur an die Bedingung geknüpft, dass das Medizinalkollegium über die geplante Art der Wasserversorgung zu einem günstigen Urtheil gelange. Das muss in einem besonderen Gutachten geschehen, für das ein sehr zweckmässiges Schema aufgestellt ist, und das nach vorausgeschickter chemischer und bakteriologischer Prüfung des Wassers, sowie namentlich auf Grund einer sorgfältigen lokalen Besichtigung erstattet wird. Die Kosten für die letztere, die der Medizinalrath persönlich vorzunehmen hat, trägt der Staat.

Wie man sieht, haben alle die Wünsche, alle Hoffnungen und Entwürfe, denen ich vorher Ausdruck verliehen, hier in wahrhaft vollkommener und vorbildlicher Weise Erfüllung gefunden. Seit vielen Jahren ist die württembergische Staatsverwaltung bemüht, gerade kleineren Gemeinden, Orten mit wenigen hundert Einwohnern, die Wohlthat einer brauchbaren und einwandsfreien Wasserversorgung zugänglich zu machen und mit besonderer Vorliebe hat sie dabei den gewiss richtigen Weg beschrittten, mehrere Gemeinden zu einem entsprechenden Verbande zusammenzuschweissen. Im Jahre 1898 hat sie dieser Aufgabe 145000 M., 1899: 160000 M., 1900 ebenfalls 160000, 1901: 139100, 1902: 156300, also immerhin Summen geopfert, die im Etat eines kleinen Landes schon eine Rolle spielen. Aber mit goldenen Worten weiss sie diesen Aufwand zu begründen und zu rechtfertigen. Es wird hervorgehoben, dass die Herstellung einer guten Wasserversorgung eine „ebenso schwere als nothwendige Aufgabe“ sei, dass aber den kleineren und ärmeren Gemeinden meist die finanzielle Möglichkeit zur Ausführung dieser Verbesserung fehle und deshalb die Staatshülfe geboten sei.

Vielleicht hätte man noch hinzufügen können, dass der hier angebahnte Fortschritt nicht nur der betreffenden Gemeinde, sondern dem ganzen Lande zum Nutzen gereiche, da die Beseitigung jeder mangelhaften Anlage gleichbedeutend mit der Ausrottung eines Seuchenherdes und damit einer Stätte dauernder Gefahr auch für die gesammte Umgebung sei.

Die weise und thatkräftige Politik, die der württembergische Staat hier auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bekundet, wird nicht ohne den erhofften Lohn bleiben und für die Folge sicherlich in einer Verminderung der Krankheits- und Sterbefälle an Typhus und anderen verwandten Affektionen zum Ausdruck gelangen. Aber das Schwabenland steht hier doch nicht allein da. Wohl ist es auf diesem Wege mit gutem Beispiele vorangegangen, indem es das Amt eines „Staatstechnikers für das öffentliche Wasserversorgungswesen" schon am 6. Mai 1869 geschaffen und die Einrichtung dann allmählich zu der jetzigen Höhe weiter entwickelt hat. Aber alsbald sind Baden, Elsass-Lothringen und namentlich Bayern gefolgt; besonders das Letztere hat in diesem edlen Wettstreit seinen Nachbaren fast den Rang abgelaufen. Durch Ministerialentschliessung vom 30. März 1878 ist in Bayern ein „technisches Bureau für Wasserversorgung" in's Leben gerufen worden, das „seine Thätigkeit ausschliesslich einer rationellen und ausgiebigen Nutzbarmachung der vielfach vorhandenen, aber sehr mangelhaften und für öffentliche Zwecke oft gar nicht verwendbaren Trink- und Nutzwässer zuzuwenden hat." Es heisst in der beigefügten Begründung dann weiter:

„Das Kgl. Staatsministerium des Innern wird die Gemeinden, welche ihre Wasserversorgungsverhältnisse zu verbessern entschlossen sind, nach zwei Richtungen unterstützen, und zwar einerseits durch die Thätigkeit des eingerichteten technischen Bureaus für Wasserversorgung, welches die technischen allgemeinen und erforderlichenfalls die Detailarbeiten zu besorgen, die Kostenvoranschläge aufzustellen und die Ausführung des projektirten Unternehmens zu leiten hat, anderseits durch einen nach dem Stand der verfügbaren Mittel bemessenen Geldzuschuss bis zum Betrage des vierten Theiles der eigentlichen Baukosten aus dem Wasserversorgungsfonds. Die Gemeinden, welche den Beirath oder die Beihülfe des Technikers oder einen Zuschuss aus dem Wasserversorgungsfonds beanspruchen, haben ihr Gesuch durch die Distriktspolizeibehörde dem Kgl. Staatsministerium des Innern vorzulegen. Mit dieser Vorlage ist zu verbinden:

1) Eine nähere Beschreibung des dermaligen Zustandes der Wasserbeschaffung;

2) eine Angabe über die Zahl der Einwohner, der Gebäude, des Pferde- und Viehstandes zur Bemessung des erforderlichen Wasserbedarfs;

3) eine Darstellung über die wirthsthaftlichen Verhältnisse der Gemeinde und deren Vermögensstand, über die Grösse der zu entrichtenden Staatssteuer und über die während der letzten 5 Jahre erhobenen Kreis-, Distrikts- und Gemeindeumlagen;

4) eine Aeusserung darüber, ob die beantragte Wasserversorgung auf mehrere Gemeinden oder Ortschaften ausgedehnt werden könne, in welchem Falle die Bildung einer Genossenschaft anzustreben ist."

Es folgen dann noch eingehende Bestimmungen über die Art der Aufstellung und weiteren Behandlung des Projekts, sowie ferner über die Vertheilung der entstehenden Kosten. Wird die Bauausführung beschlossen, so kann von Staatswegen eine Beisteuer in der oben erwähnten Höhe geleistet werden; das technische Bureau übernimmt die Bauoberleitung und die Abnahme der von ihm projektirten Bauten, und zwar wieder ohne hierfür eine Entschädigung zu beanspruchen. Durch Verfügung vom 23. Juni 1881 ist dann auch noch eine regelmässige sachverständige Besichtigung der so entstandenen Wasserwerke

durch die Beamten des technischen Bureaus, ebenfalls auf Kosten des Wasserversorgungsfonds eingerichtet worden. Der letztere ist im Wesentlichen aus den Beiträgen der Brandversicherungsanstalten und ähnlicher Verbände gebildet worden und stellt der Regierung also fortlaufende, sich regelmässig ergänzende Mittel zur Verfügung, die für den hier in Rede stehenden Zweck nicht, wie in Württemberg, jedesmal von der Kammer bewilligt zu werden brauchen.

Dass dem Bestreben der Gemeinden zur Verbesserung ihrer Wasserversorgungsverhältnisse durch diese Verordnungen ein ganz ausserordentlicher Vorschub geleistet und eine kaum hoch genug zu veranschlagende Erleichterung gewährt wird, liegt auf der Hand. Schon die Gewissheit, eine zuverlässige, nicht auf den eigenen Vorteil bedachte und dabei geschäftskundige, erfahrene, sachverständige Instanz finden zu können, die die Sorge für die Aufstellung des Entwurfs, die technische Prüfung und Bearbeitung der Pläne auf ihre Schultern nimmt, ist natürlich für die betreffenden örtlichen Behörden von geradezu unschätzbarem Werthe, und die Aussicht, einen immerhin nicht unerheblichen Zuschuss für das Werk von Seiten des Staates erhalten zu können, wird dem Entschlusse zur Lösung der ganzen Frage gewiss in vielen Fällen noch die Wege ebnen, wo sonst hieran garnicht zu denken wäre.

In der That ist denn das technische Bureau seit seiner Entstehung auch in immer steigendem Maasse in Anspruch genommen worden. Nach den zahlenmässigen Aufstellungen, die sich in der ausgezeichneten Veröffentlichung von E. Grahn: „Die Städtische Wasserversorgung im Deutschen Reiche“ (München, R. Oldenbourg, Bd. II, S. 193 ff.) finden, hat das Bureau von 1878—1898 erledigt:

1) 2020 Bearbeitungen von Plänen, wovon 1488 allgemeine und 532 Einzelpläne und Kostenanschläge betrafen.

2) 300 Bauausführungen von Anlagen für 414 verschiedene Orte mit einer Bausumme von 17513073 Mark bei einem Bauzuschuss aus dem Wasserversorgungsfonds von 3239375 Mark oder 18% der Bausumme.

Gemäss diesen wachsenden Ansprüchen hat auch das Personal des technischen Bureaus allmählich immer verstärkt werden müssen; es umfast heute 6 fest angestellte höhere Beamte, mehrere Hilfsarbeiter, Kanzleivorsteher u. s. f.

Die eben angeführten Zahlen schildern die Grossartigkeit der ganzen Einrichtung mit so lauter Stimme, dass es irgend eines weiteren erläuternden Hinweises wahrlich nicht bedarf, und nicht ohne das Gefühl lebhaften Neides, um nicht zu sagen, tiefer Beschämung werden wir in Preussen auf diese Beispiele blicken können. Denn bei uns hat man bisher noch nicht den Finger zu dem gleichen Zweck gerührt, und wie auf so manchem anderen Felde der öffentlichen Wohlfahrt und Gesundheitspflege hat man auch hier während der letzten Jahrzehnte die Führung an die kleineren und hierzu gewiss weniger berufenen Bundesbrüder verloren. Hoffen

wir, dass man mindestens versucht, den Vorsprung, den jene inzwischen gewonnen, wieder einzuholen, und dass die Anstalt, die jetzt im Etat gefordert wird, nicht nur für die Beseitigung der städtischen Abfallstoffe eine neue Aera einleite, sondern sich auch baldigst auswachsen möge zu einer Zentralstelle für Wasserversorgung im Sinne des bayrischen technischen Bureaus mit seinem gut dotirten und segensreichen „Wasserversorgungsfonds."

Zur Ausführung des Kreisarztgesetzes.

Vom Herausgeber.

Nicht nur in Fachblättern, sondern auch in der Tagespresse hat die Ausführung des Kreisarztgesetzes in den letzten Wochen verschiedentlich Besprechungen erfahren, in denen fast ausnahmslos, ohne Unterschied des politischen Parteistandpunktes der betreffenden Blätter, die von uns in Nr. 2 der Zeitschrift ausgesprochenen Abänderungswünsche als durchaus berechtigt anerkannt sind und ihre Erfüllung sowohl im Interesse der betheiligten Beamten, als im öffentlichen Interesse warm befürwortet wird.

So schreibt z. B. die „Kölner Zeitung" in der Morgen-Ausgabe vom 4. d. M., Nr. 95:

„Man muss rühmend hervorheben, dass die Medizinalbeamten selbst in sachgemässer Weise das Gute anerkennen, was das Gesetz bezw. dessen Ausführung bringt. Das zeigt eine Besprechung des Medizinaletats in der „Zeitschrift für Medizinalbeamte" vom 15. Januar. Die Betheiligten hoffen, dass mit dem Gesetz der Anfang zu einer gründlichen Neugestaltung unseres Medizinalwesens gemacht ist und sind deshalb auch weniger enttäuscht über die Unvollkommenheit der Vorlage, als es die ärztliche Welt im Allgemeinen ist. Von 499 Kreisärzten sind zunächst nur 24 vollbesoldet. Diese Zahl wird sich später leicht vermehren lassen, und es ist vielleicht ganz zweckmässig, hier auf den Abgang älterer Beamten und auf Erfahrungen zu warten. Von diesem Gesichtspunkte aus genügen auch die 15 Gerichtsärzte. Wichtig ist, dass vier derselben Extraordinariate der gerichtlichen Medizin vertreten sollen. Dieser Zweig der ärztlichen Wissenschaft wird hierdurch gefördert werden. Anzuerkennen ist ferner, dass die Stelle für einen vierten Rath im Ministerium für Medizinalangelegenheiten vorgesehen ist und dass eine staatliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung eingerichtet wird. Dagegen erregt die Art und Weise der Gehalts- und Pensionsberechnung für die Kreisärzte das grösste Befremden.

Sollen 21 vollbesoldete Kreisärzte sämmtlich mit dem Mindestgehalt angestellt werden? Darunter sind gewiss frühere Kreisphysiker, die bereits 10 bis 15 Jahre gedient haben und nun ihr ganzes bisheriges Einkommen gegen 3600 Mark jährliches Gehalt hingeben sollen. Wäre es nicht im höchsten Grade unbillig, Beamten von 30 Jahren mit 1—2 Jahren Dienstzeit dasselbe Gehalt zu geben wie denen, die vielleicht 45—50 Jahre zählen? Und wie sollen die letzteren bei ihrer Pensionirung bedacht werden, wenn die frühere Dienstzeit nicht angerechnet ist? Hier muss eine Aenderung vorgenommen werden. Ebenso nöthig ist, das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte in anderer Weise zu bestimmen, als im Etat vorgeschlagen wird. Das Gesetz macht keinen Unterschied in der Amtsführung der vollbesoldeten und nicht vollbesoldeten Kreisärzte. Trotzdem wird letzteren unter Berufung auf §. 5 des Gesetzes vom 27. März 1872 kein Wohnungsgeldzuschuss bewilligt, damit also gesagt, dass sie ihre kreisärztliche Thätigkeit nur im Nebenamt ausüben. Das ist ein Widerspruch, der zu unangenehmen Folgen führen kann und deshalb im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege beseitigt werden muss dadurch, dass man, entsprechend dem Sinne des Gesetzes, sämmtlichen Kreisärzten Wohnungs-

geldzuschuss gewährt. Vor allen Dingen muss aber auch das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte einfach nach Altersstufen und nicht nach der verwickelten Methode der Vorlage berechnet werden. Je älter ein Kreisarzt wird, um so geringer werden seine Einnahmen aus der Praxis, und endlich vermindern sich auch die eigentlichen Nebeneinnahmen. Soll denn das Gehalt nach einigen Jahren wiederholt geändert werden? Soll ein Anfänger das Höchstgehalt bekommen, während der alte benachbarte Kollege noch mit dem Anfangsgehalt abgefunden wird? Soll der fleissige, befähigte und schnelle Arbeiter schlechter bezahlt werden als der bequeme, der sich vielleicht um manche Nebeneinnahmen herumdrückt, weil er sie nicht nöthig hat und ihre Höhe oder Niedrigkeit nicht der aufzuwenden Mühe und Zeit entspricht? Wo wäre es auch sonst üblich, das Gehalt der Beamten nicht nach dem Dienstalter, sondern nach den grösseren oder geringeren Leistungen zu bemessen? Hier kann sicher ohne stärkere Belastung des Etats Wandel geschaffen werden, und zwar muss das Durchschnittsgehalt wenigstens 3200 Mark betragen, weil mit dem Satze von 2250 Mark unmöglich eine genügende Entschädigung für gewissenhafte Amtsführung geboten ist.

Endlich wird man fordern müssen, dass bei Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte das Diensteinkommen der vollbesoldeten Kollegen mit gleichem Dienstalter zu Grunde gelegt wird, weil es sonst auch in Zukunft nicht immer möglich sein wird, ältere Beamte rechtzeitig im Interesse des öffentlichen Wohles aus dem Amte zu entfernen. Man darf doch nicht vergessen, dass die Nebeneinnahmen der letzten drei Jahre naturgemäss bei einem alten Herrn recht gering werden können, wenn er durch Kränklichkeit gezwungen ist, jede Anstrengung möglichst zu vermeiden. Ein Haupterfolg wäre in Frage gestellt, den man durch das Kreisarztgesetz herbeiführen wollte: in den verantwortungsreichen Aemtern nur solche Leute zu haben, die geistig und körperlich ihrer Aufgabe gewachsen sind. Schliesslich wird es im Landtag gelingen, auch denjenigen Beamten gerecht zu werden, welche auf Wartegeld gestellt sind. Vielleicht gewinnt das ganze Kreisarztgesetz erheblich an Werth, wenn die oben berührten Punkte zu allgemeiner Zufriedenheit ihre Erledigung finden."

Einen noch ausführlicheren und sich fast in demselben Sinne aussprechenden Artikel bringt die „Neue Preussische (Kreuz-) Zeitung" in der Beilage zu Nr. 61 vom 6. d. M., der folgenden Wortlaut hat:

„Zur Ausführung des Kreisarztgesetzes sind im diesjährigen Etat die Mittel eingestellt, und die seit langen Jahren gewünschte Reform unseres Medizinalwesens tritt am 1 April in Kraft.

Wie bei allen solchen Umwandlungen lassen sich auch hier einzelne Härten nicht vermeiden. Berechtigte Wünsche der Betheiligten werden trotzdem eine wohlwollende Berücksichtigung erfahren.

Mit Genugthuung mag hervorgehoben werden, dass die Medizinalbeamten selbst anerkennen, wie mit dem Kreisarztgesetz ein Grund gelegt ist, auf welchem das preussische Medizinalwesen in absehbarer Zeit dem anderer deutschen Staaten gleichkommen kann.

In der „Zeitschrift für Medizinalbeamte" vom 15. Januar d. J. findet sich eine angemessene Würdigung der Vorlage. Besonders freudig wird es begrüsst, dass wenigstens ein Anfang mit Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte gemacht ist, und dass vier Extraordinariate zur gerichtlichen Medizin geschaffen werden, deren Inhaber gleichzeitig als Gerichtsärzte thätig sein sollen. Man erwartet hiervon mit Recht eine wissenschaftliche Förderung der gerichtlichen Medizin.

Die Regierung verfährt durchaus richtig, wenn sie bei der ganzen Reform schrittweise vorgeht, und von diesem Gesichtspunkte aus darf die Durchführung des Kreisarztgesetzes in der beabsichtigten Form als genügend bezeichnet werden. Die Erfahrung wird lehren, ob, wann und wo es sich weiter empfiehlt, vollbesoldete Kreisärzte und Gerichtsärzte anzustellen, und in welchen Städten eine Uebertragung der kreisärztlichen Geschäfte auf den Stadtarzt möglich ist.

Wir müssen aber bestrebt sein, dass Neue so zu gestalten, dass der beabsichtigte Zweck erreicht und jede unvermeidliche Härte gemildert wird.

Aus diesem Grunde sind einige Wünsche recht beachtenswerth, welche

die „Zeitschrift für Medizinalbeamte“ in jenem durchaus sachgemässen Artikel hervorhebt.

Im Etat ist für sämmtliche (21) vollbesoldete Kreisärzte das Mindestgehalt von 3600 Mark ausgeworfen. Man beabsichtigt also offenbar, diese Beamten stets mit dem Mindestgehalt anfangen zu lassen, gleichgültig, in welchem Lebens- oder Dienstalter sie stehen.

Das ist seither bei den Regierungs-Medizinal-Räthen ebenso gewesen, nur ist bei diesen das Gehalt höher.

Wird sich aber dieser Standpunkt als richtig erweisen? Jetzt, beim Inkrafttreten des Gesetzes, sicher nicht, denn wir würden einer — wenn auch kleinen — Anzahl von Beamten grossen Schaden zufügen. Sollte z. B. ein Kreisarzt am 1. April mit 3600 Mark Gehalt anfangen, der schon seit 10 oder 15 Jahren als Kreisphysikus thätig war und als solcher eine weit höhere Einnahme aus Amt und Praxis hatte? Dann hätte man ihm die Privatpraxis belassen müssen, soweit die amtliche Stellung nicht darunter leidet. Die Billigkeit verlangt, dass solchem Beamten mindestens seine bisherige Dienstzeit angerechnet wird.

Besonders nöthig erscheint das auch mit Rücksicht auf die spätere Pensionirung; denn wie sollte ein Kreisarzt, welcher jetzt vielleicht 50 Jahre alt und nach 10 Jahren dienstunfähig wäre, von der geringen Pension leben können, die ihm dann zufiele?

Ob es später möglich ist, jeden vollbesoldeten Kreisarzt mit dem Mindestgehalt anzustellen, erscheint ebenfalls sehr fraglich. Es dürfte jedenfalls nicht immer gelingen, die tüchtigsten Kräfte zu gewinnen, wenn in dieser Beziehung zu engherzig verfahren wird, und gerade in Bezirken mit vollbesoldeten Kreisärzten gehören Männer in reiferem Lebensalter, welche unmöglich mit 5600 Mark auskommen können.

Ob man später das Dienstalter mit bestandener Prüfung oder mit der ersten Anstellung im Staatsdienst beginnen lässt, wird sich finden.

Augenblicklich hat die Frage aber auch ein besonderes Interesse für alle nicht vollbesoldeten Kreisärzte, denen ihre seitherige Dienstzeit anzurechnen sein dürfte.

Die ganze Besoldungsart dieser 478 Kreis- und 15 Gerichtsärzte ist ein bisher noch nicht unternommener Versuch, der allerdings zu grossen Ungerechtigkeiten führen kann.

Zunächst fehlt im Etat jede Angabe über das Mindestgehalt. Richtig erscheint uns die Forderung, dass die Gehälter mit den Nebeneinnahmen nicht höher ausfallen dürfen, als bei den vollbesoldeten Kreisärzten. Es wird sich deshalb um die Frage handeln: „was ist als Nebeneinnahme anzurechnen?“ Da giebt der Etat selbst die Antwort: man wird logischer Weise als mit dem Amt verbundene Nebeneinnahmen nur solche bezeichnen dürfen, welche bei vollbesoldeten Stellen in Zukunft der Staatskasse zufliessen.

Damit ist die ganze Frage einfach und in gerechter Weise gelöst. Alle anderen Einnahmen der Kreisärzte sind niemals mit dem Amte, sondern stets nur mit der Person verbunden. Wie sollte sich sonst die allen Verwaltungsbeamten bekannte Thatsache erklären, dass zwei einander im Amte folgende Physiker die verschiedensten Einnahmen hatten? Der eine war sehr fleissig, ein flotter Arbeiter und eignete sich vorzüglich als Sachverständiger; der andere liebte die Ruhe, war nicht so pünktlich, hatte auch weniger Geschick, dafür vielleicht mehr pekuniäre Mittel. Natürlich wird der letztere von Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichten u. s. w. weniger in Anspruch genommen, man wird ihm nicht gern Impf-, Gefängnissarzt- oder andere vertrauensärztliche Stellungen übertragen, und seine Nebeneinnahmen — im weiteren Sinne — bleiben erheblich hinter denen seines Kollegen zurück. Soll dieser Beamte nun aus Staatsmitteln entschädigt werden dafür, dass er weniger leistet? Das wäre ungerecht!

Uebrigens ist es eine bekannte Thatsache, dass die als Vertrauensärzte am meisten gesuchten Physiker gewöhnlich auch die tüchtigsten Gesundheitsbeamten waren.

Will man also durchaus für jede einzelne Stelle das Gehalt feststellen, so darf es nur in der angedeuteten Weise geschehen. Aber auch dann erscheint diese Methode nicht richtig.

Die durchschnittlichen Nebeneinnahmen sollen berechnet werden aus den

letzten 3 Jahren. Was wird z. B. aus den Beamten, welche am 1. April die gerichtsärztlichen Einnahmen an einen besonderen Gerichtsarzt verlieren? Ihnen dürfen mindestens die gerichtsärztlichen Gebühren nicht in Anrechnung gebracht werden.

Soll ferner ein Physikus, der seit 20 Jahren im Amte ist, unter Umständen weniger Gehalt bekommen als ein anderer, der seit 1 oder 2 Jahren angestellt war? Solche Dinge werden sich ohne wesentliche Erhöhung des Etats vermeiden lassen. Man soll auch bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten das Gehalt einfach nach dem Dienstalter festsetzen. Die ganze umständliche Berechnung für die einzelne Stelle fällt damit fort, und es werden weit seltener offenbare Ungerechtigkeiten vorkommen.

Warum soll nicht, wie bei allen Beamten, auch hier der ältere ein grösseres Einkommen haben als der jüngere? Und wohin soll es führen, wenn bei dem jüngeren Manne die Nebeneinnahmen wachsen, beim älteren naturgemäss zurückgehen? Soll dem einen das Gehalt gekürzt, dem anderen erhöht werden? Wie endlich kann erwartet werden, dass jeder Kreisarzt bei zunehmendem Alter und abnehmender Leistungsfähigkeit in erster Linie auf Nebeneinkommen verzichtet, um seine volle Kraft im Dienst des Staates zu verbrauchen, wenn dieser selbst ihn immer wieder auf Nebengeschäfte verweist? Sollte da nicht der Dienst leiden?

Bedenklich erscheint auch die Berechnung der Pension für nicht vollbesoldete Kreisärzte.

Wenn hierbei die Nebeneinnahmen der letzten drei Jahre eine Rolle spielen sollen, so muss berücksichtigt werden, dass ein zur Pensionirung reifer Beamter vielleicht in den letzten Jahren viele Geschäfte nicht mehr selbst erledigen konnte. Das ist wohl in allen Beamtenklassen der Fall. Soll dann der alte Kreisarzt, dem längst die ärztliche Praxis verloren ging, mit ungenügender Pension zur Ruhe gesetzt werden? Wird dann nicht die Behörde wieder wie seither aus reiner Menschlichkeit unbrauchbare, weil zu alte Herren länger im Amte belassen, als es im öffentlichen Interesse erwünscht ist?

Am Abend des Lebens sind die nicht vollbesoldeten Kreisärzte sicher nicht so gut oder gar besser gestellt, als ihre vollbesoldeten Kollegen, und wenn sie aus dem Amte scheiden, bleibt beiden nur ihre Pension. Es dürfte deshalb im Interesse der Beamten und des Staates liegen, bei der Pensionirung des nicht vollbesoldeten Kreisarztes einfach das pensionsfähige Dienstalter zu Grunde zu legen.

Ob die für Amtsunkosten im Etat ausgeworfene Summe genügt, wird sich erst nach Bekanntwerden der Dienstanweisung für Kreisärzte beurtheilen lassen. Es will uns kaum möglich erscheinen, dass selbst bei der kleinsten Stelle eine Summe unter 250 Mark für alle sächlichen Ausgaben hinreichen könnte, auch erscheint es unbillig, dass die Kreisärzte gewisse Aufwendungen für ihr Staatsamt von dem Einkommen aus der Privatpraxis bestreiten sollen, die ausserdem sehr häufig hinter dem Werth der Amtseinkünfte zurückbleibt.

Noch wichtiger aber dürfte die Frage des Wohnungsgeldzuschusses sein.

In der Begründung des Etats wird für Verweigerung dieses Zuschusses an die nicht vollbesoldeten Kreisärzte auf §. 5 des Gesetzes vom 27. März 1872 verwiesen. Könnte das nicht verhängnissvoll werden? Schon der Widerspruch ist unhaltbar, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte ihr Amt im Gegensatze zu den vollbesoldeten nur nebenbei besorgen sollen. Das öffentliche Interesse kann hier keinen Unterschied machen und hoffentlich würde auch die Regierung nicht dulden, dass ein Kreisarzt amtliche Obliegenheiten vernachlässigen wollte, so lange er vielleicht bei einer Influenza-Epidemie als Privatarzt zu stark in Anspruch genommen wäre. Es geht nicht an, die Gesundheitsbeamten auch fernerhin nur im Nebenamt zu beschäftigen; das sollte ja gerade durch das Kreisarztgesetz verhindert werden, und deshalb erscheint die Forderung nach Wohnungsgeldzuschuss auch für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte wohl begründet.

Schwierig wird eine billige Abfindung der zur Ruhe gestellten Beamten sein. Es unterliegt keinem Zweifel, dass Regierung und Landtag, wie in ähnlichen früheren Fällen, möglichst mild verfahren werden. Insbesondere wird man erwarten dürfen, dass nicht jeder Beamte ohne Weiteres sein

Wartegeld verliert, der nicht im Stande ist, die erste ihm angebotene Stelle anzunehmen, an welcher er möglicher Weise seine Familie nicht erhalten kann.

Die übrigen Positionen sind ohne grössere Bedeutung.

Dass zunächst nur 30 Kreisarzt-Assistenten angestellt werden und zwar mit angemessenem Gehalt, ist genügend. Sollte nach Unterbringung vorhandener und geeigneter Kreiswundärzte diese Zahl zum rechtzeitigen Ersatz der Kreisärzte nicht ausreichen, so kann sie leicht erhöht werden.

Auf jeden Fall ist die ganze Vorlage äusserst fleissig durchgearbeitet und wird nach Beseitigung der angedeuteten Mängel sicherlich nicht nur die Medizinalbeamten selbst befriedigen, sondern auch unserem Gesundheitswesen zum Vortheil gereichen."

Mit Recht wird in beiden Artikeln die Nothwendigkeit betont, dass das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ebenfalls nach Altersstufen und nicht nach den örtlichen Verhältnissen bemessen, sowie die bisherige Dienstseit bei der Festsetzung des Anfangsgehaltes aller Kreisärzte, auch der vollbesoldeten, in Anrechnung gebracht wird. Auch die von uns gestellte Forderung, das pensionsfähige Dienstalter vom Tage der bestandenen kreisärztlichen Prüfung an zu rechnen, wird ebenso als berechtigt anerkannt wie die Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses an die nicht vollbesoldeten Kreisärzte. Für die Berechtigung dieser Gewährung spricht vor allem der Umstand, dass der nicht vollbesoldete Kreisarzt künftighin ebenfalls im Hauptamte angestellt ist; ausserdem darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass ihm ein bestimmter Amtssitz zugewiesen wird und er nicht seinen Wohnort beliebig wählen kann, ein Punkt, der in der Denkschrift unerwähnt geblieben ist. Unseres Erachtens ist die Erfüllung dieser Forderung einer der wichtigsten Punkte; sollten trotz der ausserordentlich günstigen Lage der preussischen Finanzen unüberwindliche finanzielle Bedenken entgegenstehen, so würden die Medizinalbeamten, wie wir dies bereits in Nr. 2 betont haben, lieber auf höheres Anfangs- und Durchschnittsgehalt, als auf den Wohnungsgeldzuschuss verzichten. Finanzielle Bedenken dürften aber kaum in's Gewicht fallen, sobald dem Vorschlage der „Kreuzzeitung" gemäss alle mit dem Amte verbundenen Nebeneinnahmen, die bei den vollbesoldeten Stellen künftighin der Staatskasse zufliessen, bei der Gehaltsbemessung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte von einem bestimmten Mindestgehalt (etwa 1800 Mark) an in Anrechnung gebracht würden; die ganze Frage würde dann „einfach und in gerechter Weise", sowie ohne wesentliche finanzielle Mehrbelastung gelöst.

Betreffs der Frage der Amtsunkosten-Entschädigung möchten wir empfehlen, den Unterschied zwischen voll- und nicht vollbesoldeten hier überhaupt fallen zu lassen und dieEntschädigung lediglich nach dem Geschäftsumfang und den örtlichen Verhältnissen, nicht aber, wie dies jüngst von anderer Seite [1]) vorgeschlagen ist, nach der Einwohnerzahl (10 M. für je 1000 Einwohner) festzusetzen; denn diese allein kann dafür nicht massgebend sein. Thatsächlich wird es künftighin manche nicht vollbesoldete Kreisärzte geben,

[1]) Siehe 2. Beilage zu Nr. 49 der „Berliner Neuesten Nachrichten" vom 30. Januar d. J.

die eine ebenso umfangreiche Amtsthätigkeit haben, wie die vollbesoldeten, und auf jede Praxis verzichten müssen; deshalb erscheint es auch nicht billig, ihre Amtsunkosten von vornherein geringer zu bemessen. Ueber die Höhe der Amtsunkosten-Entschädigung kann man verschiedener Ansicht sein, da sichere Unterlagen hierfür fehlen, dass „aber selbst bei der kleinsten Stelle eine Summe unter 250 Mark für alle sächlichen Ausgaben nicht hinreicht", darin hat die „Kreuzzeitung" vollkommen Recht. Ebenso unzulänglich ist, wie wir das bereits in Nr. 2 ausgeführt haben, der in den Etat eingestellte einmalige Betrag zur Gewährung von Beihülfen für die erste Anschaffung von Apparaten u. s. w.

Zum Schluss möchten wir noch einmal die Wartegeldfrage berühren. Dass die gerichtsärztlichen Gebühren bei Bemessung des Wartegeldes mit anzurechnen sind, darüber dürfte nach Lage der Sache kaum ein Zweifel obwalten; dagegen halten wir nach wie vor die Gebühren in Unfall- und Invaliditätssachen nicht für anrechnungsfähig nach §. 15 des Kreisarztgesetzes. Zweifelhaft kann man in Bezug auf die einzelnen Medizinalbeamten bisher gewährten Stellenzulagen in schwer zu besetzenden Physikaten sein; im Interesse der Betheiligten wäre es allerdings zu wünschen, wenn die ministerielle Entscheidung zu ihrem Gunsten ausfiele.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass bei grösseren Reformen die erste Ausführung häufig Manches zu wünschen übrig lässt; immerhin sollte wenigstens die Grundlage derartig sein, dass auf ihr jederzeit weiter gebaut werden kann. Eine solche Grundlage wird aber für die Ausführung des Kreisarztgesetzes geschaffen, wenn die vorstehenden Wünsche Berücksichtigung finden; dann wird, wie die „Kreuzzeitung" zutreffend betont, „die Vorlage nicht nur die Medizinalbeamten selbst befriedigen, sondern auch unserem Gesundheitswesen zum Vortheil gereichen".

Tagesnachrichten.

Max von Pettenkofer †.

Am 9. d. Mts. ist der Altmeister der wissenschaftlichen Hygiene, der Geheime Rath Prof. Dr. Max von Pettenkofer im 83. Lebensjahre in tragischer Weise aus dem Leben geschieden. Seit längerer Zeit sehnte er voll Schwermuth den Tod herbei; es beängstigte ihn weniger die Abnahme der körperlichen Kräfte, als die Befürchtung, dass ihm dasselbe Schicksal beschieden sein könnte, wie einem nahen Verwandten, der vor einigen Jahren in hohem Alter in geistiger Umnachtung verfiel und Zuflucht in einer Anstalt suchen musste. Die Schwermuth nahm nach einer schweren Halsentzündung, die den grossen Forscher vor wenigen Wochen befallen hatte und von der er sich nicht mehr ganz erholen konnte, immer beängstigendere Formen an; trotz sorgfältigster Pflege seiner Angehörigen vermochte er diese zu täuschen und sich einen Revolver zu verschaffen, mit dem er sich das ersehnte Ende bereitete.

Ein langes, an wissenschaftlichen Erfolgen und ausserordentlichen Ehren reiches Leben ist damit zum Abschluss gekommen! v. Pettenkofer war am 3. Dezember 1818 in Lichtenheim bei Neuburg geboren, studirte in München Pharmazie und Medizin, arbeitete dann in verschiedenen chemischen Labora-

torien (auch bei Liebig) und wurde 1847 ausserordentlicher, 1853 ordentlicher Professor der medizinischen Chemie an der Universität in München. Von diesem Zeitpunkte an datiren seine grundlegenden und bahnbrechenden Arbeiten auf dem Gebiete der Hygiene, denen wir in erster Linie die grossartigen Fortschritte in der Entwickelung der öffentlichen Gesundheitspflege verdanken und die ihm für alle Zeiten weit über die engeren und weiteren Grenzen seines Vaterlandes hinaus den Ruhm des Begründers und thatkräftigsten Förderers der hygienischen Wissenschaft sichern werden!

Durch seine epochemachenden, überaus zahlreichen Arbeiten über den Stoffwechsel, über Ventilation und Heizung, vor Allem aber über Reinhaltung der Luft und des Bodens, Beseitigung aller unreinen Abfälle, Kanalisation, Trinkwasserversorgung u. s. w. hat er sich unsterbliche Verdienste erworben; und wenn jetzt die hygienische Wissenschaft als vollberechtigtes Spezialgebiet der Medizin ebenso wie ihre ungemeine Bedeutung für das nationale Wohlergehen überall anerkannt wird, so ist dies namentlich auf den grossen Einfluss v. Pettenkofer's zurückzuführen, auf dessen Veranlassung der erste Lehrstuhl für Hygiene an der Münchener Universität errichtet wurde und der es gleichzeitig verstanden hat, durch die praktische Verwerthung seiner Wissenschaft die segensreichsten Erfolge auf gesundheitlichem Gebiete zu erzielen.

Hohe Ehren und Auszeichnungen sind ihm bis in die jüngste Zeit zu Theil geworden: Er war 1873 Vorsitzender der Deutschen Cholerakommission und seit Begründung des Reichsgesundheitsamtes ausserordentliches Mitglied desselben; seit 1889 stand er an der Spitze der ersten wissenschaftlichen Körperschaft seines eigenen Vaterlandes und gehörte sowohl der Berliner, als vieler auswärtiger Akademien der Wissenschaften als ausserordentliches Mitglied an. Im Jahre 1883 wurde ihm der erbliche Adel verliehen, 1896 das Prädikat „Excellenz", und noch vor wenigen Jahren wurde er durch die Verleihung der Friedensklasse des hohen Ordens „Pour le mérite" ausgezeichnet! Aber alle diese Ehren erblassen gegenüber der ausserordentlichen Verehrung, Dankbarkeit und Liebe, die dem grossen Hygieniker ob seiner unvergänglichen Verdienste, seiner idealen, edlen Gesinnung, seines schlichten und bescheidenen Wesens in den weitesten Kreisen entgegengebracht sind; sie bilden das schönste Ehrendenkmal für ihn, bleibender als Erz und Stein!

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 1. Februar d. J. bat der Abg. Dr. Müller-Sagan (freis. Volkspartei) bei dem Kapitel „Reichsgesundheitsamt", die Koch'schen **Forschungen über die Malaria** thunlichst zu fördern und womöglich eine besondere biologische Abtheilung beim Kaiserlichen Gesundheitsamte einzurichten. Beides wurde von dem Staatssekretär Graf v. Posadowsky auch zugesagt. Es soll auf den Koch'schen Arbeiten weiter fortgebaut und ein jüngerer Gelehrter mit den dazu erforderlichen Untersuchungen der Protozoen an Ort und Stelle beauftragt werden.

Der sozialdemokratische Abg. Antrick erhob in derselben Sitzung ebenso wie im Vorjahre verschiedene Anklagen über **Missstände in den Krankenhäusern**, namentlich in Bezug auf mangelhafte Auswahl, Besoldung und Fortbildung des Krankenpflegepersonals, Ueberanstrengung desselben u. s. w., und frug an, wie weit die in Folge seiner vorjährigen Beschwerden angestellten Untersuchungen gediehen seien und ob sie zur Beseitigung der gerügten Missstände geführt hätten. Diesen Vorwürfen trat Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. Pistor entgegen und betonte, dass die überall ausgeführten unvermutheten Revisionen der Krankenhäuser keineswegs die von dem Vorredner geschilderten mangelhaften Zustände ergeben hätten; auch seien die Löhne des Wartepersonals nicht so niedrig und dessen angeblich überlange Arbeitszeit werde durch stundenlange Ruhepausen unterbrochen. Der Abg. San.-Rath Dr. Endemann schloss sich diesen Ausführungen an, während von sozialdemokratischer Seite (Singer, Antrick und Südekum) die Art der Krankenhaus-Revisionen bemängelt und die Klagen über das Wartepersonal aufrecht gehalten wurden. Auch der Abg. Prinz zu Schönaich-Carolath (nationalliberal) erklärte, dass Klagen, namentlich über das ungeeignete Wartepersonal in den Irrenanstalten, auch von anderen, den Sozialdemokraten fern stehenden Kreisen erhoben würden. Derselbe Abgeordnete führte weiter in Bezug auf den in der

Klinik des Prof. Dr. Stintzing zu Jena gekommenen und ebenfalls von sozialdemokratischer Seite zur Erörterung gebrachten Fall Strubell aus, dass dieser in weiten Kreisen einen bedauerlichen Eindruck hervorgerufen habe und derartigen Ausschreitungen im Interesse des ärztlichen Standes selbst entgegengetreten werden müsse. Von Geh. Rath Dr. Paulsen wurden die Vorwürfe gegen Prof. Dr. Stintzing als haltlos und unbegründet zurückgewiesen.[1])

Auf die von dem Abg. Dr. Endemann angeregten Frage auf bessere bessere Vorbildung der Thierärzte (Abiturientenexamen als Vorbedingung für das thierärztliche Studium) erwiderte der Staatssekretär des Innern, dass diese Frage im Reichsamt des Innern eingehend erwogen sei und zur Zeit im preussischen Ministerium erörtert werde.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. In der Sitzung vom 28. Januar d. J. gelangte ein von dem Abg. Herold (Zentrum) gestellter Antrag auf Vorlage eines Gesetzentwurfes, betreffend „Errichtung öffentlicher Schlachtviehversicherungen in Verbindung mit Massnahmen zur angemessenen Verwerthung der verworfenen Theile des Schlachtthieres und zwar unter Beihülfe von staatlichen Mitteln“ zur Berathung. Nach Begründung seitens des Antragstellers und Befürwortung mehrerer konservativer Abgeordneter (Gamp, Lüders und Ring) wurde der Antrag mit grosser Mehrheit angenommen.[2])

In der Sitzung vom 30. Januar wurde ein von dem Abg. Frhr. v. Eynatten (Zentrum) gestellter Antrag, die Regierung zu ersuchen, alsbald einen Gesetzentwurf über Wasserrecht vorzulegen, welcher insbesondere die Beseitigung der zunehmenden Verunreinigung der Flüsse und Bäche durch die Abwässer der industriellen Werke ermögliche, nach kurzer Debatte angenommen, obwohl der Herr Finanzminister erklärte, dass es besser sei, wenn im Wege der Polizeiverordnungen unter genauer Prüfung jedes einzelnen Falles Massregeln getroffen würden. Ausserdem sei es fraglich, ob die Sache nicht zweckmässiger reichsgesetzlich geregelt werde.[3])

In der Budgetkommission des Abgeordnetenhauses erklärte der Handelsminister auf eine Anfrage betreffs Vorlage eines Gesetzes zum Schutze der Mineralquellen, dass ein Entwurf hierzu ausgearbeitet und den Verwaltungs-, Berg- und Justizbehörden zur Begutachtung vorgelegt sei. Während einige dieser Behörden dem Entwurfe zugestimmt hätten, seien andere der Meinung, dass sich gemeinnützige Quellen auch durch Polizeiverordnungen schützen liessen, was von anderer Seite wiederum bestritten würde. Sehr verschieden seien auch

---

[1]) Inzwischen ist der Fall Strubell auch Gegenstand des Erörterungsverfahrens bei der Staatsanwaltschaft des Landgerichts in Weimar gewesen und hat dieses dahin geführt, „dass die von der Presse gebrachte Spitzmarke: „Ein unerhört grausames Experiment an Kranken“ auf die Behandlung des Gärtners St. in der medizinischen Klinik zu Jena nach keiner Richtung hin passt. Nirgends zeigt sich ein widerrechtliches Handeln. Weder §. 223, noch §. 239 konnte auf die Handlungsweise des Hofraths Dr. Stintzing und seines Assistenten Anwendung finden.“ Das Untersuchungsverfahren ist in Folge dessen eingestellt.

[2]) Auch von dem Deutschen Landwirthschaftsrathe wurde in seiner Sitzung vom 7. Februar d. J. die Nothwendigkeit der Einführung öffentlicher Landes-Zwangsversicherungen für Schlachtvieh in allen Bundesstaaten unter staatlicher Beihülfe anerkannt und ein entsprechender Antrag fast einstimmig angenommen.

[3]) Im Reichstage ist dieselbe Frage in der Sitzung vom 28. Januar durch den Abg. Frhr. Heyl zu Herrenheim (nationalliberal) angeschnitten. Der Staatssekretär des Innern Graf von Posadowski erklärte, dass eine besondere Abtheilung dafür in dem neuen Reichsgesundheitsrathe gebildet und dass die Kompetenz dieser Abtheilung demnächst geregelt werde; jedoch stehe nicht zu erwarten, dass ihr irgend ein Exekutivrecht beigelegt werden würde, das in die Kompetenz der Einzelstaaten in Bezug auf die Beaufsichtigung der Flussstrecken innerhalb ihres Gebietes eingreife.

die Ansichten über die Entschädigungsfrage. Der Minister hofft, in der nächsten Session eine Vorlage einbringen zu können, bezweifelt aber, dass dieser bei der noch vorhandenen grossen Meinungsverschiedenheit zum Gesetz erhoben werde.

Als Themata für die Tagesordnung der nächsten, am 29. und 30. Juni d. J. in Hildesheim stattfindenden Aerztetages sind von dem Geschäftsausschuss bestimmt: 1. Die Stellung des Arztes als sachverständiger Gutachter; Referent: Dr. Thieme-Berlin; 2. Heilstätten und Genesungsheime; Referent noch nicht bestimmt.

Die diesjährige Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wird in Rostock vom 18.—20. September stattfinden. Auf die Tagesordnung sind gestellt: Der Kreisarzt und Gesundheitskommissionen nach dem neuen preussischen Gesetz und ihre Bedeutung für Staat und Gemeinde (Referenten noch nicht festgestellt). 2. Die Zulassung von chemischen Konservirungsmitteln für Nahrungsmittel (Referent: Prof. Dr. Lehmann-Würzburg). 3. Strassenbau und Staubbildung (Referenten: Stadtbaurath v. Scholtz u. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge-Breslau. 4. Die Fortschritte auf dem Gebiete zentraler Heizungs- und Lüftungsanlagen für Wohnhäuser und öffentliche Gebäude in den letzten 10 Jahren (Referenten noch nicht bestellt). 5. Hygiene der Molkereien (Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Löffler-Greifswald).

Der preussische Apothekerrath wird im Mai d. J. zu einer Sitzung zusammentreten. Zur Berathung werden gelangen: Revision der Vorschriften über Errichtung und Betrieb der Apotheken, Zweig-, Krankenhaus- und ärztliche Hausapotheken vom 16. Dezember 1893, sowie Einführung einer Nachttaxe und der Sonntagsruhe in den Apotheken.

Im Fürstenthum Schwarzburg-Sondershausen ist von dem Landtage ein Gesetzentwurf über die Tragung der Kosten für die Besichtigung von Drogen- und ähnlichen Handlungen unverändert angenommen. Darnach haben diese künftighin nicht mehr wie bisher die Gemeinden als Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung, sondern die Inhaber der revidirten Handlungen zu tragen. Ein Antrag, die Kosten auf die Staatskasse zu übernehmen, wurde abgelehnt. Nach dem Gesetze sollen die Besichtigungen ein Mal im Jahre stattfinden, und wenn sich dabei Unregelmässigkeiten ergeben, wiederholt werden.

Im Fürstenthum Reuss j. L. ist dem Landtage ein Gesetzentwurf betreffend Abänderung des Gesetzes über das Hebammenwesen unterbreitet, in dem auch die Einrichtung von Hebammen-Unterstützungskassen vorgesehen ist, und zwar soll für diese bei jeder standesamtlichen Anmeldung einer Geburt eine Gebühr von 50 Pf. erhoben werden.

Behördlicherseits wird betreffs Sterilisirung der Milch nachfolgende Bekanntmachung erlassen:

In der Kuhmilch sind von anerkannten Forschern nach erprobten Prüfungsverfahren wiederholt lebensfähige Tuberkelbazillen nachgewiesen worden.

Solche Milch kann der menschlichen Gesundheit schädlich werden und insbesondere bei Kindern Darmschwindsucht hervorrufen. Diese Gefahren können jedoch nach zahlreichen, in dem Berliner Institute für Infektionskrankheiten bis in die jüngste Zeit wiederholten Kochversuchen leicht und vollkommen dadurch beseitigt werden, dass Milch und Sahne vor dem Genusse fünf Minuten lang, am zweckmässigsten in einem irdenen, innen gut glasirten, bedeckten Kochtopfe im Sieden (Aufwallen) erhalten werden. Zur Verhütung des Anbrennens und Ueberkochens muss die Milch (Sahne) vom Beginne des Aufwallens bis zum Entfernen vom Feuer hin und wieder gerührt werden.

Der Ende vorigen Monats in sechstägiger Verhandlung vor der Strafkammer des Landgerichts in Leipzig spielende, für Aerzte wie für Medizinalbeamte höchst interessante Prozess gegen den wegen Betruges angeklagten Kurpfuscher Kuhne, den Erfinder der Reibesitzbäder und der Gesichtsausdruckskunde, hat mit Freisprechung des Angeklagten geendet, was bei den sich widersprechenden Gutachten der theils vom Gericht, theils von der Vertheidigung zugezogenen ärztlichen Sachverständigen und bei der bestehenden

Gesetzgebung nicht zu verwundern ist. In der Urtheilsbegründung wird allerdings das Treiben des Angeklagten vollständig verurtheilt und „er für unfähig erklärt, im Allgemeinen Krankheiten zu erkennen, zweckentsprechend zu behandeln und zu heilen. Da aber das Gesetz für die Ausübung der Heilkunde keinen Befähigungsnachweis verlange, könne Bestrafung nur erfolgen, wenn Kuhne mit dem Bewusstsein gehandelt habe, seine Methode sei falsch, und er sich durch die Vorspiegelung der falschen Thatsache, alles heilen zu können, einen rechtswidrigen Vermögensvortheil habe verschaffen wollen. (Nach seinen Angaben haben ihm die Reibesitz- und Rumpfbäder 300 000 Mark eingebracht.) Das Gericht sei nun zwar zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Behandlungsweise eine höchst oberflächliche und schematische gewesen sei, und dass der Verdacht betrügerischen Handelns vorliege, anderseits aber sei es nicht ausgeschlossen, dass Kuhne an die Richtigkeit seiner Methode geglaubt habe. Allerdings sei er in der Verordnung seiner Heilmittel zum Theil geradezu gewissenlos verfahren, indem er dasselbe für Blinddarmentzündung, wie für Rheumatismus und Nervosität verordnet und Stimmritzenkrampf genau wie Tuberkulose behandelt habe, aber es sei doch als möglich zu bezeichnen, dass er auch in diesen Fällen guten Glaubens gewesen sei. Jedenfalls könne man ihm nicht nachweisen, auch nur in einem Falle das Bewusstsein gehabt zu haben, dass sein Rath ein falscher sei. In der Verbreitung zweier Abbildungen ein und desselben Kranken, die denselben vor und nach der Kur zeigen sollten, beide aber am gleichen Tage angefertigt seien, liege ganz zweifellos eine Verletzung der Vorschriften über den unlauteren Wettbewerb, aber nach dieser Richtung fehle der Strafantrag."

Erklärung. In der Sitzung des preussischen Medizinalbeamtenvereins vom 28. Sept. v. J. äusserte der Kreisphysikus Dr. Holthoff-Salzwedel, dass ein mit der Revision von Drogenhandlungen beauftragter Apotheker seines Kreises die Revisionen benutzte, Drogen bei denjenigen Händlern zu vertreiben, bei denen er die Verkaufsstellen revidirte. Auf die deshalb seitens des Apothekers Krumbhaar-Salzwedel, dessen Gehülfe, Apotheker Heller, die Revisionen der Drogenhandlungen im Kreise Salzwedel ausführt, an den Herrn Regierungspräsidenten in Magdeburg eingereichte Beschwerde ist demselben von dem Herrn Regierungspräsidenten unter dem 29. Dezember 1900 (J. Nr. I. 8. Nr. 3593) mitgetheilt worden, dass betreffs der von dem Kreisphysikus Dr. Holthoff in der Sitzung des Medizinalbeamtenvereins vom 28. September über die Revisionen von Drogenhandlungen im Kreise Salzwedel gemachten Mittheilung der Herr Minister der Medizinalangelegenheiten entschieden hat, dass der darin gegen den Apotheker Heller erhobene Vorwurf nach den angestellten Ermittelungen nicht begründet ist.

Der Ehrenrath der Magdeburger Apotheker-Konferenz: C. Blell.

Pest. Russland: Ueber das Auftreten der Pest in zwei Orten der kirgisischen Steppe (Mereck und Karakut) berichtet die Pestkommission, dass bis zum 24. Januar d. J. 136 Personen erkrankt und 134 gestorben sind. Seitdem sollen keine neue Erkrankungen mehr vorgekommen sein; die Sperre dieser Ortschaften ist demgemäss wieder aufgehoben. In Wladimirowska (Gouvernement Astrachan) betrug die Zahl der verdächtigen Pesterkrankungen am 5. Januar d. J. nur noch 6, in Andrejewka (Gouv. Saratow) bis zum 8. Dez. v. J. 23, davon waren 10 tödtlich verlaufen. Seitdem sind in beiden Orten keine neue Erkrankungen mehr vorgekommen.

In der Präsidentschaft Bombay (Indien) nehmen die Pesterkrankungen wieder zu. In den 4 Wochen vom 15. Dezember v. J. bis 11. Januar d. J. sind 593, 610, 637 und 732 derartige Erkrankungen mit 408, 411, 424 u. 559 Todesfällen angemeldet; in der Stadt Bombay in derselben Zeit: 158 (81), 185 (111), 231 (159), 386 (310). — In Queensland (Australien) sind im Dezember nur noch 3 Pesterkrankungen und 1 Todesfall vorgekommen, in Réunion vom 10. bis 18. Januar d. J. 6 neue Pestfälle, darunter 5 mit tödtlichem Ausgange und in Rio de Janeiro (Brasilien) im Dezember v. J. 22 Erkrankungen mit 10 Todesfällen, in dem benachbarten Orte Nictheroy: 7 Erkrankungen, darunter 5 tödtlich verlaufend. — Ein neuer Pestheerd hat sich in Kapstadt (Südafrika) gebildet; bis jetzt sind 16 Erkrankungen mit 4 Todesfällen gemeldet.

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

14. Jahrg. 1901.

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. | 1. März.

Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Sachverständigen.

Von Dr. Immelmann in Berlin.

Die Hoffnungen, die wir auf die Röntgenstrahlen nach dem Bekanntwerden ihrer wunderbaren Eigenschaften setzten, sind nicht nur erfüllt, sondern übertroffen worden. Der Chirurge, der innere Mediziner, der Hautarzt sehen sie als unentbehrliches Hülfsmittel bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten ihres Spezialgebietes an, und Zweck dieser Zeilen soll es sein, ihre grosse Bedeutung auch auf dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit darzulegen. Die Letztere ist eine weitverzweigte; jeder praktische Arzt kann zu derselben herangezogen werden, und wird deshalb bei der Verantwortung, die ihm sein Beruf auferlegt, mit Freuden ein Mittel begrüssen, das ihn in zweifelhaften Fällen oft leichter wie bisher den rechten Weg finden lässt.

Ganz besondere Anforderungen stellt die Unfallversicherung an den Arzt und gerade auf diesem Gebiete leisten uns die Röntgenstrahlen Hervorragendes. Abgesehen davon, dass sie uns gestatten, eine diagnostizirte Knochen- oder Gelenkverletzung genauer zu untersuchen, stellen sie bei zweifelhaften Fällen die Diagnose sicher. Verletzungen, die für Distorsionen oder Kontusionen angesehen wurden, erschienen im Röntgenbilde als Bruch oder Verrenkung; ich erinnere an die schwer zu erkennenden Brüche der Fibula, Hand- und Fusswurzeln, Mittelhand und des Mittelfusses.

Neben der Verkennung derartiger Verletzungen werden wir jetzt mehr denn je davor bewahrt bleiben, einen Unfallversicherten

JAN 22 1922

für einen Simulanten zu halten. So hatte ich Gelegenheit einen Schmied mit Röntgenstrahlen zu photographiren, welcher an einem Panaritium des linken Zeigefingers mit nachfolgender Phalangennekrose litt und mit seinen Ansprüchen auf Rente abgewiesen war. Das Röntgenbild liess deutlich einen Eisensplitter in den Weichtheilen des verletzten Fingers erkennen; man hatte ihm seiner Zeit seine Behauptung, es sei ihm ein Splitter vom Ambos in den Finger gedrungen, nicht geglaubt.

Häufig wird an den begutachtenden Arzt die Frage herantreten, sei es in der staatlichen, sei es in der privaten Versicherung, ob die vom Versicherten geäusserten Klagen im Einklang mit den erlittenen Verletzungen zu bringen seien. Auch hier werden die Röntgenstrahlen das Urtheil oft wesentlich erleichtern, ein Urtheil, von dem die Feststellung einer Entschädigung und Rente so häufig abhängt. Auch in solchen Fällen, in denen eine stattgehabte Verletzung nicht im Verhältniss zur Ursache steht, klären uns die Strahlen darüber auf, ob event. eine bereits vorhanden gewesene Knochenerkrankung (Sarkom, Lues, Tuberkulose) den Unfall begünstigt hat.

Ungeheuer wichtige Dienste leisten die Strahlen dem Militärarzt und dem Arzt, der die Untersuchung solcher Leute vorzunehmen hat, die sich zur Aufnahme in eine Lebensversicherung gemeldet haben. Trotz genauester Untersuchung werden von beiden Sachverständigen bisweilen Individuen für gesund erklärt, obwohl sie den Keim, ja schon den Beginn einer schweren Erkrankung in sich tragen. Das Röntgenbild lässt früher als durch unsere bisherigen Untersuchungsmethoden Erkrankungen der Lungen und Aneurysmata erkennen, Erkrankungen, die in beiden Fällen eine Aufnahme in das Heer resp. in die Versicherungsgesellschaft ausschliessen.

Ebenso wichtig, ja, ich möchte sagen, noch wichtiger als in den bisher genannten Fällen sind die Röntgenstrahlen für die gerichtliche Medizin. Einmal können wir durch sie dem Richter besser die Fragen beantworten: Welche Folgen hat die Verletzung für den Beschädigten gehabt? Sind gefährliche Werkzeuge in Anwendung gekommen? Zur Illustration erwähne ich einen Fall, bei dem in der Schädelhöhle des Verletzten ein abgebrochenes Stück einer Messerklinge durch Röntgenstrahlen nachgewiesen werden konnte, während der Angeklagte behauptet hatte, ein Messer überhaupt nicht benutzt zu haben. Gleichzeitig konnte sich der Gerichtsarzt besser über den Grad und die Heftigkeit der angewandten Gewalt, ferner über die Stellung, welche die Betheiligten im Moment der That zu einander hatten, äussern. In einem anderen Falle wurden in meinem Laboratorium bei einem Verletzten Projektile verschiedenen Kalibers gefunden, trotzdem der Angeschuldigte behauptete, nur eine Schusswaffe benutzt und einen Komplicen nicht gehabt zu haben. Ein anderer Angeklagter gab an, aus grosser Entfernung auf sein Opfer einen Schrotschuss abgegeben zu haben und doch sassen auf dem Röntgenbilde die Schrotkörner dicht beieinander. Bisher durfte der Gerichtsarzt

die Untersuchung einer Schusswunde mittelst Sonde nur vornehmen, wenn es der richterliche Zweck unumgänglich nöthig machte und es ohne Schaden für den Verletzten geschehen konnte; jetzt genügt eine Röntgenaufnahme zur Feststellung des Thatbestandes.

Eine weitere Frage, die häufig dem Gerichtsarzt vorgelegt wird, ist die, ob ein neugeborenes Kind nach oder während der Geburt gelebt hat, oder ob ein Fötus fähig gewesen ist, das Leben ausserhalb des Mutterleibes fortzusetzen. Vergegenwärtigen wir uns die Vorschriften, die bei der Obduktion aufgefundener Föten zur Ermittelung der Entwickelungszeit, sowie bei Neugeborenen der stattgehabten Athmung beobachtet werden müssen, so werden wir uns nicht verhehlen können, dass dieselben viel Zeit erfordern.

Wenn wir im Folgenden sehen werden, dass wir diese drei Fragen durch eine einzige Röntgenphotographie, die in ein paar Minuten hergestellt ist, sicher beantworten können, so wird uns der Werth dieser Untersuchungsmethode ganz besonders einleuchten.

Keine der bisher geübten Methoden gestattet uns, die Entwickelung des Knochengerüstes vom Beginn des dritten Monats des fötalen Lebens an so mühelos zu studiren, wie die Untersuchung mittelst der Röntgenstrahlen. Vor dieser Zeit ist das Knochengerüst noch so gering an Kalkgehalt, dass wir hier lieber das Kaliglyzerinverfahren anwenden. Es würde uns heute zu weit führen die Entwickelung des Skeletts im Röntgenbilde zu verfolgen; wir wollen nur erwähnen, dass sich die ersten Verknöcherungszentren in der siebenten Woche am Schlüsselbein nachweisen lassen. Bereits am Ende des dritten Monats sind fast sämmtliche Verknöcherungsherde vorhanden. Dagegen bleiben die Diaphysen der langen Röhrenknochen in Folge ihrer knorpeligen Beschaffenheit durchgängig für die Röntgenstrahlen. Die Verknöcherung der letzteren beginnt von besonderen Knochenkernen aus, welche erst nach der Geburt auftreten, mit Ausnahme desjenigen im distalen Femurende, welcher bereits um die 30. Woche des fötalen Lebens vorhanden ist. Da dieser Zeitpunkt gesetzlich massgebend für die Lebensfähigkeit eines Fötus ist, so ist das Suchen nach demselben Pflicht des Obduzenten. Während das Auffinden dieses Kernes früher nur durch eine umständliche Präparation ermöglicht wurde, ist dies jetzt durch eine Röntgenaufnahme leicht bewerkstelligt.

Ist anzunehmen, dass die Frucht nach der 30. Woche geboren ist, so muss nach den gesetzlichen Vorschriften untersucht werden, ob der Foetus in oder nach der Geburt geathmet hat. Nicht weniger als 14 einzelne Manipulationen sind vorzunehmen, bevor der Obduzent seinen Ausspruch fällen darf. Auch zur Beantwortung dieser Frage genügt eine einzige Röntgenaufnahme. Während nämlich das Bild des Brustkorbes eines Kindes, welches nicht geathmet hat, in Folge der derben und fleischigen Konsistenz der Lungen einen Schatten im Bereich der letzteren zeigt, welcher dem durch Muskeln hervorgerufenen gleichkommt,

geben Lungen, sobald das Kind geathmet hat, keinen Schatten, da sie in Folge ihrer weichen, elastischen und schwammigen Beschaffenheit die Röntgenstrahlen ungehindert passiren lassen. Unsere Kontrolversuche haben gezeigt, dass diejenigen Lungen, die Schatten gaben, nach der Herausnahme aus dem Körper in einem mit Wasser gefüllten Gefäss zu Boden sanken, während diejenigen, die keinen Schatten gaben, schwimmfähig waren. Bei solchen Lungen, die nur unvollkommen geathmet haben, können wir auf dem Röntgenbilde deutlich diejenigen Theile der Lungen, die geathmet haben, von denjenigen, die nicht geathmet haben, unterscheiden. Die in Folge von Fäulniss in der Lunge entstandenen Gase sind als noch hellere Parthien einmal von Lungentheilen, die nicht geathmet, als auch von solchen, die geathmet haben, zu differenziren (ähnlich den Kavernen bei Lungentuberkulose). Auf dem Bilde von Lungen Todtgeborener, die durch Lufteinblasen lufthaltig geworden sind, sieht man die durchsichtigen Parthien der Lungen in der Nähe der Hauptbronchien. Photographiren wir das Abdomen mit, so sehen wir ob Luft im Magen und Darm vorhanden ist oder nicht. Allerdings ist es hier schwerer die durch Schluckbewegung, durch Einblasen oder durch Schulze'sche Schwingungen in den Magen gelangte Luft von den durch Fäulnissvorgänge aufgetretenen Gasen zu unterscheiden.

Auch die Frage, wie lange nach der Geburt das Kind noch gelebt hat, lässt sich durch die Röntgenstrahlen entscheiden, da ausgedehnte Schatten seitens der Lungen erkennen lassen, dass die Athmung eine schwache gewesen und das Kind gleich nach der Geburt gestorben sein muss. Anderseits genügen wenige, jedoch kräftige Athemzüge, um die Lungen in ihrer ganzen Ausdehnung für die Röntgenstrahlen durchgängig zu machen. Das vollständige Fehlen von Luft im Magen oder Darm ist auf dem Bilde zu konstatiren, mithin dafür beweisend, dass das Kind nicht geathmet hat, falls Fäulniss nicht vorliegt.

Wenngleich ich ein im Fruchtwasser ertrunkenes Kind zu untersuchen noch nicht Gelegenheit hatte, so glaube ich doch bestimmt, dass das in die Luftwege aspirirte Fruchtwasser sich auf dem Röntgenbilde deutlich von der nicht geathmet habenden Lungenparthie abhebt; ebenso wird die Frage leicht durch unsere Strahlen zu entscheiden sein, ob ein in einer Flüssigkeit gefundenes Kind todt oder lebend in dieselbe gebracht ist.

Diese kurzen Andeutungen mögen für heute genügen, um den Werth der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Sachverständigen klarzulegen. Die Untersuchungen sind einfach, dennoch aber glaube ich, dass sie bei ihrer Tragweite nur in besonderen, eigens zu diesem Zwecke eingerichteten Röntgen-Laboratorien ausgeführt werden sollen, ähnlich wie die chemischen Untersuchungen in besonders dazu bestimmten chemischen Laboratorien.

Feststellung der Todesursache bei einer in starker Verwesung begriffenen Kindesleiche, bei der sämmtliche drei Höhlen geöffnet und verschiedene Organe nicht mehr vorhanden waren.

Von Kreisphysikus San.-Rath Dr. Gutsmuths in Genthin.

Die Angeklagte M. G., am 15. Juli 1875 zu W. im Kreise K. in Russland geboren, hatte wiederholt und an verschiedenen Orten in Deutschland Arbeit gesucht und erhalten, zuletzt durch einen Agenten M. in Posen auf dem Rittergute N. bei Sch. im hiesigen Kreise. Sie war einige Wochen vorher entbunden, der genannte Agent kündigte deshalb ihrem neuen Dienstherrn an, dass sie mit einem kleinen Kinde kommen würde. Nach ihren Angaben ist sie mit diesem auch am Morgen des 26. Juli von Posen abgefahren und am 27. Juli, 10 Uhr 10 Minuten Vormittags auf dem Bahnhofe in Sch. eingetroffen; in N. selbst kam sie jedoch $1^1/_4$ Uhr Nachmittags ohne Kind an, hat dieses auch in H., einem etwa $3^1/_2$ km von Sch. liegenden Dorfe, nicht mehr bei sich gehabt. Darüber befragt, brachte sie zunächst vielerlei Ausflüchte und Unwahrheiten vor; insbesondere behauptete sie, dass das Kind von einer Beischlafsvollziehung mit ihrem Ehemann im Dezember 1898 herrühre. Thatsächlich steht nach der Aussage der betreffenden Hebamme jedoch fest, dass sie am 11. Juli 1899 im Spital zu L. (Grossherzogth. Baden) von einem sehr kräftigen und gesunden Mädchen entbunden ist; sie selbst hat auch zugegeben, dass das Kind kräftig und gesund gewesen sei; desgleichen hat die Gesindevermietherin in P., bei der die Angeklagte mit dem Kinde kurze Zeit war, bestätigt, dass das „Kind gesund gewesen sei, sich im Badewasser am Tage der Abreise behaglich gestreckt und sich aufzurichten versucht habe, woraus sie geschlossen habe, dass das erst angeblich 2 Wochen alte Kind sehr stark gewesen sein müsse." Bei dem unstäten Leben, das die Mutter nach ihrer Entbindung geführt hatte — sie war von ihrer früheren Arbeitsstätte im Grossherzogthum Baden 7 Tage nach der Entbindung nach Posen zurückgekehrt und 10 Tage später nach N. gefahren — soll das Kind ebenso wie die Mutter selbst sehr schwach geworden sein, es habe immer geweint und gewimmert und die gereichte Brust nur sehr wenig genommen. Auf dem Wege nach N. sei der Angeklagten dann eingefallen, dass polnische Männer, mit denen sie auf der Bahn zusammen gefahren sei, ihr gesagt hätten: Dein Kind ist sehr krank, sieh zu, dass Du es beseitigst, dann kommst Du leichter fort. Sie habe in Folge dessen das Kind in ihr vierfach zusammengelegtes Tuch fest eingewickelt, dieses über das Gesicht des Kindes gezogen und das letztere nach ihrem Körper zu so gedreht, dass der von dem Tuche bedeckte Mund gegen ihre Brust gedrückt wurde. Das Kind habe bald keinen Laut mehr von sich gegeben, jedoch will die Angeklagte, die annimmt, dass das Kind nicht durch das Andrücken gegen die Brust, sondern schon durch das feste Umschlagen des Tuches um das Gesicht erstickt sei, noch an ihrem Leibe gefühlt haben, dass

es sich mit den Füssen bewegt hätte. Als diese Bewegungen aufgehört hätten, habe sie das Tuch zurückgeschlagen und gesehen, dass das Kind todt war. Darauf sei sie von der Chaussee ab an einem etwa 5—8 Fuss breiten und 2—4 Fuss tiefen, mit Schilf, Rohr und Gras verwachsenen Graben, in dem etwa 200 Schritte seitwärts von der Chaussee die Leiche später gefunden ist, entlang gegangen und habe in diesem das Kind dicht am Rande hineingelegt, nachdem sie das in demselben wachsende Gras etwas beseitigt hätte. Sie will dann in ihrer Schürze Erde von dem nahen Acker geholt und diese auf das Kind geschüttet haben. Darauf sei sie auf die Chaussee zurückgekehrt und nach N. gegangen. Der Graben soll nach den Angaben der Angeklagten zwar feucht gewesen sein, aber kein Wasser enthalten haben. Dies stimmt mit den Angaben des Dollmetschers B. — die Angeklagte sprach nur gebrochen Deutsch —, der die Gerichtskommission am 15. August Abends im Dunkeln an die Fundstelle führte, überein. Er sagte aus:

„Wasser befand sich im Graben nicht, die Sohle war nass, enthielt aber nicht so viel Wasser, dass das Kind hätte ertränkt werden können. Die Kindesleiche lag in der Sohle des Grabens dicht an dessen Rande, die Stelle hob sich als leichter Erdhaufen in dem Schilfe und Rasen des Grabens ab; es machte den Eindruck, als wenn die Angeschuldigte in der Grabensohle vielleicht mit den Füssen eine Vertiefung gemacht und in diese das Kind hineingelegt hätte. Die Leiche war vollständig mit lockerer Erde bedeckt, die als Ackererde deutlich erkennbar war, etwa 3 Finger hoch; fliessendes Wasser war nicht darüber hingegangen, höchstens Regen darauf gefallen. Die Lage der Leiche liess sich bei der Dunkelheit nicht feststellen, auch nicht, ob das Gesicht des Kindes nach oben oder unten lag; nach meiner Erinnerung war der Kopf stark nach vorn geneigt, und nehme ich daher an, dass die Leiche nicht auf dem Rücken gelegen haben kann."

Die am 16. August ausgeführte gerichtliche Sektion hatte im Wesentlichen folgendes Ergebniss:

A. Aeussere Besichtigung.

1. Die Leiche des 55 cm grossen, angeblich und anscheinend 12 Tage alten Kindes zeigt, nachdem sie von dem reichlich sie besudelnden Schmutze gereinigt ist, einen ziemlich kräftigen Bau; Fettpolster und Muskulatur sind ziemlich gut entwickelt.

6. Am Kopfe fehlt die Oberhaut überall, und an der linken Seite fehlen die ganzen weichen Bedeckungen völlig, das linke Scheitel- und Stirnbein sind gelöst und liegen neben der Leiche; die Schädelhöhle hat somit eine grosse Oeffnung und ist ohne Inhalt, indem das ganze Gehirn fehlt.

9. Der Mund steht offen und bildet eine Höhle, deren Wände schwarzgrau verfärbt sind; der Ober- und der Unterkiefer sind je in zwei Hälften getrennt, eine schmutzig röthliche Masse, der Rest der Zunge, liegt hinten in der Rachenhöhle; am Ober- und Unterkiefer sind die Weichtheile so weit geschwunden, dass die Zahnhöhlen offen liegen.

12. Die Brust zeigt wenig Wölbung, der Bauch ist zusammengefallen, fast die ganze linke Seite der Bauchdecken fehlt; ebenso fehlen die weichen Bedeckungen der Brust an der linken Seite fast bis zur Achselhöhle hinauf; auch die weichen Bedeckungen des linken Oberschenkels fehlen, der linke Oberschenkelknochen liegt gelockert an der Seite.

13. Am Rücken fehlen etwa von der Mitte desselben, dicht unterhalb der Schulterblätter, fast die ganzen Weichtheile bis zur linken Kniekehle, nur in der rechten Seite und am rechten Oberschenkel sind die weichen Bedeckungen ausser der Oberhaut noch vorhanden.

14. Der After ist nicht mehr deutlich zu erkennen, eine schmierige graue Masse, in der Maden wimmeln, reicht von der Gegend der Schulterblätter

bis zur Aftergegend herab. Diese schmierige graue Masse reicht auch bis an die Geschlechtstheile, von denen nur nach oben ein Theil der grossen Schamlippen sich deutlich erkennen lässt.

B. Innere Besichtigung.

19. Nachdem das Brustbein entfernt ist, zeigt sich in beiden Brustfellsäcken kein fremder Körper. Die rechte Lunge ist zusammengefallen und von schmutzig braunrother Färbung, die Brustfelle sehen schmutzig röthlich aus und namentlich das Rippenbrustfell in der linken Bauchhöhle schmutzig grauröthlich; die linke Brusthöhle, die nach hinten offen ist, zeigt eine Lunge nicht mehr.

26. Die rechte Lunge fasst sich matschig weich an und sieht schmutzig braunschwarz aus; beim Fingerdruck merkt man kein Knistern, doch schwimmt die Lunge im Wasser vollständig.

27. Auf grosse Einschnitte in die Lunge zeigt sich keine Flüssigkeit, die Schnittflächen sind mehr dunkelroth, als die Oberfläche.

28. Die Luftröhrenverzweigungen zeigen vielfach, so weit sie sich bei der matschigen Beschaffenheit der Lunge verfolgen lassen, einen schwärzlichen Inhalt, ganz ähnlich der Masse, welche die Leiche oberflächlich besudelte. Ein Theil dieser Masse am Finger angetrocknet sieht ganz ähnlich aus, wie der schmutzige Inhalt des Grabens, in dem die Leiche gefunden war. Einige Theilchen dieser Masse sehen aus, als wären sie ein vollständiger Abguss der Luftröhrenverzweigung, aus der sie genommen waren. Die Schleimhaut der Luftröhrenverzweigungen ist ringsum schmutzigroth.

32. Der Kehlkopf ist unverletzt und sieht auswendig, wie auch die Rachenhöhle, schmutzig grau aus. Die Schleimhaut des Kehlkopfes sieht mehr grünlichgrau aus; er enthält dieselben schwärzlichen Massen, wie sie in den Luftröhrenverzweigungen gefunden sind, und wie sie das Aeussere der Leiche bedecken. Die Luftröhrenschleimhaut sieht durchweg roth gefärbt aus mit einem Anklang in's Graue. Die Luftröhre ist ziemlich frei von den geschilderten schwarzen Massen und somit fast leer, dagegen finden sich diese schwärzlichen erdigen Theile ziemlich reichlich wieder an der Theilungsstelle (Bifurkation) der Luftröhre; hier findet sich auch ein etwa $^3/_4$ cm langes Pflanzentheilchen, das wie Moos aussieht.

33. Ein weicher Gaumen ist nicht mehr zu erkennen, ebenso wenig sind die Mandeln deutlich herauszufinden; die Speiseröhre ist leer, die Schleimhaut roth; die Zunge ist nicht mehr deutlich zu erkennen.

36. Die Milz ist nicht vorhanden; dagegen findet sich ähnlich schwärzliche Masse, wie sie die Leiche bedeckte, auch in der Bauchhöhle.

37. Die linke Niere fehlt gleichfalls.

38. Die rechte Niere ist matschig weich und zerfällt unter den Fingern; sie sieht schwarzröthlich aus.

43. Der Magen ist gleichfalls fast ein matschiger Brei, innen und aussen schwarzgrau aussehend; er enthält noch in nicht geringer Menge den oben wiederholt erwähnten schwärzlich breiigen, erdigen Inhalt, von der auch die Oberfläche der Leiche besudelt ist.

Hiernach gaben wir unser vorläufiges Gutachten dahin ab:

1. Bei der vorgeschrittenen Verwesung lässt sich die Todesursache nicht bestimmt erkennen.

2. Gewisse Erscheinungen, so besonders das Auffinden von Theilen des die Leiche besudelnden Schmutzes im Magen, im Kehlkopfe, in der Luftröhre und besonders auch in den kleinen Verzweigungen der letzteren geben stark dem Verdachte Raum, dass das obduzirte Kind diese Massen geschluckt und geathmet hat, also noch lebend in den Graben, in dem es gefunden, gekommen und somit ertrunken ist.

In dem darauf eingeforderten Obduktionsbericht, zu dem uns gerichtsseitig noch folgende Fragen:

a. Was ist als die Todesursache des Kindes anzusehen?
b. In welcher Weise kann die Angeschuldigte nach ärztlichem Dafürhalten die Tödtung des Kindes, deren sie jetzt geständig ist, ausgeführt haben?

c. **Kann das Kind aus einer Beischlafsvollziehung im Dezember 1898 erzeugt, also ein sogenanntes Siebenmonatskind gewesen sein?**

zur Beantwortung vorgelegt waren, hielten wir im Allgemeinen unser vorläufiges Gutachten aufrecht; fassten dies aber insofern bestimmter ab, als wir erklärten, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit Erstickungstod des Kindes anzunehmen sei.

Dieses Gutachten wurde wie folgt begründet: Die Sektionsbefunde beim Erstickungstode, die besonders in der flüssigen Beschaffenheit und dunklen Farbe des Blutes, in einer bestimmten Vertheilung des Blutes im ganzen Körper — mit einem Andrange nach dem Mittelpunkte, dem Herzen —, wie in den einzelnen Organen und deren Farbe bestehen, sind, in ihrer Gesammtheit aufgefasst, so charakteristisch, dass es keineswegs sehr schwierig ist, denselben in einigermassen frischen Leichen festzustellen. Ganz anders wird dagegen die Sache bei eingetretener Verwesung, da gerade der Erstickungstod fast mehr als jede andere Todesart durch Fäulniss verdunkelt wird; die Blutanhäufungen (Hyperämien, Blutausspritzungen) verschwinden, indem das Blut sich zersetzt und verdunstet, ebenso der etwaige wässrige Inhalt der Luftwege, des Magens und Darmkanals; die Farbe der Schleimhäute und der verschiedenen Organe ändert sich, und so lässt sich mit dem Verschwinden dieser Zeichen bei genügend weit fortgeschrittener Verwesung häufig nur mit mehr oder weniger Sicherheit oder auch gar nicht mehr der Erstickungstod nachweisen. Dieser Fall trifft hier zu; die kleine Leiche hatte 20 Tage, vom 27. Juli bis 15. August, auf feuchtem Grabenboden, für die Verwesung so günstig, wie nur möglich, gelegen, und war der Feuchtigkeit, Luft und Wärme, der Einwirkung von grossen und kleinen Thieren, besonders Insekten und pflanzlichen, wie auch den mikroskopischen Lebewesen ausgesetzt gewesen; deshalb hatte auch die Verwesung so gewaltige Fortschritte gemacht, alle Höhlen, die Kopf-, Brust- und Bauchhöhle, waren geöffnet, fast die ganze Oberhaut, verschiedene Organe und grosse Theile der Weichtheile fehlten, vom Blute zeigte sich nirgends eine Spur mehr, und die meisten noch vorhandenen Organe waren in starker, zum Theile matschiger Fäulniss. Unter diesen Umständen waren wir selbst überrascht, im Magen und besonders in der Lunge, der Luftröhre und dem Kehlkopfe noch so viel Anhaltspunkte für das Auffinden der Todesart vorzufinden und zwar: schwärzlichen Inhalt, ähnlich der schwärzlich erdigen Masse, welche die Leiche von aussen besudelte, im Kehlkopfe, in der Luftröhre und ihren Verzweigungen und im Magen, und ferner rothe Verfärbung der Schleimhaut der Luftröhre und ihrer Verzweigungen ringsum, nicht etwa bloss unten.

Die Farbe der Schleimhaut der Luftröhre und ihrer Verzweigungen, sowie des Kehlkopfes ist in normalem Zustande blass, bei geringem oder mässigem Grade der Gefässausspritzung sieht man deutlich ein mehr oder weniger dichtes Maschennetz von rothgefärbten, kleinen Gefässen, bei stärkerer Gefässausspritzung lassen sich diese kleinen Gefässe häufig nicht mehr getrennt erkennen, sondern die ganze Schleimhaut ist ringsum mehr oder

weniger stark geröthet. Man darf sich hierbei übrigens nicht durch Hypostasenbildung (Blutsenkung nach dem Gesetze der Schwere nach den unten liegenden Theilen der Schleimhaut, während die oberen Theile blass bleiben) täuschen lassen und muss deshalb die Schleimhaut in ihrem ganzen Umfange betrachten, ob sie ringsum, wie das hier der Fall war, roth ausgespritzt oder geröthet ist. Oefter nimmt die Gefässausspritzung der Luftröhre nach unten gegen die Theilung der Luftröhre hin zu; ja nicht zu selten ist der obere Theil derselben ganz blass, der untere dagegen stark geröthet. War nun die Luftröhre im Leben blutarm, die Schleimhaut also blass, wie gewöhnlich, so sieht sie, von Fäulniss ergriffen hell, schiefergrau oder graugrünlich aus, während die blutreiche (injizirte) Schleimhaut, von Verwesung ergriffen, schmutzig kirsch- oder braunroth, wie hier, aussieht. War ferner im Innern der Luftröhre nicht freies Blut, das in die Schleimhaut aufgesogen werden und die Gewebe durchtränken konnte, für dessen Vorhandengewesensein hier kein Grund besteht, so kann man aus der röthlichen oder bräunlichen Färbung der faulen Schleimhaut mit hoher Wahrscheinlichkeit schliessen, dass diese auch im frischen Zustande eine stärkere Füllung ihrer Gefässe gezeigt hatte, dass somit ein Zeichen des Erstickungstodes vorliegt.

Zu dieser rothen Verfärbung der Schleimhaut der Luftröhre und ihrer Verzweigungen kommt noch das Auftreten der schwarzen Masse, die auch den Körper von aussen beschmutzte, im Kehlkopfe, in der Luftröhre und deren kleinen Verzweigungen, sowie im Magen, Erscheinungen, die darauf hinweisen, dass diese Massen geathmet und geschluckt sind, dass also das Kind noch lebte, als es in den Graben kam und mit diesen Massen drei Finger hoch bedeckt wurde. Wenn das Kindchen, wie die Mutter sagte, durch das Einwickeln in das Tuch oder hierdurch unter Beihülfe des Druckes des Arms der Mutter, die es an ihren Leib drückte, gestorben wäre, dann hätte das Kind keine Gelegenheit gefunden, diese erdigen Massen zu schlucken und einzuathmen. Es wäre dann einfach durch den Verschluss der Athemwege vermittelst des Tuches oder des Körpers der Mutter erstickt, und jede Veranlassung fehlte, dass jene schwärzliche Masse in die Verdauungs- und Athemwege der Leiche hätte kommen können; denn feuchte oder mehr oder weniger trockene Ackererde, wie die Mutter dieselbe von dem nahen Acker in ihrer Schürze geholt hat, würde selbst bei offen stehendem Munde, wie das hier der Fall war, vielleicht in die grossen Athem- und Luftwege, aber nicht weiter, am wenigsten in die kleinen Luftröhrenverzweigungen, auch nicht einmal in den Magen gekommen sein. Nach Versuchen von Liman und Anderen können diese schwärzlich erdigen Theile durch überfliessendes Wasser weggespült oder durch reichlichen Regen mit fortgerissen, zwar in den Magen der Leiche, in den Kehlkopf und in die Luftröhre, aber nur sehr schwer in die kleinsten Verzweigungen der Luftröhre und in die Lunge kommen, wo sie gefunden sind, wenn auch schliesslich, wie Liman sagt, die schwere Flüssigkeit siegt, und allmählich die eindringende Ertränkungs-

flüssigkeit überall die Luft verdrängt. Doch das ist hier nicht der Fall gewesen, diese Ueberzeugung gewann schon und äusserte der Zeuge und Dolmetscher Lehrer B , indem er sagte: „Die Leiche war vollständig mit lockerer Erde bedeckt, die ihr etwa drei Finger hoch auflag, fliessendes Wasser war nicht gegangen über diese Stelle, die sich, wie ein leichter Erdhaufen in dem Schilfe und Rasen des Grabens abhob," und sicher hätten fliessende Wassermassen sowohl, wie heftiger Regen die bedeckende Erde von der kleinen Leiche weggespült.

Wenn wir nun trotz dieses letzteren, so hoch bedeutsamen Zeugnisses für den Erstickungstod, diesen nicht mit Bestimmtheit, sondern nur mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, so thun wir dies weniger, weil die meisten übrigen Zeichen des Erstickungstodes fehlen, als weil wir namentlich in Folge des hohen Grades der Fäulniss der Leiche und dem Fehlen so vieler Organe derselben so wenig in der Lage sind, andere Todesursachen ganz auszuschliessen. Dies ist aber nöthig, um den Erstickungstod mit Bestimmtheit hinstellen zu können, da die Sektionsbefunde, die Zeichen des Erstickungstodes eigentlich nur beweisen, dass ein Erstickungsvorgang stattgefunden hat; dass dieser jedoch wirklich den Tod zur Folge gehabt hat, lässt sich erst aus der Abwesenheit einer anderen Todesursache schliessen.

Als gewiss nehmen wir dagegen an, dass das Kind, als die Mutter es in den Graben legte, noch lebte. Sein Tod wird etwa so herbeigeführt sein: Das Kind schluckte und athmete durch den offenen Mund kleine Mengen der oben aufgestreuten Erde so lange, bis die Menge derselben genügte, um durch Verstopfung der feineren Luftröhrenverzweigungen den Erstickungstod zu verursachen. Später, als durch Angriffe von Thieren und durch Fäulniss die Unterleibshöhle geöffnet wurde, konnte ein Theil der auf dem Kinde liegenden Erde leicht dem Gesetze der Schwere nach in die Bauchhöhle fallen, wo sie bei der Obduktion gefunden wurde.

Das Kind ist nicht aus einer Beischlafsvollziehung im Dezember 1898 erzeugt, also ein sogenanntes Siebenmonatskind; solche Kinder sind stets zart und schwach, sie bedürfen der grössten Pflege, um sich zu entwickeln, und trotz der grössten Sorgsamkeit gelingt es nur zu häufig nicht, sie zu erhalten. Dies Kind hatte dagegen wenig oder gar keine rechte Pflege und widerstand dabei doch allen Unbilden seines kurzen, doch wanderreichen Lebens bis zu seinem gewaltsamen Tode. Aus diesem Umstande allein lässt sich schon schliessen, dass es kein schwaches Siebenmonatskind war. Dann sagt die Hebamme bei der Geburt des Kindes, dass es ein sehr kräftiges, gesundes Mädchen war; wäre es eine schwache Frühgeburt von 7 Monaten gewesen mit seiner leisen, wimmernden Stimme, die Hebamme hätte sicher nicht so gesprochen. Ferner sagt die Mutter selbst, das Kind sei kräftig und gesund gewesen, und ähnlich lautet die Aussage der Vermietherin. Darnach war das Kind gesund; es streckte sich am Tage der Abreise behaglich im Badewasser und suchte sich

aufzurichten, woraus die Zeugin schloss, dass das angeblich erst zwei Wochen alte Kind sehr stark sein müsse. Endlich stimmt hiermit auch das Ergebniss der Obduktion überein, indem das Obduktionsprotokoll zu 1 sagt: Die Leiche des 55 cm grossen, angeblich und anscheinend 12 Tage alten Kindes zeigt einen ziemlich kräftigen Bau, ein ziemlich gut entwickeltes Fettpolster und eine ebenso entwickelte Muskulatur.

Hiernach beantworteten wir schliesslich kurz die uns vorgelegten Fragen dahin:

a. Die Todesursache des Kindes ist mit grosser Wahrscheinlichkeit der Erstickungstod.

b. Das Kind kann, nachdem es in den wenig oder kein Wasser haltenden Graben gelegt und mit lockerer Ackererde drei Finger hoch bedeckt war, etwas von dieser Erde eingeathmet und verschluckt haben; indem diese Erde dann bis in die kleinsten Luftröhrenverzweigungen kam und dieselben verstopfte, hinderte sie den Luftzutritt zu den Lungen und veranlasste so den Erstickungstod.

c. Das Kind ist nicht aus einer Beischlafsvollziehung im Dezember 1898 und somit kein sogenanntes Siebenmonatskind.

Nachträglich will ich noch kurz hinzufügen, dass bei der öffentlichen Verhandlung die Angeklagte das Geständniss zurücknahm, und erklärte, sie habe jene Aussage nicht gemacht, der Dolmetscher habe sie falsch verstanden. Sie habe bei dem Aufbruche vom Bahnhofe das Kind, das schon länger kränkelte, und für das sie nur ihrer Armuth wegen einen Arzt nicht geholt habe, auf dem einen Arm, in dem anderen ein Packet mit ihren Sachen getragen; das Kind, das die Brust, obgleich sie es anlegte, nicht mehr genommen habe, habe sie in das Tuch nicht fest eingewickelt, sondern sie habe das Tuch nur leicht über das Kind gebreitet, um es vor Regen zu schützen. Da habe sie beim Weitergehen das Kind für todt gehalten und in den Graben gelegt. Auch der Dolmetscher, befragt, sagte, er entsinne sich nicht, dass sie zugegeben oder gesagt habe, sie habe das Kind getödtet.

Von den den Herren Geschworenen vorgelegten Schuldfragen wurde die auf Mord lautende verneint, dagegen die Angeklagte schuldig befunden, ihr Kind vorsätzlich, aber ohne Ueberlegung getödtet zu haben; ferner wurden ihr mildernde Umstände zugebilligt. Sie wurde in Folge dessen nur zu vier Jahren Gefängniss verurtheilt.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den zehnten internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Paris.

Berichterstatter: Reg.- u. Med.-Rath Dr. Borntraeger in Danzig.

(Schluss.)

Ansteckende Krankheiten.

1. Drouineau (4. Sektion): **Die Ansteckenden im Hospital.** (Nach Autoreferat.)

Was die Isolirung anlangt, so ist es ungenügend, etwa auf einer

Etage ein paar Zimmer den Ansteckenden einzuräumen, während das Pflegepersonal allgemein dieselben Treppen und Zugänge benutzt. Will man Gutes schaffen, so kann dieselbe Einrichtung nicht gleichzeitig für einzelne Infektionskranke, kleine Haus- oder Nachbarschaftsepidemien und grosse Epidemien dienen. Man braucht eben zweierlei, nämlich:

a) eine dauernde, begrenzte Einrichtung für einzelne Fälle von Infektionskrankheiten, welche überall vorkommen;

b) eine zeitweilige, ausdehnbare, für ausserordentliche, unvorhergesehene Nothfälle durch eine spezielle, in der Bevölkerung wüthende Seuche.

Die erstere muss unter allen Umständen geschaffen werden, denn mit dieser Einrichtung kann man Epidemien vermeiden, also den Gebrauch der zweiten nicht nöthig haben.

Die erste Frage betrifft nun die Zahl der Betten; sie ist nach der Erfahrung in der betreffenden Stadt zu lösen. Freilich pflegt dies nicht ganz leicht zu sein, da die Morbidität an einzelnen Krankheiten gewöhnlich nicht genauerer bekannt ist. Bekannter pflegt aber die Mortalität zu sein, und man kann wohl mit der allgemeinen Mortalität auf die an kontagiösen Krankheiten insgesammt schliessen.

Nach Untersuchungen in Städten über 100000 Einwohner in Frankreich wird man auf 100 Betten eines Krankenhauses (exkl. Sieche) 20—30 für ansteckende Krankheiten (Darmtyphus, Masern, Scharlach, Pocken, Keuchhusten) rechnen müssen, also etwa ein Viertel. Für die einzelnen Orte ist die Zahl der Arbeiterbevölkerung in Betracht zu ziehen.

Weiter muss man nun Alter, Geschlecht und die einzelnen Krankheiten der Leute in Betracht ziehen. Nach dem Resultat dieser Erörterungen hat man sich zu entscheiden, ob man ein Sonderkrankenhaus, einen Isolirpavillon oder ein Isolirviertel bauen soll.

Sonder-Krankenhäuser. England hat deren zahlreiche, kleine mit einigen Betten, grosse mit bis zu 500 Betten. Abgesehen von den aus privater Initiative hervorgegangenen, besitzt London als Eigenthum der städtischen Krankenhäuser-Verwaltung 6 Sonder-Krankenhäuser mit 2200 Betten, ferner ein Seemannskrankenhaus mit 300 Betten, für Pockenkranke, ein Rekonvaleszentenhaus von 800 Betten, endlich vielerlei andere in verschiedenen Vierteln der Metropole. Meist sind es zweistöckige Pavillons, auch einstöckige, aus Steinen, Ziegelsteinen und Eisen oder aus Holz gebaut; die mittlere Bodenfläche pro Bett ist 13 qm, der Luftkubus 57 cbm.

Ausser dem Pockenhospital mit 300 Betten auf der Themse finden sich in England noch mehrere schwimmende Krankenhäuser für ansteckende Kranke von Handelsschiffen, so in Newcastle upon Tyne. In anderen Ländern hat man diese schwimmenden Lazarethe nicht nachgeahmt.

Andere Sonderhospitäler giebt es in Nottingham für Variolöse, in Blackburn, Schoters Hill.

Aus Deutschland wird das Krankenhaus Moabit mit 20 Baracken und 700 Betten als ursprüngliches Epidemie-Krankenhaus, ein Pockenhaus in Münster mit 70 Betten und das Institut für Infektionskrankheiten (Charité) von 1892 mit 103 Betten aufgeführt; aus Oesterreich-Ungarn einige provisorische Sonderanstalten in Wien, Budapest (Sankt Ladislaus mit 200 Betten). Kopenhagen besitzt in Oeresund 32, in Blegdam 200 Betten; Stockholm ein sehr gutes, neues Sonderkrankenhaus mit 170 Betten.

Isolirviertel. Hierunter ist gemeint die Vereinigung mehrerer Pavillons zu Isolierzwecken auf dem allgemeinen Hospitalgrundstück, getrennt von anderen Gebäuden. Es wird an Deutschland (Charité — Kinderkrankenhaus, Friedrichshain in Berlin, neues Hospital in Hannover) und Russland Hospital des Prinzen von Oldenburg in St. Petersburg) gedacht.

Isolirpavillons. Sind überall sehr zahlreich, so in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Amerika, England, von verschiedenartigem Typus, für Erwachsene und Kinder.

Frankreich besitzt keine Sonder-Krankenhäuser; in Paris sind nur einige provisorische Einrichtungen. Isolirviertel bestehen nur allenfalls in Montpellier und Bordeaux. Dagegen sind seit 15 Jahren sehr zahlreiche Isolirpavillons bei Krankenhäusern gebaut.

Welche dieser drei Formen man wählen soll, hängt am meisten von den zur Verfügung stehenden Räumen ab. Sonderhäuser sollen nicht über 300 Betten

haben und für jedes Bett eine Terrainfläche von 300 qm (Ruppel); in Oeresund sind 320, in Blegdam 430 qm. Dieser grosse Raum ist nicht nur erforderlich, um zwischen den einzelnen Pavillons Gärten zu lassen, sondern auch um auch in Epidemiezeiten Zelte und Baracken hinstellen zu können. Für Isolirviertel und -pavillons kann dieser Oberflächenraum reduzirt werden, selbst auf 100 qm.

Als Entfernung von jeder Wohnung fordert Pistor 100, Felix 200 m für Variolakranke; ersteres dürfte genügen. (In Belgien werden alle Krankenhäuser als „ungesunde und lästige Wohnungen" rubrizirt.)

Die Entfernung zwischen den einzelnen Pavillons muss im Minimum 30 m sein; in Stockholm sind es 40, in Christiania 48, in Göteburg 15, in Hamburg (Eppendorf) 17—20 m; von den Gebäuden mit nicht ansteckenden Kranken muss die Entfernung erheblich grösser sein.

Wieviel Pavillons sollen nun gebaut werden?

In Stockholm hat man deren 5 für Fleckfieber, Diphtherie, Pocken, Scharlach, Masern; Darmtyphus (Linroth) und Keuchhusten werden nicht isolirt. Ueber den Darmtyphus gehen die Ansichten überhaupt auseinander; die einen wollen ihn isoliren, die anderen nur in reservirten Räumen des allgemeinen Hauses, wieder andere unter den gewöhnlichen Krankheiten unterbringen; in Frankreich zählt er nicht zu denjenigen ansteckenden Krankheiten, die als solche zu behandeln sind, was nicht gut erscheint.

Man muss sich auch nach den einzelnen Ländern richten. In England giebt es viele Pockenhäuser. Dort, wo die ansteckenden Krankheiten anzeigepflichtig sind und nach bestimmten Gesetzen bekämpft werden, ist die Hospitalisirung der Kranken nöthig, doch von verschiedener Wichtigkeit. Man hat daher in Hamburg-Eppendorf ungleiche Pavillons mit 6 und 15 Betten.

Jedenfalls hat man 5 Pavillons nöthig: 1 für Darmtyphus, 1 für Pocken, 1 für Diphtherie, 1 für Scharlach, 1 für Masern; der für Pocken kann kleiner sein. Ausserdem bedürfen Sonderhäuser und Isolirviertel noch einer Beobachtungsstation; in Stockholm ist eine solche so eingerichtet, dass die einzelnen Kranken sich nicht gegenseitig anstecken können.

Jeder Pavillon hat am besten einen einzigen Stock, nämlich ein erhöhtes Erdgeschoss mit grösseren Sälen von 10—20 Betten und mit kleineren. Ein- und Ausgänge müssen so konstruirt sein, dass keine Berührung mit dem allgemeinen Personal und den Besuchern, welche ihre Kranken nach Ablauf des akuten Stadiums, wie in Stockholm, sehen wollen, stattfindet.

Dass im Pavillon Theeküche, Bäder, Klosets, Waschgelegenheiten, Wartezimmer u. s. w. vorhanden sein müssen, ist selbstverständlich.

Jedes Bett muss mindestens 10 m Bodenfläche, 40 cbm Luftraum haben. In Stockholm sind es 7—8 qm, 29—35 cbm, in Hamburg-Eppendorf 36 cbm. Solches ist annehmbar, wenn eine energische Ventilation vorhanden ist, so in Stockholm 60, in Oeresund 90 cbm für Bett und Stunde.

Für die Isolirpavillons der allgemeinen Krankenhäuser müssen besondere Regeln vorgeschrieben werden.

Sie sollen nicht über 60 Betten enthalten (Kaiser-Franz-Joseph-Krankenhaus in Wien) und können ganz klein sein, müssen mehrere Zimmer mit 1—2 Betten für die verschiedenen Krankheiten haben.

Die Zimmer sollen nicht auf einen geschlossenen Korridor, sondern auf eine offene Veranda münden (Roth), wie es im Presbyterian Hospital zu Newyork und im Heathcote Hospital zu Leannigton der Fall ist. Mehrere geschlossene Korridore hat die Poliklinik d'Umberto zu Rom.

Grössere Pavillons sollten mehrere Zugänge haben (Urban in Berlin je 2).

Der Verkehr zwischen dem allgemeinen Krankenhause und den Pavillons sei möglichst beschränkt. Das Telephon ist reichlich zu benutzen. Das Personal hat eigenen Eingang, das Zutragen von Materialien, Essen u. s. w. erfolgt aus dem Pavillon direkt. Für die Entfernung schmutziger Wäsche sind in Frankreich vielfach besonders konstruirte Thürme vorgesehen.

Das Personal für den Pavillon muss ausgesucht und gut instruirt, insbesondere zur minutiösen Reinlichkeit angehalten sein; es bedarf eines Vorzimmerwaschraumes für das Personal, damit es seine Hände oft und mit antiseptischen Mitteln waschen kann; auch sind die Waschkleider konstant zu wechseln und muss ein besonderes Kloset vorhanden sein.

Ein Isolirpavillon sollte bei jedem Krankenhause sein.

Neuerdings sind kleine und praktische Pavillons konstruirt. Holzwände sind zu vermeiden, Gypswände und jede leicht zu desinfizirende Bedeckung gut, Eisen und Ziegel mit glattem Bewurf am bestem; die Fussböden seien von Zement oder sonst undurchlässig.

Dazu kommt noch Regelung der Desinfektion und des Krankentransports.

Wenn über die Tuberkulose nichts gesagt wird, so ist das deshalb, weil sie besonderer Massnahmen bedarf.

Wirkliche Epidemien können, wenn Hygiene und Prophylaxe die Szepter führen, nicht mehr stehen; kommt es doch dazu, so sind gegen sie, wie gegen exotische Seuchen, besondere Massnahmen zu ergreifen, welche über das Gebiet der Krankenhausverwaltungen hinausgehen.

2. Proust und Wurtz (7. Sektion): Gelbfieber. (Nach Autoreferat.)

Das Gelbfieber hat seit langer Zeit, im Gegensatz zur Pest und Cholera, sich nicht mehr in Europa bemerkbar gemacht, dafür aber während des spanisch-amerikanischen Krieges auf Cuba; es ist im Allgemeinen auf Zentral-Amerika und einige Striche der Ostküste von Südamerika wie der Westküste von Afrika beschränkt. Die Massnahmen gegen das Gelbfieber sind in Frankreich zur Zeit aufgehoben.

Sanarelli glaubt den Erreger des Gelbfiebers in dem Bacillus icteroïdes gefunden zu haben, welcher sich im Blute und in den Geweben der Erkrankten und Gestorbenen findet, nicht aber in der Bauchhöhle, und welcher stets mit anderen Mikroben zusammen vorkommt, auch bei den meisten infizirten Thieren. Bei Versuchsthieren fand sich der Bacillus icteroïdes vom 2.—7. Tage nur in der Milz, später im ganzen Organismus. Er ist ein Stäbchen mit abgerundeten Ecken, findet sich meist in Gruppen von 2—4 μ Länge vereinigt, ist beweglich und mit Geisselfäden versehen.

Plattenkulturen geben punktförmige Kolonien vom Aussehen der Blutleukozythen, abgerundet, farblos, ohne Kern, fein und glänzend granulirt; sie verflüssigen nicht die Gelatine; im Zentrum sieht man am Ende des 6.—7. Tages einen charakteristischen schwarzen Punkt erscheinen.

Die Gelatinekulturen umgeben sich bei 37° mit einem sehr charakteristischem dicken, weisslichen Wulst. Bouillon mit Milchzucker (2%) und kohlensaurem Kalk bildet den besten Nährboden.

Bei natürlicher Austrocknung bleibt der Bacillus mindestens 7 Monate am Leben, in der Natur noch erheblich länger; daher der Wiederausbruch der Krankheit nach mehreren Jahren. Erst nach 70 Minuten wird er in trockner Hitze von 100° abgetödtet; bei 120—125° stirbt er schnell. Dagegen ist seine Widerstandskraft gegen die Sonnenhitze gering (Tod im Sommer bei einer Temperatur von 28° in 7 Stunden). In Wasser von 60° stirbt er in wenigen Augenblicken ab und sogleich bei 65°. Kochendes Wasser ist also ein sehr kräftiges Desinfiziens.

Die Gegenwart von Schimmel begünstigt in der Bouillon sehr die Entwicklung des Bacillus icteroïdes; er erwacht aus scheinbar sterilen Platten, wenn man darauf irgend welchen Schimmel aussäet.

Feuchtigkeit, welche, wie Ventilationsmangel, die Schimmelbildung begünstigt, dürfte daher auch der Entwicklung des Gelbfiebers günstig sein.

Im Meerwasser behält der Bacillus sehr lange seine Vitalität; damit im Einklang steht die Entwicklung des Gelbfiebers in Hafenstädten.

Der Bacillus icteroïdes ist pathogen für die Mehrzahl der Hausthiere; „die Vögel sind völlig refraktär". Bei Mäusen, Meerschweinchen, Kaninchen und besonders bei Hunden und Affen verursacht er eine ganz analoge Krankheit wie beim Menschen.

Injektionen mit Filtraten der Kulturen, auch in schwachen Dosen, bewirken dieselben Symptome, wie Injektionen des Bacillus.

Sanarelli hat 5 Personen von 15 bis zu 20 Tagen Bouillonkulturen des Bacillus, filtrit und und sterilisirt, mit einigen Tropfen Formaldehyd eingespritzt und zwar dreien in das Unterhautzellgewebe, zweien in die Venen; einer zeigte davon die klinischen Erscheinungen des Gelbfiebers.

Nachdem der Bacillus icteroïdes 1897 entdeckt war, hat man weiter versucht, ihn bei Kranken und Leichen zu finden, mit dem Resultate, dass Archinard ihn 32 Mal unter 39 Fällen fand, Gedding in 79,98%, Horlbach in 70% und die Kommission der Bakteriologen der Marine der Vereinigten Staaten in Cuba in 100%. In Frankreich fand ihn Gauthier bei

einem Kranken, der in Marseille mit dem Dampfer „Provence“ ankam, auf welchem bei der Ueberfahrt eine kleine Gelbfieberepidemie geherrscht hatte.

Dass der Bacillus nicht in allen Krankheitsfällen gefunden wurde, hängt wohl von der Schwierigkeit der Auffindung ab, welche durch die Sekundärinfektionen bedingt ist.

Das Serum der Gelbfieberkranken agglutinirt die Bacillus-Kultur.

Wie der Bacillus in den Körper aufgenommen wird, ist noch nicht festgestellt; die Möglichkeit der Einathmung ist nicht ausgeschlossen; die Infektion kann wohl erfolgen durch die Luft oder das Wasser; die Erde, zumal die in der Nähe von Gelbfieberleichen aufgewühlte, scheint 1897 im Sudan eine Rolle gespielt zu haben.

Im Ganzen scheint die Uebertragung durch direkte Berührung (Hand) oder Einathmung zu erfolgen. Dass Moskitos eine Rolle spielten (Finlay), ist bisher nicht erwiesen.

„Feuchtigkeit, Hitze, Dunkelheit und Luftmangel scheinen die günstigsten Faktoren für die Erhaltung des Bacillus icteroïdes zu sein.“ An Bord hält er sich lange lebend.

Die Massnahmen gegen das Gelbfieber haben nichts Spezifisches.

Die Serumanwendung scheint nur prophylaktisch bei früher Gabe zu wirken, nicht heilend. Immerhin wurden unter 8 Kranken im San-Sebastian-Hospital zu Rio de Janeiro 7 damit geheilt und zwar 3, welche je 80 cm Serum am 1. oder 2. Tage erhielten, und 4 von 5, welche es am 4. Tage erhielten. Sonst ist die Sterblichkeit hier 50 %. In San Carlos, wo die Sterblichkeit sonst 80—90 % beträgt, wurden 14 Kranke mit intravenösen Seruminjektionen behandelt, von denen 10 genasen; davon 6 von 8 am 2. oder 3. Tage Behandelten. Als im Gefängniss zu San Carlos 4 Personen an Gelbfieber erkrankt waren, erhielten alle Verurtheilten und 2 Militärpersonen Präventivinjektionen; sie blieben gesund.

3. Calmette-Lille (7. Sektion): **Die Prophylaxe der Pest durch Präventivimpfungen.** (Nach Autoreferat.)

Die Wirksamkeit der Präventivimpfungen mit Pestserum wie mit Pestbacilluskulturen, welche durch Erhitzung auf 70° während einer Stunde abgetödtet sind, ist nicht mehr zu bezweifeln.

Die Immunität durch Serum ist fast sofort nach der Injektion sehr ausgesprochen, dauert aber selten länger als 12—14 Tage. Man muss also während Pestepidemien alle 2 Wochen eine Dosis von 10 cm Serum den ausgesetzten Personen einimpfen. Diese Methode hat vier Vortheile, nämlich:

1) man erreicht eine fast sofortige und fast absolute Immunität;
2) man kann diese schmerzlose Methode bei Jedermann, auch bei Kindern, leicht anwenden;
3) sie ist nie schädlich;
4) das antiseptisch präparirte Serum ist fast unbegrenzt lange haltbar und wirksam;

aber auch drei Nachtheile, nämlich:

1) die kurze Dauer der Immunität;
2) der Preis des Serums ist zu hoch und die Schwierigkeit der Herstellung für Massenwirkungen zu gross;
3) die häufig zu wiederholende Impfung lässt sich nicht gut obligatorisch machen oder nur ausbreiten.

Immerhin ist die Inokulation unter folgenden Umständen angezeigt:

1) auf infizirten Schiffen während der Seefahrt;
2) in Lazarethen, in Desinfektionsanstalten bei Entladen von Waaren aus verseuchten Schiffen;
3) in Docks, Stapelplätzen und Magazinen mit verdächtigen Waaren;
4) zu Epidemiezeiten (für Exponirte und Verdächtige).

Die Impfung mit Pestbazillen wird durch Haffkine in Indien seit 3 Jahren angewandt und bewirkt eine längere Immunität; die Dauer derselben ist aber sehr schwankend und abhängig von der Menge der Mikrorganismenleiber, dem Alter der Kultur, ihrer Toxität und der Art ihrer Zubereitung. Die Immunität dauert demnach beim Menschen einige Tage bis mehrere Monate, ist aber schwer zu fixiren. Bei empfänglichen Thieren, z. B. Affen, übersteigt die durch Injektion von 2 ccm Haffkine'scher Impfkultur erreichte Immunität selten 3—4 Wochen; man muss die Injektionen 2—3 Mal in 3 Tagen Zwischen-

räumen wiederholen, um bei Thieren eine Immunität von 3—4 Monaten zu erlangen.

Calmette fand, dass eine Injektion von 3 ccm einer 1 Monat alten und während 1 Stunde auf 70° erhitzten Bouillonkultur bei Thieren nur eine Immunität bewirkte, welche am Ende des 7. Tages begann und bei Meerschweinchen 3 Wochen, beim Affen 1 Monat im Durchschnitt dauerte, indem die Probe auf Immunität mit derselben Dosis desselben Giftes ($^1/_{100}$ der Gelatinekultur von 48 Stunden) angestellt wurde. Bei Ratten bewirken schon 2 ccm bis 3 Monate Immunität. Man kann mit Haffkine daher annehmen, dass auch bei dem sehr empfänglichen Menschen die Immunität länger sein wird, doch ist nichts sicher.

Aus folgenden Gründen sind die Haffkine'schen Impfungen nützlich:

1. Man kann leicht und fast kostenlos in einigen Wochen grosse Mengen Pestbacilluskulturen präpariren und demgemäss Haffkine'schen Impfstoff darstellen;

2. die Inokulation ist leicht zu ertragen, da sie nur während 5—6 Tage um die Injektionsstelle ein wenig Anschwellung und Lymphangitis erzeugt;

3. man kann so die Bevölkerung einer ganzen Stadt oder eines Landes impfen und somit die Pest unterdrücken.

Aber die Methode hat ihre grossen Schattenseiten.

1) Calmette und Salimberi haben während der Epidemie in Oporto gezeigt, dass die Thiere während der Periode der Immunisation ausserordentlich empfindlich für kleinste Giftdosen sind. Daraus würde folgen, dass Jemand, der sich im Inokulationsstadium einer leichten Pest befände und sich nun inokuliren liesse, seine Krankheit wesentlich verschlimmern würde; er würde fast unfehlbar zu Grunde gehen. Auf diese Weise sind einige Todesfälle nach Haffkine'scher Behandlung in Indien (Bombay und Damaun) zu erklären.
2) Die Injektionen rufen ein mehr oder minder lebhaftes Fieber hervor, meist von kurzer Dauer, aber oft intensiv genug, um die Leute ihre Beschäftigung aussetzen zu lassen.
3. Die Dauerhaftigkeit der erhitzten Kulturen ist viel geringer als die des Serums; sie übersteigt nicht 6 Monate. Luft und Licht vermindern sehr schnell die Giftigkeit. Man darf also neue Kulturen nicht gebrauchen und muss sie oft erneuern.

Immerhin kann diese Methode fast sofort eine Epidemie abbrechen. Aber die Anwendung des Pestserums ist empfehlenswerther, weil es ungefährlich ist und neben der Prophylaxe auch zur Behandlung der ausgesprochenen Pest benutzt werden kann. Es sollten daher zur Zeit Instruktionen für die Anwendung des Pestserums auf Seeschiffen für den Fall, dass sich ein verdächtiger Fall zeigt, jedem Arzte und jedem Kapitän mitgegeben werden, ebenso eine Instruktion über das Abtödten von Ratten, Flöhen und Mücken, welche die Krankheit verbreiten können, und über die Desinfektionen. Die Lazarethe, Sanitätsposten und Hospitäler des Zivils und der Marine in den Handels- und Kriegshäfen sollten einen Vorrath von Pestserum besitzen und in gewissen Perioden erneuern. Wo ein bakteriologisches Laboratorium ist, sollte der Leiter beauftragt werden, das Serum aufzubewahren, an die Marineärzte, Rheder und Kapitäne abzugeben und sie im Gebrauch zu unterweisen.

Die Medizinalpersonen der Schiffe und Häfen sind die besten Schildwachen gegen die Pest.

Demographie.

Dr. Longuet: **Beschäftigungswuchs.** (Nach Autoreferat.)

Die Beziehung des Wuchses zu den Beschäftigungen kann von verschiedenen Gesichtspunkten beobachtet werden. Man kann sich fragen:

„Ob die Ausübung gewisser Beschäftigungen sich überträgt auf die Entwicklung des Wuchses durch einen bestimmten Einfluss;

ob die Anforderungen gewisser Beschäftigungen nicht von den Beschäftigten mit Rücksicht auf ein besseres Fortkommen einen bestimmten Wuchs, ein „Optimum“ erheischen;

ob die Unterschiede des Beschäftigungswuchses nicht hauptsächlich das Resultat des Unterschiedes der ursprünglichen sozialen Bedingungen sind, welche die Wahl der Beschäftigung bewirkt haben.“

Die statistischen Unterlagen für die Ergründung dieser Verhältnisse sind sehr rar. Bertillon hat in dem Artikel „Wuchs“ in dem enzyklopädischen Wörterbuche von Dechambre 1884 gesagt, dass er nur eine Untersuchung darüber kenne, nämlich eine Tabelle über die Aushebungen im Königreich Sachsen 1852/54.

Longuet hat daher aus den französischen Aushebungslisten 2 Tabellen zusammengestellt, welche er in seinem Referat angiebt, und nach deren zweiter u. A. die mittlere Grösse ist:

bei Handwerkern (14085 gemessen) 1,644 m und zwar

bei	Hufschmieden	1,663 m	bei	Landwirthen, Landleuten	1,646 m
„	Lohgerbern	1,662 „	„	Fabrikarbeitern	1,645 „
„	Buchdruckern, Graveuren, Zeichnern	1,656 „	„	Malern	1,644 „
			„	Tischlern, Kunsttischlern	1,643 „
„	Gewürzkrämern	1,655 „	„	Dachdeckern	1,641 „
„	Müllern	1,655 „	„	Sattlern	1,641 „
„	Köchen	1,654 „	„	Schlossern, Bleigiessern	1,640 „
	Kutschern u. Fuhrleuten	1,653 „	„	Böttchern	1,640 „
„	Bergleuten	1,652 „	„	Stellmachern, Zimmerleuten	1,639 „
„	Kammerdienern	1,651 „	„	Dienstboten, Tagelöhnern	1,638 „
„	Maurern, Steinmetzen	1,650 „	„	Schneidern	1,637 „
„	Schlachtern, Wurstmachern	1,649 „	„	Schustern, Ueberschuhmachern	1,636 „
„	Bäckern, Pastetenbäckern	1,649 „			
„	Tapezierern, Ziegelbrennern, Korbmachern, Färbern, Juwelieren etc.	1,648 „	„	Webern	1,636 „
			„	Friseuren	1,635 „
			„	Kellnern	1,634 „;

bei Nichthandwerkern (2604 gemessen) 1,677 m und zwar:

bei	Studirenden (Medizinern, Theologen etc.)	1,687 m	bei	Handelsherren, Kaufleuten	1,651 m
„	Eigenthümern, Beschäftigungslosen	1,662 m	„	Beamten, Angestellten, Kommis	1,644 „.

Die 16689 gemessenen Leute stammten vorwiegend aus der Bretagne und Normandie, hatten ein Durchschnittsmass von 1,649 m und sollen dem Mittel der französischen Bevölkerung entsprechen.

Darnach ist die Gruppe der frei Beschäftigten im Durchschnitt 38 mm grösser als die der Handwerker (1,677 gegen 1,644). Nimmt man die Extreme beider Gruppen, so sind die Studenten durchschnittlich 53 mm grösser als die Kellner (1,687 m gegen 1,634 m).

Das entspricht Bertillon's Berechnungen aus den sächsischen Aushebungen: Die sächsischen Studenten haben unter allen Ausgehobenen die wenigsten Exemplare unter 1,557 m und die meisten über 1,783.

Das Gleiche haben Untersuchungen über die schweizerischen Rekruten 1884/86 ergeben. Rechnet man alle, welche unter 1,56 m gross sind, zu den Kleinen und alle, welche über 1,69 m gross sind, zu den Grossen, so kommen von 100 Studenten 3 auf die Kleinen und 43 auf die Grossen, von 100 Schneidern aber 36 auf die Kleinen und 6 auf die Grossen.

Ebenso befinden sich von 100 französischen Studenten nur etwa 2 unter den Kleinen, dagegen 40 unter den Grossen. Und ähnlich ist es bei den Sachsen.

Die Ueberhöhe bei den Gebildeten und speziell bei den Studenten muss als eine Folge der sozialen Lage und des Wohlstandes betrachtet werden, welche vorzüglich die Wahl solcher Karrieren erlauben, und gegen welche die Unzuträglichkeiten der sitzenden Lebensweise und die Schulzeit nicht aufkommen; sie offenbart sich schon in den ersten Lebensjahren, wie die Untersuchungen in Amerika, Deutschland, Italien, Russland und Frankreich ergeben haben.

Hinter den Studenten rangiren nach der französischen Tabelle die Angestellten, welche sich aus Kreisen rekrutiren, deren Lebensbedingungen zwar nicht ebenso günstig, aber immer noch günstiger sind, als bei den Handwerkervorfahren.

Unter den Handwerkern sind die Hufschmiede die grössten (Durchschnitt 1,663 m, unter 100 Gemessenen 57,39 von 1,64—1,71 m Höhe). Auch in Sachsen gehören die Hufschmiede mit zu den Grössten. Das ist nicht zufällig; „die Beschäftigung scheint uns eins der deutlichsten Beispiele für den Einfluss der körperlichen Konstruktion auf die Beschäftigungswahl zu bilden.“

räumen wiederholen, um bei Thieren eine Immunität von 3—4 Monaten zu erlangen.

Calmette fand, dass eine Injektion von 3 ccm einer 1 Monat alten und während 1 Stunde auf 70° erhitzten Bouillonkultur bei Thieren nur eine Immunität bewirkte, welche am Ende des 7. Tages begann und bei Meerschweinchen 3 Wochen, beim Affen 1 Monat im Durchschnitt dauerte, indem die Probe auf Immunität mit derselben Dosis desselben Giftes ($^1/_{100}$ der Gelatinekultur von 48 Stunden) angestellt wurde. Bei Ratten bewirken schon 2 ccm bis 3 Monate Immunität. Man kann mit Haffkine daher annehmen, dass auch bei dem sehr empfänglichen Menschen die Immunität länger sein wird, doch ist nichts sicher.

Aus folgenden Gründen sind die Haffkine'schen Impfungen nützlich:

1. Man kann leicht und fast kostenlos in einigen Wochen grosse Mengen Pestbacilluskulturen präpariren und demgemäss Haffkine'schen Impfstoff darstellen;

2. die Inokulation ist leicht zu ertragen, da sie nur während 5—6 Tage um die Injektionsstelle ein wenig Anschwellung und Lymphangitis erzeugt;

3. man kann so die Bevölkerung einer ganzen Stadt oder eines Landes impfen und somit die Pest unterdrücken.

Aber die Methode hat ihre grossen Schattenseiten.

1) Calmette und Salimberi haben während der Epidemie in Oporto gezeigt, dass die Thiere während der Periode der Immunisation ausserordentlich empfindlich für kleinste Giftdosen sind. Daraus würde folgen, dass Jemand, der sich im Inokulationsstadium einer leichten Pest befände und sich nun inokuliren liesse, seine Krankheit wesentlich verschlimmern würde; er würde fast unfehlbar zu Grunde gehen. Auf diese Weise sind einige Todesfälle nach Haffkine'scher Behandlung in Indien (Bombay und Damaun) zu erklären.
2) Die Injektionen rufen ein mehr oder minder lebhaftes Fieber hervor, meist von kurzer Dauer, aber oft intensiv genug, um die Leute ihre Beschäftigung aussetzen zu lassen.
3. Die Dauerhaftigkeit der erhitzten Kulturen ist viel geringer als die des Serums; sie übersteigt nicht 6 Monate. Luft und Licht vermindern sehr schnell die Giftigkeit. Man darf also neue Kulturen nicht gebrauchen und muss sie oft erneuern.

Immerhin kann diese Methode fast sofort eine Epidemie abbrechen. Aber die Anwendung des Pestserums ist empfehlenswerther, weil es ungefährlich ist und neben der Prophylaxe auch zur Behandlung der ausgesprochenen Pest benutzt werden kann. Es sollten daher zur Zeit Instruktionen für die Anwendung des Pestserums auf Seeschiffen für den Fall, dass sich ein verdächtiger Fall zeigt, jedem Arzte und jedem Kapitän mitgegeben werden, ebenso eine Instruktion über das Abtödten von Ratten, Flöhen und Mücken, welche die Krankheit verbreiten können, und über die Desinfektionen. Die Lazarethe, Sanitätsposten und Hospitäler des Zivils und der Marine in den Handels- und Kriegshäfen sollten einen Vorrath von Pestserum besitzen und in gewissen Perioden erneuern. Wo ein bakteriologisches Laboratorium ist, sollte der Leiter beauftragt werden, das Serum aufzubewahren, an die Marineärzte, Rheder und Kapitäne abzugeben und sie im Gebrauch zu unterweisen.

Die Medizinalpersonen der Schiffe und Häfen sind die besten Schildwachen gegen die Pest.

Demographie.

Dr. Longuet: **Beschäftigungswuchs.** (Nach Autoreferat.)

Die Beziehung des Wuchses zu den Beschäftigungen kann von verschiedenen Gesichtspunkten beobachtet werden. Man kann sich fragen:

„Ob die Ausübung gewisser Beschäftigungen sich überträgt auf die Entwicklung des Wuchses durch einen bestimmten Einfluss;

ob die Anforderungen gewisser Beschäftigungen nicht von den Beschäftigten mit Rücksicht auf ein besseres Fortkommen einen bestimmten Wuchs, ein „Optimum“ erheischen;

ob die Unterschiede des Beschäftigungswuchses nicht hauptsächlich das Resultat des Unterschiedes der ursprünglichen sozialen Bedingungen sind, welche die Wahl der Beschäftigung bewirkt haben.“

Die statistischen Unterlagen für die Ergründung dieser Verhältnisse sind sehr rar. Bertillon hat in dem Artikel „Wuchs“ in dem enzyklopädischen Wörterbuche von Dechambre 1884 gesagt, dass er nur eine Untersuchung darüber kenne, nämlich eine Tabelle über die Aushebungen im Königreich Sachsen 1852/54.

Longuet hat daher aus den französischen Aushebungslisten 2 Tabellen zusammengestellt, welche er in seinem Referat angiebt, und nach deren zweiter u. A. die mittlere Grösse ist:

bei Handwerkern (14085 gemessen) 1,644 m und zwar

bei Hufschmieden	1,663 m	bei Landwirthen, Landleuten	1,646 m
„ Lohgerbern	1,662 „	„ Fabrikarbeitern	1,645 „
„ Buchdruckern, Graveuren, Zeichnern	1,656 „	„ Malern	1,644 „
„ Gewürzkrämern	1,655 „	„ Tischlern, Kunsttischlern	1,643 „
„ Müllern	1,655 „	„ Dachdeckern	1,641 „
„ Köchen	1,654 „	„ Sattlern	1,641 „
Kutschern u. Fuhrleuten	1,653 „	„ Schlossern, Bleigiessern	1,640 „
„ Bergleuten	1,652 „	„ Böttchern	1,640 „
„ Kammerdienern	1,651 „	„ Stellmachern, Zimmerleuten	1,639 „
„ Maurern, Steinmetzen	1,650 „	„ Dienstboten, Tagelöhnern	1,638 „
„ Schlachtern, Wurstmachern	1,649 „	„ Schneidern	1,637 „
„ Bäckern, Pastetenbäckern	1,649 „	„ Schustern, Ueberschuhmachern	1,636 „
„ Tapezierern, Ziegelbrennern, Korbmachern, Färbern, Juwelieren etc.	1,648 „	„ Webern	1,636 „
		„ Friseuren	1,635 „
		„ Kellnern	1,634 „;

bei Nichthandwerkern (2604 gemessen) 1,677 m und zwar:

bei Studirenden (Medizinern, Theologen etc.)	1,687 m	bei Handelsherren, Kaufleuten	1,651 m
„ Eigenthümern, Beschäftigungslosen	1,662 m	„ Beamten, Angestellten, Kommis	1,644 „.

Die 16689 gemessenen Leute stammten vorwiegend aus der Bretagne und Normandie, hatten ein Durchschnittsmass von 1,649 m und sollen dem Mittel der französischen Bevölkerung entsprechen.

Darnach ist die Gruppe der frei Beschäftigten im Durchschnitt 38 mm grösser als die der Handwerker (1,677 gegen 1,644). Nimmt man die Extreme beider Gruppen, so sind die Studenten durchschnittlich 53 mm grösser als die Kellner (1,687 m gegen 1,634 m).

Das entspricht Bertillon's Berechnungen aus den sächsischen Aushebungen: Die sächsischen Studenten haben unter allen Ausgehobenen die wenigsten Exemplare unter 1,557 m und die meisten über 1,783.

Das Gleiche haben Untersuchungen über die schweizerischen Rekruten 1884/86 ergeben. Rechnet man alle, welche unter 1,56 m gross sind, zu den Kleinen und alle, welche über 1,69 m gross sind, zu den Grossen, so kommen von 100 Studenten 3 auf die Kleinen und 43 auf die Grossen, von 100 Schneidern aber 36 auf die Kleinen und 6 auf die Grossen.

Ebenso befinden sich von 100 französischen Studenten nur etwa 2 unter den Kleinen, dagegen 40 unter den Grossen. Und ähnlich ist es bei den Sachsen.

Die Ueberhöhe bei den Gebildeten und speziell bei den Studenten muss als eine Folge der sozialen Lage und des Wohlstandes betrachtet werden, welche vorzüglich die Wahl solcher Karrieren erlauben, und gegen welche die Unzuträglichkeiten der sitzenden Lebensweise und die Schulzeit nicht aufkommen; sie offenbart sich schon in den ersten Lebensjahren, wie die Untersuchungen in Amerika, Deutschland, Italien, Russland und Frankreich ergeben haben.

Hinter den Studenten rangiren nach der französischen Tabelle die Angestellten, welche sich aus Kreisen rekrutiren, deren Lebensbedingungen zwar nicht ebenso günstig, aber immer noch günstiger sind, als bei den Handwerkervorfahren.

Unter den Handwerkern sind die Hufschmiede die grössten (Durchschnitt 1,663 m, unter 100 Gemessenen 57,39 von 1,64—1,71 m Höhe). Auch in Sachsen gehören die Hufschmiede mit zu den Grössten. Das ist nicht zufällig; „die Beschäftigung scheint uns eins der deutlichsten Beispiele für den Einfluss der körperlichen Konstruktion auf die Beschäftigungswahl zu bilden.“

„Eine grössere Länge, verbunden mit einem Zuwachs von Kraft — begünstigt deutlich die Ausübung eines Gewerbes, bei dem der Mensch sich unaufhörlich mit dem Pferde messen muss."

Aehnliche Anforderungen werden an die Kutscher und Fuhrleute gestellt (1,653 m lang im Durchschnitt).

Ein Grund anderer Art, wie bereits Bertillon hervorgehoben hat, ist für die Grösse der Kammerdiener (1,651 m) massgebend: die Repräsentation.

Auf dem anderen Ende der Leiter finden wir die Kellner (1,634 m) und Friseure (1,635 m). Erstere bilden überall den „schäbigen Rest, in den wie Trümmer die physischen und moralischen Unzulänglichkeiten aller Stände zu stranden pflegen", während der Beruf des Friseurs, welcher wenig Kräfte erfordert, von vorsichtigen Eltern bescheidener Stellung für delikate Kinder gewählt wird.

Ebenso ist es mit den Schneidern (1,637 m), auch in Sachsen und der Schweiz; in der französischen Statistik ist keiner der gemessenen über 1,72—1,73 m; „der Fall ist einzig inmitten der übrigen Beschäftigungen."

Der schädliche Einfluss des Berufs auf die Entwicklung erscheint fast nur bei den Malern (1,636 m); sogar die Bergleute sind grösser (1,652 m), doch sind die Messungen hier nicht zahlreich. Ob ein günstiger Einfluss der aktiven Gewerbe oder der frischen Luft bei den Stellmachern oder Maurern vorhanden ist, erscheint noch zweifelhaft; es kann hier auch die Wahl durch die ursprünglich vorhandene Kräftigkeit motivirt sein.

Uebrigens ist die Berufswahl nicht immer besonders begründet, oft folgt der Sohn dem Vater; die körperliche Beschaffenheit ist daher nur eine der Entscheidungsfaktoren.

Hiermit seien die Referate geschlossen.

Es erübrigt noch, einiges über die **Festlichkeiten** und **Besichtigungen** zu sagen.

Die Zahl der **Festlichkeiten**, welche den Mitgliedern des Hygiene-Kongresses, meist gemeinschaftlich mit vielen anderen Kongressisten und sonstigen Leuten, gegeben wurden, war ungewöhnlich gross.

Der Eröffnungssitzung am Nachmittage des 10. August folgte unmittelbar ein Empfang beim Präsidenten der Republik in den herrlichen Räumen und dem Park des Palais de l'Elysée und am Abend beim Präsidenten des Kongresses, Prof. Brouardel, in der medizinischen Fakultät. Am 11. August war Abend-Empfang beim Ministerpräsidenten Waldeck-Rousseau, am 13. August Subskriptions-Banquet in Alt-Paris auf dem Ausstellungsgebäude, am 14. Nachmittags-Empfang im Rathhause, am 15. Ausstellungs-Feste, am 16. Empfang bei dem Chokoladenkaiser Menier in Noisiel, dessen Reklametafeln auf freiem Felde neben der Eisenbahn den Reisenden an der französischen Grenze zuerst empfingen und zuletzt verliessen, dessen Chokoladenschiff auf der Ausstellung ebenso wie die vorgeführte Chokoladenfabrikation von Anfang bis zu Ende die Bewunderung des Zuschauers erregte, und der das Angenehme mit dem Nützlichen zu vereinigen wusste, indem er nicht nur ein splendides Diner seinen Gästen vorsetzte, sondern ihnen auch seine weit ausgedehnte Arbeiterfürsorge in Gestalt von Wohnungen u. s. w. vorführte.

Diese Feste waren im Uebrigen sich meist sehr ähnlich: erschwerter Eintritt, Fülle, Büffetsturm und Aufführungen. Man kann verschieden über derartige Festlichkeiten denken; immerhin lässt sich nicht leugnen, dass das Publikum sie will, und dass es in der That für den nicht völlig Blasirten einen nicht geringen Reiz hat, berühmte, bekannte oder viel genannte, Rollen irgend welcher Art spielende Persönlichkeiten zu sehen, die Art zu beobachten, wie man in fremden Ländern Feste feiert und sich giebt, herrliche, oft historische, sonst nicht zugängliche Räume zu betreten und dort Bekanntschaften mit allen möglichen Erdenbewohnern zu schliessen und zu erneuern. Freilich ist zuzugeben, dass die Befriedigung dieses Reizes, besonders für Damen, nicht immer leicht, ja, nicht einmal immer ungefährlich ist, und mancher wird Grund haben, auch von Paris variirend zu sagen: „Man wandelt nicht ungestraft auf Kongress-Festen." Immerhin, so schlimm wie der Berichterstatter des „Progrès Medical" das den Mitgliedern des Aerzte-Kongresses gegebene Fest im

Palais du Luxembourg schildert, wo 2000 Menschen sich gestossen und gedrängt, viele, auch Damen in Balltoiletten, vergeblich den Eingang zu gewinnen gesucht und nach langem Aufenthalt im Freien, ohne Eintritt gefunden zu haben, umgekehrt sein sollen, Dank der „Freiheitsliebe" des französischen Volkes, welches, wie der Schreiber meint, jede Ordnung und Organisation vermieden habe — so schlimm war es auf den „hygienischen" Festen nirgends. Wenn aber jener Spötter meint, „noch nie sei ein Büffet so wild gestürmt worden", wie im Palais du Luxemburg, so irrt er; denn hierüber und über andere Unannehmlichkeiten weiss auch der Hygiene-Kongressist zu berichten. Von den Empfängen bei Brouardel und Waldeck-Rousseau soll nichts Tadelndes gesagt werden, obwohl bei letzterem ein übermässig weiter und daher grösstentheils zunächst leer bleibender Raum den „obersten 100" reservirt war, während die minder Begünstigten keinen passenden Platz mehr zu finden vermochten. Im Rathhause glich der wenig besuchte Empfang um 4 Uhr durch ein oder zwei den meisten unbekannt gebliebene Magistratsmitgliedern etwa einer „Gesellschaft mit beschränkter Haftpflicht", insofern als um 5 Uhr alle wieder hinaus mussten, um einer neuen Schaar Platz zu machen — ein immerhin nicht unpraktisches Verfahren. Dagegen muss es als höchst befremdend bezeichnet werden, wenn sich die Pforten des Elyseum vor Herren und Damen in guter Toilette schlossen und Polizisten und Soldaten mit vorgehaltenem Gewehr diese auserwählte und geladene — oder etwa nicht ausnahmslos? — Gesellschaft beiderlei Geschlechtes auf der Strasse rücksichtslos zurückdrängten und -stampften, ohne über den Grund dieser Massnahme auch dem Fragenden eine Auskunft zu geben. Auch die endlich erlösend erfolgende Ankunft des Schah's von Persien vermochte die Erregtheit über diese Taktlosigkeit nicht zu besänftigen und verursachte spöttische Rufe „Vive l'égalité", Wegwerfen der Einladungskarten, mit denen nun irgend ein homo ignotus der Strasse sich Eingang verschaffte, und unmuthiges Verzichten auf die zweifelhaft gewordene Gunst des Eintritts. Und innen im Garten war es nur einem kleinen Theile des Publikums vergönnt, von den meist recht hübschen Darstellungen, der Entwickelung des Tanzes bei den verschiedenen Völkern, etwas Genaueres zu sehen oder seine ausgetrocknete Kehle anzufeuchten, während es den sehr zahlreich erschienenen Studenten mehrfach gelungen war, auf Staatskosten sich in jenen Zustand zu versetzen, „den man vom Feldwebel abwärts Trunkenheit nennt".

Es mag dem Gaste nicht geziemen zu tadeln, und es soll auch hier Niemand persönlich verantwortlich gemacht werden; aber es bedarf doch der offenen Berührung solcher Vorkommnisse, um Wiederholungen möglichst zu vermeiden. Wie wäre es, wenn man in der Zeit der allgemeinen „Fortbildungskurse" auch solche für Kongressisten einführte und Niemanden zu Kongressen zuliesse, der nicht einen solchen Kursus „mit Erfolg" besucht hätte? Und zwar bedarf es der Kurse für Arrangirer wie für Besucher von Kongressen. Erstere wären u. A. zu unterweisen, wie man Ueberfüllungen auf Festlichkeiten vermeidet, den Besuch der Feste gleichmässig unter die Kongressisten vertheilt, für ausreichende Garderoberäume sorgt und dergleichen mehr, letztere, dass auch auf Kongressfesten die Höflichkeit gegen Damen und ältere Personen „nicht ausgeschlossen" ist, dass ein Buffet für kurze Imbisseinnahme im Bedarfsfalle da ist, nicht aber um die Kraft der Ellbogen der Besucher zu üben, und sie zu veranlassen, einen dauernden Vertheidigungsstand an der Bar zu behaupten, jeden Neuankommenden zurückzudrängen und selbst ohne Unkosten eine Mahlzeit mit x Gängen und y Getränken einzunehmen und „Freisekt" u. s. w. in möglichst grossen Quantitäten zu vertilgen. Welch einen Begriff mögen wohl die Buffetschenken von der Gesittung so mancher studirter Leute empfangen!

Wohl vorbereitet durchweg lehrreich und interessant waren die **Besichtigungen.**

Der festfreie Sonntag am 12. August brachte eine zahlreiche Schaar zu den Rieselfeldern von Achères, welche, 1000 Hektare gross, einen Theil der Abwässer von Paris aufnehmen, und deren Anlage, 1875 begonnen, 1895 vollendet, 15 Millionen Frcs. gekostet hat; das Gebiet ist 1 km breit und 10 km lang, in 4 besondere Abtheilungen getheilt, von Längs- und Querkanälen durchschnitten. Die Zuleitung aus Paris war nicht ohne Schwierigkeiten. Die Anlage ist die gewöhnliche. Die geklärten Wässer gehen zur Seine. Das gesammte Land für die Abwässerreinigung um Paris umfasst 5000 ha, reinigt

im Jahre 200 Millionen cbm Kanalinhalt und ist bis 46 km von der Weltstadt entfernt.

Eine andere Expedition führte zu den Wasserwerken von Choisy-le-Roi, 10 km oberhalb Paris, wo eine Gesellschaft das Seinewasser nach einem besonderen Verfahren zunächst mit Eisenstücken in Trommeln vermengt, dann, nachdem Luft zugeleitet, durch allerlei Kaskaden, „Chikanen", Absitzen, Filtriren reinigt — und, im Verein mit einem anderen Werke an der Marne, also 72 Kommunen, darunter die Stadt St. Denis (mit 80000 Einw.), mit insgesammt rund 1 Million Einwohnern mit Trinkwasser versorgt, für 30 Centimes = 24 Pfennig pro Kubikmeter. Die dauernden bakteriologischen Resultate sind unbekannt.

Wieder ein anderer Ausflug galt dem Kanalsystem von Paris, welches der leitende Ingenieur Bachem mit Recht als ein „unterirdisches System von Wegen" bezeichnete. Auf dem Boden fliesst die Gesammtheit der Abwässer, welcher Art sie auch immer seien, ab und zu durch Seitenzuflüsse gespeist, langsam zu den Rieselfeldern, in dem starken hier herrschenden Luftzuge keineswegs übelriechend; in Booten oder elektrischen Wagen fährt man über die Masse hin und durch die Kanäle, deren grösster 3,65 m hoch und 5,20 m breit, deren kleinster 2,0 m hoch und 1,30 m breit ist. Die Gewölbe dieser Kanäle sind mit Röhren verschiedener Grösse belegt, welche bald Trinkwasser, bald Luft, bald Telephonleitungen, Telegraphendrähte, pneumatische Systeme, Uhrregelungen, elektrische Kabel führen. Eine in der That ungemein interessante Anlage.

Sodann boten sich Gelegenheiten, die wissenschaftlichen Institute, Nahrungsmittel-Untersuchungs-Anstalten, Krippen, Schulen, Armenapotheken, Asyle, Ambulanzen, Impf- und Desinfektionsanstalten, Hospitäler und Hospize, Katakomben, Kirchhöfe, Morgue, Gefängnisse, Wasserversorgungsvorrichtungen und andere hygienische Vorkehrungen zu studiren.

Grossen Zuspruchs erfreute sich das Institut Pasteur, das einen Flächenraum von 3 ha bedeckt, in allen seinen vortrefflichen Einrichtungen aller Art, deren Beschreibung hier nicht gestattet sein kann, auch nicht des lichtfrohen, neuen, fast vollendeten Krankenhauses, in welchem die Zimmer je 3 Glaswände haben, und in welchem alle Forderungen der Neuzeit auf's Peinlichste beobachtet werden zu sollen scheinen. Die Abtheilungen für Physiologie und Pathologie, Bakteriologie, Serumtherapie, biologische Chemie sind vortrefflich ausgerüstet; der spezielle Forscher kennt sie; wer sie nicht kennt, suche sie auf, er wird Grossartiges zu sehen bekommen. Zwei Punkte aber seien besonders hervorgehoben: Die Wohlthätigkeit und das Grab. Sammlungen und hohe Geschenke, zum Theil von Damen, zum Theil von unbekannt bleiben wollenden, sind es, welche im Wesentlichen Bau und Unterhaltung der Anstalt ermöglichen. Pasteur aber selbst, dem das Institut seine Entstehung verdankt, ruht in einem Grabe, wie es wohl noch keinem Manne der Wissenschaft, wenigstens der Naturwissenschaft, errichtet ist: in herrlicher Krypta, deren Wände in Mosaik die, die Arbeiten des Meisters darstellenden Figuren enthalten, während das Gewölbe die allegorischen Gestalten des Glaubens, der Hoffnung, der Liebe und der Wissenschaft zieren, unter einem mächtigen schwedischen Granitblock. Wahrlich, hier ist ein Beispiel, wie grosse Wissenschaftler würdig und gerechter als bisher zu ehren sind; möge es Nachfolger finden!

Entwurf eines Gesetzes, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen.

Vom Herausgeber.

Dem Abgeordnetenhause ist jetzt der bereits angekündigte Gesetzentwurf, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen zugegangen. Derselbe hat nachstehende Fassung:

„§. 1. Die Kreisärzte erhalten für amtliche Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, soweit dieses Gesetz in den §§. 3 und 4 nicht

ein Anderes bestimmt, ausser ihren etatsmässigen Bezügen keine weitere Vergütung aus der Staatskasse.

§. 2. Bei anderen amtlichen Verrichtungen, insbesondere bei solchen, welche durch ein Privatinteresse veranlasst sind oder für ortspolizeiliche Interessen in Anspruch genommen werden, deren Befriedigung den Gemeinden gesetzlich obliegt, erhalten die Kreisärzte von den Betheiligten neben den in dem §. 3 bezeichneten Vergütungen eine besondere Gebühr.

§. 3. In den Fällen der §§. 1 und 2 stehen den Kreisärzten Tagegelder und Reisekosten nach Massgabe der für Staatsbeamte geltenden allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zu.

Werden die in dem §. 2 bezeichneten Verrichtungen an dem Wohnorte oder in einer Entfernung von weniger als zwei Kilometern von demselben vorgenommen, so haben die Kreisärzte Anspruch auf Ersatz der verauslagten Fuhrkosten.

§. 4. Für die Thätigkeit als gerichtliche Sachverständige (Gerichtsärzte) erhalten die Kreisärzte eine besondere Gebühr. Die Tagegelder und Reisekosten werden durch Königliche Verordnung festgesetzt.

§. 5. Ist ein und dieselbe Reise durch mehrere Geschäfte veranlasst, so werden die Tagegelder und Reisekosten gleichmässig nach der Zahl der Geschäfte auf dieselben vertheilt und nur die entsprechenden Theilbeträge von den Zahlungspflichtigen erfordert. Die Zahlungspflichtigen haften als zweite Schuldner für die einem anderen zur Last fallenden Theilbeträge bis zur Höhe der Tagegelder und Reisekosten, welche bei abgesonderter Ausführung des Geschäfts entstanden wären. Sind mehrere Geschäfte auf derselben Reise an verschiedenen Orten ausgerichtet, so werden die Reisekosten auf die mehreren Geschäfte, durch welche die Reise veranlasst ist, nach Verhältniss derjenigen Beträge vertheilt, welche bei abgesonderter Erledigung jedes dieser Geschäfte an Reisekosten entstanden wären.

Die vorstehenden Bestimmungen finden entsprechende Anwendung auf die Vertheilung der bei Verrichtungen am Wohnorte oder in einer Entfernung von weniger als zwei Kilometern von demselben entstandenen Auslagen für Fuhrkosten.

Tagegelder können auch dann, wenn mehrere Dienstreisen an einem Tage erledigt werden, nur ein Mal beansprucht werden.

§. 6. Der Tarif für die den Kreisärzten in Gemässheit der §§. 2 und 4 zustehenden Gebühren wird durch den Minister der Medizinalangelegenheiten im Einvernehmen mit den sonst betheiligten Ministern festgesetzt. In gleicher Weise werden auch die erforderlichen Ausführungsbestimmungen erlassen.

§. 7. Werden in den Fällen, in welchen der Tarif einen Mindest- und Höchstsatz vorsieht, Bedenken gegen die Angemessenheit des Betrages erhoben, so entscheidet, soweit nicht für gewisse Verrichtungen ein Anderes bestimmt ist, der Regierungspräsident, innerhalb des der Zuständigkeit des Polizeipräsidenten von Berlin unterstellten Bezirks, dieser endgültig.

§. 8. Als Kreisärzte im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die Kreisassistenzärzte.

§. 9. Werden andere Aerzte, beamtete oder nicht beamtete, zu einer der in den §§. 1, 2 und 4 bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert, so erhalten sie in Ermangelung anderweitiger Verabredung Gebühren in Gemässheit der §§. 2 und 4, sowie dieselben Tagegelder, Reisekosten und Fuhrkosten, welche den Kreisärzten in Gemässheit der §§. 3 und 4 zustehen, sofern sie nicht in Folge ihrer Amtsstellung zur unentgeltlichen Besorgung des Geschäfts verpflichtet sind oder Anspruch auf höhere Sätze haben.

§. 10. Für die Besichtigung einer Apotheke an seinem Wohnorte oder in einer Entfernung von weniger als zwei Kilometern von demselben erhält der medizinische Kommissar 6 Mark Vergütung.

Der pharmazeutische Kommissar erhält Tagegelder und Reisekosten nach den den Kreisärzten zustehenden Sätzen, ausserdem 1,50 Mark für jede Apothekenbesichtigung als Ersatz für verbrauchte Reagentien.

§. 11. Dieses Gesetz tritt zugleich mit dem Gesetze, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes etc. vom 16. September 1899 (G.-S. S. 172) in Kraft.

Die Bestimmungen des Gesetzes vom 9. März 1872 (G.-S. S. 265), der Verordnung vom 17. September 1876 (G.-S. S. 411) und der Artikel V Absatz 2

des Gesetzes vom 21. Juni 1897 (G.-S. S. 198) treten in Beziehung auf die unter dieses Gesetz fallenden Personen ausser Kraft.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, im Einvernehmen mit den sonst betheiligten Ministern an Stelle der Vorschrift in dem §. 8 des Gesetzes vom 9. März 1872 die Gebühren des zu einer gerichtlichen oder medizinalpolizeilichen Feststellung zugezogenen Chemikers anderweit festzusetzen. Die Vorschrift in dem §. 7 dieses Gesetzes findet auch in diesem Falle Anwendung.

Die dem Entwurfe beigegebene Begründung lautet wie folgt:

Allgemeine Begründung.

Die Bestimmungen des Gesetzes, betreffend die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher, medizinal- oder sanitätspolizeilicher Geschäfte zu gewährenden Vergütungen vom 9. März 1872 (G.-S. S. 265) haben sich schon seit Jahren nach verschiedenen Richtungen als unzulänglich erwiesen. In erster Linie hat die Fassung des Gesetzes an manchen Stellen zu Klagen über Unklarheiten und Lücken, und in Folge dieser Mängel zu Auslegungen Veranlassung gegeben, die zu widersprechenden höchstrichterlichen Entscheidungen geführt, sowie eine Reihe ergänzender Erlasse der Verwaltungsbehörden nothwendig gemacht haben. Dies gilt insbesondere von den Vorschriften in den §§. 1 und 3 des Gesetzes.

Es hat sich ferner gezeigt, dass die Vergütungen des Gesetzes vom 9. März 1872 auch nach ihrer Höhe nicht mehr überall den heutigen Verhältnissen angemessen sind. Es ist bekannt, dass seit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die gesundheits- und medizinalpolizeilichen Geschäfte der Medizinalbeamten ebenso, wie ihre Sachverständigenthätigkeit an Umfang und Häufigkeit mit den Fortschritten der Gesundheitswissenschaft und gerichtlichen Medizin, insbesondere aber mit dem Hervortreten der Unfallheilkunde wesentlich zugenommen haben. Die Anforderungen an die wissenschaftliche und praktische Ausbildung der Medizinalbeamten haben mit Rücksicht hierauf seit dem Erlasse des Gesetzes vom 9. März 1872 wiederholt eine Steigerung erfahren. Dem gegenüber entsprechen die Gebührensätze dieses Gesetzes weder dem heutigen Geldwerthe, noch dem Umfange und der Schwierigkeit der gesteigerten Mühewaltung.

Die anderweite Regelung der Verhältnisse der Kreismedizinalbeamten bietet die erwünschte Gelegenheit, die vorstehenden Mängel zu beseitigen. Auch in Zukunft bleibt der Kreismedizinalbeamte auf Gebühren angewiesen. Das Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w. vom 16. September 1899 (G.-S. S. 172), hat sich aus den zu §. 3 des Entwurfes desselben näher dargelegten Gründen darauf beschränkt, dem künftigen Kreisarzte die Pensionsfähigkeit der Besoldung und damit in Konsequenz der gesetzlichen Bestimmungen (vergl. Gesetz vom 20. Mai 1882 G.-S. S. 298) den Hinterbliebenen auch Anspruch auf Reliktenversorgung zu gewährleisten. Im Uebrigen aber beabsichtigt das Kreisarztgesetz nicht, wie dort ebenfalls ausgeführt ist, der Dienststellung des Kreisarztes einen von der des Kreisphysikus abweichenden Rechtscharakter zu geben. Während demnach der Kreisarzt, wie auch bisher der Kreisphysikus, für seine Thätigkeit im staatlichen Interesse seine Besoldung aus der Staatskasse bezieht, welche nach den Vorschlägen zum Entwurf des Staatshaushaltsetats für 1901 eine wesentliche Erhöhung erfahren soll, und demnach sämmtliche amtliche Verrichtungen dieser Art ohne weitere Vergütung vorzunehmen hat, wird er — abgesehen von den vollbesoldeten Kreisärzten — für sonstige amtliche Verrichtungen auch weiterhin durch Gebühren entschädigt werden.

Besoldung und Gebühren stellen zusammen das Diensteinkommen des nicht vollbesoldeten Kreisarztes dar, welches entsprechend dem nach den örtlichen Verhältnissen sehr verschiedenen Umfang seiner amtlichen Inanspruchnahme sich auch in Zukunft, wenn auch unter allgemeiner Aufbesserung seiner materiellen Stellung verschieden gestalten wird. Zu bemerken ist hierbei, dass die Sonderbestimmung in dem §. 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w. vom 16. September 1899, wonach die den vollbesoldeten Kreisärzten zustehenden Gebühren zur Staatskasse fliessen, durch den vorliegenden Entwurf nicht berührt wird. Als Gebühren im Sinne dieser Vor-

schrift, sowie auch der des §. 15 des genannten Gesetzes, sind indessen nur die Gebühren für amtliche Verrichtungen im engeren Sinne anzusehen, nicht auch die Gebühren, welche den Kreisärzten zustehen, wenn sie als gerichtliche Sachverständige zugezogen werden. Demnach verbleiben auch den vollbesoldeten Kreisärzten die nach §. 4 anzusetzenden Gebühren mit Ausnahme der Leichenöffnungsgebühren, weil bei diesen nach §. 87 der Strafprozessordnung der Gerichtsarzt als solcher zugezogen werden muss, somit eine amtliche Verrichtung im engeren Sinne vorliegt.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass mit der Neuregelung der Besoldung der Kreisärzte nach dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes der in dem Art. V Abs. 2 des Gesetzes, betreffend die Tagegelder und Reisekosten der Staatsbeamten vom 21. Juni 1897 (G.-S. S. 193) bezüglich der Medizinalbeamten ausgesprochene Vorbehalt seine Erledigung findet, so dass von diesem Zeitpunkte ab die allgemeinen für Staatsbeamte geltenden Bestimmungen dieses Gesetzes auch auf die Kreisärzte Anwendung finden. Nach den Grundsätzen dieses Gesetzes stellen aber die Tagegelder nur einen Ersatz für die baaren Auslagen dar und enthalten nicht auch zugleich eine Vergütung für die geleistete Arbeit. Es ist deshalb billig, dass ebenso wie der Staat seine Beamten für die in seinem Interesse erledigten Arbeiten durch eine Vergütung in Gestalt einer jährlichen Besoldung entschädigt, auch die sonstigen Betheiligten für die in ihrem Interesse geleisteten amtlichen Verrichtungen den Kreisärzten in der Form von Gebühren eine angemessene Vergütung ausser den Tagegeldern und Reisekosten zu zahlen verpflichtet werden. Dagegen empfiehlt es sich nicht, diese Gebühren, wie dies im Gesetz vom 9. März 1872 geschehen ist, in dem vorliegenden Gesetze selbst festzulegen. Vielmehr erscheint es mit Rücksicht auf den schnellen Wechsel und die erhebliche Steigerung, denen die amtsärztliche Thätigkeit, sowie die derselben zu Grunde liegenden Zweige der medizinischen Wissenschaft unterliegen, zweckmässig, einen Modus zu wählen, welcher geeignet ist, dem jeweiligen Bedürfnisse der Abänderung oder Ergänzung der normirten Gebührensätze ebenso schnell wie sachgemäss Rechnung zu tragen. Es soll daher der Minister der Medizinalangelegenheiten den Tarif für die den Kreisärzten nach §§. 2 und 4 zustehenden Gebühren festsetzen und auch die erforderlichen Ausführungsbestimmungen erlassen. Dass der Minister der Medizinalangelegenheiten vor dem Erlasse oder der Abänderung des Tarifs sich des Einverständnisses sonst betheiligter Minister (des Finanzministers, des Justizministers) zu versichern hat, entspricht den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen.

Im Einzelnen ist Folgendes zu bemerken:

§. 1. Die Vorschrift in §. 1 des Entwurfes stellt den Grundsatz an die Spitze, dass der Kreisarzt wie jeder andere Staatsbeamte, für die in dem Bereiche seiner Thätigkeit liegende Inanspruchnahme seitens des Staates durch seine etatsmässigen Bezüge entschädigt wird. Ausnahmen von diesem Grundsatze sind in den §§. 3 u. 4 aufgeführt. Unter „Staatskasse" versteht der Entwurf die Staatskasse des preussischen Staates. Schon die Fassung des §. 1 lässt erkennen, dass hier nur Einzelverrichtungen gemeint sind, die dem Kreisarzte als staatlichem Gesundheitsbeamten des Kreises obliegen, nicht aber Geschäfte, welche von dem Kreisarzte in der Form eines ihm staatsseitig übertragenen Nebenamtes besorgt werden (z. B. die Geschäfte als Bahnarzt, Gefängnissarzt u. s. w.)

§. 2. Der §. 2 trifft im Gegensatze zu dem §. 1 Bestimmung über alle anderen amtlichen Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse nicht zur Last fallen. Neben einer Reihe von Geschäften, welche den Kreisärzten von Behörden, Korporationsvorständen u. s. w. aufgetragen werden, gehören hierher insbesondere die Fälle, in welchen die Verrichtung durch ein Privatinteresse veranlasst ist, oder die Thätigkeit des Kreisarztes für solche ortspolizeilichen Interessen in Anspruch genommen wird, deren Befriedigung den Gemeinden gesetzlich obliegt (vergl. auch Abs. 3 des §. 1 des Gesetzes vom 9. März 1872).

§. 3. Zu Abs. 1 vergl. das Gesetz, betr. die Tagegelder und Reisekosten der Staatsbeamten vom 21. Juni 1897 (G.-S. S. 193).

Die Bestimmung in dem Abs. 2 entspricht dem bestehenden Rechte (vergl. §. 1 Abs. 2 und 3 des Gesetzes vom 9. März 1872). Werden Verrichtungen aus §. 1 an dem Wohnorte oder in einer Entfernung von weniger als zwei Kilometern von demselben vorgenommen, so steht dem Kreisarzte nur unter

denselben Voraussetzungen, wie den übrigen Staatsbeamten, ein Anspruch auf Erstattung von Fuhr- und sonstigen nothwendigen Unkosten zu (vergl. §. 6 des Gesetzes, betr. die Tagegelder und die Reisekosten der Staatsbeamten vom 24. März 1873, §. 6 der Verordnung, betr. die Tagegelder und die Reisekosten der Staatsbeamten vom 15. April 1876, G.-S. S. 107). Einer besonderen Erwähnung dieses Anspruchs im Gesetze bedarf es nicht.

§. 4. In gerichtsärztlichen Angelegenheiten bezogen die Medizinalbeamten für ihre Sachverständigenthätigkeit schon nach dem bisherigen Rechte Tagegelder und die Reisekosten nach den den Richtern in gerichtlichen Angelegenheiten zustehenden Sätzen. Bei dieser Einrichtung soll es auch in Zukunft verbleiben. Die Festsetzung wird in Abänderung der Verordnung, betr. die Tagegelder und Reisekosten der Medizinalbeamten vom 17. September 1876 (G.-S. S. 411), sowie in Gemässheit des §. 12 des Gesetzes vom 24. März 1873 (G.-S. S. 122) und des Art. V Abs. 1 des Gesetzes vom 21. Juni 1897 (G.-S. S. 193) durch Königliche Verordnung erfolgen. Zu bemerken ist hierbei, dass „Thätigkeit als gerichtliche Sachverständige" im Sinne des §. 4 auch die Sachverständigenthätigkeit vor den besonderen Gerichten umfasst.

§. 5. Die Bestimmungen dieses Paragraphen lehnen sich in Inhalt und Fassung an die den gleichen Fall für die Gerichtspersonen regelnden Vorschriften des §. 115 des Gerichtskostengesetzes vom 25. Juni 1895 (Fassung 1898 R.-G.-B. S. 325) an.

§. 6. Vergl. den allgemeinen Theil der Begründung.

§. 7. Vergl. §. 10 Satz 2 des Gesetzes vom 9. März 1872. Der Vorbehalt, „soweit nicht für gewisse Verrichtungen ein Anderes bestimmt ist", trifft alle Angelegenheiten, auf welche die Vorschrift des §. 17 der Reichsgebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 30. Juni 1878 (Fassung 1898 R.-G.-B. S. 689) Anwendung findet.

§. 8. Wegen der Kreisassistenzärzte vergl. §. 5 des Gesetzes, betr. die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w. vom 16. September 1899.

Dass auch die in dem §. 3 Abs. 5 dieses Gesetzes bezeichneten Stadtärzte sofern sie von dem Minister der Medizinalangelegenheiten mit der Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes beauftragt werden, in Beziehung auf die Gebühren u. s. w. innerhalb des Umfangs der ihnen überwiesenen dienstlichen Thärigkeit die Rechtsstellung des Kreisarztes haben, bedarf keiner weiteren Ausführung.

§. 9. Die Bestimmung dieses Paragraphen ist im Wesentlichen eine Wiederholung des §. 7 des Gesetzes vom 9. März 1872. Handelt es sich in dem Falle des §. 9 um Verrichtungen aus dem §. 1, für welche den Kreisärzten Gebühren zustehen, so erscheint es gerechtfertigt, in Ermangelung einer abweichenden Verabredung auch jeden anderen amtlich zugezogenen Arzt für die Einzelleistung nach Massgabe der Bestimmungen in dem §. 2 zu entschädigen.

Dass die Gebührensätze des §. 4 auch im Falle des §. 219 der Strafprozessordnung Anwendung finden, bedarf keiner besonderen Begründung.

§. 10. Der §. 9 des Gesetzes vom 9. März 1872 hat hier durch die Zufügung der Worte „oder in einer Entfernung von weniger als 2 Kilometern" eine angemessene Erweiterung erfahren.

Dass dem medizinischen Kommissar im Falle des Abs. 1 die gesetzlichen Tagegelder und Reisekosten zustehen, bedarf einer besonderen Anerkennung durch das Gesetz.

Von einer Bestimmung über die Entschädigung des pharmazeutischen Kommissars bei Apothekenbesichtigungen an seinem Wohnort ist abgesehen, indem es sich empfiehlt, es bei der bisherigen Uebung, wonach diese Entschädigung im Wege der Vereinbarung festgesetzt wird, auch in Zukunft zu belassen.

§. 11. Gegenüber dem in den Kreisen der Betheiligten wiederholt betonten Bedürfniss nach einer Abänderung der Vorschrift in §. 8 des Gesetzes vom 9. März 1872 bezweckt die in dem Absatz 3 enthaltene Bestimmung, die Befriedigung dieses Bedürfnisses ohne Inanspruchnahme der Organe der Gesetzgebung in der Weise herbeizuführen, dass der Minister der Medizinalangelegenheiten ermächtigt wird, im Einvernehmen mit den sonst betheiligten Ressorts die Gebühr im Wege der Verfügung anderweit festzusetzen. Im Hinblick auf die zur Zeit schwebenden Verhandlungen über eine allgemeine Regelung dieser Frage erscheint der Zeitpunkt für eine sofortige Aufhebung des §. 8 des Gesetzes vom 9. März 1872 und eine anderweite Festsetzung der betreffenden

Gebühr noch nicht gekommen. Erst mit dem thatsächlichen Erlass der vorgesehenen Verfügung würde der §. 8 des genannten Gesetzes seine Geltung verlieren."

Mit Recht wird in der Begründung betont, dass die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen über die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher Gutachten zu gewährenden Vergütungen (Gesetz vom 9. März 1872 in Verbindung mit der Königl. Verordnung vom 17. September 1876) sich schon seit mehreren Jahren nach verschiedenen Richtungen hin als unzulänglich erwiesen haben. Es giebt wohl kaum ein Gesetz, dessen einzelne Bestimmungen zu so zahlreichen nachträglichen Verfügungen der zuständigen Verwaltungs- und Justizbehörden und zu so häufigen Entscheidungen der Gerichtshöfe Veranlassung gegeben haben, als das Gebührengesetz vom 9. März 1872. Jeder Paragraph desselben hat sich in Folge seiner unklaren, verschiedene Auslegungen zulassenden Fassung als ergänzungs- und erläuterungsbedürftig erwiesen und trotz aller späteren Erläuterungen, Entscheidungen u. s. w. sind diese Unklarheiten der einzelnen Bestimmungen nicht völlig beseitigt. Namentlich gilt dies von dem §. 1 des Gesetzes, nach dessen Vorschriften für alle im allgemeinen staatlichen Interesse zu verrichtenden medizinal- und sanitätspolizeilichen Geschäfte keine Vergütung, für die im privaten oder ortspolizeilichen Interesse dagegen eine solche beansprucht werden kann. Auf keinem anderen Verwaltungsgebiete ist aber die Trennung zwischeu allgemeinen staatlichen und ortspolizeilichen Interessen so schwer durchführbar, als gerade auf demjenigen der Sanitätspolizei; thatsächlich haben auch hier die verschiedenartigsten Auslegungen stattgefunden. Dazu kommt, dass in dem bisherigen Gesetz für einzelne Verrichtungen, z. B. für zuvoriges Aktenstudium oder zuvorige Untersuchungen in der Wohnung des Beamten bei Abgabe mündlicher Gutachten u. s. w. gar keine Gebührensätze vorgesehen sind und anderseits diese nicht mehr den heutigen Verhältnissen, sowie der mit den einzelnen Verrichtungen verbundenen Mühewaltung, Schwierigkeit, Verantwortlichkeit und Zeitversäumniss entsprechen. Es möge in dieser Hinsicht nur an den Gebührensatz von 6—24 Mark für ein eingehendes wissenschaftlich begründetes Gutachten (§. 3 Nr. 6 des Gesetzes) erinnert werden, zu dessen Abfassung oft die sorgfältigsten bakteriologischen, spektralanalytischen, mikroskopischen Untersuchungen, zeitraubende Aktenstudien u. s. w. nöthig sind und die bisweilen eine wochenlange Arbeitszeit erfordern, für die aber trotzdem nicht mehr als der Höchstsatz von 24 Mark berechnet werden kann. Diese Unzulänglichkeit mancher Gebührensätze macht sich ausserdem nach Erlass der neuen Preussischen Gebühren-Ordnung für approbirte Aerzte vom 15. Juni 1896 in noch stärkerem Masse geltend, da hier den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft und den gesteigerten Anforderungen, wie dem Sinken des Geldwerthes mehr Rechnung tragende Grundsätze für die Beurtheilung ärztlicher Leistungen massgebend geworden sind. Es ist daher nur gerechtfertigt, dass künftighin diese Grundsätze auch für die Werthschätzung der von den Medizinalbecmten geforderten Arbeiten

Anwendung finden, ganz abgesehen davon, dass das neue Gebührengesetz mit Recht ebenso wie die bisherigen auch für die von praktischen Aerzten geleisteten amts- und gerichtsärztlichen Verrichtungen massgebend sein soll und es nicht gerechtfertigt sein würde, diese Verrichtungen geringer als in der ärztlichen Gebührenordnung zu bewerthen. Hält sich der Tarif in den Grenzen der letzteren, dann kann er auch als angemessen angesehen werden, desgleichen würde das vielleicht von mancher Seite gehegte Bedenken gegenstandslos werden, dass durch möglichst hohe Gebühren der nicht vollbesoldete Kreisarzt für das niedrig zu bemessende Gehalt entschädigt und anderseits der Staatskasse aus den überwiesenen Gebühren der vollbesoldeten Kreisärzte eine erhebliche Einnahme erwachsen sollte.

Ob nun der Gesetzentwurf den zuletzt genannten Anforderung entspricht, kann vorläufig nicht beurtheilt werden, da er von allen Einzelsätzen absieht und diese einem nach §. 6 vom Herrn Minister der Medizinalangelegenheiten im Einvernehmen mit den sonst betheiligten Ministern festzusetzenden Tarif vorbehalten bleiben; aber nach der Begründung darf wohl mit Sicherheit angenommen werden, dass dieser Tarif dem vorher angeführten Grundsatze ausreichend Rechnung tragen wird. Wir halten dies Fortlassen aller Einzelsätze in dem Gesetze selbst für einen wesentlichen Vorzug gegenüber den bisherigen Bestimmungen; denn erfahrungsgemäss stellt sich beim praktischen Gebrauch nicht selten die Nothwendigkeit zu einzelnen Abänderungen oder Ergänzungen solcher Einzelsätze heraus, denen aber weit schneller durch ministerielle Anordnung genügt werden kann, als wenn jedes Mal der Weg der Gesetzgebung beschritten werden muss. Zweckmässig ist es jedoch, wenn der Tarif so spezifizirt als möglich gehalten wird und wenigstens für häufig wiederkehrende, ihrer Natur nach vollständig gleichartige amtliche Verrichtungen feste Sätze ohne Spielraum vorgesehen werden; es liegt dies nicht nur im Interesse der Medizinalbeamten, sondern auch in demjenigen des Publikums.

Durch die Lostrennung des Tarifes von dem Gesetze selbst wird dieses auch künftighin weniger als bisher zu verschiedenen Auslegungen Veranlassung geben, da etwaige Unklarheiten leicht durch ministerielle Anordnung unter Berücksichtigung höchstrichterlicher Entscheidungen beseitigt werden können. Und damit kommen wir auf einen anderen allgemeinen Gesichtspunkt: Ist die Fassung des jetzigen Gesetzentwurfes eine solche, dass sie weder widersprechende Entscheidungen zulässt, noch erhebliche Lücken aufweist? Im Allgemeinen kann diese Frage bejaht werden; insbesondere gilt dies im Gegensatz zu den bisherigen Bestimmungen. Desgleichen gereicht es dem Gesetze nur zum Vortheil, dass es sich ausschliesslich auf Medizinalbeamte und nicht beamtete Aerzte bezieht und, abgesehen von der Bestimmung im §. 10, Abs. 2, beamtete und nicht beamtete Thierärzte, Chemiker und

Apotheker, deren Stellung und Sachverständigen-Thätigkeit eine völlig verschiedene von derjenigen der Medizinalbeamten ist, unberücksichtigt lässt. Diesen Vorzügen gegenüber treten jedoch einige Mängel hervor, deren Beseitigung nicht nur mit Rücksicht auf den in Rede stehenden Gesichtspunkt, sondern auch im Interesse der Betheiligten dringend erwünscht ist.

Der §. 1 des bisherigen Gesetzes ist in dem vorliegenden Entwurfe in zwei verschiedene Paragraphen (**§§. 1 und 2**) getrennt; an sich eine Verbesserung, die aber leider nicht die verschiedenen Auslegungen, die gerade jener Paragraph erfahren hat, beseitigen wird. Es wird jetzt zwischen amtlichen Verrichtungen unterschieden, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, und solchen, die aus privatem oder ortspolizeilichem Interesse veranlasst werden; die ersteren soll der Kreisarzt unentgeltlich leisten, für die letzteren hat er dagegen Anspruch auf Gebühren. Durch diese Fassung bleibt aber unseres Erachtens die wichtige Frage: ob in den Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung, in denen der Staat nach dem Gesetze vom 20. April 1892 alle durch die örtliche Polizeiverwaltung entstehenden Ausgaben, also auch diejenigen, zu deren Befriedigung die Gemeinden gesetzlich verpflichtet sind, gegen ein von dieser zu zahlendes Pauschquantum tragen muss, der Medizinalbeamte für seine Thätigkeit im ortspolizeilichen Interesse Gebühren beanspruchen kann oder nicht? Bekanntlich hat die Frage das Reichsgericht in seinen Urtheilen vom 5. Januar 1899 und 3. Dezbr. 1900 verneint, das Oberverwaltungsgericht in seinen Urtheilen vom 20. Jan. und 1. Dzbr. 1899 dagegen bejaht; dass aber durch die im §. 1 gewählte Fassung: „für amtliche Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen", statt der bisherigen: „für amtliche Verrichtungen im allgemeinen staatlichen Interesse" jener Rechtstreit endgültig beseitigt ist, müssen wir entschieden mit Rücksicht auf die Ausführungen der beiden Urtheile des Reichsgerichts bezweifeln. Sollte sich jedoch das Reichsgericht der neuen Fassung gegenüber auf einen anderen Standpunkt stellen, dann würde dies eine ausserordentlich schwere Schädigung der jetzt in solchen Städten angestellten Medizinalbeamten bedeuten, die dadurch einen sehr erheblichen Theil der ihnen bis dahin zustehenden Gebühren verlieren würden. Dazu kommt, dass in einzelnen Theilen der Monarchie, z. B. in den Provinzen Posen und Hannover, die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung überhaupt vom Staate getragen werden; die hier angestellten Medizinalbeamten würden demgemäss ebenfalls der Gebühren für ortspolizeiliche Geschäfte verlustig gehen und auf diese Weise bezüglich des Rechts auf Vergütung für gleichartige Verrichtungen verschiedene Grundsätze Anwendung finden, je nachdem die Kosten aus der Staatskasse oder aus der Gemeindekasse zu bezahlen sind. Eine solche Ungleichheit gesetzlich zu sanktioniren, muss aber unbedingt vermieden werden; deshalb bedarf es dem jetzt bestehenden Rechtszustande gemäss in den §§. 1 und 2 einer Abänderung, dahingehend, dass in §. 1 gesagt wird:

„soweit dieses Gesetz in den §§. 2, 3 und 4 ein Anderes bestimmt u. s. w."

und §. 2 den Zusatz am Schluss erhält:

„auch dann, wenn dem Staat die Befriedigung ortspolizeilicher Interessen obliegt und die Kosten der Staatskasse zur Last fallen."

§. 2 bestimmt dann noch, dass die Kreisärzte neben den in dem §. 3 bezeichneten Vergütungen (Tagegelder und Reisekosten) eine besondere Gebühr erhalten sollen; es werden ihnen also künftighin bei auswärtigen Geschäften ausser Tagegeldern auch noch Gebühren zustehen, während sie nach den bisherigen Bestimmungen (§. 5 des Gesetzes vom 9. März 1872 in der Fassung vom 17. September 1876) in solchen Fällen entweder Gebühren oder Tagegelder, aber niemals beide zugleich beanspruchen konnten. Diese neue Bestimmung bedeutet somit eine wesentliche Verbesserung, die jedoch bei den Berathungen im Landtage nicht ohne Widerspruch bleiben dürfte.

Dass die Medizinalbeamten in Bezug auf Tagegelder und Reisekosten nach §. 3 des Gesetzentwurfes künftighin den übrigen Staatsbeamten gleichgestellt werden, entspricht der Bestimmung im Artikel V, Abs. 2 des Gesetzes vom 21. Juni 1897; nur sollte hierbei jetzt nicht wieder wie früher ein Unterschied gemacht werden, je nachdem es sich um gerichtsärztliche oder sonstige amtliche Verrichtungen handelt, sondern Tagegelder und Reisekosten für alle Fälle gleichmässig nach dem vorgenannten Gesetze gewährt werden. Es kann dies auch um so unbedenklicher geschehen, als dem Staate keine Mehrkosten dadurch erwachsen; denn die etwas höheren Tagegelder (12 bezw. 15 Mark statt 9 Mark) werden dadurch wieder aufgewogen, dass sich die Reisekosten nach dem Gesetze vom 21. Juni 1897 wesentlich geringer stellen, als nach dem für die Richter in gerichtlichen Angelegenheiten geltenden Gesetze vom 24. Dezember 1873 in Verbindung mit der Königlichen Verordnung vom 8. Mai 1876. Der zweite Satz im §. 4 würde danach wie folgt zu ändern sein:

„Tagegelder und Reisekosten werden nach Massgabe des §. 3 festgesetzt."

Gegen die Bestimmungen der §§. 5—8 werden wohl von keiner Seite Bedenken erhoben werden; sie sind auch so klar gefasst, dass darüber Meinungsverschiedenheiten kaum entstehen können. Dasselbe gilt betreffs des §. 9, der gegenüber den bisher geltenden Vorschriften (§. 7 des Gesetzes vom 9. März 1872) insofern eine zweckmässige Abänderung bringt, als das Gesetz in Ermangelung anderweitiger Verbindung auch auf andere beamtete Aerzte, also Reg.- und Medizinalräthe, Mitglieder der Provinzial-Medizinal-Kollegien u. s. w. Anwendung findet, wenn sie z. B. in Angelegenheiten vor den ordentlichen Gerichten, Schiedsgerichten der Arbeiterversicherung u. s. w. als ärztliche Sachverständige zugezogen werden. Damit ist ein bisher strittiger Punkt beseitigt; ausserdem ist mit Recht der etwaigen höheren Amtsstellung der Betheiligten dadurch Rechnung getragen, dass sie für diesen Fall Anspruch auf höhere Tagegelder und Reisekosten haben.

Der §. 10 stimmt seinem Wortlaute nach fast genau mit §. 9 des Gesetzes vom 9. März 1872 überein. Dass ein vollbesoldeter Staatsbeamter, der Regierungs- und Medizinalrath, für eine zu seinen dienstlichen Obliegenheiten gehörende amtliche Verrichtung am Wohnort noch eine besondere Gebühr (6 Mark) erhält, widerspricht zweifellos den sonst in dieser Beziehung geltenden Grundsätzen; deshalb hätte man diese bisherige Bestimmung ruhig fallen und die betreffenden Beamten in anderer Weise für den dadurch bedingten Gebührenausfall entschädigen sollen.

Nicht für zweckmässig erachten wir es endlich, dass die dem pharmazeutischen Kommissar bei Apothekenbesichtigungen an seinem Wohnorte zu gewährende Entschädigung der bisherigen Uebung gemäss auch künftighin im Wege der Vereinbarung festgesetzt werden soll. Diese bisherige Gewohnheit hat sich keineswegs bewährt; ausserdem liegt kein Grund vor, warum für diese in der ganzen Monarchie gleichmässige Thätigkeit nicht eine bestimmte Gebühr, und zwar ebenfalls im Tarif, vorgesehen werden soll. Bei Festsetzung derselben müsste aber berücksichtigt werden, dass der pharmazeutische Kommissar kein besonderes Gehalt bekommt, während der Zeit der Besichtigung seinem eigenen Geschäfte entzogen wird und hier womöglich noch für Ersatz Sorge zu tragen hat. Deshalb sollte ihm mindestens eine dem vollen Tagegeld (12 Mark) entsprechende Gebühr gewährt oder diese nach den Grundsätzen der Terminsgebühr berechnet werden. Ebenso gehört unseres Erachtens die Gebühr von 1,50 Mark für jede Apothekenbesichtigung als Ersatz für verbrauchte Reagentien in den Tarif und nicht in das Gesetz; bei den gesteigerten Anforderungen, die das neue Arzneibuch in Bezug auf die Prüfung der Arneimittel stellt, empfiehlt es sich ausserdem, diese Gebühr entsprechend zu erhöhen.

Der Gesetzentwurf wird voraussichtlich weder im Abgeordnetenhause, noch im Herrenhause auf einen wesentlichen Widerspruch stossen und seine Annahme gesichert sein. Auch die Medizinalbeamten können mit ihm zufrieden sein, besonders wenn die wenigen, von uns hervorgehobenen Punkte bei der demnächstigen Berathung im Landtage Berücksichtigung finden.

Tagesnachrichten.

Zum Kreisarztgesetz. Zur Beruhigung der vollbesoldeten Kreisärzte können wir mittheilen, dass dieselben nicht sämmtlich mit dem im Etat angestellten Mindestgehalte (3600 M.), sondern mit der ihrem Dienstalter entsprechenden Gehaltsstufe anfangen. Wie die Kreuzzeitung in Nr. 66 mittheilt, ist es nämlich „ein etatstechnischer Grundsatz, dass, wenn neue Stellen mit aufsteigenden Gehältern gefordert werden, in den ersten Etat, der diese Stellen enthält, immer die Mindestsätze eingestellt werden. Damit wird der Frage, in welche Gehaltsstufe der einzelne Beamte einrangirt wird, nicht präjudizirt. Soweit durch Einrangirung einzelner Beamten in höhere Stufen Mehrausgaben erwachsen, werden diese im ersten Jahre durch Etatsüberschreitung gedeckt. Später kommen die wirklichen Ausgaben, wie sie durch das Dienstalter der Beamten bedingt werden, in dem jedesmaligen Etat zum Ausdruck. Was den vorliegenden Fall betrifft, so liegt es durchaus nicht in der Absicht der Re-

gierung, alle vollbesoldeten Kreisärzte mit dem Mindestsatze anfangen zu lassen. Vielmehr soll deren Dienstalter als Kreisphysikus vollauf berücksichtigt werden."

Damit würde ein Bedenken gegen die Ausführung des Kreisarztgesetzes hinfällig werden. Auf die uns mehrfach in Bezug auf die Berechnung des pensionsfähigen Alters zugegangene Anfrage, können wir nur nochmals betonen, dass die bisherige Dienstzeit vom Tage der Ableistung des Diensteides, also dem Tage der Anstellung als Kreiswundarzt oder Kreisphysikus, nach §. 13 des Pensionsgesetzes vom 27. März 1872 voll angerechnet wird, dazu kommen eventuelle Militärjahre, Kriegsjahre doppelt gerechnet.

Die Berathungen über den Kultusetat haben bereits in der Budgetkommission begonnnen und werden hier voraussichtlich morgen mit der Berathung über den Medizinaletat zu Ende geführt. Bei den Einnahmen des Etats wurde der „Fall Neisser" zur Sprache gebracht. Der H. Minister erklärte, dass der Fall sich nicht so schwer herausgestellt habe, wie mehrfach angenommen worden sei; die Angelegenheit sei durch Ertheilung eines Verweises und Verhängung der höchsten disziplinaren Geldstrafe erledigt. Bei den Ermittelungen habe sich übrigens ergeben, dass es nicht der einzige Fall von Versuchen an Menschen gewesen sei. Er habe deshalb jetzt eine entsprechende Anweisung erlassen, um für die Zukunft allen Ausschreitungen vorzubeugen. Bei den Ausgaben wurde dann der Wunsch ausgesprochen, dass das Medizinalwesen zu einer besonderen Abtheilung mit einem als Mediziner ausgebildeten Direktor abgezweigt werde. Der H. Minister erwiderte, dass die Frage, welcher Behörde das Medizinalwesen zuzutheilen sei, noch nicht entschieden und daher einstweilen die Bildung einer besonderen Medizinalabtheilung noch auszusetzen sei, um sich nicht zu binden. Das wurde aus der Kommission anerkannt, jedoch dagegen Widerspruch erhoben, dass eine solche Abtheilung unter allen Umständen von einem Fachmann geleitet werden müsse, weil es hier doch auch auf administrative Fähigkeiten ankomme.

Schliesslich können wir den Medizinalbeamten die sehr erfreuliche Mittheilung machen, dass von Seiten der konservativen Mitglieder der Budgetkommission am 26. Februar folgender Antrag eingebracht ist:

„Die Kaiserliche Staatsregierung wird ersucht, einen Nachtrag zum Entwurfe eines Staatshaushaltsetats für das Etatsjahr 1901 einzubringen, durch welchen der Fonds im Kap. 125 Tit. 3 des Etats des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten um denjenigen Betrag erhöht wird, welcher erforderlich ist, um den nicht voll besoldeten Kreisärzten Wohnungsgeldzuschüsse in derselben Höhe wie den voll besoldeten zu gewähren."

Wird dieser Antrag, der sicherlich von den übrigen Mitglieder der Budgetkommission unterstützt wird, angenommen, so würde das Kreisarztgesetz damit eine ausserordentliche Verbesserung erfahren und einer der wichtigsten Wünsche der Medizinalbeamten erfüllt sein.

Aus dem Reichstage. In den Sitzungen am 8. und 9. Februar gelangte das Weingesetz zur ersten Berathung. Abgesehen von den Vertretern der freisinnigen Volkspartei und der Sozialdemokratie sprachen sich die Vertreter aller anderen Parteien für den betreffenden Gesetzentwurf aus; von einzelnen wurde jedoch eine gesetzliche Festlegung des Begriffs „Wein", von anderen das Verbot jeder Kunstweinfabrikation bezw. Deklarationszwang für Wein mit Zusatz verlangt; auch in Bezug auf die vorgeschlagene Kontrole wurden von verschiedenen Seiten Abänderungen für nothwendig erachtet. Schliesslich erfolgte die Ueberweisung des Entwurfes an eine Kommission.

In der Sitzung vom 28. Februar d. J. wurde die nachstehende, die Stellung der Militärapotheker betreffende Resolution des Abg. Graf Oriola: „den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, in Erwägung darüber einzutreten, wie die Gehaltsverhältnisse der Militärapotheker zu verbessern, sowie deren Rangverhältnisse und militärische Ausbildung anderweitig zu ordnen sind, und baldmöglichst entsprechend erhöhte Beiträge für die Gehälter der Militärapotheker

einzustellen" einstimmig angenommen, nachdem sie vom Antragsteller und vom Abg. Hirsch warm befürwortet war.

Zu Mitgliedern des Reichs-Gesundheitsraths hat der Bundesrath in seiner Sitzung am 7. Februar die beiden Abtheilungsvorsteher im Kaiserlichen Gesundheitsamt und Regierungsräthe Dr. Wutzdorf und Dr. von Buchka gewählt. Zum Vorsitzenden des Reichs-Gesundheitsraths ist der Präsident des Reichsgesundheitsamts, Wirklicher Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Köhler und zu dessen ständigem Vertreter Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gerhardt in Berlin ernannt.

Ueber die Beitragspflicht bei den Aerztekammern hat sich eine bemerkenswerthe Streitfrage erhoben. Nach dem Gesetze vom 25. November 1899, betreffend die Aerztekammern und ärztlichen Ehrengerichte erstreckt sich die Kompetenz der Ehrengerichte auf alle approbirten Aerzte mit Ausnahme der beamteten; sämmtliche wahlberechtigten Aerzte sind aber beitragspflichtig. Da es nun eine Anzahl von approbirten Aerzten und Medizinalbeamten giebt, die, sei es aus gesundheitlichen oder sonstigen Rücksichten, keine Praxis mehr ausüben, so entsteht die grosse Frage, ob auch diese zu Beiträgen herangezogen werden können. Nach dem Kommentar, welchen der Geh. Reg.-Rath Altmann über das Gesetz, betreffend ärztliche Ehrengerichte, herausgegeben hat, sind als approbirte Aerzte solche anzusehen, die im rechtsgültigen Besitz einer auf Grund des §. 29 der Reichsgewerbeordnung ertheilten ärztlichen Approbation sind; der Kommentator ist dann weiter der Ansicht, dass die Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte nur bei dauernder Zurücknahme der Approbation oder bei einer ausdrücklichen und dauernden Verzichtleistung erlöschen könne. Dr. Mugdan vertritt dagegen in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" den Standpunkt, dass nach Lage der Gesetzgebung ein freiwilliger Verzicht auf die Approbation überhaupt nicht möglich sei; denn die Approbation sei nichts anderes, als die staatliche Anerkennung der bestandenen ärztlichen Prüfung, auf Grund deren die Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde und zur Führung der Bezeichnung als Arzt ertheilt werde. Demnach könne die Approbation gerade so wenig zurückgenommen werden, wie die Thatsache des Bestehens der Prüfung unmöglich gemacht werden könne. Gesetzlich gebe es einen solchen Verzicht nicht, zumal sonst eine Behörde vorhanden sein müsste, bei welcher ein Verzicht rechtsgültig erfolgen könnte. Darnach seien alle approbirten Aerzte den Bestimmungen des Gesetzes über die ärztlichen Ehrengerichte unterworfen, auch wenn sie nicht die ärztliche Praxis ausüben. Es besteht somit ohne Frage eine bedenkliche Lücke in diesem Gesetze, über deren Beseitigung im Interesse der vielen Aerzte, die wegen Invalidität, Altersschwäche oder aus anderen Gründen ihrer ärztliche Thätigkeit entsagen, sowie im Interesse der Medizinalbeamten, Universitätsprofessoren u. s. w., die in Folge ihrer amtlichen Stellung keine ärztliche Praxis mehr ausüben, dringend geboten ist. Dabei könnte gleichzeitig auch die Frage entschieden werden, ob die Medizinalbeamten verpflichtet sind, Beiträge zu den Kosten der Ehrengerichte oder zu ärztlichen Unterstützungskassen zu zahlen.

In Bayern ist durch Allerhöchste Verordnung vom 10. Februar d. J. (s. Beilage zur heutigen Nummer, S. 34.) die Handhabung der Wohnungsaufsicht auf Grund des im vorigen Jahre durch Gesetz vom 22. Juni 1900 entsprechend abgeänderten Polizeistrafgesetzbuche geregelt und damit ein wesentlicher Fortschritt auf dem Gebiete der Wohnungshygiene gethan. Durch die neuen Vorschriften ist auch eine Mitwirkung der Amtsärzte und des ärztlichen Standes sicher gestellt.

Todesfälle. Der Preussische Medizinalbeamtenverein hat in kurzer Zeit zwei seiner treuesten und eifrigsten Mitglieder verloren: den Reg.- und Med.-Rath Dr. Alexander in Breslau (gestorben im Januar d. J.) und den Geh. San.-Rath Prof. Dr. v. Heusinger, Kreisphysikus in Marburg. Beide zeichneten sich nicht nur durch Pflichttreue und wissenschaftliche Tüchtigkeit, sondern auch durch persönliche Liebenswürdigkeit aus, und erfreuten sich in Folge

dessen einer grossen Beliebtheit bei ihren Kollegen, insbesondere bei ihren engeren Berufsgenossen, den Medizinalbeamten. Ehre ihrem Andenken!

Am 12. Februar d. J. ist ferner der Geh. Rath Dr. Pfeiffer in Darmstadt gestorben. In seiner langjährigen Stellung als technischer Leiter des Grossherzoglich Hessischen Medizinalwesens hat er sich um dessen Entwickelung durch zielbewusstes Vorgehen und grosse Sachkenntniss ausserordentliche Verdienste erworben; ist doch die vorzügliche Organisation der Hessischen Medizinalverwaltung, die noch heute als Muster gelten kann, hauptsächlich sein Werk, durch das er sich ein bleibendes Denkmal gesetzt hat. Erst vor zwei Jahren war er in den wohl verdienten Ruhestand getreten; mit jugendlichem Eifer und regem Interesse verfolgte er aber noch immer alle Fortschritte der Wissenschaft; desgleichen wurde er nicht müde, seinen grossen Einfluss zu Gunsten des ärztlichen Standes und namentlich der Medizinalbeamten geltend zu machen. Sein Andenken wird sicherlich stets in hohen Ehren bleiben!

Der XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 10.—13. April d. J. in Berlin im Langenbeckhause statt. Tagesordnung: Mittwoch, den 10. April: 1. Küster-Marburg: Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert; ein Rück- und Ausblick. 2. v. Bruns-Tübingen: Ueber die Kastration bei Hodentuberkulose. 3. Kocher-Bern: Bericht über das 2. Tausend Kropfexzisionen; zur Operation der Struma intrathoracica; zur nicht operativen Behandlung des Kropfes. — Dienstag, den 11. April: 1. Schjerning-Berlin: Die Schussverletzungen der modernen Schusswaffen. v. Mikulicz-Breslau und Bier-Greifswald: Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikationen. Henle-Breslau: Pneumonie nach Laparotomie. Freitag, den 12. April: M. Jordan-Heidelberg und Schuchard-Stettin: Ueber die Indikationen der vaginalen und abdominalen Uterusexstirpation. W. Petersen-Heidelberg: Ueber den Aufbau der Karzinome. Nils Sjöbring-Lund: Ueber Krebsparasiten. Sonnabend, den 30. April: v. Eiselsberg-Wien (Thema vorbehalten). Rehn-Frankfurt a/M.: Ueber chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis. Heusner-Barmen: Behandlung der Kontrakturstellung nach Entzündung des Kniegelenks (mit Krankenvorstellung). Kausch-Breslau: Ueber kongenitalen Hochstand der Scapula. Ziemssen-Wiesbaden: Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

Vom 9.—14. April d. J. wird in Wien der **VIII. internationale Kongress gegen den Alkoholismus** tagen. Auf der Tagesordnung stehen folgende Themen: 1. Die medizinischen Erscheinungen des Alkoholismus: a) Wirkungen des Alkohols, b) alkoholische Erkrankungen, Erblichkeit der durch den Alkohol erzeugten Degeneration; 2. die sozialen Erscheinungen des Alkoholismus: a) Ursachen, Lebenshaltung, Arbeitszeit, Zahl der Wirthschaften u. s. w., b) Folgen, Hemmung der Bildungsbestrebungen und des sozialen Fortschrittes, Kriminalität; 3. Bekämpfung des Alkoholismus: a) öffentliche Massregeln (Steuer- und Schankgesetzgebung, Trinker-Asyle, Unterricht), b) freiwillige Massregeln (Vereinbarungen, Arbeitervereine, Schülervereine, alkoholfreie Geselligkeit, alkoholfreie Wirthschaften). Der Mitgliederbetrag beträgt 6 Kronen. Anmeldungen sind an das Bureau des Kongresses: Wien IX/3, Schwarzpanierstrasse 17 zu richten.

Pest. In der Präsidentschaft Bombay (Indien) sind in den Wochen vom 12.—25. Januar 857 bezw. 996 neue Erkrankungen an Pest und 710 bezw. 782 Todesfälle amtlich festgestellt; also wiederum eine Zunahme; in der Stadt Bombay betrug während derselben Zeit die Zahl der Pestfälle 411 (811) bezw. 515 (437).

In Réunion sind vom 18. Januar bis 1. Februar 13 Pest-Todesfälle vorgekommen, in Kapstadt betrug die Zahl der an Pest erkrankten Personen bis zum 26. Februar: 38, darunter 8 Europäer. Gestorben sind bis jetzt 7.

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

14. Jahrg. 1901.

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. | 15. März.

Diebstahl bei Schwachsinn durch Epilepsie.

Von Sanitätsrath Dr. Chlumsky, Kreisphysikus in Leobschütz.

Bertha S., z. Z. 26 Jahre alt, ist seit dem im Monat Juni v. J. kurz nacheinander erfolgten Tode ihres Vaters und ihrer Stiefmutter gänzlich verwaist; es wird angegeben, dass der Vater — aus welchem speziellen Grunde, war nicht zu erfahren — eine Vormundschaft für sie habe bestellen wollen, diese aber gerichtsseitig für entbehrlich bezw. für nicht nothwendig befunden worden sei.

Anamnestisch war über sie, abgesehen von ihren eigenen Angaben, nicht viel zu eruiren. Sie ist von Kind auf krank gewesen und soll immer an Krämpfen gelitten haben. Im Alter von 3 Jahren ist sie angeblich vom Schlage getroffen und darnach eine Lähmung der linken Hand und des linken Beines zurückgeblieben. Ob sie die Krämpfe seit diesem Schlaganfalle bekommen oder bereits vorher gehabt hat, war trotz aller Bemühungen nicht festzustellen. Eine darauf bezügliche Frage ist ihr in keiner Weise verständlich zu machen, und nur ein Mal deutet eine ziemlich konfuse Aeusserung darauf hin, dass sie vielleicht schon vor dem 3. Jahre bezw. bereits im Säuglingsalter an Krämpfen gelitten hat. Jedenfalls besteht das Leiden an Krämpfen von zarter Kindheit her.

Gehen und Sprechen scheint sie — was mit der vorgedachten Vermuthung durchaus übereinstimmen würde — erst spät gelernt zu haben; sie sagt darüber: „wie ich ein Kind war, da hab ich auch nicht laufen können“; vielleicht hat sie es erst mit 4 Jahren

JAN 22 1922

gelernt, ebenso wie das Sprechen. Die Schule hat sie 8 Jahre lang besucht; auf die Frage, ob sie viel gelernt, erwidert sie:

„Viel gelernt habe ich auch nicht, da bin ich auch immer oft krank gewesen, wenn mich der Lehrer drannahm, da bin ich auch krank geworden. Rechnen könne sie und auch schreiben, lesen könne sie nicht sehr, weil, wenn die Krankheit so komme, da sei sie so drehnig um den Kopf, da sei ihr gar nich gut."

Hinsichtlich der ersten Menstruation war nur zu ermitteln, dass sie zwischen der Schulzeit und dem 20. Jahre aufgetreten ist; auf die bezügliche Frage äussert sie:

„Ja, wie werd' ich das wissen, die hab' ich jetzt seit dem Mai nicht gehabt — da kommt immer schlimmer — wenn ich die Regel habe, da ist die Krankheit nicht so schlimm."

Bis zum Mai cr. soll die Periode regelmässig gewesen und ohne besondere Beschwerden immer verlaufen sein.

Objektiv macht sie in Folge ihrer unansehnlichen Grösse (148 cm) etwa den Eindruck eines 15—16jährigen Mädchens. Ihr Körperbau ist schwächlich, der Ernährungszustand dürftig bis mässig, die Gesichtsfarbe auffallend blass. Insbesondere dürftig ist der schmale und vollkommen flache Thorax; die Brüste sind wenig entwickelt, sehr hängend und schlaff, die Warzen ganz unentwickelt und die Warzenhöfe in virginaler Weise lichtrosaroth. Husten und kleinblasiges Rasseln ober- und unterhalb der stark prominenten Schlüsselbeine beiderseits rechtfertigen die Annahme beginnender Phthise. Die Herzaktion ist beschleunigt, 100 Pulsschläge in der Minute.

Die linke Hand hängt, stark verkleinert, atrophisch (Umfang $16^1/_2$ cm gegen 19 cm rechts), im Handgelenk gebeugt und nach auswärts wie leblos. Sie ist schlaff, welk und kühl, die Lähmung jedoch keine ganz vollständige, da die Hand, wenn auch kraftlos, erhoben und gestreckt werden kann. Die Finger sind ebenfalls entsprechend verdünnt, an dem ganzen linken Arm zeigt sich Muskelatrophie; der Umfang des Vorderarms beträgt unten $14^1/_2$, oben 21 cm gegen $15^3/_4$ und 22 cm rechts, und der des Oberarms in der Mitte 23 cm gegen $23^1/_2$ cm rechts. Das Gefühlsvermögen ist an der linken Hand und am linken Arm anscheinend intakt; der Händedruck aber sehr erheblich abgeschwächt. Am linken Bein liegt, abgesehen von dem subjektiven Schwächegefühl, objektiv Abnormes nicht vor. Der Kopf ist klein ($53^1/_2$ cm Umfang), die Ohrläppchen sind angewachsen, die Gaumennaht ist leicht limbös; die Zähne sind gut, die oberen leicht übergreifend und nach vorn gekehrt; das Zahnfleisch ist wesentlich weisslich. Die Pupillen sind weit, beide gleich und auf Licht reagirend, die Augenbewegungen frei. Erscheinungen von Tremor oder Ataxie sind nicht vorhanden.

Ueber die von zartester Kindheit her bestehenden Krämpfe hat sich nach den Angaben der Explorata und ihrer Umgebung Folgendes feststellen lassen:

Sie selbst giebt an, dass die Krämpfe in der Schulzeit etwa zwei Mal täglich, später aber häufiger, z. Z. vier bis fünf Mal täglich auftreten und manchmal eine halbe Stunde andauern. Sie sei halt ganz drehnig um den Kopf, dann falle sie um; sie wisse nichts, sie liege ganz wie todt — sie merke aber,

wenn der Anfall komme. — Auch in der Nacht habe sie manchmal Krämpfe bekommen. Beim Fallen habe sie an der Stirn, am Kopfe sich vielmals verletzt, blaugeschlagen; meist falle sie auf die Stirn auf. Nach den Krämpfen sei die linke Hand und das linke Bein wie verstarrt oder wie verstaucht; sie wisse nicht, wie sie die Hand rühren solle.

Nach der Angabe der Frau A., bei der Explorata seit Anfang September cr. als Kindermädchen dient, soll sie ein paar Stunden nach den Krampfanfällen immer ganz schwach sein, sinnend dasitzen und auf Fragen keine Antwort geben. Nach dem Hinfallen liege sie vollkommen ruhig da, nur mit der linken Hand arbeitend.

Frau St. sagt aus, dass die S. plötzlich umfalle, meist auf die linke Seite, mit der linken Hand, mehrfach die Finger schliessend und öffnend, an den Hals greife, den Mund stark verzerre, wobei aus diesem etwas Wasser fliesse. Der ganze Anfall dauere 4—5 Minuten. Mitunter falle sie auch nicht um, sondern setze sich hin und sitze starr da, oder bleibe regungslos und kreideweiss statuenhaft stehen. Dies dauere dann nur zwei Minuten — gegen Ende des Anfalles sage sie seufzend, ganz leise, „ach, so müde"; dann sei es vorbei.

Eigenthümlicher Weise blieb die S. während der Exploration — zwischen dem 9. und 29. September cr. — von Anfällen gänzlich frei; seitdem sind diese bis zum 5. Oktober cr. wieder drei Mal, zuletzt am 3. Oktober cr. aufgetreten.

So dürftig auch diese Angaben im Allgemeinen sind, so geht doch daraus mit Bestimmtheit hervor, dass die S. an Epilepsie leidet, die — abgesehen von der momentanen Unterbrechung — im Ganzen durch sehr häufige Anfälle, die sowohl am Tage, wie des Nachts auftreten, charakterisirt ist, und die bei ihr seit langen Jahren, mindestens seit dem 3. Lebensjahre, möglicherweise aber auch schon seit noch früherer Zeit besteht. Der wissenschaftlichen Erfahrung entsprechend ergiebt die Untersuchung in Bezug auf ihre geistigen Fähigkeiten u. s. w., dass diese in Folge der Epilepsie gelitten haben, und die geistige Entwickelung bei ihr hintangehalten ist. Insbesondere ist das Gedächtniss in hohem Grade abgeschwächt sowohl für die jüngste Vergangenheit, als allgemein, so dass die S. gedankenlos, zerstreut und vergesslich erscheint. Das Denken ist träge, verlangsamt und unklar und erhebt sich nirgends über die elementarsten Dinge greifbarer Art, die Fähigkeit, abstrakte Begriffe zu bilden, fehlt ganz; bei einer gewissen selbstsüchtigen Richtung des Gedankenganges ist die Stimmung wesentlich gleichmüthig, theilnahmlos, apathisch; das Urtheilsvermögen ist auf ein äusserst dürftiges Mass reduzirt. Sie giebt zwar im Allgemeinen über sich und ihre Angehörigen nothdürftige Auskunft, nennt ihren Namen, ihr Alter und auch das Datum der Geburt nach Tag und Monat richtig, vermag aber aus der laufenden Jahreszahl und ihrem Alter das Geburtsjahr nicht zu berechnen. Gefragt, in welchem Jahre sie geboren sei, erwidert sie zunächst, „ja, wie ich ein kleines Kind war, das weiss ich auch nicht das Jahr", erinnert sich später jedoch, dass es 1873 sei. Sie nennt den Wochentag richtig, Datum und Monat schon zögernd und Anfangs falsch, und auch die Jahreszahl giebt sie zögernd und unsicher an. Sie nennt den Namen des Heimathsdorfes richtig, kaum aber oder nur zögernd und darauf hingeleitet, den Namen des Kreises und hat keine Vorstellung von Regierungsbezirk, Provinz, Staat und Reich.

Das Vaterunser und die Zehngebote kennt sie, wenigstens giebt sie das 1., 3., 4., 5. und 7. richtig an. Darauf hingewiesen, dass im 3. und 4. Gebot etwas direkt angeordnet, geboten werde, vermag sie in keiner Weise anzugeben, was im Gegensatz dazu im 5. und 7. Gebote geschieht. Sie liest aus einem Buche ungenau und fehlerhaft; sie schreibt ihren Namen „Bertha S . . e . . . .“ leidlich gut; gefragt, ob da nicht ein ö stehen müsse, erwidert sie, „ja, lateinisch schreibt man das mit ö“, und als sie unmittelbar darauf „S . . e . . . .“ schreibt, erwidert sie, auf den Widerspruch hingewiesen, „so ist es auch gut“. Sie kann im Kopfe nicht die einfachsten Additions-, Subtraktions- und Multiplikationsexempel ausrechnen. Geld ist ihr im Allgemeinen bekannt, nur beim Zehnmarkstück zögert sie — „das ist — solches hab' ich noch nicht gesehen — das sind nicht 20 Mark, gelt nicht?“

Wie ärmlich ihr gesammter Vorstellungskreis und wie er, sich meist in den gleichen Bahnen bewegend, sich nur über das alltägliche Thun und Treiben erstreckt, geht in bezeichnender Weise auch aus dem Lebenslaufe hervor, den sie zwischen dem zweiten und dritten Vorbesuche auf diesseitige Veranlassung angefertigt und am 5. Oktbr. überreicht hat. Sie hat ihn am 25. September zu schreiben angefangen und am 3. Oktober Abends beendet.

Ueber die ihr zur Last gelegten Diebstähle spricht sie sich in sehr konfuser und vielfach verschiedener Weise aus, so dass gegenüber der Aktenlage man fast nothwendig den Eindruck gewinnt, dass manches in sie hineingeredet worden sei. Was sie etwa an Esswaaren im Einzelnen entwendet, oder wie oft sie Geld, und wieviel Geld sie im Ganzen genommen hat, das irgend korrekt rekapitulirend anzugeben, ist sie ganz und gar nicht im Stande; sie hat überhaupt kaum eine andere Schätzung dafür als die, dass sie, wie sie wiederholt mit einiger Entrüstung bemerkt, 250 Mark zurückgezahlt habe, womit alles bezahlt sei. Dass sie dem Gendarmen Geld von selbst wiedergegeben habe, davon weiss sie beim ersten Vorbesuche offenbar nichts und ist darüber höchst erstaunt; später sagt sie wieder, sie habe noch 11 Mark (abweichend von den Akten) gehabt, die sie ausgeliefert habe. Sie behauptet wiederholt, von Esswaaren habe sie nur Käse und Gurken genommen, und ist namentlich entrüstet über die Angabe, dass sie bei dem grösseren Fleischdiebstahl im Februar 189 . mitbetheiligt gewesen sei; später sagt sie wieder, dass sie von K. angeschürt, dabei gewesen sei.

Hinsichtlich der Verleitung und Anstiftung zu den Diebstählen erklärt sie zu wiederholten Malen energisch und mit erhobener Stimme, dass sie nur zu den Entwendungen von Esswaaren angeschürt worden sei, das Geld habe sie sich selber genommen, dazu habe sie Niemand veranlasst, wobei offenbar nur ihre geistige Inferiorität, ihr Schwachsinn sie nicht einsehen und erkennen lässt, dass in der immer wiederholten Frage und Aeusserung: „hast nichts in der Tasche? könntest was auf Schnaps geben“ eine mehr als ausreichende indirekte Anschürung gelegen war.

Und ganz charakteristisch für den Schwachsinn ist schliesslich die Art und Weise, wie sie nun selbst sich über den eigentlichen Grund zu den Geldentwendungen ausspricht. Gleich bei der ersten Berührung dieses Punktes erwidert sie auf die Fragen:

Sie sollen Geld genommen haben?	(Ganz naiv und ernst): „Da hat der Schlüssel immer gesteckt" — wobei sie mit dem Kopf nach oben nickt, eine meines Erachtens ungemein bezeichnende Geste, da sie offenbar besagen soll so viel als „ja, Sie müssen wissen, da hat der Schlüssel immer gesteckt".
Durften Sie das Geld nehmen?	(Sehr ernst): Das hab' ich sollen nicht machen (und leiser), der Schlüssel hat immer gesteckt.
Haben Sie sich das nicht vorher gesagt, dass Sie das nicht durften?	Das hab' ich nicht gut gemacht — der Schlüssel hat immer gesteckt, — da hab' ich mir immer was genommen (und wie im Vorwurfston), konnten haben den Schlüssel abgezogen.
Wie oft haben Sie denn Geld genommen?	Manchmal hab' ich ihm was genommen, der Schlüssel hat gesteckt.
Wie kamen Sie aber dazu, Geld zu nehmen?	Sieht, sich erhebend, zum Fenster hinaus, wo man vorübergehende Frauen sprechen hört, und sagt mit erhobener Stimme, langsam, wie dozirend: „Der Schlüssel hat immer gesteckt."
Ist das ein genügender Grund?	Nein, das ist — ich werd's nicht mehr thun, einmal hab' ich's gethan, ich werd's nicht mehr thun.
Das ist keine Antwort auf meine Frage, ich meine, ob das ein ausreichender Grund gewesen ist?	Sie hätten sollen ihn abziehen, 's Geld hat immer gelegen drin.
Wie kamen Sie aber dazu, das Geld zu nehmen?	Sie (i. e. Frau St.) hat immer dem Vieh gegeben, Vetter St. der war schon in Arbeit und der Schlüssel hat gesteckt, und da hab' ich mir genommen, da hab' ich mir zeitensmal (d. h. selten, ab und zu ein Mal) was genommen.

Was dem gegenüber die Entwendungen von Esswaaren anbetrifft, so giebt sie als Grund dafür in einer analog fast stereotypen und immer wiederholten Weise nur an:

„Sie haben mich blos angeschürt, die K. Bertha, die hat mich immer angeschürt; da hat sie gesagt, ich soll ihr jes und das bringen, da hab' ich's gethan"; oder „ja, wenn sie mich angeschürt haben, jes und das zu nehmen, da hab' ich's halt gethan."

Und wie bezüglich der Esswaaren-Entwendungen diese wiederholte Anschürung, die direkte Aufforderung, dieses und jenes zu bringen, für sie genügende Veranlassung zur sofortigen Ausführung der Diebstähle war, genau ebenso erscheint für ihre schwächliche Auffassung und ihr dürftiges Urtheilsvermögen hinsichtlich der Gelddiebstähle, zu denen sie ihrer Meinung nach nicht angeschürt worden, der Umstand, dass der Schlüssel gesteckt habe, als ausreichender Grund.

Was das äussere Verhalten der S. anbetrifft, so erschien sie während der Gesammtuntersuchung stets in durchaus gleichmüthiger und ruhiger Stimmung, vollkommen unbekümmert und sorglos, in ihrem Wesen vielfach naiv. Sie wurde fast immer in der nämlichen Position, mit dem Wiegen des ihrer Pflege anvertrauten Kindes bei St. beschäftigt, angetroffen, in welcher Beschäftigung sie sich — abgesehen davon, dass sie den Sachverständigen und ebenso den „Vetter" St., der jenen das erste Mal

dorthin geleitete, freundlich, gelassen und unbefangen in der gewohnten Weise bewillkommnete — wesentlich nicht stören liess. Ihre Aufmerksamkeit zu fesseln, war gar nicht ganz leicht; im Ganzen wandte sie dieselbe offenbar mehr dem Kinde in der Wiege als dem Sachverständigen zu, sah bei jedem Vorbeifahren eines Wagens, oder wenn Leute auf der Strasse sprachen, neugierig, sich erhebend, zum Fenster hinaus, that auch naiv ab und zu eine Frage, wie „seien Sie aus L.?“ oder „waren Sie bei St?“ und erwiderte auf die Gegenfrage „warum?“ „nu, weil Sie sein mit Vetter St. kommen“; sprach von diesem immer als vom „Vetter St.“, redete beim dritten Vorbesuch den Sachverständigen wiederholt mit „Ihr“ an (das kann ich Euch nicht sagen und dergl.), erwiderte auf die Frage, ob sie wohl wisse, warum ich sie einige Male besucht? „nu ja, weil ich müsst' 'n Lebenslauf schreiben“, und hatte offenbar von der Bedeutung der Sachverständigen-Untersuchung keinen Begriff.

Gutachten. Nach dem Untersuchungsergebniss kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die S. an originärem Schwachsinn höheren Grades, durch Epilepsie von zarter Kindheit her bedingt, leidet, und dass sie in Folge dieser Geistesstörung im Allgemeinen die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen unfähig ist, während sie der Anstiftung und Verleitung zu allerlei Handlungen, sei es im guten, sei es im schlechten Sinne, in ganz besonderem Masse zugänglich und ausgesetzt erscheint. Bei der Epilepsie ist nun nicht nur der epileptische Anfall selbst stets durch eine tiefe Bewusstseinsstörung bezw. vollkommene Bewusstlosigkeit charakterisirt, sondern die Bewusstseinstrübung setzt erfahrungsgemäss vielfach entweder schon vor dem Beginn der Krämpfe resp. des epileptischen Anfalles ein, oder sie überdauert noch häufiger das Ende des epileptischen Anfalles. Es entstehen dann jene Dämmerzustände, die man als prae- oder postepileptisches Irresein zu bezeichnen pflegt. Sind demnach bei der S. gerade in der Zeit, wo sie die Diebstähle ausgeführt haben soll, die epileptischen Anfälle wirklich in der Häufigkeit, wie angegeben wird — bis 5 Mal täglich — aufgetreten, so würde zweifellos der Schluss gerechtfertigt sein, dass alle die in Rede stehenden Diebstähle, über deren Zahl und Zeit der Ausführung Genaueres nicht konstatirt ist, in die Zeiten der prae- oder postepileptischen Umnebelung des Bewusstseins, des prae- oder postepileptischen Dämmerzustandes gefallen sein können. Für diese Annahme liegen aber bestimmte, direkte und positive Anhaltspunkte vor, gegeben durch die Thatsache, dass die an Branntweingenuss gar nicht gewöhnte Bertha S. gerade in jener Zeit regelmässig Branntwein getrunken hat. Sie selbst giebt darüber an, dass, wenn sie an Wochentagen — was mehrmals in der Woche geschah — zur Bertha K. gegangen war, dort immer für 20 Pfg. und an Sonntagen jedes Mal für 30 Pfg. Schnaps getrunken worden sei; auch ihr damaliger Dienstherr St. hat angegeben (Akten), dass in ihrem Kasten öfters Limonade und Bier gefunden worden, und dass sie des Oefteren in angetrunkenem Zustande nach Hause gekommen sei. Es steht aber gerade der

Alkohol nach verschiedenen Richtungen hin in bedeutungsvollster Beziehung zur Epilepsie.

Zunächst ist Alkoholmissbrauch ohne Zweifel die häufigste äussere Ursache der Epilepsie. Sodann üben selbst sehr mässige Alkoholgaben bei Epileptikern zumeist eine sehr verderbliche Wirkung aus, indem sie sogen. pathologische Rauschzustände, d. h. schwere Bewusstseinstrübungen mit mangelhafter Erinnerung erzeugen, da das epileptische Gehirn mit seiner erhöhten Erregbarkeit eben ganz besonders empfindlich, intolerant gegen die Wirkungen des Alkohols ist. Weiterhin ist durch die Erfahrung unzweifelhaft konstatirt, dass vielfach bei Epilepsie auch die eigentlichen Anfälle durch Alkoholgenuss fast mit der Sicherheit eines Experiments auszulösen sind; und endlich werden nach Lage der wissenschaftlichen Erfahrung leichte epileptische Zufälle unter dem Einfluss geistiger Getränke oft in schwere und schwerste Formen übergeführt.

Es kann und muss daher mit voller Bestimmtheit angenommen werden, dass durch den fortgesetzt wiederholten Branntweingenuss, der gerade während der Zeit, in welcher die inkriminirten Handlungen ausgeführt wurden, ein gewohnheitsmässiger geworden war, auch in dieser Zeit das Grundleiden der Bertha S., die Epilepsie, in verderblichster Weise in dem Sinne beeinflusst worden ist, dass zunächst die Zahl der epileptischen Anfälle dadurch zu grösserer und ungewöhnlicher Häufigkeit gesteigert worden ist. Ist es doch der Frau H., die zu der S. in einem vertraulichen Verhältniss steht und von jener Grossmutter genannt wird, selbst aufgefallen, dass diese, seit sie aus dem Dienste bei St. entlassen, nicht mehr in die Lage, Branntwein zu trinken, gekommen ist, von epileptischen Anfällen in der oben geschilderten Weise freigeblieben ist — was ihr, wie sie zufällig und von selbst angegeben, sofort und ohne Weiteres zu dem Vorwurf bezw. der Ermahnung an die S. „siehst Du, wenn Du nicht hättest Schnaps getrunken, dann wärest Du nicht so viel krank geworden" Veranlassung gegeben hat.

Wenn mit Rücksicht auf die vorgekennzeichneten Beziehungen des Alkohols zur Epilepsie mit der nämlichen Bestimmtheit angenommen werden kann, dass durch jenen temporär gewohnheitsmässigen Branntweingenuss nicht nur die Häufigkeit der epileptischen Insulte vermehrt, sondern auch die einzelnen Anfälle schwerer gestaltet, die Bewusstseins-Umnebelung und -Trübung vertieft und verlängert und die freien Zeiten verkürzt und verwischt worden sind, so erscheint die obige Annahme und Vermuthung unendlich nahe gerückt, dass die inkriminirten Handlungen sämmtlich in Zeiten der prae- oder postepileptischen Dämmerzustände gefallen sind.

Mit grösster, an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit ist daher anzunehmen, dass bei Begehung der inkriminirten Handlungen die S. — welche nach Allem, was darüber zu ermitteln war, die Esswaaren-Entwendungen auf direkte Veranlassung, auf die bestimmte Aufforderung, dieses und jenes zu bringen, ohne Weiteres

ausgeführt hat, und für die hinsichtlich der Gelddiebstähle der alleinige Impuls in dem Umstande, dass der Schlüssel gesteckt hat, bestand — sich in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden hat, durch welchen ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Auf Grund des vorstehenden Gutachtens wurde das Verfahren gegen die S. eingestellt; sie ist kurz darauf an Phthise gestorben.

Ein Beitrag zum Hebammenwesen.

Von Kreisphysikus San.-Rath Dr. Klingelhöfer in Kirchhain.

Nachstehender Fall aus der Praxis einer Hebamme dürfte der Seltenheit wegen und bei dem Interesse, welches er für das Hebammenwesen hat, der Veröffentlichung werth sein.

Gegen Mitte vorigen Jahres wurde ich zu einem 11 Tage alten Säugling weiblichen Geschlechts gerufen, der nach Angaben der Angehörigen und der Hebamme circa 7 Wochen zu früh geboren war und dessen Anfangsgewicht 1875 g betragen hatte. Er war regelmässig an die Brust gelegt und soll auch tüchtig getrunken, dabei gewöhnlich geschnalzt haben, so dass man hieraus auf ein durch die Milch bewirktes wohlthuendes Gefühl schloss. Da er aber die reichlich vorhandene Milch nicht vollständig zu sich nehmen konnte, lief jedes Mal ein ziemlich erhebliches Quantum über die Brüste hinab. Neben der Mutterbrust sind ihm noch von Zeit zu Zeit einige Theelöffel mit Zucker versüssten Chamillenthees gereicht. Trotz dieser Verpflegung nahm das Kind von Geburt an stetig ab; nahm schliesslich die Brust nicht mehr und schlief unausgesetzt, während es früher, wie alle zu früh geborenen Kinder, wohl auch viel schlief, jedoch von Zeit zu Zeit ein Mal die Augen öffnete. Sonstige Krankheitserscheinungen, die diesen Zustand erklären könnten, hatten die Eltern und die Hebamme nicht bemerkt.

Meine objektiven Wahrnehmungen waren folgende:

Gewicht des anscheinend schlafenden, hochgradig abgemagerten Kindes 1375 g. Athem langsam, leise, kaum bemerkbar. Herzaktion ebenfalls verlangsamt und abgeschwächt. Puls knapp (undeutlich) fühlbar. Gesicht, Hände und Füsse nebst den Unterschenkeln kühl. Farbe des Gesichts, der Augenbindehäute und Lippen auffallend blass. Haut der Stirn wie in zahlreichen kleinen Querfalten zusammengelegt, eben solche kleiner Fältchen zu beiden Seiten der Nasenflügel. Wangen eingesunken und hierdurch Ober- und Unterkiefer stark prominent. Totaleindruck des Gesichts greisenhaft, moribund. Kiefer geschlossen. Zum Abziehen des Unterkiefers war ein ziemlich kräftiger Druck mit dem Daumen erforderlich. Der zwischen die Kiefer eingeführte kleine Finger wurde unter gleichzeitigen Saugbewegungen, bei welchen die Wangen trichterförmig tief einsanken, ziemlich fest umklammert. An der Schleimhaut des Mundes, mit Ausnahme einer auffallenden Blässe der Kieferränder, der Wangen und des Gaumens, nichts Pathologisches vorhanden. Unterleib eingesunken, Haut desselben, wie überhaupt am ganzen übrigen Körper, schmutzig blassgelblich, trocken und an die beiden Innenseiten der Oberschenkel schräg nach innen und abwärts schlaff gefaltet. Beim Umdrehen des Körpers zur Besichtigung der Rückseite fand sich auf der Windel in unmittelbarer Nähe des Afters ein tief schwarzgrün aussehender, nahezu

welschennussgrosser und ebenso geformter Klumpen von etwas zäher, jedoch mehr weicher Konsistenz, welcher entschieden den Eindruck von Meconium machte. Die Hebamme, darauf aufmerksam gemacht, bemerkte, das Kind habe bis dahin stets ebenso aussehende Abgänge gehabt und noch kein Mal gelb gemacht, es müsse wohl viel Kindspech bei sich gehabt haben.

Die daran anschliessende Untersuchung der Brüste der Mutter ergab an Stelle der Warzen tiefe Einbuchtungen, welche bei Applikation der Milchpumpe bei Weitem nicht ausgeglichen wurden, wohl aber Milch in reichlicher Menge hervorströmen liessen.

Bei dieser Sachlage nahm ich an, dass es sich um einen im Erhungern begriffenen Säugling handele. Für diese Annahme sprachen neben der hochgradigen Abmagerung, für die überhaupt ein anderer Grund nicht vorlag, ganz besonders der in unmittelbarer Nähe des Afters vorgefundene Meconiumklumpen, die Angabe der Hebamme, dass das Kind bis dahin noch kein Mal gelbe Abgänge gehabt, sondern nur Kindspech entleert habe, sowie das Fehlen der Brustwarzen bei der Mutter bezw. die tiefen Einbuchtungen an deren Stelle. Bei diesem letzteren Befunde ist es denn auch erklärlich, dass beim Anlegen des Kindes an die Brust wohl Milch abfliessen konnte, ebenso erklärlich aber auch, dass dasselbe dabei keine Milch in den Magen bekam, weil es bei dem vollständigen Fehlen der Warzen nicht saugen konnte, und durch die schnalzenden Lippenbewegungen allein hat solche gewiss nicht in den Magen gelangen können.

Die weitere Behandlung und geregelte Ernährung des Kindes ergab, dass die Diagnose zutreffend war. Anfangs erhielt es theelöffelweise die aus der Mutterbrust mittelst der Milchpumpe entnommenen Muttermilch und frisch zubereitete Bouillon; daneben wurde ihm von einer stillenden Nachbarsfrau die Brust gereicht; etwas später erhielt es Kuhmilch, die nicht in der Säuglingsflasche, sondern wie vorher die Muttermilch und Bouillon theelöffelweise verabfolgt wurde.

Bei dieser Methode der Fütterung blieb die Verdauung des Kindes unausgesetzt ungestört, sein Gedeihen unausgesetzt vorzüglich, seine Gewichtszunahme von Woche zu Woche konstant gleichmässig, so dass es mit Ablauf des ersten Lebensjahres anderen Kindern seines Alters geradezu gleichstand.

Die bei diesem Falle funktionirende, nach dem Prüfungszeugniss des Hebammenlehrers gut ausgebildete, im mittleren Alter stehende, körperlich noch rüstige und anscheinend auch diensteifrige Hebamme hatte durch zwei grobe Verstösse den in ihrer Pflege befindlichen Säugling nahezu zum Hungertod gebracht. Zunächst hatte sie die irrige Auffassung, derselbe trinke tüchtig an der Mutterbrust, während dies nach deren Beschaffenheit überhaupt unmöglich war. Hierzu kam dann noch die Nichtbeachtung der über die gewöhnliche Zeit hinaus andauernden Meconiumabgänge, während sie wissen musste, dass bei einem neugeborenen Kinde vom 3.—4 Tage ab die Stühle (durch die Milch) gelb werden und sie deshalb ihre anfänglich irrthümliche Auffassung hätte aufklären können.

Wenn schon gut ausgebildete Hebammen sich neugeborenen

Kindern gegenüber derartige Pflichtwidrigkeiten zu Schulden kommen lassen, wie viel mehr wird dies bei weniger qualifizirten der Fall sein. Jedenfalls muss ich aus Anlass des vorliegenden Falles meinen schon lange gehegten Verdacht, dass die Hebammen nicht gar so selten ihre Berufspflichten gegen die Neugeborenen mehr oberflächlich, gleichgültig erfüllen, ihnen gerade da, wo es am gebotensten wäre, die erforderliche Aufmerksamkeit nicht widmen, sie nicht zweckentsprechend behandeln, pflegen und somit deren Leben und Gesundheit gefährden mögen, für vollkommen berechtigt halten. Der betreffende Fall zeigt aber auch, auf welchen unzuverlässigen Grundlagen unsere Sterbestatistik beruht; denn bei etwaigen Sterbefällen von solchen, doch nur ausnahmsweise ärztlich behandelten Kindern wird sicherlich eine unzutreffende Todesursache angegeben, in meinem Falle, wäre er tödtlich abgelaufen, wahrscheinlich „Lebensschwäche", auf keinem Fall aber „Verhungern", welche Todesart nach meiner ersten Untersuchung schon in allernächster Zeit hätte eintreten müssen.

Bei Nachforschung nach den Ursachen der in Rede stehenden, leicht unbeachtet bleibenden, sowie der mehr auffälligen und deshalb die Hebammen leicht mit dem Strafgesetz in Konflikt bringenden Pflichtwidrigkeiten, wie z. B. unterlassene Zuhülfenahme eines Arztes bei einem Dammriss oder bei einer zurückgebliebenen Nachgeburt, Zuwiderhandlungen gegen die Desinfektionsordnung, muss man meines Erachtens vor Allem den Umstand im Auge haben, dass es bei unserem jetzigen Hebammenwesen, zumal auf dem Lande, seine Schwierigkeiten hat, Hebammenlehrtöchter aus Familien zu gewinnen, in welchen eine strenge, ordnungsmässige elterliche Erziehung stattgefunden hat. Und gerade auf eine solche muss es doch zum Mindesten ebenso ankommen, wie auf eine ausreichende geistige Begabung bei genügender Schulbildung.

Die Lehrtöchter mit ausreichender geistiger Veranlagung werden, nach dem sie mit ihren Kenntnissen entsprechenden Zeugnissen aus der Lehranstalt zurückgekehrt sind, und falls sie aus guter Familie stammen, dem Berufe als Hebamme, wie mir von dem grössten Theil der 32 Hebammen meines Kreises bekannt ist, wohl durchweg pünktlich und gewissenhaft obliegen. Anders gestaltet es sich mit denen, die eine ordnungsmässige Erziehung im elterlichen Hause nicht hatten und deren spätere Lebensverhältnisse zudem noch ihren moralischen Halt zu erschüttern vermochten. Das ganze Vorleben dieser Lehrtöchter wird durch den kurzen Aufenthalt in den Lehranstalten nicht so gründlich umgestimmt, dass sie später als zuverlässige Hebammen zu betrachten sein dürften. Sie werden besonders, wenn sie bei spärlicher und wenig einträglicher Beschäftigung nicht die erwartete Befriedigung finden, leicht rückfällig, wie ich dies jetzt von der Hebamme meines Beobachtungsfalles weiss und auch schon früher bei einigen anderen Hebammen meines Bezirks wahrgenommen habe. Sie betrachten dann ihren Beruf mehr als Nebensache, kehren mehr und mehr zu ihren alten Gewohnheiten (Unsauberkeit, leichtfertiges

Wesen) zurück und unterlassen in ihrer Gleichgültigkeit nicht selten, den noch hin und wieder herrschenden Vorurtheilen, z. B. gegen reine Leib- und Bettwäsche für Gebärende und Wöchnerinnen mit Entschiedenheit entgegenzutreten.

Das Sprichwort „Jung gethan, Alt gewohnt“ hat auch bei den Hebammen seine volle Berechtigung. Aus Lehrtöchtern mit guter Erziehung im Elternhause und einem guten Vorleben in späteren Jahren werden brauchbare Hebammen. Aus Lehrtöchtern hingegen, welche eine vernachlässigte elterliche Erziehung hatten und zudem auch noch unter sonstigen nachtheiligen Einflüssen gelebt haben, kommen regelmässig minderwerthige Hebammen zum Vorschein. Dieses hat man wohl auch im Auge gehabt im §. 348 der kurhessischen Medizinalordnung vom 30. Juli 1830, in welchem es im Abschnitt über die Hebammenordnung heisst: „Wenn pp., so soll vom Physikus der Ortsvorstand zu einem geeigneten Vorschlag veranlasst werden, zu welchem Vorschlag in den Landgemeinden der Prediger mitwirken muss, und wobei die Wünsche der Familienmütter zu berücksichtigen sind.“

Wenn die in Aussicht stehende Umgestaltung unseres Hebammenwesens stattfindet und zugleich über Vorleben der in Vorschlag gebrachten Lehrtöchter (Erziehung, spätere Lebensverhältnisse), ebenso wie über deren geistige und körperliche Qualifikation eine gewissenhafte Feststellung verlangt wird, dann wird im Hebammenwesen ein wesentlicher Fortschritt und zugleich auch eine wesentliche Herabminderung der Pflichtwidrigkeiten der Hebammen zu erwarten sein.

Die Berathungen des preuss. Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes.

Vom Herausgeber.

A. Berathungen der Budgetkommission.

Die Berathungen der Budgetkommission über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes haben in der Abendsitzung am 5. d. M. begonnen und sind dann in der Sitzung vom 8. d. M. zu Ende geführt. Es lagen hierzu eine Anzahl Anträge vor, von denen zunächst ein von den Abgeordneten Brütt, Dr. Martens und Dr. Ruegenberg gestellter Antrag, betreffend Einrichtung von Fortbildungskursen für die Kreisärzte, dahinlautend:

> „Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen:
> Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in den nächstjährigen Etat, ähnlich wie in den letztverflossenen Jahren, eine Summe einzustellen behufs Theilnahme der Kreisärzte an Fortbildungskursen in der Hygiene, gerichtlichen Medizin, Psychiatrie und Medizinalverwaltung“

zur Erörterung gelangte. Der Antrag wurde warm befürwortet; auch seitens der Staatsregierung wurde nicht nur die Nothwendigkeit derartiger Fortbildungskurse für die Kreisärzte anerkannt, sondern auch die Verflichtung des Staates, dafür die Kosten zu

tragen. Ihre Einrichtung sind bereits in Aussicht genommen, und zwar sollen zunächst solche Kurse an den Universitäten Königsberg, Berlin und Breslau, später auch an anderen Universitäten stattfinden.

Zur Ausführung des Kreisarztgesetzes lagen folgende Anträge vor: Zunächst der bereits in der vorigen Nummer mitgetheilte, von sämmtlichen konservativen Mitgliedern der Budgetkommission (v. Eisenhart-Rothe, Frhr. v. Erffa-Wernburg, Dr. v. Heydebrand und der Lasa, v. Jagow, Dr. Irmer, v. Quast und Winkler) gestellter Antrag, betreffend Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen an die nicht vollbesoldeten Kreisärzte:

„Die Königliche[1]) Staatsregierung zu ersuchen, einen Nachtrag zum Entwurfe und Staatshaushaltsetat für 1901 einzubringen, durch welchen die Fonds im Kap. 126, Tit. 3 des Etats des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten um denjenigen Betrag erhöht wird, welcher erforderlich ist, um den nicht vollbesoldeten Kreisärzten Wohnungsgeldzuschüsse in derselben Höhe wie den vollbesoldeten zu gewähren."

Ein gleicher Antrag war auch von dem Vertreter der nationalliberalen Partei, dem Abg. Dr. Martens, gestellt, von diesem aber ausserdem eine Erhöhung des Gehalts der vollbesoldeten Kreisärzte auf 6000 Mark und die Festsetzung des Gehalts der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach Altersstufen gefordert. Der Antrag lautete:

„Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen:
1. Das Gehalt der vollbesoldeten Kreisärzte festzusetzen auf 3000 bis 6000 Mark, steigend in 4 Stufen von 3 Jahren um je 600 M.,
2. das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte festzusetzen auf 2000 bis 3600 Mark, steigend in 4 Stufen von 3 Jahren um je 400 Mark,
3. den nicht vollbesoldeten Kreisärzten den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der V. Rangklasse zu gewähren."

Weiterhin hatten die Vertreter des Zentrums (Dr. Ruegenberg, v. Savigny, Wallenborn) nachfolgenden Antrag in Bezug auf die Pensionirung und den Dienstaufwand der Kreisärzte eingebracht:

A. Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen:

I. In Vermerk 2, Zeile 7 hinter den Worten „die Pension festgesezt wird" einzufügen: jedoch nicht weniger als 1000 Mark",

II. dem Vermerk 2 hinzuzufügen:

„Auf das pensionsfähige Dienstalter kommen in Anrechnung die als Kreisassistent verbrachten Dienstjahre."

B. Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen:

Die Worte in Zeile 6 u. ff. „bis zu 1000 Mark, im Durchschnitt 750 Mark, für die nicht besoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte bis zu 750 Mark, im Durchschnitt 250 Mark zu ersetzen durch:

„750 bis 1250 Mark, im Durchschnitt 1000 Mark, für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte 250 bis 750 Mark, im Durchschnitt 500 Mark."

---

[1]) In Nr. 5, S. 176, ist durch Versehen des Setzers irrthümlicher Weise „Kaiserliche" statt „Königliche" Staatsregierung u. s. w. gesagt.

Endlich hatte noch der Abg. v. Bülow-Bossee den Antrag eingebracht, die Zahl der nicht vollbesoldeten Kreisärzte um einen zu vermehren und in dem Kreis Stormarn, der vom 1. April 1901 in zwei Kreise zerfalle, für jeden derselben einen Kreisarzt vorzusehen, so dass die beiden jetzt vorhandenen Kreisphysikusstellen erhalten blieben.

In der ersten Sitzung erklärten die Herren Regierungskommissare, dass sich die Neuregelung doch erst erproben müsse, gegebenen Falls werde dann die Regierung selbst mit Vorschlägen kommen. Demgegenüber wurde von den Kommissionsmitgliedern allgemein namentlich die Gehaltsregulirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte alsu nzulänglich bezeichnet und bemängelt, dass die über die Ausführung des Kreisarztgesetzes dem Etat beigegebene Denkschrift viele wichtige Punkte unaufgeklärt oder unberührt lasse; auch scheine die Ausführung vielfach mit einer überaus grossen Härte für die davon Betroffenen, die abgehenden Kreisphysiker zu erfolgen. Um derartige Härten zu vermeiden, müsste der Regierung ein Dispositionsfonds zur Verfügung gestellt werden. Jedenfalls sei es nicht richtig, bei den Stellen mit grösserer staatlicher Thätigkeit das Gehalt wegen grösserer Gebühreneinnahme niedriger zu bemessen; die Höhe desselben müsse sich vielmehr lediglich nach dem Umfang der staatlichen Thätigkeit richten. Die Vertreter der Regierung widersprachen allen Anträgen und gaben hierbei mehrfach bedeutsame Ergänzungen, so dass die Budgetkommission zunächst beschloss, die Beschlussfassung über die gestellten Anträge auszusetzen, bis jene gedruckt vorlagen. Die betreffenden Erklärungen lauteten wie folgt:

I. Gehalt.

A. Als Gehalt sind für die vollbesoldeten Kreisärzte dieselben Sätze vorgeschlagen, welche für die Bauinspektoren u. s. w. bestehen: nämlich 3600 bis 5700 Mark, steigend in 4 Stufen um 600, 500, 500 und 500 Mark. Die Medizinalverwaltung ist der Ueberzeugung, dass es ihr gelingen wird, zu diesem Besoldungssatze durchaus geeignete, den Aufgaben ihrer Stellung voll gewachsene Kräfte zu gewinnen. Aus einer Steigerung des Gehaltshöchstbetrages, wie vorgeschlagen, um 300 Mark auf 6000 Mark glaubt die Medizinalverwaltung, sich eine wesentliche Erleichterung in der Gewinnung tüchtiger Kräfte nicht versprechen zu können. Anderseits würde eine solche Steigerung zweifellos dieselbe Forderung für die in gleichartigen Stellungen stehenden Kreisbauinspektoren, Gewerbeinspektoren, Oberförster u. s. w. hervorrufen und damit wieder die Frage der allgemeinen Besoldungsregelung aufrollen. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass auch den vollbesoldeten Kreisärzten in nicht geringerem Umfange, wie den eben genannten Beamtenklassen, die Ausübung von Nebenthätigkeit (gerichtsärztliche Thätigkeit, Konsultationen, Praxis, Nebenämter) gestattet ist.

B. Für die nicht vollbesoldeten Kreis- und Gerichtsärzte ist ein Gehaltssatz von durchschnittlich 2250 Mark unter Beschränkung des Gehaltshöchstbetrages auf 4200 Mark vorgesehen. Die Gehaltsbemessung nach einem Durchschnittsbetrage unter Festsetzung des Höchstbetrages, aber unter Offenlassung des Mindestbetrages ist nicht vereinzelt, sondern kommt im Etat mehrfach vor. Sie ist gerechtfertigt da, wo für die Bemessung des Gehalts weniger das Dienstalter entscheidet, als vielmehr eine Reihe anderer Umstände bestimmend mitwirken. Dies ist bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten der Fall.

Das Diensteinkommen der nicht vollbeschäftigten Kreisärzte besteht nämlich nicht lediglich in dem ihnen zu gewährenden Gehalt, vielmehr treten

zu diesem, ebenso wie bisher bei den Kreisphysikern, Gebühren, und zwar nunmehr pensionsanrechnungsfähige Gebühren für gewisse amtliche Verrichtungen hinzu.

Wo das Einkommen aus diesen Gebühren ein erhebliches ist, liegt keine Veranlassung vor, das gesammte pensionsfähige Diensteinkommen durch Normirung eines hohen Gehaltes noch zu steigern. Anderseits hat die Medizinalverwaltung ein dringendes Interesse daran, für schwer zu besetzende Stellen oder für Stellen mit geringen Gebühreneinnahmen das gesammte Diensteinkommen durch Gewährung eines höheren Gehaltes einigermassen auskömmlich zu gestalten. Von diesen Gesichtspunkten aus sind sorgfältige Ermittelungen über die Einkommensverhältnisse bei den einzelnen Physikaten veranlasst und danach die einzelnen Kreisarztstellen in sechs Gehaltsklassen einrangirt worden. Dabei ist von einer Gehaltsnormirung unter 1800 Mark und über 3600 Mark abgesehen worden. Es sind einrangirt worden in den Satz von

1800 Mark	58	Stellen,	2701 Mark	22	Stellen,
2100 „	290	„	3000 „	18	„
2400 „	95	„	3600 „	15	„

Die letzten 15 Stellen sind ausschliesslich Gerichtsarztstellen. Die höhere Gehaltsbemessung für diese Stellen rechtfertigt sich aus dem Grunde, weil die Gerichtsärzte an Gebühren nur gerichtliche Gebühren beziehen, und letztere — abgesehen von den Leichenöffnungsgebühren — nicht pensionsfähig sind.

Bei der so erfolgten Bemessung der Gehälter ist ein Betrag von 15000 Mark verfügbar geblieben, welcher im Laufe des Rechnungsjahres 1902 behufs Ausgleichung von Unebenheiten zur Ausschüttung kommen soll.

Mit vorstehenden Grundsätzen, von denen die Staatsregierung bei ihrem Vorschlage der Gehaltsbemessung nach einem Durchschnittsbetrage ausgegangen ist, würde der Antrag, das Gehalt nach einem Grundgehalt und nach Dienstaltersstufen zu bemessen, nicht vereinbar sein; der Antrag würde den ausserordentlich grossen Verschiedenheiten, welche hinsichtlich des Einkommens in den einzelnen Kreisarztbezirken thatsächlich bestehen und nicht voll geändert werden können, nicht gerecht werden und insbesondere zur Folge haben, dass die Kreisärzte mit einem schon an sich reichlichem Auskommen dieses Einkommen ohne genügende Veranlassung gesteigert erhalten, und dass dadurch die Staatskasse in einem sehr erheblichen Masse belastet wird.

C. Die Gehälter der Kreisarzt-Assistenten sind auf 1800 Mark bemessen worden, doch soll unter den Betrag von 900 Mark nicht heruntergegangen werden. Zunächst oder versuchsweise wird die Medizinalverwaltung in jedem Falle den Betrag von 1200 Mark gewähren. Diese Beträge sind erheblich höher als die Besoldungen der bisherigen Kreiswundärzte und entsprechen im Allgemeinen der Remuneration der ärztlichen Assistenten an den Universitätsinstituten. Sie müssen auch aus dem Grunde als angemessen erachtet werden, als diese Stellen im Allgemeinen nur als Durchgangs- und Vorbereitungsjahre zum Kreisarzt gelten sollen und daher von ihren zeitweiligen Inhabern voraussichtlich immer nur für kürzere Zeit besetzt bleiben werden.

II. Amtsunkosten-Entschädigung.

Zur Deckung von Amtsunkosten (Sprechzimmer, Büreaubedürfnisse, Annahme von Schreibhülfen, Registratur, Unterhaltung der Apparate und Instrumente zu Untersuchungen u. s. w.) sollen den Kreisärzten Entschädigungen gewährt werden, deren Betrag für die vollbesoldeten Kreisärzte durchschnittlich mit 750 Mark, höchstens 1000 Mark, für die nicht vollbesoldeten mit durchschnittlich 250, höchstens 750 Mark vorgesehen ist. Die verschiedene Bemessung rechtfertigt sich durch den wesentlich verschiedenen Umfang der Dienstgeschäfte und des Dienstaufwandes, sowie auch aus dem Grunde, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte, welche das Recht haben, Privatpraxis zu treiben, schon mit Rücksicht hierauf aus eigenen Mitteln entsprechende Einrichtungen für die Ausübung ihrer freien Berufsthätigkeit vorzuhalten haben.

Die Bemessung der Amtsunkostenentschädigungen für die einzelnen Kreisarztstellen richtet sich nach dem Umfang der Dienstgeschäfte, deren Entwicklung auf der Grundlage der neuen Organisation sich noch nicht in vollem Umfange übersehen lässt. Die Medizinalverwaltung glaubt daher, sich in dieser Beziehung im Einzelnen noch freie Hand vorbehalten zu sollen. Auch hier-

über sind, wie über die Bemessung der Gehälter, die Vorschläge der Herren Regierungspräsidenten eingeholt worden, denen im Wesentlichen die Grösse der Kreise und die Zahl der Amtsgeschäfte zu Grunde gelegt worden sind.

III. Wohnungsgeldzuschuss.

Während für die vollbesoldeten Kreisärzte der Wohnungsgeldzuschuss für die Provinzialbeamten der V. Rangklasse ausgebracht ist, ist für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte ein Wohnungsgeldzuschuss nicht vorgesehen. Es entspricht dies den Bestimmungen in §. 7 des Gesetzes, betreffend die Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen vom 12. Mai 1873 (G.-S. S. 209) und in §. 5 des Pensionsgesetzes vom 27. März 1872 (G.-S. S. 268), da die nicht vollbesoldeten Kreisärzte nicht als vollbeschäftigte Beamte anzusehen sind. Auf diese Konsequenz ist auf S. 20 zu §. 3 der Begründung zu dem Gesetzentwurf, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes etc., ausdrücklich hingewiesen worden. Eine Aenderung der Gesetzesvorlage in dieser Beziehung ist nicht erfolgt.

IV. Gebühren.

Nach §. 3 des Kreisarztgesetzes haben die vollbesoldeten Kreisärzte Gebühren, soweit solche nach den bestehenden Vorschriften für gewisse Verrichtungen zu entrichten sind, an die Staatskasse abzuführen, während die Gebühren den nicht vollbesoldeten Kreisärzten verbleiben. Unter Gebühren, welche der vollbesoldete Kreisarzt an die Staatskasse abzuführen hat, versteht die Staatsregierung begrifflich die Gebühren für solche Amtsverrichtungen, welche zur ausschliesslichen und alleinigen Zuständigkeit des Kreisarztes gehören und zu deren Vornahme er kraft seines Amtes verpflichtet ist. Nach dieser Begriffsbestimmung gehören zu den an die Staatskasse abzuführenden Gebühren nicht die gerichtlichen Gebühren — abgesehen von den Gebühren für Leichenöffnungen. Denn die Erstattung von Gutachten in medizinischen Angelegenheiten kann von den Gerichten auch anderen Aerzten, Spezialisten etc., übertragen werden; es besteht kein Zwang für das Gericht, den Kreisarzt zu nehmen — auch wenn anderseits der Kreisarzt als öffentlich bestellter Sachverständiger verpflichtet ist, dem Rufe Folge zu leisten. Es handelt sich bei diesen Geschäften um amtsärztliche Verrichtungen im weiteren Sinne, auf welche der §. 3 des Kreisarztgesetzes sich nicht erstreckt. Eine Ausnahme bildet nur die Leichenöffnung, bei welcher der Gerichtsarzt gemäss §. 87 der Strafprozessordnung zugezogen werden muss. Die Leichenöffnungsgebühren müssen deshalb von dem vollbesoldeten Kreisarzte an die Staatskasse abgeführt werden.

Die gleiche Behandlung der Gebühren greift auch in dem Falle des §. 15 des Kreisarztgesetzes, sowie auch bei der Festsetzung des Pensionsbetrages des nicht vollbesoldeten Kreisarztes Platz. Es ist davon auszugehen, dass der Gebührenbegriff in dem §. 15 des Gesetzes keinen anderen Inhalt hat, als in dem §. 3. Hiernach bleiben sowohl bei der Berechnung des Wartegeldes, als auch bei der Festsetzung der Pension des nicht vollbesoldeten Kreisarztes die gerichtsärztlichen Gebühren (mit Ausnahme der Leichenöffnungsgebühren) ausser Berücksichtigung.

Dementsprechend sieht der Vermerk 2 zu Kap. 125 Tit. 2 für die Berechnung des pensionsfähigen Diensteinkommens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte folgende Bestimmungen vor:

1. Das als pensionsfähig diejenigen amtsärztlichen Gebühren anzusehen sind, welche von den vollbesoldeten Kreisärzten zur Staatskasse abzuführen bezw. nicht mehr aus der Staatskasse zu erheben sind;
2. dass diese Gebühren zur Anrechnung gebracht werden nach ihrem durchschnittlichen Betrage während der drei letzten Etatsjahre vor dem Etatsjahre, in welchem die Pension festgelegt wird;
3. dass das hiernach zu berechnende Diensteinkommen nicht das pensionsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes von gleichem pensionsfähigen Dienstalter übersteigen darf.

V. Regelung des Besoldungsdienstalters.

Für die Festsetzung des Besoldungsdienstalters gelten folgende Grundsätze:

1. a. Das Besoldungsdienstalter des Kreisarztes wird vom Tage der etatsmässigen Anstellung als Kreisarzt an gerechnet. Als Tag der etats-

mässigen Anstellung gilt der Tag, von welchem ab dem Kreisarzt die etatsmässigen Kompetenzen (Gehalt — beim vollbesoldeten Kreisarzt Gehalt und Wohnungsgeldzuschuss —) zugewiesen sind.

b. Auch bei der Ernennung des nicht vollbesoldeten Kreisarztes zum vollbesoldeten Kreisarzt behält der Kreisarzt das Dienstalter, welches für ihn als nicht vollbesoldeter Kreisarzt festgesetzt war. Nach Massgabe dieses Dienstalters wird er in die Besoldungsklasse der vollbesoldeten Kreisärzte einrangirt.

c. In der Uebergangszeit wird die Dienstzeit als Kreis- (Oberamts-) Physikus auf das Besoldungsdienstalter als Kreisarzt in Anrechnung gebracht — die des Kreiswundarztes nur in besonderen Ausnahmefällen mit Zustimmung des Herrn Finanzministers.

2. a. Das Besoldungsdienstalter als Regierungs- und Medizinalrath wird vom Tage der Anstellung als Regierungs- und Medizinalrath an gerechnet.

b. Bei der Beförderung eines vollbesoldeten Kreisarztes zum Regierungs- und Medizinalrath finden die allgemeinen Grundsätze wegen Vordatirung des Besoldungsdienstalters zur Vermeidung von Gehaltseinbussen mit der Massgabe Anwendung, dass eine Vordatirung des Besoldungsdienstalters vor den Tag des vollendeten 40. Lebensjahres nicht zulässig ist.

c. Bei der Beförderung eines nicht vollbesoldeten Kreisarztes zum Regierungs- und Medizinalrath erfolgt die Festsetzung des Besoldungsdienstalters nach denselben Grundsätzen wie bei b, indem angenommen wird, der nicht vollbesoldete Kreisarzt wäre vollbesoldeter Kreisarzt von gleichem Dienstalter gewesen und aus dieser Stelle zum Regierungs- und Medizinalrath befördert worden.

d. Ergiebt sich für einzelne, vor dem 1. April 1901 angestellte Regierungs- und Medizinalräthe, dass am 1. April 1901 ihr Gehalt hinter demjenigen zurückbleibt, welches sie zu diesem Zeitpunkte bei Bekleidung der Stelle eines vollbesoldeten Kreisarztes erhalten hätten, so ist das Besoldungsdienstalter unter Berücksichtigung der vorstehenden Bestimmungen, insbesondere auch derjenigen über das Lebensalter, neu festzustellen und zwar derart, dass angenommen wird, die Regierungs- und Medizinalräthe wären erst am 1. April 1901 angestellt.

Aus diesen Erklärungen ist zunächst interessant, dass keinem einzigen nicht vollbesoldeten Kreisarzt das Höchstgehalt von 4200 Mark gewährt wird, dass nur die Gerichtsärzte ein Gehalt von 3600 Mark erhalten und als Höchstgehalt der Kreisärzte somit in Wirklichkeit nur 3000 Mark vorgesehen sind, als Mindestgehalt dagegen 1800 Mark; daraus ergiebt sich ein Durchschittsgehalt von 2400 Mark. Dieses Gehalt erhalten jedoch nur 45 = 20 % und übersteigen nur 35 = 7,3 %, während nicht weniger als 348 = 72,7 % darunter bleiben.

Betreffs der übrigen Erklärungen können wir auf unsere früheren Besprechungen Bezug nehmen; wir halten auch bei Einhaltung der von der Staatsregierung bei der Gehaltsbemessung angenommenen Grundsätzen eine solche nach Dienstalterstufen für durchführbar und stimmen mit der Budgetkommission dahin überein, dass das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach dem Umfang ihrer staatlichen Thätigkeit ohne Rücksicht auf grosse oder geringe Nebeneinnahmen aus Gebühren u. s. w. zu bemessen ist; erreichen die amtsärztlichen Gebühren eine ausserordentliche Höhe, so steht, wie dies bereits früher von uns hervorgehoben ist, nichts entgegen, diese Stellen bei einer Neubesetzung in vollbesoldete umzuwandeln und dadurch einen Ausgleich herbeizuführen.

Während die Erklärungen sich sehr ausführlich über das

Besoldungsdienstalter auslassen, enthalten sie leider gar keine Aufklärung über die Berechnung des pensionsfähigen Dienstalters, eine für die Medizinalbeamten äusserst wichtige Frage. Eine Ergänzung nach dieser Richtung ist dringend wünschenswerth; hoffentlich fällt diese dann ebenso günstig aus als jene. Insbesondere werden sich die jetzt im Amte befindlichen Regierungs- und Medizinalräthe freuen, dass ihnen nunmehr ein Theil ihrer früheren Dienstzeit als Kreisphysikus bei Bemessung des Besoldungsdienstalters angerechnet wird.

Was nun die weiteren Verhandlungen der Budgetkommission in der zweiten Sitzung am 8. d. M. anbetrifft, so trat in diesen ebenso wie bei den gestellten Anträgen ein grosses Interesse und Entgegenkommen für die Wünsche der Medizinalbeamten seitens sämmtlicher Mitglieder ohne Rücksicht auf die politische Parteistellung hervor, wofür ihnen jene sicherlich aus vollstem Herzen dankbar sein werden. Insbesondere herrschte in Bezug auf die Gewährung von Wohnungsgeldzuschuss an die nicht vollbesoldeten Kreisärzte die vollste Einmüthigkeit; allgemein wurde betont, dass auch diese in der Hauptsache als Beamte anzusehen seien und ihnen daher Wohnungsgeldzuschuss zustehen müsse.

In Folge dessen wurde der darauf bezügliche Antrag:

„Die Regierung zu ersuchen, einen Nachtragsetat einzubringen, durch welchen den Fonds im Kap. 125, Tit. 8 um denjenigen Betrag erhöht wird, der erforderlich ist, um den nicht vollbesoldeten Kreisärzten den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der V. Rangklasse eventuell nach vorheriger entsprechender Aenderung des Kreisarztgesetz zu gewähren,“

einstimmig angenommen. Ausserdem wurde der Gehaltstitel „Kreisärzte“ und „Kreisarztassistenten“ mit der Aenderung angenommen: dass statt „höchstens 4200“ bezw. „1800“ Mark gesetzt werde: mindestens 1800 und höchstens 4200 Mark“ bezw. „mindestens 900 und höchstens 1800 Mark, im Durchschnitt 1200 Mark.“ Endlich wurden noch folgende Anträge einstimmig beschlossen:

„Die Regierung zu ersuchen:

a. in Verbindung mit dem nächsten Etat eine ausführliche Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes vom 15. September 1899 vorzulegen und bis dahin event. zu prüfen, ob die in dem diesjährigen Etat festgesetzten Besoldungen und sonstigen Bezüge der Kreisärzte zweckmässig geregelt sind;

b. in eine nochmalige Prüfung darüber einzutreten, ob nicht für eine Anzahl der zur Einziehung bestimmten Kreisphysikatsbezirke versuchsweise einstweilen ein Kreisarzt kommissarisch belassen werden kann.“

Damit ist zum Ausdruck gebracht, dass die vorgeschlagene Ausführung des Kreisarztgesetzes nur als eine vorläufige anzusehen ist und beim nächsten Etat in eine erneute Prüfung und Erörterung an der Hand einer ausführlichen, von der

Regierung vorzulegenden Denkschrift behufs endgültiger Festsetzung der Regelung eingetreten werden soll.

b. Die Verhandlungen im Abgeordnetenhause.

Schon am ersten Berathungstage über den Kultusetat — am 4. März — wurde das Medizinalwesen berührt und zwar vom Abg. Frhrr. von Zedlitz und Neukirch, der auf die bereits bei der Generaldiskussion vom Abg. Dr. Sattler angeschnittene Frage der Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium und deren Ueberweisung in das Ministerium des Innern zurückkam. Er betonte deren Nothwendigkeit wegen Ueberlastung des Kultusministeriums und mit Rücksicht auf die grosse Wichtigkeit der öffentlichen Gesundheitspflege, die bisher in Preussen nicht in dem Masse Aufgabe des Staates und Gegenstand der Fürsorge gewesen sei, wie alle übrigen unter der Verwaltung des Kultusministeriums vereinigten Zweige. Während sich dessen Etat verdreifacht habe, sei nur ein Minimum davon auf die Medizinalverwaltung entfallen. Namentlich müsse der Staat auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege den wenig leistungsfähigen östlichen Provinzen zu Hülfe kommen und dies in dem beabsichtigten Dotationsgesetz berücksichtigen. Die erforderlichen Mittel für das öffentliche Gesundheitswesen würden aber weit eher vom Ministerium des Innern erreicht, das nicht so viele andere Geld erfordernde Zwecke zu verfolgen habe, während im Kultusministerium die Gesundheitspflege als Aschenbrödel angesehen werde. Redner sprach deshalb die Hoffnung aus, dass die im Prinzip anscheinend beschlossene Abtrennung recht bald ausgeführt werde. Von Seiten des Herrn Ministers wurde später erklärt, dass die über diese Abtrennung schwebenden Verhandlungen noch nicht zum Abschluss gekommen seien. Auf die Forderung des Abg. Dr. Martens, an die Spitze der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen einen Arzt zu stellen, erwiderte der Herr Minister, dass es gerade mit Rücksicht auf jene Verhandlungen nicht angezeigt sei, eine grundlegende Aenderung in der Leitung der Geschäfte dieser Deputation eintreten zu lassen, ganz abgesehen davon, dass die bisherige Leitung derselben durch einen Verwaltungsbeamten eine völlig sachgemässe und den von dieser Deputation zu erreichenden Zielen auch förderliche gewesen sei, eine Auffassung, mit der auch die ärztlichen Mitglieder der Kommission übereinstimmten.

In der am 13. und 14. d. M. stattgehabten Sitzung, in welcher der Medizinaletat zur Berathung gelangte und über die wir heute nur an der Hand der Berichte der Tagespresse referiren können[1]), wendete sich zunächst der Abg. Im Walle gegen die Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium, während diese von dem Abg. Dr. Endemann, Dr. Virchow und Dr. Langerhans warm befürwortet wurde. Dr.

[1]) Der stenographische Bericht darüber wird in der nächsten Nummer gebracht werden.

Endemann schlug vor, nicht nur das Medizinalwesen, sondern auch Kunst und Wissenschaft vom Kultusministerium zu trennen und ein eigenes Ministerium zu bilden; während Dr. Virchow betonte, dass eine geregelte Thätigkeit der Medizinalbeamten nur dann möglich sei, wenn sie in eine wirkliche, unmittelbare Verbindung mit dem Ministerium des Innern und seiner Organe gebracht würden, da sie erst dadurch eine Stellung erhielten, die bedeutend genug sei, um dem Publikum und anderen Behörden gegenüber sich geltend zu machen. Die Hauptsache sei eben, Organe zu haben, die wirklich verantwortlich und auch potent genug seien, in ihrem Wissen und Können die ihnen übertragenen Aufgaben auszuführen.

Die Abg. Dr. Göschen, Winckler, Dr. Sattler hoben weiter übereinstimmend hervor, es habe nicht in der Absicht des Abgeordnetenhauses gelegen, dass eine Stempelgebühr für den Titel „Sanitätsrath" erhoben werden solle, und forderten eine sofortige Aenderung in dieser Hinsicht, während demgegenüber H. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Förster das Verfahren der Regierung unter Bezugnahme auf ein Erkenntniss des Reichsgerichts als durchaus gerechtfertigt bezeichnete.

Eine kürzere Debatte veranlasste sodann die im Etat vorgesehene Neueinrichtung einer staatlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung. Die Einrichtung selbst wurde allseitig als ebenso nothwendig wie zweckmässig anerkannt, jedoch bemängelt, dass die Höhe der sächlichen Ausgaben für diesen Zweck von der Höhe der Gebühren abhängig sein solle. Auf Antrag des Abg. Friedberg erfolgte die Streichung dieses Vermerks, obwohl sich namentlich die Vertreter des Finanzministeriums dagegen auegesprochen hatten. Der Abg. Dr. Graf Douglas befürwortete wiederum entsprechend dem im Vorjahre gefassten Beschlusse die Begründung einer Landes-Untersuchungsanstalt für die Erforschung der für die Wasserversorgung besonders gefährlichen Krankheitserreger.

Die Ausführung des Kreisarztgesetzes und die von der Budgetkommission beschlossenen Resolutionen gelangten erst am zweiten Berathungstage über den Medizinaletat (14. Februar) zur Verhandlung. Auf Antrag des Referenten, Abg. Winckler, der einen vorzüglichen, alle Gesichtspunkte berücksichtigenden Bericht erstattete, fand eine Generaldiskussion statt, in welcher der Herr Kultusminister Dr. Studt folgende Erklärung zu den Beschlüssen der Kommission abgab:

„Die Regierung ist damit einverstanden, dass bei Titel 2 und 4 für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Kreisarztassistenten auch nach unten hin eine Gehaltsgrenze festgesetzt wird, und zwar für die Kreisärzte von 1800 M. und für die Kreisarztassistenten von 900 M. Die Staatsregierung ist ferner bereit, mit dem nächsten Staatshaushaltsetat eine umfassende Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes vorzulegen Die Staatsregierung ist endlich auch bereit, bei der Ausführung des Kreisarztgesetzes nach Möglichkeit Härten zu vermeiden. Der Resolution, den nicht voll besoldeten Kreisärzten durch einen Nachtragsetat den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der fünften Rangklasse

zu gewähren, muss dagegen die Staatsregierung auf das Bestimmteste widersprechen, nicht aus finanziellen Gründen, sondern aus sachlichen Gründen und aus Gründen der Organisation. Ich bin aber in der glücklichen Lage, zu erklären, dass die Regierung in Hinsicht auf die finanzielle Besserstellung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ein weitgehendes Entgegenkommen zu üben bereit ist, in der bestimmten Erwartung, dass mit den zur Verfügung gestellten Mitteln die Ansprüche für die Gehaltsregulirung der Kreisärzte für absehbare Zeit als befriedigt anzusehen sind. Sie ist darum bereit, den ungefähren Betrag der Summe der geforderten Wohnungsgeldzuschüsse zur Verfügung zu stellen, aber nicht in Gestalt von Wohnungsgeldzuschüssen, sondern durch Erhöhung des Durchschnittsgehalts der nicht vollbesoldeten Kreisärzte von 2250 auf 2700 M. Der hierdurch für die Staatskasse erwachsende Mehrbedarf beläuft sich auf jährlich rund $^1/_4$ Million Mark. Ich bitte sie Angesichts dieses Entgegenkommens, nicht auf dem Verlangen nach Wohnungsgeldzuschüssen zu bestehen. Wir gehen von der Ansicht aus, dass abgesehen von einzelnen Fällen der Kreisarzt von der Privatpraxis nicht losgelöst werden soll. Als Beamter soll der Kreisarzt nicht voll beschäftigt sein; ein Beamter aber, der nicht voll beschäftig ist, hat nach dem Gesetz über den Wohnungsgeldzuschuss in Verbindung mit dem Pensionsgesetz keinen Anspruch auf Wohnungsgeldzuschuss. In den Motiven zu dem Kreisarztgesetz heisst es ausdrücklich, dass die Besoldung des Kreisarztes pensionsfähig ist. Diese Bestimmung wäre überflüssig, wenn der Kreisarzt ein vollbeschäftigter Beamter wäre, denn als solcher hätte er schon auf Grund des Pensionsgesetzes Pension bekommen. Diese Bestimmung ist ein schlagender Beweis dafür, dass die Gesetzgebung den nicht vollbesoldeten Kreisarzt nicht als vollbeschäftigten Beamten angesehen hat. Das von der Regierung vorgeschlagene Individualisirungssystem bei der Bemessung des Einkommens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ist wegen der ausserordentlichen Gebühren dieser Aerzte gerechtfertigt. Die Gebühren betragen bei manchen Stellen unter 100, bei anderen mehrere Tausend Mark. Die Regierung muss dieser Verschiedenheit Rechnung tragen; sonst würde die Besetzung mancher Stellen mit sehr geringen Gebühreneinnahmen ganz unmöglich sein. Dies Individualisirungssystem ist nicht neu; es findet sich bei einer Reihe von Beamtenkategorien mit gleichartigen Verhältnissen, und ich möchte glauben, dass auch Sie diese Individualisirung als richtig anerkennen. Die Gewährung eines Wohnungsgeldzuschusses würde die armen Stellen benachtheiligen. Ich bitte deshalb dringend, dem Vorschlag der Regierung zu folgen. Bei der Bemessung des Durchschnittsgehaltes auf den reichlichen Betrag ven 2700 Mark habe ich keinen Zweifel, dass es gelingen wird, geeignete Kräfte zu finden und damit die erste und beste Grundlage für eine gedeiliche Entwicklung und Förderung des Gesundheitswesens zu schaffen.

Der Herr Finanzminister Dr. v. Miquel führte Folgendes aus:

Ich für meine Person habe mich zu den von dem Kultusminister angegebenen Zugeständnissen nicht etwa deshalb entschlossen, weil ich die ursprünglich vorgeschlagene Regelung für ungenügend hielte. Aber eines Theils sind wir ja gewohnt, dass die Parlamente solche Geldmittel nach oben erhöhen und anderseits kann man in der That über die Höhe des Gehalts bei solchen ganz neuen Organisationen verschiedener Meinung sein. Die Regierung hat sich auch namentlich deswegen zu Zugeständnissen entschlossen, weil sie dringend wünscht, dass dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes am 1. April keinerlei Hindernisse bereitet werden. Das Inkrafttreten ist bereis seit Langem vorbereitet; manche Aerzte haben sich darauf eingerichtet, ihre Stellung am 1. April anzutreten; da würde es doch im höchsten Grade misslich sein, wenn das Inkrafttreten des Gesetzes nun noch verzögert würde. Darüber besteht kein Zweifel, dass nach den geltenden Grundsätzen ein Beamter im Nebenamt keinen Anspruch auf Wohnungsgeldzuschuss hat, oder aber die Beamten dürften keine Nebenbeschäftigung haben. Es ist auch sehr schwer, einem tüchtigen Arzt eine Stelle auf dem Lande zu übertragen; denn es ist keine rechte Privatpraxis da, und die Gebühren sind dort niedrig, wie dies auch aus den vielen ausgeschriebenen Stellen auf dem Lande ersichtlich ist. Deshalb muss man die Beamten auf dem Lande im Gehalt möglichst hoch stellen, während man die Stellen in der Stadt vielfach selbst ohne Entgelt besetzen könnte, denn die Stellung eines Kreisarztes ist

dort an sich schon eine glänzende; sie fördert das Vertrauen zu der Praxis des Mannes, und die Bewerbungen von Aerzten um solche Stellen sind ja auch sehr gross. Dem Arzt auf dem Lande und in kleinen Orten aber würden Sie geringeren Wohnungsgeldzuschuss geben, als dem schon hoch dotirten in grossen Städten. Man sagt, es sei nicht angängig, der Regierung die diskretionäre Gewalt der Gehaltsregulirung in die Hand zu geben; aber wir verfahren doch nicht willkürlich, sondern es werden gewisse Kategorien geschaffen, so dass wir im Grossen und Ganzen auf eine bestimmte Gehaltsskala angewiesen sind. Die Willkür ist also ausgeschlossen. So lange wir Kreisärzte als Beamte im Nebenamt haben, können wir die Gehaltsverhältnisse nicht anders ordnen; wir verfahren durchaus konsequent. Vielleicht empfiehlt es sich, die Sache an die Kommission zurückzuverweisen.

Dem Antrag des Herrn Finanzministers wurde auf Befürwortung durch den Abg. Im Walle stattgegeben und der betr. Etatstitel an die Kommission zurückgewiesen, nachdem sich die Abg. Dr. Martens (nationalliberal) und von Loebell (kons.) dahin ausgesprochen hatten, dass nach der Ansicht ihrer Parteifreunde die Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen an die nicht vollbesoldeten Kreisärzte in voller Uebereinstimmung mit dem Kreisarztgesetz stehe und diese Gewährung unbedingt der Gehaltserhöhung vorzuziehen sei.

Die entgegenkommende Erklärung der Staatsregierung wird von den betheiligten Beamten jedenfalls mit Freude und Dank begrüsst werden, noch dankbarer werden dieselben aber sein, wenn die Herren Minister schliesslich auch ihre Bedenken gegen die Gewährung der Wohnungsgeldzuschüsse fallen lassen würden, nachdem in finanzieller Hinsicht keine Bedenken mehr dagegen bestehen, wie sich aus der zugebilligten Erhöhung des Durchschnittsgehaltes ergiebt. Mit Recht betonte der Abg. Martens, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte dann mehr das Gefühl haben würden, im Hauptamte angestellt zu sein, dies sei aber mit Rücksicht auf ihre amtliche Thätigkeit auch im öffentlichen Interesse dringend erwünscht.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Zur forensischen Bedeutung der durch chemische Mitel erzeugten Eiterung. Von Kreiswundarzt Dr. Mayer in Simmern. Vierteljahrift für gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; III. F., Jahrg. 1901, XXI. Bd., 1. Heft, S. 22.

Verfasser beleuchtet die Bedeutung, welche die eitererregenden Mittel in der Hand der Kurpfuscher für die forensische Beurtheilung erlangen können. Vornehmlich nach vier Richtungen bedienen sich die Kurpfuscher eitererregender Mittel: zur Behandlung der Krätze, gegen lokaltuberkulöse Prozesse, bei der Wundbehandlung und bei der als Baumscheidtismus bezeichneten Kurmethode. Der Gerichtsarzt muss sich in allen Fällen zunächst fragen, ob überhaupt ein eitererregendes Mittel angewandt wurde, weiter, ob seine Anwendung berechtigt und welche Gesundheitsschädigung ihr eventuell gefolgt ist. Thatsächlich lassen sich die gesammten Krankheitsprozesse vielfach durch eitererregende Mittel günstig beeinflussen, Schädigungen entstehen nur durch die Art ihrer Anwendung und die Grösse der gewählten Dosis, welche oft über das Ziel hinausschiesst. Der Sachverständige wird sich dessen immer vor Gericht bewusst bleiben und sich auch dem Pfuscher gegenüber eines objektiven Urtheils befleissigen müssen. Dr. Ziemke-Berlin.

Zwangstätowirung zur Wiedererkennung von Verbrechern. Von Geh. San.-Rath Dr. Liersch, Kreisphysikus in Kottbus. Ibidem; S. 78.

Verfasser redet einer Zwangstätowirung der Verbrecher zu ihrer Wiedererkennung das Wort und denkt sich dieselbe derart, dass zwischen den Schultern auf dem Rücken mit einem federnden Apparat Jahr, Aufnahmedatum und Listennummer des Gefängnisses eingeprägt wird. Der Rücken wird gewählt, um eigenmächtige Detätowirungsversuche seitens der Gezeichneten zu verhüten, welche nach Casper's Erfahrung von Erfolg sein können. Als Tätowirungsmittel empfiehlt Verfasser das Pulver, weil es sich am längsten hält. Bei Obduktionen wäre auch auf die nächstgelegenen Lymphdrüsen zu achten, in denen sich bei Tätowirten nicht selten der Farbstoff anhäuft. Schliesslich wird noch auf die Verwendung der Röntgendurchleuchtung zur Fixirung der Schädelkonturen hingewiesen, welche für die Rekognition werthvoller sind, als Photographien des Kopfes, weil letzterer durch Alter, Ernährung, Lebensweise in seiner äusseren Form veränderlich ist. Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber die gerichtsärztliche Bedeutung der Lochien. Von Dr. Brouha, Astistenzarzt der geburtshülflichen Klinik in Lüttich. Ibidem; S. 76.

Verfasser suchte die Lochien für die Diagnose der stattgehabten Geburt vor Gericht zu verwerthen. Die mikroskopische Untersuchung des in der Scheide befindlichen Wochenflusses gestattet eine sichere Unterscheidung desselben von anderen vaginalen Ausflüssen nicht. Die Zellformen, welche einen gewissen Schluss auf eine stattgehabte Geburt erlauben, die Deziduazellen, sind so reichlich mit ihnen ähnlichen Scheidenelementen untermischt, dass es nicht möglich ist, sie unter diesen sicher herauszufinden. Wenn dagegen Wochensekret aus dem Cervix, das bei eingelegtem Speculum nach Reinigung der Portio mittelst Glaskapillare entnommen wurde, mikroskopisch untersucht wurde, so konnte man typische Deziduazellen beobachten. Verfasser empfiehlt daher diese Methode als zweckmässige Ergänzung für die Erkennung einer stattgehabten Geburt. Dr. Ziemke-Berlin.

Fahrlässige Körperverletzung. — Entfernung der Gebärmutter anstatt der Nachgeburt durch einen Arzt. Von Dr. Gruner, Bezirksarzt a. D. in Grossenhain. Ibidem.

Verfasser theilt des Näheren einen Fall mit, in dem es sich um das Herausreissen der Gebärmutter an Stelle der Nachgeburt handelt. In der Hauptverhandlung wurde die wegen fahrlässiger Tödtung erhobene Anklage fallen gelassen und der Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung zu 100 Mark Geldstrafe verurtheilt. In der Urtheilsbegründung wird ausgeführt, dass der Tod der Wöchnerin in Folge Verblutung eingetreten sei und diese die Folge einer Gebärmutter- und Scheidenzerreissung sei, welch' letztere thatsächlich vom Angeklagten herbeigeführt wurde. Da aber die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Scheidenriss durch Einführung der Hand des Arztes zu Untersuchungszwecken entstanden ist und dieser Eingriff nach dem Urtheil der Sachverständigen als zweckentsprechend und geboten war, steht es nicht fest, dass der Tod der Wöchnerin in schuldhafter Weise von dem Angeklagten veranlasst wurde. Dr. Ziemke-Berlin.

Die Behandlung der Grenzzustände in foro nebst einigen Bemerkungen über die geminderte Zurechnungsfähigkeit. Von Professor Dr. A. Cramer in Göttingen. Aus der psychiatrischen Klinik zu Göttingen. Vortrag, gehalten auf der VI. Versammlung mitteldeutscher Psychiater in Halle a. S. am 20.—21. Okt. 1900. Separatabdruck aus der Berliner klinischen Wochenschrift; 1900, Nr. 47 und 48.

Cramer erörtert in diesem Vortrage die für den Gerichtsarzt oft recht heikle Frage, wie gewisse psychopathische Zustände in foro zu begutachten seien, bei denen auf pathologischer Grundlage temporär und vorübergehend Störungen auftreten, während für gewöhnlich die Geistesthätigkeit im Sinne des §. 51 St.-G.-B.'s nicht gestört ist. Der Gerichtsarzt hat einmal diese pathologische Grundlage festzustellen und anderseits auf besondere, die Zurechnungsfähigkeit aufhebende oder einschränkende Momente zu achten. Jene pathologische Grundlage kann epileptischer, hysterischer, degenerativer, traumatischer

oder neurasthenischer Natur sein. Ferner gehören hierher leichtere Grade angeborenen Schwachsinns und Defektzustände, die das Senium oder chronischer Alkoholismus geschaffen haben. Als besonders beachtenswerthe Momente, die bei derartig veranlagten Individuen leicht zu strafrechtlichen Konflikten führen, nennt Verfasser starken Affekt, Alkoholvergiftung, sexuelle Erregung, bei Frauen Menstruation, Schwangerschaft, Klimakterium. Unter den in Betracht kommenden Zuständen steht die Epilepsie an Häufigkeit in erster Linie. Hier reicht schon eine transitorische Bewusstseinstrübung mit partieller Amnesie aus, die Kriterien des §. 51 gelten zu lassen. Kombinirt sich bei derartigen Kranken der sogen. „epileptische Charakter" mit Intelligenzdefekten, so wird die Beurtheilung die gleiche sein. Sehr wichtig ist ferner der Nachweis eines starken Affektes oder, wie in einem sehr instruktiven Falle des Verfassers, eines Alkoholexzesses bei epileptischer Grundlage. In solchen Fällen kann es vorkommen, dass die Begutachtung zeitlich auseinander liegender Handlungen zu verschiedener Beurtheilung führt. Für die Hysterie gilt das gleiche Prinzip, nur wird hier die Individualisirung im einzelnen Fall noch weiter zu gehen haben.

Besonderes Interesse verdienen die Ausführungen Cr.'s über die Beurtheilung Degenerirter. Als solcher ist nur ein mit den körperlichen und geistigen Zeichen der Entartung behaftetes Individuum anzusehen. Cr. unterscheidet hier drei Klassen. Eine erste, bei der nur körperliche Stigmata sich finden, verlangt kaum eine wesentliche gerichtsärztliche Würdigung. Die zweite Gruppe umfasst Fälle mit körperlichen und geistigen Entartungszeichen, in denen ebenfalls nur beim Hinzutreten schwerwiegender Momente eine Exkulpirung möglich ist. (So im Falle des Verfassers: Diebstahl seitens eines degenerirten Studenten, der an Verfolgungsideen litt). Als dritte Gruppe sind degenerative Kranke zu unterscheiden, denen der Schutz des §. 51 meist zur Seite stehen wird. Bei der Besprechung der Zwangszustände steht Verfasser auf dem Grashey'schen Standpunkt, dass strafbare Handlungen, die aus jenen Zuständen direkt resultiren, zu exkulpiren sind, während er dem Trauma nur im Verein mit schweren Folgezuständen Bedeutung beilegt. Am schwierigsten gestaltet sich die Beurtheilung bei chronischem Alkoholismus.

Zum Schluss hebt Cr. hervor, dass der Begutachter auch bei der bestehenden Gesetzgebung allen Fällen gerecht werden könne, dass jedoch ein weiterer Fortschritt zu erzielen sei, wenn die bedingte Begnadigung auch Erwachsenen zu Theil würde. Dr. Pollitz-Münster.

Kritische Bemerkungen über das neue Verfahren und über gewisse Vorgänge bei Entmündigung internirter Geisteskranker. Von Privatdozent Dr. Herm. Pfister in Freiburg i. Br. Halle a. S. 1900. Verlag von Marhold. Preis: 0,40 Mark.

Verfasser berührt hier eine Frage, die in der That eine eingehende Erörterung verdient. Nach den neuen Bestimmungen der Z.-Pr.-O. kann die persönliche Vernehmung eines (internirten) Kranken nur unterbleiben, wenn schwere, nachhaltige Störungen zu befürchten sind. Diese Bestimmung hat ihre Berechtigung, wenn sie auch häufig zu einer starken Erregung des Patienten oder lebhaften Zornausbrüchen Anlass geben wird. Viel bedenklicher aber gestaltet sich die Anwendung des §. 660 der Z.-Pr.-O., nach welchem der Beschluss über die Entmündigung dem wegen Geistesschwäche Entmündigten zuzustellen ist. Pf. zeigt in drastischer Weise, welche Folgen für den psychischen Zustand des Kranken wie für sein Verhältniss zu seiner Umgebung eine derartig rücksichtslose Mittheilung des Entmündigungsbeschlusses nebst Gründen haben muss. Gerade Kranken mit leidlich erhaltener Intelligenz, die an sich schon schwierig in den Anstalten zu halten sind, wird somit eine eingehende Darstellung aller Aussagen seitens der Familienmitglieder, wie der behandelnden Aerzte, der Antragsteller — meist die Ehegattin — u. s. w. gegeben, die naturgemäss zu einer dauernden Erregung führen muss. Auch bei der Zustellung des Entmündigungsbeschlusses darf auf den jeweiligen körperlichen und geistigen Zustand des Kranken durch zeitweises Zurückhalten des Aktenstückes keine Rücksicht genommen werden. Zur Minderung der bestehenden Härten, die in der That dringend der Abänderung bedürfen, schlägt Verfasser vor, den Entmündigungsbeschluss dem Kranken ohne die Motivirung auszuhändigen; er

empfiehlt eine entsprechende Eingabe an die zuständigen Ministerien. Die hier angeregte Frage hat zweifellos ein nicht geringes ärztliches Interesse.

Dr. Pollitz-Münster.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Tod durch Perforation eines chronischen Magengeschwürs; kein ursächlicher Zusammenhang mit einem Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. November 1900.

Dass der Häuer Eduard F. an einem alten Magengeschwür gelitten hat und in Folge des Durchbruchs desselben in die Bauchhöhle und einer dadurch herbeigeführten, schnell tödtlich verlaufenden eitrigen Bauchfellentzündung verstorben ist, ist nach dem Sektionsbefunde und dem Gutachten der obduzirenden Aerzte Dr. F. und Dr. U. unzweifelhaft. Es fragt sich nur, ob das Einheben des entgleisten Wagens, welches F. in der Nacht vor seinem Tode, kurz vor Mitternacht bewirkt hat, diesen Durchbruch des Magengeschwürs gewaltsam bewirkt und somit den Tod des F. beschleunigt hat. Dies ist nach den Gutachten der Sachverständigen zu verneinen. Der Geheime Sanitätsrath Dr. R. bekundet in seinem Gutachten vom 24. Februar 1900 nach ausführlicher Begründung, dass F. nicht im Stande gewesen wäre, nach erfolgtem Durchbruch seines Magengeschwürs noch diejenige Arbeit zu verrichten, welche er nach Ausweis der Akten, insbesondere dem Zeugniss seines Mitarbeiters K., nach dem Einheben des entgleisten Wagens noch thatsächlich verrichtet hat. Hieraus ergiebt sich — wie derselbe Sachverständige sagt — dass das Einheben des Wagens von dem Einreissen der erkrankten Magenwand weder begleitet, noch auch unmittelbar gefolgt war. Da nun aber die erkrankte Stelle der Magenwand — wie die Sektion ergeben hat — nur noch seidenpapierdünn war, so ist nicht denkbar, wie die Anstrengung beim Einheben des entgleisten Wagens anders beschleunigend auf den Durchbruch des Magengeschwürs hätte wirken sollen, als indem sie die dünne Membrane der Magengegend zum Platzen oder Einreissen brachte. Diese Wirkung ist aber eben nicht erfolgt. Es wären sonst sofort schwere Erscheinungen eingetreten, die den F. zur Fortsetzung seiner Arbeit untähig gemacht hätten, und da diese thatsächlich nicht eingetreten sind, F. vielmehr seine Arbeit nach dem Einheben des Wagens noch mehrere Stunden fortgesetzt hat, so ist eine beschleunigende Wirkung dieses Einhebens auf den Durchbruch des Magengeschwürs nicht anzunehmen. Dies ergiebt auch das Gutachten des Prof. Dr. R. vom 28. Februar 1900, der sich im Uebrigen den Ausführungen des Geheimen Sanitätsraths Dr. R. anschliesst.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust der vier Finger der linken Hand. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 8. November 1900.

Der Kläger ist besser daran, als wenn er die linke Hand vollständig verloren hätte, die Hälfte der Handfläche ist erhalten, der Daumen ist unverletzt und frei beweglich. Es ist hiernach die linke Hand wenigstens in gewissem Masse noch zur Unterstützung der Arbeitsleistung der rechten Hand verwendbar, und da für den Verlust der linken Hand regelmässig eine Rente von höchstens 60 % gewährt wird, so kann die dem Kläger von den Vorinstanzen zugebilligte Rente von 50 % nicht als unangemessen erachtet werden. Da im Uebrigen auch, wie das Schiedsgericht zutreffend ausgeführt hat, das Vorliegen einer wesentlichen Besserung im Sinne des §. 65 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 (§. 88 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900) unbedenklich anzuerkennen war, so ist die Herabsetzung der Rente des Klägers auf 50 % gerechtfertigt, und dem Rekurse musste der Erfolg versagt werden.

Kompass; 1900, Nr. 2.

Bauchbruch; kein Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 4. Juli 1900.

Wenn man der eigenen Sachdarstellung des Klägers folgt, so ist der Schmerz im Unterleibe am 20. Juli aufgetreten, als er beim Einpollern der Stämme in das Wasser mit seinem Flosshaken einen starken Hieb nach den

Stämmen hin that; es kann auch angenommen werden, dass er seitdem die Beschwerden im Unterleibe unter den Erscheinungen des Bauchbruchs gehabt hat und nur zu leichter Arbeit fähig war. Das Ereigniss, welches als Voraussetzung eines Unfalls bezeichnet werden könnte, würde nach dieser Sachdarstellung nur in dem heftigeren Zustossen mit dem Haken, in der damit verbundenen grösseren Anstrengung zu finden sein. Nun weist aber Professor K. überzeugend darauf hin, dass man für eine bei dieser Gelegenheit etwa erfolgte Zerreissung der Bauchwand und das Hervortreten des Bruches nur die zum festen Stehen und zur kraftvollen Ausführung stemmender Bewegungen des Körpers nothwendige Spannung der Bauchmuskeln oder eine ungewöhnlich kräftige Ausathmungsbewegung verantwortlich machen könnte; wäre aber durch Gewalteinwirkungen dieser Art der Bruch entstanden, so würde alsbald eine bedeutende lokale Schmerzhaftigkeit, eine Schwellung oder Blutfärbung bemerkbar geworden sein. Prof. Dr. W. hebt sogar hervor, dass in diesem Falle der Verletzte wahrscheinlich gar nicht mehr im Stande gewesen sein würde, nach Hause zu gehen, vielmehr unter den schwersten Krankheitserscheinungen wohl alsbald in ein Krankenhaus hätte gebracht werden müssen. Da Erscheinungen dieser Art beim Kläger aber nicht aufgetreten sind, so stimmen die letztgenannten Obergutachten darin überein, dass im vorliegenden Falle der Bauchbruch nicht plötzlich entstanden ist, dass der Kläger vielmehr an dem Tage, wo seine Beschwerden aufgetreten, bereits einen Spalt etc. in der weissen Bauchlinie gehabt hat. Die Obergutachten stimmen auch darin überein, dass es sich um eine wirkliche Einklemmung des bereits vorhandenen Bruches nicht gehandelt haben kann. Die Ausführungen des Sachverständigen Professor K. müssen zur Folge haben, dass in dem vorliegenden Falle, wo ein bestimmtes, auf den Kläger einwirkendes Ereigniss, wie ein Ausgleiten oder Fallen, ein Stoss oder ein Schlag nach der eigenen Sachdarstellung des Klägers für das Auftreten der Bruchbeschwerden nicht verantwortlich zu machen ist, die Entstehung des Bauchbruchs oder sein nunmehriger Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers auf einen Betriebsunfall nicht zurückgeführt werden dürften. Die Thatsache allein, dass die Beschwerden bei der Arbeit zuerst aufgetreten sind, begründet die Annahme noch nicht, dass die Beschwerden durch einen Unfall entstanden sind. Es muss auch in diesem Falle des Bauchbruchs — ebenso, wie es der Regel nach bei Leistenbrüchen geschieht — angenommen werden, dass die Bruchbeschwerden am 30. Juli beim Kläger nur bei Gelegenheit der Arbeit aufgetreten sind, dass die Beschwerden, wie Prof. Dr. W. hervorhebt, nur der gewöhnlichen, stufenweisen Entwickelung des bestehenden Bruchleidens entsprachen und dass somit die Arbeit des Klägers nicht die Ursache für Entstehung der Beschwerden, sondern vielmehr nur die Gelegenheit war, wo die Beschwerden ihren Anfang nahmen und bemerkbar wurden.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die Widerstandsfähigkeit der mit dem Lungenauswurf herausbeförderten Tuberkelbazillen in Abwässern, im Flusswasser und im kultivirten Boden. Von Dr. P. Musehold, Oberstabs- und Regimentsarzt des Infanterieregiments Nr. 138, früher kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt. Ibidem.

Die Meinung der Aerzte scheint zur Zeit im Allgemeinen dahin zu gehen, dass das Unschädlichmachen des Auswurfs Tuberkulöser mit dem sorgfältigen Abfangen desselben in feuchten Medien und seiner Abführung in die Abwässer, Kanäle und dergl. zur Genüge erreicht sei. Auf eine vorherige Desinfektion der Sputa wird kein massgebender Werth gelegt, da auf die mit den Sputis abgeführten Tuberkelbazillen ja weiterhin so mannigfaltige Schädlichkeiten gleichzeitig oder doch kurz hintereinander einwirken, — ausser der Fäulniss z. B. vor Allem das bakterienvernichtende Licht — dass ein baldiges Schwinden der Virulenz der Bazillen unter der Summe dieser Einwirkungen erwartet werden kann. M. wirft nun die Frage auf, ob die eben skizzirte Anschauung weiterhin festgehalten werden darf und unternimmt es, die Lösung dieser Frage auf experimentellem Wege herbeizuführen. Bei den Versuchen gelangten der Lungenauswurf und die verschiedenen Medien — Spreewasser, Kanaljauche u. s. w. — in natürlichem Zustande, also vor Allem nicht sterilisirt zur Verwendung.

Bei der Wahl der einzelnen Versuchsbedingungen stand im Vordergrund die Frage, ob der im Laboratorium erwiesenen bakterientödtenden Wirkung des Lichts auch für die trüben Medien eine besondere Bedeutung zukommt. Die Erforschung des Schicksals der eingebrachten Tuberkelbazillen geschah mit Hülfe des Thierversuchs. Bei der Beurtheilung der Virulenz der den Versuchsthieren aus den Versuchsmedien einverleibten Tuberkelbazillen wurde dieselbe als eine volle angesehen, wenn der Verlauf der Infektion bezw. die Ausbreitung der Tuberkulose nicht verzögert erschien; als abgeschwächt virulent wurden die Bazillen erklärt, wenn die Ausbreitung der Tuberkulose im Vergleiche zu früheren Beobachtungen sich erheblich verzögerte, oder wenn von mehreren, zu derselben Zeit mit demselben Versuchsmaterial infizirten Thieren ein Theil gesund blieb. — Die praktisch ungemein wichtigen Versuchsergebnisse sind folgende:

1. Im natürlichen, bei Zimmertemperatur im zerstreuten Tageslicht gehaltenen Spreewasser waren die Bazillen noch nach 162 Tagen virulent: am 85. Tage waren sie noch voll virulent.

2. In dem unter sonst gleichen Verhältnissen, aber im Dunkeln gehaltenen Spreewasser war eine Abschwächung erst nach 123 Tagen zu bemerken. In dem das Licht verhältnissmässig leicht durchlassenden klaren Spreewasser hatte das zerstreute Tageslicht demnach allerdings schädigend auf die Bazillen eingewirkt, jedoch in so geringem Grade, dass dies im Verhältniss zu der langen Gesammtdauer des Erhaltenbleibens der Virulenz kaum in's Gewicht fällt.

3. In hauptsächlich Oberflächenschmutz enthaltendem Kanalwasser, bei Zimmertemperatur dem zerstreuten Tageslicht frei zugängig, bewahrten die Bazillen ihre Virulenz 131 Tage; noch nach 197 Tagen wirkten sie infizirend.

4. Ungefähr dasselbe Verhalten zeigten sie in demselben Kanalwasser, das unter gleichen Bedingungen, aber im Dunkeln gehalten wurde.

5. In demselben Kanalwasser, bei Zutritt des zerstreuten Tageslichts, aber im Freien allen Witterungseinflüssen ausgesetzt und vorübergehend sogar eingefroren, bewahrten die Bazillen volle Virulenz 131 Tage.

6. In Kanaljauche aus einem Anschlussrohr der Berliner Kanalisation bei Zimmertemperatur unter freiem Zutritt des zerstreuten Tageslichtes aufbewahrt, blieben die Bazillen 194 Tage virulent; um diese Zeit erschien die Virulenz bereits abgeschwächt.

7. In derselben Kanaljauche unter sonst gleichen Versuchsbedingungen, jedoch im Freien gehalten und vorübergehend eingefroren, blieben die Bazillen 194 Tage voll virulent.

8. In derselben Kanaljauche, bei Zimmertemperatur im Dunkeln gehalten, erlitten die Bazillen bei einem nur 105 Tage lang fortgesetzten Versuche diese ganze Zeit hindurch keine merkbare Abschwächung ihrer Virulenz.

9. Nachdem dieselbe Kanaljauche 47 Tage nach der Vermischung mit tuberkelbazillenhaltigem Lungenauswurf auf Gartenerde, die mit Radieschen bestellt war, und weiterhin am offenen Zimmerfenster der Mittagssonne ausgesetzt, gärtnerisch behandelt wurde, ausgegossen worden war, zeigten sich die aus dem Boden wiedergewonnenen Bazillen noch 66 Tage später, nach also zusammen noch 123 Tagen voll virulent, nach 99 bezw. 145 abgeschwächt virulent.

10. Unter denselben Bedingungen, jedoch im Freien allen Witterungseinflüssen — Frost, Schnee, Regen, Sonnenschein — ausgesetzt, hielten sich die Bazillen 148 Tage nach ihrer Einbringung in die Kanaljauche — von welcher Zeit sie 98 Tage im Boden zugebracht hatten — virulent.

11. In Kanaljauche alsbald auf Gartenerde vertheilt, die mit Radieschen bestellt war und am offenen Zimmerfenster der Mittagssonne zugänglich gärtnerisch behandelt wurde, waren Bazillen nachweislich noch nach 150 Tagen virulent geblieben.

12. In derselben Kanaljauche unter gleichen Bedingungen, jedoch im Freien allen Witterungseinflüssen ausgesetzt, waren die Bazillen 66 Tage virulent geblieben.

13. Die Schlammabsetzungen von dem Rieselfelde einer Heilanstalt für tuberkulöse Lungenkranke erwiesen sich ziemlich reich an virulenten Tuberkelbazillen, und ebenso waren in dem Abflussgraben der in der Schweder'schen Anlage geklärten Abwässer derselben Anstalt virulente Bazillen abgesetzt worden. —

Die Widerstandsfähigkeit der mit dem Lungenauswurf herausbeförderten Tuberkelbazillen stellt sich demnach in natürlichen Abwässern von jaucheartiger Beschaffenheit und im Boden, in welchen sie mit solchen Abwässern überführt worden sind, trotz der Summe von Schädlichkeiten, die dabei auf sie einwirken können — trotz Frost, Schnee, Regen, Sonnenschein, trotz Fäulniss und der Konkurrenz einer mannigfachen Bakterienflora — im Grossen und Ganzen nicht anders als im getrockneten Sputis: Die Tuberkelbazillen bewahren nämlich trotz aller dieser Schädlichkeiten ihre Fähigkeit, Tuberkulose zu verursachen, eine Anzahl Monate hindurch. Die Tuberkelbazillen können unter gegebenen Verhältnissen, mit den Abwässern in kultivirten Boden übergeführt, das Heranwachsen von Grünfutter bis zur Schnittreife oder das Reifwerden einer Wurzelfrucht bis zur Erntereife überdauern; sie können unter Umständen mit den genannten Felderzeugnissen wieder in der nächsten Umgebung der Menschen gelangen und dieselben unmittelbar oder zunächst den Viehstand gefährden. Gelangen sie in's Flusswasser, so können sie sich dort ebenfalls monatelang virulent erhalten; sind sie durch natürliche Trübungen des Wassers von dem Sonnenlicht geschützt oder befinden sie sich in tieferen Wasserschichten, so können sie ihre Virulenz über ein halbes Jahr bewahren. Auf Rieselfeldern können sich aus Abwässern, welche mit grosser Ständigkeit reichlichere Mengen nicht desinfizirten Auswurfs von Tuberkulösen abführen, virulente Bazillen in grösserer Anzahl ansammeln. Hiernach erscheint es — namentlich für Anstalten, in denen Lungenkranke Unterkunft und Behandlung finden — nothwendig, dass die Sputa der Tuberkulösen desinfizirt werden, thunlichst bevor sie mit den Abfällen und Abwässern des Haushaltes vermischt werden. Dr. Rost-Rudolstadt.

Die Bakterien der sogenannten sterilisirten Milch des Handels, ihre biologischen Eigenschaften und ihre Beziehungen zu den Magen-Darmkrankheiten der Säuglinge mit besonderer Berücksichtigung der giftigen peptonisirenden Bakterien Flügge's. Von Dr. A. Weber, Königlich Württembergischer Oberarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt. Ibidem.

W. hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die sog. sterilisirte Milch des Handels in Berlin einer bakteriologischen Untersuchung zu unterziehen:

1. in Bezug auf den Keimgehalt im Allgemeinen,
2. in Bezug auf die Lebenseigenschaften der den Sterilisationsprozess überlebenden Bakterien mit besonderer Berücksichtigung ihrer Betheiligung bei den verschiedenen Zersetzungsvorgängen der Milch,
3. in Bezug auf das Vorkommen der giftigen peptonisirenden Bakterien Flügge's.

Die Untersuchungen erstreckten sich auf 150 Flaschen sterilisirter Milch aus 8 verschiedenen Milchwirthschaften und hatten folgende Ergebnisse:

1. Die bisher gebräuchlichen Milchsterilisirungsverfahren sind nicht im Stande, mit absoluter Sicherheit keimfreie Milch zu liefern.
2. Die anaëroben Bakterien spielten in den untersuchten Proben keine grosse Rolle: sie werden offenbar durch jedes eingreifende Sterilisirungsverfahren abgetödtet.
3. Von den aëroben Bakterien haben die Thermophilen wegen ihrer Eigenschaft, nur bei höherer Temperatur zu wachsen, für die Praxis keine grosse Bedeutung.
4. Die aus der sterilisirten Milch isolirten aëroben Bazillen haben alle die Fähigkeit, das Kaseïn zu peptonisiren.
5. Abgesehen von der Gruppe der Thermophilen können noch 3 Gruppen aërober Bazillen unterschieden werden:

a. Bakterien, welche die Milch rasch, innerhalb 24 bis 28 Stunden zersetzen. Sie haben meist die Fähigkeit, schon bei Zimmertemperatur gut zu wachsen und kommen daher für die praktischen Verhältnisse hauptsächlich in Betracht.

b. Bakterien, welche die Milch unter den günstigsten Bedingungen erst nach 5—7 Tagen zersetzen meist bei schwach saurer oder amphoterer Reaktion.

c. Bakterien, welche trotz guten Wachsthums die Milch äusserlich nicht verändern.

6. Die peptonisirenden Bazillen der Kuhmilch sind zum Theil im Stande, die sterilisirte Milch faulig zu zersetzen und Schwefelwasserstoff in derselben zu bilden.

7. Vorbedingung für die Schwefelwasserstoffbildung in Milch ist die Peptonisirung des Kaseïns.

8. Ein Schutzmittel gegen die Fäulniss besitzt die Milch in dem Milchzucker, freilich nur insofern, als er die Entwickelung der säurebildenden Bakterien begünstigt, welche die Thätigkeit der peptonisirenden Bakterien unterdrücken. Diese Eigenschaft des Milchzuckers kommt in der Rohmilch zur vollen Entfaltung, in der erhitzten, und dadurch von den eigentlichen Säurebildnern befreiten Milch dagegen nicht oder nur in beschränktem Masse zur Geltung. In Folge dessen können in der erhitzten Milch Bakterien sich entwickeln, die in der Rohmilch nicht aufkommen und die die Milch faulig zersetzen, eine Thatsache, die im Hinblick auf die Säuglingsernährung nicht unbedenklich erscheint, zumal die sogen. sterilisirte Milch des Handels nicht nur derartigen Zersetzungen ausgesetzt ist, sondern in ihrer besonderen Bakterienflora geradezu die Bedingungen hierfür mitbringt.

9. Die sogen. giftigen peptonisirenden Bakterien Flügge's kommen in der sterilisirten Milch des Handels wohl vor, aber nicht häufig, in 150 Proben nur drei Mal. Sie dürften — wenn sie in der Aetiologie der Durchfallskrankheiten des Säuglingsalters überhaupt eine Rolle spielen — weniger durch die Giftigkeit ihrer Bakterienleiber, als durch ihre Fähigkeit, rasch und energisch Eiweissfäulniss zu erzeugen, dem Säuglingsorganismus gefährlich werden.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur Frage von der Heilkraft des Lichtes. Von Dr. Boeder, Königlich sächsischer Stabsarzt. Ibidem.

Der Inhalt der Arbeit lässt sich in folgenden Schlusssätzen zusammenfassen:

1. Die Strahlen des elektrischen Lichtes besitzen eine unmittelbar bakterientödtende Kraft.

2. Es ist möglich, dass diese Kraft zum Ausdruck kommt in dem Heilerfolge, welche bei örtlich umschriebenen, in oder unter der Haut befindlichen bakteriellen Krankheitsvorgängen nach intensiver Bestrahlung mit Bogenlicht eintritt.

3. Diese unmittelbar bakterientödtende Kraft hat einen irgend erkennbaren Einfluss auf den Verlauf von akuten, wie chronischen Allgemein-Infektionen nicht.

4. Die Belichtung bewirkt eine Anregung der Zellenthätigkeit und Erhöhung des Stoffwechsels im menschlichen wie thierischen Organismus und kann in diesem Sinne von Einfluss sein auf den Verlauf der Infektion.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Einwirkung des Sonnenlichtes und des diffusen Tageslichtes auf den im Sputum enthaltenen Tuberkelbacillus. Von P. Jousset. Comptes rendus de la Soc. de Biol.; 1900, S. 884.

Koch hatte die Abschwächung bezw. Abtödtung der Tuberkelbazillen in Kulturen, die dem direkten Sonnenlicht oder dem diffusen Tageslicht ausgesetzt waren, nachgewiesen. Im Anschluss an einen Erlass der Polizeipräfektur von Paris, der das Ausspeien auf den Strassen verbietet, untersuchte der Verfasser den Einfluss des Lichtes nicht auf Kulturen, sondern auf Sputa, die Tuberkelbazillen enthielten. Aus Impfversuchen an Meerschweinchen ergab sich:

Die Dauer der Einwirkung des Lichtes ist auf etwaige Sterilität des Sputums von entscheidendem Einflusse; ein mit unbelichtetem Sputum injizirtes Meerschweinchen starb nach 28 Tagen und wies an der Injektionsstelle einen tuberkelbazillenhaltigen Abszess auf. Ein zweites Thier, dem Sputum, welches nur eine Stunde dem Sonnenlicht ausgesetzt war, injizirt wurde, zeigte zwar an der Injektionsstelle ein Geschwür, das Bazillen enthielt, lebte aber noch nach 60 Tagen und hatte 55 g an Gewicht zugenommen. Keine Bazillen

fanden sich bei Thieren, denen Sputum eingespritzt wurde, welches dem Sonnenlichte 5 Stunden ausgesetzt und welches vollständig getrocknet war. Auch Sputum, das unter 4stündiger Einwirkung diffusen Tageslichtes trocken geworden war, erwies sich als steril. Weitere Versuche des Verfassers sollen Aufschluss geben über die zur völligen Sterilisirung unter dem Einflusse des Lichtes unbedingt nothwendige Zeit. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die Lebensfähigkeit gewisser Mikroben. Von E. de Batz. Ibidem; S. 815.

In Institut Pasteur waren vom Dezember 1897 bis zum 29. August 1900 Bouillonkulturen verschiedener Mikroben in versiegelten Reagensgläschen aufbewahrt worden. Diese wurden durch Neu-Kulturen auf Gelatine und Bouillon auf ihre Lebensfähigkeit geprüft. Es ergaben sich positive Resultate für den Milzbrandbacillus, den Friedländer'schen Bacillus, das Bacterium coli; negative Ergebnisse für den Bacillus des Schweinerothlaufs, den Pneumococcus, den Staphylococcus, den Pyocyaneus, den Typhusbacillus.

Dr. Mayer-Simmern.

Wirkung des echten Tuberkulins auf die Niere. Von F. Ramond und J. Hulot; Ibidem; S. 853.

Virulente Kulturen Koch'scher Bazillen wurden in Collodiumsäckchen eingeschlossen und in die Peritonealhöhle von Kaninchen und Meerschweinchen versenkt. Das von den lebhaft wuchernden Bazillen erzeugte Gift durchdringt die Wände des Säckchens auf dem Wege der Osmose und wirkt langsam und kontinuirlich auf die verschiedenen Gewebe ein. Die Meerschweinchen erlagen mit vielerlei Läsionen der Eingeweide der Infektion nach spätestens 4 Monaten spontan; die Kaninchen zeigten sich stärker widerstandsfähig. Hypertrophie der Nieren, Blutüberfüllung der Leber, Umfangszunahme der Milz, insbesondere auch der Malpighi'schen Körperchen fanden sich bei der Autopsie. Mikroskopisch zeigten die Nieren Verdickung der Wand der Tubuli contorti, Desquamation des Epithels, manchmal Nekrose des Kerns; die Leber leichte Infiltration embryonaler Zellen, selten Fettmetamorphose der Läppchenzellen, die Milz Verdickung und zellige Infiltration des Netzwerkes der Sinus.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Rolle der Gewöhnung der Bakterien bei der Wahl ihrer Lokalisation Von F. Bezançon und M. Labbé. Ibidem; S. 31.

Die klinischen Beobachtungen, dass sich bei Anginen,[1]) Bronchopneumonie, Cerebrospinalmeningitis, Otitis nicht spezifische Mikroben, Streptokokken, Pneumokokken, Staphylokokken finden, erklären die Verfasser durch die Annahme, dass ein Keim, der sich einmal in einem Gewebe aufgehalten und dort eine pathologische Schädigung bedingt hat, schon durch diesen Umstand eine bestimmte Neigung gewinnt, sich von Neuem in einem verwandten Gewebe anzusiedeln. Dadurch, dass er bereits im Kampfe mit den Organsäften eines bestimmten Gewebes oder in der Vertheidigung gegen die Phagozyten eine Art Gewöhnung erlangt hat, erlange er die Fähigkeit, gerade gegen dieses Gewebe besonders widerstandsfähig zu sein, ja sogar in den nächsten Generationen sich nur in diesem Gewebe zu lokalisiren. Ein Staphylococcus, der einer eitrigen Gelenkentzündung beim Menschen entstammte, bewahrte trotz immer wiederholter Uebertragungen seine Eigenschaft, sich grade in den Gelenken zu lokalisiren, während ein Staphylococcus, der im Versuche bei einem der Kaninchen in das Blut des Herzens eingedrungen war, die Eigenschaft, sich in den Gelenken anzusiedeln, einbüsste, und nur viscerale Eiterungen oder Septicämie bei weiteren Versuchen erzeugte. Dr. Mayer-Simmern.

---

[1]) Vergl. das Referat in dieser Zeitschrift; 1899, S. 628.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In der Budgetkommission des Reichstages ist statt des von dem Abg. Dr. v. Tiedemann gestellten Antrages, unter den Einmaligen Ausgaben des Reichsamts des Innern 100000 Mark zur Förderung der Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke in den Etat für 1901 einzustellen, ein Antrag des Abg. Singer angenommen, wonach der Reichskanzler ersucht werden soll, im nächsten Etat eine dem Zweck entsprechende Summe zur Bekämpfung der Tuberkulose im Etat vorzusehen.

Dem Bundesrathe ist jetzt der angekündigte Entwurf eines Süssstoffgesetzes zugegangen. Darnach gelten als Süssstoff im Sinne dieses Gesetzes alle auf künstlichem Wege gewonnenen Stoffe, welche als Süssmittel dienen können und eine höhere Süsskraft als raffinirten Rohr- oder Rübenzucker, aber nicht entsprechenden Nährwerth besitzen (§. 1). Derartiger Süssstoff darf Nahrungs- und Genussmitteln bei der gewerbsmässigen Herstellung nicht zugesetzt werden. Nahrungs- und Genussmittel, welchen dieser Vorschrift zuwider Süssstoff zugesetzt ist, dürfen weder feilgehalten noch verkauft werden (§. 2). Nach näherer Bestimmung des Bundesraths ist jedoch die gewerbsmässige Herstellung von süssstoffhaltigen Nahrungs- und Genussmitteln gestattet: a. In Kranken-, Kur-, Pflege- und ähnlichen Anstalten; b. in Kurorten, deren Besuchern der Genuss mit Zucker versüsster Nahrungsmittel ärztlicherseits untersagt zu werden pflegt (§. 3); desgleichen kann nach näherer Bestimmung des Bundesraths Süssstoff verwendet werden bei der gewerbsmässigen Herstellung a. von Nahrungs- und Genussmitteln, für welche die Zusetzung von Süssstoff aus einem der Verwendung von Zucker ausschliessenden Grunde erforderlich ist; b. von Backwaaren, die je nach ihrer Beschaffenheit und Bezeichnung für solche Personen bestimmt sind, welchen der Genuss von Zucker untersagt ist (§. 4). Die gewerbsmässige Abgabe von Süssstoff und süssstoffhaltigen Zubereitungen ist ferner nur Inhabern von Süssstofffabriken und solchen Personen gestattet, welche die Erlaubniss der Steuerbehörde hierzu erhalten haben. Auf die Abgabe in den Apotheken gegen schriftliche ärztliche Anweisung findet diese Vorschrift keine Anwendung (§. 5). Die übrigen Bestimmungen des Entwurfes enthalten Strafvorschriften, sowie Vorschriften über die Verbrauchsabgabe (Süssstoffsteuer), die auf 80 Mark für ein Kilogramm chemisch reinen Süssstoffes festgesetzt ist, und über die Kontrole.

Am 23. d. M. findet die erste Sitzung des gesammten Reichsgesundheitsrathes statt. Auf der Tagesordnung steht die Verpflichtung der Mitglieder, deren Vertheilung an die einzelnen Ausschüsse und Bildung von ständigen Unterausschüssen.

Zur weiteren Erforschung und Bekämpfung der Malaria werden jetzt dem Vorschlage des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Koch gemäss Theilexpeditionen in die deutschen Schutzgebiete gesandt werden, wozu im Etat des Reichsamts des Innern die erforderlichen Mittel eingestellt sind. Die erste derartige Expedition wird nach der Insel Brioni bei Pola gehen und zwar unter Leitung des Professors Dr. Frosch, der als langjähriger Assistent Dr. Kochs bereits an der ersten Malaria-Expedition in Italien theilgenommen hat.

Zu einer zweiten Theilexpedition hat der Stabsarzt Dr. Vagedes bereits am 6. d. M. Deutschland verlassen. Ihm ist zur Aufgabe gestellt, einen für die Bekämpfung der Malaria geeigneten Bezirk in Südwest-Afrika ausfindig zu machen und in diesem Lande der grössten Freizügigkeit unter den Eingeborenen die Ausrottung der Malaria anzubahnen. Eine dritte Theilexpedition wird nach Neu-Guinea für den kommenden Sommer geplant. Von dem Vorhandensein weiterer Mittel wird dann abhängen, ob Versuche mit der Koch'schen Methode der Malariabekämpfung auch auf die anderen Schutzgebiete, vornehmlich auf Deutsch-Ostafrika, Kamerun und Togo, ausgedehnt werden können.

Der preussische Aerztekammerausschuss hat in seiner Sitzung vom 2. Februar d. J. auch die Reform des Hebammenwesens berathen. Der Referent Dr. Liévin (Danzig) stellte folgenden Antrag: „Der Aerztekammerausschuss möge den Minister der Medizinalangelegenheiten bitten, dahin zu wirken:

1) Dass sämmtliche Hebammenlehranstalten auf dem Fuss eingerichtet werden, dass jede Schülerin während des Kurses mindestens fünf Geburten zu leiten habe;

2) dass an sämmtlichen Lehranstalten der Lehrkursus neun Monate dauere;

3) dass jeder Kreis der Monarchie in Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse in Hebammenbezirke eingetheilt werde, in denen von den Kommunalverbänden Hebammen anzustellen sind, dass aber daneben Hebammen gestattet sein soll, frei ihre Praxis auszuüben;

4) dass in den einzelnen Regierungsbezirken nach Anhören der für den betreffenden Bezirk zuständigen Aerztevertretung Taxen für die Hebammen aufgestellt werden;

5) dass in den einzelnen Regierungsbezirken nach Anhören der für den betreffenden Bezirk zuständigen Aerzte für die Bezirkshebammen ein Mindesteinkommen festgestellt werde, das, soweit es nicht durch die praktische Thätigkeit der Hebammen erreicht wird, von den Hebammenbezirken oder von den Kommunalverbänden zu zahlen ist;

6) dass sämmtliche Hebammen der Monarchie gegen Krankheit, Unfall, Alter und Invalidität versichert werden;

eingerichtet werden, in denen unter der Leitung des Kreisarztes die wissen-

7) dass für die angestellten Bezirks-Hebammen jedes Kreises Verbände schaftliche Fortbildung der Hebammen zu betreiben ist."

Nach längerer Debatte wurde beschlossen, dem Herrn Minister die einschlägigen Verhandlungen mit dem Referat des Dr. Liévin zu überweisen, mit der Bitte, dass er die Frage baldmöglichst zum Gegenstand einer Verhandlung der erweiterten wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen mache.

Betreffs der **Führung von Aerztetiteln von im Auslande approbirten Aerzten** wurde der Antrag angenommen: „den Medizinalminister zu bitten, bei dem Herrn Reichskanzler dahin wirken zu wollen, dass die Führung von ärztlichen Titeln wie Arzt, praktischer Arzt, praktische Aerztin nur den in Deutschland approbirten Medizinalpersonen gestattet und die Führung von Bezeichnungen wie „im Auslande approbirter Arzt" unstatthaft ist."

Nach Erledigung der Tagesordnung berichtete H. Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. Schmidtmann über das Ergebniss der Umfrage über die **Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.** Die Umfrage soll in mehrjährigen Zwischenräumen wiederholt werden. Ministerialdirektor Dr. Althoff machte ausserdem Mittheilungen über die im Gange befindliche **Organisation der ärztlichen Fortbildungsunterrichtskurse** in Preussen.

Durch Beschluss des Deutschen Zentralkomitees für Lungenheilstätten ist jetzt ein **internationales Zentralbureau für Tuberkulosebekämpfung** in's Leben gerufen. Die Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees hatte sich schon in Folge des ersten internationalen Tuberkulose-Kongresses in Berlin zu einer allgemeinen Auskunftsstelle auf diesem Gebiete entwickelt, so dass die jetzige Schaffung des internationalen Zentralbureaus, namentlich soweit es sich dabei um Sammlung und Verwerthung des bezüglichen Materials handelt, nur als eine dem gesteigerten Bedürfniss angepasste Erweiterung bereits bestehender Einrichtungen zu betrachten ist. Die Geschäftsstelle desselben befindet sich Berlin W., Wilhelmsplatz Nr. 2.

Die diesjährige **Generalversammlung des Deutschen Zentralkomites zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke** findet in Berlin am 23. März 1901, Vormittags 10 Uhr, im Reichstagsgebäude statt. Nach dem Geschäftsbericht des Generalsekretärs Dr. Pannwitz werden folgende Vorträge gehalten: 1) „Auslese der Lungenkranken für die Heilstätten" (Dr. Rumpf, Chefarzt der badischen Heilstätte Friedrichsheim); 2) „Pflegestätten und Invalidenheime für Tuberkulöse" (Geh. Medizinalrath Prof. Dr. Fränkel-Berlin); 3) „Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter" (Geh. Medizinalräthe Prof. Dr. Heubner und Ewald-Berlin); 4) „Bekämpfung der Tuberkulose durch Wohnungsfürsorge" (Landrath Dr. Heydweiler-Altena).

Neuregelung des Apothekenwesens. Offiziell wird geschrieben, dass bei der grossen Tragweite, welche eine etwaige Ablösung der Apotheken-Privi-

legien und Realkonzessionen hat, die Reichsgesetzgebung die zuständige Stelle für eine Lösung dieser Frage sein würde; vorläufig sei aber eine solche nicht dringlich und daher nicht zu erwarten, dass in nächster Zeit an eine reichsgesetzliche Regelung des Apothekenwesens herangetreten werde.

In der **Redaktion der Fortschritte der Medizin** ist insofern eine Aenderung eingetreten, als an Stelle des ausgeschiedenen Geh. Med.-Rath, Prof. Dr. Eberth-Halle der Privatdozent Dr. Strauss-Berlin getreten ist.

Pest. In Russland ist auf Grund einer Erklärung der Pestkommission die militärische Absperrung des Ortes Karakut in der Kirgisensteppe aufgegeben und das gesammte Südostgebiet des Reiches als seuchenfrei erklärt.

In der Präsidentschaft Bombay (Indien) sind in den Wochen vom 25. Januar bis 8. Februar 1251 bezw. 1770 neue Pesterkrankungen und 979 bezw. 1293 Todesfälle festgestellt, in der Stadt Bombay vom 24. Januar bis 9. Februar 747 (636) bezw. 1056 (875); also wieder eine erhebliche Zunahme. Auch in Karachi, das seit Monaten als pestfrei galt, soll die Seuche im Zunehmen begriffen sein. In Kalkutta sind in den 6 Wochen vom 1. Dezember 1900 bis 12. Januar d. J. 19, 20, 18, 18, 38 und 42 Pesttodesfälle vorgekommen.

In der Kolonie Queensland (Australien) sind seit Beginn der Pestepidemie 130 Erkrankungen und 57 Todesfälle angemeldet; jetzt scheint die Seuche erloschen zu sein. Auch in Rio de Janeiro (Brasilien) sind seit 20 Tagen keine Pestfälle mehr aufgetreten und in Folge dessen Stadt und Hafen wieder für rein erklärt. Während der im April v. J. begonnenen Epidemie sind insgesammt 608 Personen an der Pest erkrankt und 313 gestorben.

In Kapstadt scheint die Pest sich immer mehr auszudehnen und auch die wohlhabenderen Klassen zu ergreifen. Bis zum 2. März sind 50 Erkrankungen mit 12 Todesfällen, in der Woche vom 3.—9. März sind 52 neue Erkrankungen und 18 Todesfälle gemeldet; vom 10.—12. März täglich je 15 Neuerkrankungen.

Auf der Insel Réunion sind vom 1.—16. Februar 7 neue Pestfälle darunter 5 mit tödtlichem Ausgange festgestellt.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Vorläufiger Geschäfts- und Kassenbericht für das Jahr 1900.

Die Zahl der Mitglieder des Vereins betrug am Schluss des Jahres 1899: 955, von denen 16 während des Jahres 1899 verstorben und 21 ausgetreten sind. Diesem Verluste steht ein Zuwachs von 89 Mitgliedern gegenüber, so dass der Verein am Jahresschluss 1007 Mitglieder zählte.[1])

Die Einnahmen haben betragen: 12277,56 Mark, die Ausgaben 12018,85 Mark, so dass sich ein Ueberschuss von 258,71 Mark ergiebt, durch den sich das Vereinsvermögen auf 3830,18 Mark erhöht.

Um rechtzeitig die **Tagesordnung** für die **diesjährige XVIII. Hauptversammlung** feststellen zu können, werden die Mitglieder des Vereins gebeten, **Vorträge** und **Diskussionsgegenstände** sowie sonstige **Wünsche** bis zum 1. Mai d. J. bei dem Unterzeichneten anzumelden.

Minden, den 15. März 1901.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

---

[1]) Inzwischen sind 7 Vereinsmitglieder gestorben und 19 ausgetreten, dagegen 34 neu aufgenommen, so dass die Mitgliederzahl zur Zeit auf 1016 angewachsen ist.

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

14. Jahrg. 1901.

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. | 1. April.

Die diesjährigen Berathungen des preuss. Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes.

In voriger Nummer konnten wir nur einen kurzen Bericht über die diesjährigen Berathungen des Landtages über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes geben; mit Rücksicht auf ihre grosse Wichtigkeit für die Medizinalbeamten lassen wir dieselben jetzt auf Grund des stenographischen Berichtes, nach den verschiedenen Materien geordnet, folgen:

Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 13. März d. J.

Der Berichterstatter Abg. **Winckler** bittet die mit der Ausführung des Kreisarztgesetzes in Beziehung stehenden Titel 1—5 des Kap. 125 des Etats am folgenden Tage zu berathen, da die Verhandlungen darüber in der Budgetkommission erst kurz vorher zum Abschluss gekommen seien und in Folge dessen mit Rücksicht auf die rechtzeitige Durchberathung des Etats von der Erstattung eines schriftlichen Berichtes hätte Abstand genommen werden müssen, obwohl ein solcher bei der Wichtigkeit der Materie eigentlich angezeigt gewesen wäre. Der Bericht solle durch ein eingehendes und umfassendes Referat ersetzt werden, die dazu erforderliche Vorbereitung sei ihm aber nicht möglich gewesen, weil das Protokoll der abschliessenden Sitzung der Budgetkommission erst gestern Abend zur Vertheilung gelangt sei. Redner macht schliesslich noch darauf aufmerksam, dass die dem Etat beigefügte Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes so wenig eingehend und so lückenhaft gewesen sei, dass die Budgetkommission zunächst die Staatsregierung um ergänzende Erklärungen gebeten habe, die jetzt gedruckt vorlägen[1]), aber erst seit einigen Tagen im Besitz der Mitglieder des Hauses seien; aus diesem Grunde empfehle sich eine Verschiebung der Berathung auf den folgenden Tag.

Der von den Abgg. **Freiherr v. Erffa-Wernburg** und Dr. **Porsch** warm unterstützte Vorschlag des Referenten fand allgemeine Zustimmung; es

[1]) Diese Erklärungen sind in Nr. 6 der Zeitschrift, S. 191—198 abgedruckt.

wurde demgemäss zunächst zur Berathung der übrigen Titel des Medizinaletats übergegangen und hierbei folgende Fragen angeschnitten:

I. Abtrennung der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums und Ueberweisung derselben an das Ministerium des Innern. Errichtung von Untersuchungsanstalten. Erlass eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten.

Im Walle (Centrum) will nur einige Worte sagen über die besonders von den Abgg. Dr. Sattler und Freiherrn. v. Zedlitz befürwortete Abtrennung der Medizinalabtheilung von dem Kultusministerium und deren Ueberweisung auf das Ministerium des Innern. Schon im Jahre 1898 habe darüber eine sehr ausführliche Verhandlung in Gegenwart des damaligen Kultusministers Dr. Bosse im Hause stattgefunden, der erklärt habe, er für seine Person wolle zwar kein Hinderniss sein, bäte aber, die Besprechung dieser Angelegenheit hinauszuschieben, bis die projektirte Vorlage über die Medizinalreform an das Haus gekommen wäre. Das sei nun im vorigen und in diesem Jahre geschehen und damit der Hauptgrund für die Abtrennung: die Ueberlastung des Kultusministeriums, weggefallen (sehr richtig); denn jetzt, wo im Kultusministerium diese Reformarbeit — zum Theil wenigstens — gelöst sei, könne man von einer Ueberlastung nicht mehr sprechen. Sollte man aber in der That glauben, dass das Kultusministerium eine Erleichterung nach der Richtung hin bedürfe, so liesse sich dies vielleicht durch Ernennung eines besonderen Ministerialdirektors erreichen, den sich Redner als einen im Verwaltungsfache erfahrenen Juristen vorstellt. Nachdem die Medizinalreform in den Sattel gehoben sei, werde sie auch reiten können unter demselben Stallmeister, der sie bis jetzt geführt habe. Von mancher Seite werde allerdings behauptet, dass die Anforderungen an die Medizinalabtheilung, besonders soweit die Medizinalpolizei und die Hygiene in Frage ständen, so innig mit den kommunalen Beziehungen zusammenhingen, dass derjenige Minister, welcher die kommunalen Verhältnisse leite, auch die hygienischen und sanitätspolizeilichen Verhältnisse leiten solle. Man könne aber auch zu der umgekehrten Folgerung kommen und sagen: eben weil diese Beziehungen zwischen kommunalen und sanitätspolizeilichen und hygienischen Verhältnissen bestehen, sei es sehr gut, dass sie von verschiedenen Ministern geleitet werden; denn dieselben Gesichtspunkte können nicht für die kommunalen Angelegenheiten wie für die hygienischen und sanitätspolizeilichen Massnahmen gelten. Grade aus der Verbindung der beiden Ministerien werde eine wohlgeordnete Harmonie hervorgehen; die einschlägigen Fragen würden mit besonderer Sachlichkeit, nach Recht und Gerechtigkeit beurtheilt werden; dies sei aber insbesondere jetzt nothwendig, wo zwischen Landrath und Kreisarzt sehr leicht Kollisionen hervortreten können (sehr wahr! im Centrum).

Der Hauptgrund gegen eine Loslösung der Medizinalabtheilung von dem Kultusministerium sei der, dass die Wissenschaftlichkeit der Medizinalangelegenheiten erhalten bleiben müsse und diese Wissenschaftlichkeit am besten gewahrt werde, wenn die Medizinalangelegenheiten nach wie vor unter dem Kultusministerium bleiben. Ausserdem würde doch das Medizinalwesen, soweit es mit dem Unterrichtswesen zusammenhänge, beim Kultusministerium bleiben müssen; die Universitäten, das ganze Prüfungswesen, alles das würde daher nicht dem Ministerium des Innern unterstellt werden können. Anderseits würden diesem die Krankenhäuser, die Kliniken, die hygienischen Institute unterstellt werden; dass hierdurch grosse Kollisionen eintreten würden, welche die Geschäftslast und die Unannehmlichkeiten in's Ungemessene erweiterten, sei nicht zu bezweifeln. (Sehr wahr! im Centrum.) Es werde somit derselbe Dualismus entstehen, der früher zu den grössten Schwierigkeite und endlich zur Ueberweisung der ganzen Medizinalangelegenheiten an das Kultusministerium geführt habe. Kein Geringerer als Wilhelm v. Humboldt habe damals seine gewichtige Stimme für diese Vereinigung erhoben. Und bisher habe sich auch dieses Zusammenlegen und Ineinanderleben von Kultusministerium und Medizinalwesen nicht als zum Unheil des letzteren bewährt, zumal jetzt, wo die so viel ersehnte Medizinalreform angebahnt sei. Sie sei zwar noch nicht vollständig vorhanden und lasse nach Urtheil der Sachverständigen noch vieles zu wünschen; aber gerade dem Kultusministerium gegenüber dürfe die Hoffnung

gehegt werden, dass es sich den berechtigten Anforderungen der Neuzeit nicht abgeneigt zeigen werde. (Bravo! im Centrum.)

Abg. Dr. **Endemann** (nat.-lib.) betont, dass man von einer Medizinalreform in der wahren Bedeutung und im wahren Sinne des Wortes doch gar nicht reden könne; denn das Kreisarztgesetz sei ein Torso, ein Embryo, zu dessen Förderung noch sehr viel gehöre. So dankenswerth die bisher vom Kultusministerium geleistete Arbeit sei, als hervorragend lasse sie sich nicht bezeichnen. Die Ablösung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium sei eine schwerwiegende und schon häufig in diesem Hause behandelte Frage. Es sei nicht zu verkennen, dass in den letzten Jahren das Kultusministerium für den Medizinaletat alles Mögliche geleistet und es an gutem Willen nicht habe fehlen lassen, die Arbeiten geschehen aber immer zu langsam und es sei noch lange nicht so, wie man es wünschen müsse und könne. Nachdem das Reichsseuchengesetz vom Reichstage im vergangenen Jahre verabschiedet worden sei, fehlen in Preussen noch immer die Ausführungsbestimmungen, die von der grössten Wichtigkeit seien und auf die Medizinalorganisation den grössten Einfluss ausüben müssen. Das Kreisarztgesetz müsse rasch ausgebaut werden. Der innere Zusammenhang, den die Medizinalabtheilung mit dem Kultusministerium habe, sei nur das Bildungswesen, im Uebrigen fehle jeder Zusammenhang der Medizin mit dem Kultus; dazu komme, dass die subjektiven Ansichten des betreffenden Kultusministers, namentlich die religiösen Anschauungen desselben, einen gewissen Einfluss auf die Medizinalabtheilung ausüben, die mit der Kirche oder mit dem Kultus absolut nichts zu thun habe. Eine grosse Zahl der preussischen Aerzte sei zweifellos unzufrieden, trotz des Erlasses der neueren Gesetze und der Verstärkung des Medizinaletats. Diese Unzufriedenheit habe in weiten Kreisen dazu beigetragen, das Gefühl zu stärken und den Drang hervorzurufen, aus dem Kultusministerium herauszukommen, um dem Ministerium des Innern angegliedert zu werden. Auch könne gar kein Zweifel sein, dass die neueren Gesetze, die darauf abzielen, die sanitären Verhältnisse unseres Staates zu bessern, den Kreisarzt sowohl, wie den gewöhnlichen praktischen Arzt in enge Berührung mit den Verwaltungsbehörden bringen, ein weiteres Moment, die Medizinalabtheilung vom Kultusministerium loszulösen und dem Ministerium des Innern anzugliedern. Der Kreisarzt soll in genauester Fühlung mit dem Landrath, das Medizinalkollegium in genauester Fühlung mit dem Oberpräsidenten sein, dem die Aerztekammern direkt unterstehen. Dieser enge Zusammenhang mit den Verwaltungsbehörden führe unweigerlich zu dem Gedanken, die Medizinalabtheilung mit dem Ministerium des Innern zu verbinden. Ob man dabei gut fahren werde, das sei noch eine andere Frage; zunächst sei aber einmal der Wunsch und der Drang dazu da. Man solle doch nicht vor dem Gedanken der Abtrennung zurückschrecken, wenn die Entlastung des Kultusministeriums einmal geboten sei. Wolle man die Medizinalabtheilung nicht dem Ministerium des Innern überweisen, so könne man ja ein neues Ministerium schaffen. Redner will kein besonderes Medizinal-Ministerium, das würde zu klein sein und nicht lange leistungsfähig bleiben; aber man könne vom Kultusministerium Kunst und Wissenschaft abtrennen und diese, wie es die romanischen Völker gemacht haben, in einem grossen Ministerium eingliedern. Die Schaffung eines Ministeriums, das Kunst, Wissenschaft und Medizin umfasse, würde ein grosser Fortschritt nicht nur für Preussen, sondern für das ganze Deutsche Reich sein. (Bravo!)

Abg. Dr. Graf **Douglas** (freikonservativ) frägt mit Rücksicht auf die im Vorjahre einstimmig gefasste Resolution Nr. II:

> „Untersuchungsanstalten zum Zwecke des Gesundheits- und Veterinärwesens sind in jeder Provinz nach Bedürfniss einzurichten, sowie eine Zentrallandesuntersuchungsanstalt und die hierzu erforderlichen Mittel in den nächstjährigen Staatshaushaltsetat einzustellen;“

an, was inzwischen zu deren Ausführung geschehen bezw. geplant sei, ob und inwieweit man die Kommunen mit heranzuziehen gedenke, die doch ein wesentliches Interesse an solchen Instituten haben. Es sei zwar eine ganze Reihe neuer Versuchsanstalten geschaffen; dass dieselben aber nicht ganz genügen, dürfe daraus erhellen, dass in Frankfurt und Kassel solche Institute seitens der städtischen Behörden in's Leben gerufen seien; in Berlin sei ein Institut zur medizinischen Diagnostik am Schiffbauerdamm privatim eingerichtet. Ueber alle diese Anstalten höre man nur Günstiges; sie würden von hervorragenden Kräften geleitet und entsprächen ihre Einrichtungen allen Ansprüchen der

Gegenwart. In Aerztekreisen höre man jedoch Klagen darüber, dass von anderer Seite häufig unzuverlässige Untersuchungen gemacht würden, die namentlich in Fällen von Krebs und Tuberkulose sehr verhängnissvoll werden können. Redner möchte daher dem Herrn Minister anheimgeben, diejenigen Institute, die sich auszeichnen und die als besonders geeignet erscheinen, unter staatliche Kontrole zu nehmen, falls sie darum einkommen, da dies sicher zum Schutz des Publikums beitragen würde.

Für eine Zentral-Landesuntersuchungsanstalt sei im Etat keine Position vorgesehen, sondern nur für die Unterhaltung einer staatlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung; hoffentlich sei dies der erste schätzenswerthe Schritt für jene. Schliesslich dankt der Redner der Staatsregierung dafür, dass sie ihren autoritativen Einfluss zum Erlass eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten geltend gemacht habe. Werde dieses weiter ausgebaut, so könne man einer eventuellen Epidemie in dem beruhigenden Bewusstsein entgegensehen, dass alles geschehen sei, was geschehen könne, um einer Seuche vorzubeugen oder sie, falls sie auftrete, zu bekämpfen.

Abg. Dr. Virchow (freis. Volkspartei) hebt gegenüber der Ansicht, wie wichtig es sei, dass die Verbindung, die bisher im Kultusministerium zwischen der medizinischen Fakultät und den Verwaltungsorganen bestanden zu haben scheine, nicht unterbrochen werde, hervor, dass eine solche Verbindung eigentlich gar nicht bestanden habe. Die aus Mitgliedern der medizinischen Fakultät und aus anderen Aerzten zusammengesetzte sogenannte Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen sei allerdings seiner Zeit von Friedrich Wilhelm III. in's Leben gerufen worden, um eine dauerhafte und wirksame Verbindung zwischen Verwaltung und Wissenschaft herzustellen; indessen, wie das immer bei solchen Zwittereinrichtungen sich herausstelle, die Wissenschaftliche Deputation habe, obwohl sie sehr fleissig gewesen sei, keinen grossen Einfluss auf den Gang der Dinge gehabt. Der Fehler liege darin, dass die Deputation weiter nichts zu thun habe, als Aufträge in den Fällen, wo sie speziell gefragt werde, zu erledigen. Wenn ihr aber nicht viel Aufträge ertheilt würden, so könne sie auch nicht viele Antworten ertheilen; und so sei es in der That geschehen, dass die wichtigsten Dinge im Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege passirt seien, ohne dass die Wissenschaftliche Deputation in der Lage gewesen sei, sich damit zu beschäftigen; nur zu einzelnen Zeiten, namentlich zu der Zeit, wo Herr v. Gossler Minister gewesen sei, habe man einen grossen Werth auf die Aeusserungen der Wissenschaftlichen Deputation gelegt. Die Folge davon, dass dieselbe so wenig mit allgemeinen wichtigen Fragen beschäftigt sei, bilde zum Theil die Ursache, dass vielfach generelle, für den ganzen Staat geltende Verfügungen fehlen; jede einzelne Regierung habe für ihren Bezirk besondere Verordnungen erlassen, so dass Jemand, der herausbringen wolle, was denn eigentlich Rechtens in Preussen sei, erst sämmtliche Regierungsakten studiren müsse. Was in dem einen Regierungsbezirk verboten sei, werde in einem anderen gestattet; während in dem einen Regierungsbezirk Massregeln in sehr rigoroser Weise gehandhabt würden, verhalte man sich anderswo gleichgültig dagegen. Vielleicht hätte die Wissenschaftliche Deputation mehr Initiative entwickeln können; aber wenn ein verhältnissmässig grosser Körper keinen direkten Impuls empfange, so komme er leicht dazu, die Sache gehen zu lassen. Wenn auf der einen Seite ein wissenschaftlicher Körper stehe und auf der anderen Seite der Verwaltungsbeamte, der jenen zwar fragen müsse, aber nicht verpflichtet sei, seine Vorschläge zu berücksichtigen, so komme man schliesslich zu einer gegenseitigen Negation der Thätigkeit; man stelle sich gegenseitig kalt und gelange zu keinem praktischen Resultat, zu keiner eigentlichen Aktivität. Dass aber derartige Wissenschaftliche Deputationen eine segensreiche Thätigkeit entfalten können, beweise die Technische Deputation für das Thierarzneiwesen, die mit der nöthigen Selbstständigkeit ausgestattet und mit den nothwendigen Organen versehen sei, sowie in unmittelbarer Verbindung mit den verschiedenen Instanzen stehe; ihr seien auch die grossen Fortschritte zu verdanken, welche nicht bloss die Thierarzneikunde, sondern vorzugsweise auch die praktische Anwendung derselben auf die Landwirthschaft, auf den ganzen Gewerbebetrieb gemacht haben.

Wenn eine Abtrennung der Medizinalabtheilung und der Wissenschaftlichen Deputation von dem Kultusministerium vorgenommen und beide dem Mini-

sterium des Innern überwiesen werden, so werde allerdings dabei formell gar nichts verändert; aber der Gegensatz zwischen Administratton und Wissenschaft würde dann aufgelöst und die Beamten der öffentlichen Gesundheitspflege unmittelbar in den Dienst des Ministeriums des Innern gestellt werden. Sie würden dadurch auch eine einflussreichere Stellung erhalten, während ihnen jetzt eine solche fehle. „Sehen Sie sich einmal so einen unglücklichen Kreisphysikus in Preussen an. Was kann der machen? Er hat keine Möglichkeit, irgend eine Massregel durchzuführen, er hat keine bestimmende Einwirkung auf die Polizeiorgane; er kann namentlich die höheren Organe der Polizei nicht beeinflussen. Wenn der Kreisphysikus etwas fordert, so betrachtet man das nicht als ein regelmässiges Verfahren. Es giebt gar keinen Instanzenzug, der regelmässig zu ihm geht, und Thatsache ist, dass selbst bei wichtigen Gelegenheiten die öffentlichen Massregeln, die nothwendig wären, nicht ausgeführt oder überhaupt vielleicht gar nicht angeordnet werden. Bei der jetzigen Organisation hat eine unmittelbare Anwendung der wissenschaftlichen Erfahrung auf das praktische Leben nicht stattgefunden. Wenn es durchaus geschehen musste, so ist man genöthigt gewesen, das Reich zu Hülfe zu rufen. Dann kommt das Reichsgesundheitsamt, und dieses geht über alle Instanzen hinweg. Ich weiss nicht, warum das Reichsgesundheitsamt dazu nöthig ist. Was wir wünschen, ist, dass das auch der gewöhnliche Gesundheitsbeamte machen kann, und dass das nicht bloss bei den extraordinären Gelegenheiten geschieht, wo jetzt ein Reichskommissarius eintrifft und alle Anordnungen trifft. Im Gegentheil, das sind Dinge, die thatsächlich immer durch die berufenen Lokalorgane gemacht werden sollten. Bei der Cholera z. B. ist man nur in der Lage gewesen einzugreifen, weil man die bestehende Organisation gewissermassen bei Seite geschoben und die erforderlichen neuen Verhältnisse propria manu geschaffen hat."

Redner kommt weiter auf die Wohnungsnoth und Wohnungsaufsicht zu sprechen; auch hier liege die Untersuchung in der Regel in den Händen der Polizei. Die Polizeiorgane dringen in die Wohnungen ein, sehen zu, was gehörig ist, und erlassen die Mandate sehr häufig ohne Betheiligung irgend eines wissenschaftlichen Sanitätsbeamten. Dem gegenüber müsse man verantwortungsvolle, aus wissenschaftlichen Kreisen hervorgegangene Personen wünschen, denen man solche Anordnungen, die doch unter Umständen sehr schwer in das Eigenthumsverhältniss der Bürger eingreifen, mit Vertrauen übertragen könne und die auch eine entscheidende Einwirkung auf die Ausführung ausüben. Es sei allerdings eine sehr schwierige Frage, wie weit man den Medizinalbeamten das Exekutivrecht geben dürfe, wie weit sie direkt Anordnungen zu treffen berechtigt sein sollen; aber wenn man auf diesem Gebiete etwas Rechtes machen wolle, dann dürfe man sich nicht dabei beruhigen, dass man die Organe der Polizei als die eigentlich entscheidenden heranzieht. Redner erwähnt hierbei einige Fälle, in denen er in seiner Eigenschaft als wissenschaftliches Mitglied der Berliner Kanalisations- und Rieselungsdeputation ein vollständiges Versagen der Polizeiorgane beim Ausbruch ansteckender Krankheiten in den umliegenden Gemeinden beobachtet hat, und betont hierauf, dass auch die Medizinalbeamten jetzt nicht im Stande seien, mit Erfolg den Schwierigkeiten zu begegnen, die theils durch das Publikum, theils durch Massregeln der Behörden, oder durch die Indolenz untergeordneter Organe bei der Bekämpfung von Seuchen bereitet würden. Das sei nur dadurch möglich, dass man diejenigen Aerzte, die den Gesundheitsdienst zu besorgen haben, in eine wirkliche direkte Verbindung mit dem Ministerium des Innern und dessen Organen bringe; dann würden sie die Fähigkeit der Aktion erlangen und eine Stellung bekommen, welche bedeutend genug sei, um dem Publikum und anderen Personen gegenüber sich geltend zu machen. Wissenschaft und Praxis müssten ganz ineinander arbeiten, sich gewissermassen identifiziren; deshalb solle man sie in dieselbe Hand legen und dadurch wirksam werden lassen; denn sonst fallen sie schliesslich immer auseinander, da jede weitere Entwickelung dahin führen müsse, die Trennung zwischen Wissenschaft und Praxis grösser zu machen, den Einfluss der Wissenschaft auf die Praxis mehr auf den guten Willen der praktischen Leute zu begründen, während es sich für die Verwaltung darum handele, nicht sowohl den guten Willen in Anspruch nehmen, sondern direkt Anweisungen und Befehle zu erlassen. Das bringe natürlich einen gewissen Verzicht nach anderer Richtung mit sich: z. B. müssten sich die Polizeioberen enthalten, in manchen Fällen etwas anzuordnen, was Sache des

Kreisphysikus sei. Die Hauptsache sei jedoch, „dass wir Organe erhalten, die wirklich verantwortlich und potent genug sind in ihrem Wissen und Können, das als nothwendig Erkannte auch auszuführen.“ (Bravo!)

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner** erklärt mit Rücksicht auf die Ausführungen des Abg. Graf Douglas, dass die Frage der Untersuchungsanstalten eine ausserordentlich wichtige und die Königliche Staatsregierung auch vollständig davon überzeugt sei, dass auf diesem Gebiete etwas geschehen müsse. Früher bevor die Hygiene diese grossartigen Fortschritte gemacht habe, hätte man gesundheitliche Fragen eher vom grünen Tisch erledigen können, als jetzt, wo sich mehr und mehr herausgestellt habe, dass die Gesundheitspolizei mit den Arbeiten im Laboratorium Hand in Hand gehen und sich beständig auf Untersuchungen stützen müsse, welche durch die neueren, namentlich bakteriologischen, Methoden ermöglicht würden. Allerdings sei bereits eine Reihe von Untersuchungsanstalten vorhanden, und bei jeder Universität ein hygienisches Institut eingerichtet, das neben den Zwecken des Unterrichts und der Forschung auch den Zwecken der Praxis diene und sich in den Dienst der Seuchenbekämpfung stelle. Neuerdings sei auch in Posen ein solches Institut gegründet, das sich in der kurzen Zeit seines Bestehens in ausgezeichneter Weise bewährt habe. Es sei ferner der Gedanke angeregt worden, ob es nicht zweckmässig sei, neben diesen hygienischen Instituten eigene Institute zu gründen, welche der Medizinalverwaltung allein unterstellt seien. Die Verfolgung dieser Frage, mit welcher die Königliche Staatsregierung noch jetzt lebhaft beschäftigt sei, habe jedoch ergeben, dass sich hierbei Schwierigkeiten herausstellen. Es sei einerseits für die Vertreter der Wissenschaft an den hygienischen Instituten nothwendig, dass sie beständig in Fühlung mit der Praxis bleiben, da sonst zu befürchten stehe, dass sie den sicheren Boden unter den Füssen verlieren und sich Aufgaben stellen, welche nur theoretische Bedeutung haben und schliesslich für die Praxis nicht mehr verwerthbar werden. Anderseits sei bei den nur für die Praxis gegründeten Untersuchungsinstituten zu befürchten, dass sich für dieselben nicht das nothwendige, wirklich auf der Höhe der Wissenschaft stehende Personal finden werde, da ja die tüchtigen Forscher immer nach den Universitäten zu kommen suchen, und dass ferner die Sache in Gefahr gerathe, einen handwerksmässigen Charakter anzunehmen, was im höchsten Grade zu bedauern wäre. Da sich die ganze Frage somit noch im Stadium der Erwägung befinde, so habe man sich daher einstweilen damit begnügt, den ersten Bedürfnissen zu genügen. In Folge der drohenden Pestgefahr sei eine Anzahl von sogenannten fliegenden Laboratorien geschaffen, welche dazu bestimmt seien, an denjenigen Ort, wo ein Pestausbruch stattfinde, hingesandt zu werden, damit an Ort und Stelle von einem erfahrenen Bakteriologen die erforderlichen Untersuchungen vorgenommen, die ersten Fälle der Pest festgestellt und die entsprechenden Massnahmen daran geschlossen werden können. Ferner seien von verschiedenen Städten Räume zur Herstellung eigener Laboratorien bereitgestellt, deren innere Einrichtung von der Regierung getragen würde, so dass die Möglichkeit gegeben sei, bei einem Pestausbruch sofort in zweckmässiger Weise vorzugehen und an den gefährdeten Stellen unverzüglich Untersuchungen vorzunehmen. Desgleichen seien im Laufe dieses Jahres in den Seehäfen die Quarantäneanstalten so ausgebaut und den besonderen Anforderungen entsprechend eingerichtet, dass sie gestatten, die gefährlichen Pestuntersuchungen an Ort und Stelle vorzunehmen. Endlich sei das frühere kümmerliche und kleine Institut für Serumforschung und Serumprüfung in Steglitz im Laufe des vorigen Jahres nach Frankfurt a. M. übersiedelt und in ein Institut verwandelt worden, welches nach jeder Richtung hin vollständig auf der Höhe stehe. Die Königliche Staatsregierung sei daher auf diesem Gebiete durchaus nicht unthätig gewesen. Auch ein Landesuntersuchungsinstitut bestehe gewissermassen bereits in dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, welches für alle wichtigen Fragen der Medizinalverwaltung herangezogen werde. Dasselbe habe sich namentlich bei Bekämpfung der Seuchen in hervorragender Weise nützlich erwiesen. Jedenfalls sei die Königliche Staatsregierung von der Wichtigkeit von Untersuchungsanstalten völlig durchdrungen; die Frage werde daher Gegenstand der lebhaftesten Erwägung bleiben.

Abg. Dr. **Langerhans** (freis. Volkspartei) betont, dass er seit länger als zehn Jahren jedes Jahr den Antrag gestellt habe, dass die Medizinalabtheilung vom Kul-

tusministerium getrennt und vom Ministerium des Innern verwaltet werden solle. Die Wissenschaftlichkeit werde darunter absolut nicht leiden; denn die wissenschaftliche Abtheilung müsse nach wie vor bei dem Minister für Kultus und Wissenschaft bleiben; sie habe mit der praktischen Ausführung von Medizinalangelegenheiten nichts zu thun. Alles, was von der Medizinalverwaltung aus geschehe, seien Verordnungen und zwar im strengsten Sinne des Wortes Polizeiverordnungen. Diese Verordnungen müssen aber von Leuten ausgeführt werden, die in irgend einer Weise das Recht einer Initiative haben; das einzige Ministerium aber, dessen Beamte ein solches Recht haben, sei das Ministerium des Innern, unter dem die Polizei stehe. Völlig verkehrt sei es z. B. bei ansteckenden Krankheiten die Anzeige an die Polizei und nicht an den beamteten Arzt zu erstatten; denn dadurch werde viel zu viel Zeit bis zur Ergreifung der erforderlichen Massregeln verloren. Selbstverständlich müsste aber der beamtete Arzt ebenso wie ein Polizeikommissar u. s. w. verfügen können; dass er dazu befähigt sei, könne nicht bezweifelt werden. Dann sei er auch in der Lage, beim Ausbruch ansteckender Krankheiten sofort die nach seinem sachverständigen Urtheil erforderlichen Massnahmen zu treffen; schnelles Eingreifen sei aber in solchen Fällen stets erforderlich. Um dies zu erreichen, müsse eben der Gesundheitsbeamte mit der inneren Verwaltung in enge Verbindung gebracht, also die Medizinalabtheilung vom Kultusministerium abgetrennt und dem Ministerium des Innern überwiesen werden. Leider schienen aber die Verhandlungen darüber wieder in's Stocken gerathen zu sein.

Betreffs der Untersuchungsanstalten hält es Redner für einen ausserordentlichen Schaden, wenn solche Anstalten nicht von anerkannt tüchtigen Fachmännern geleitet werden, da sonst zu leicht Fehlschlüsse gezogen und in Folge dessen störende unbequeme Massregeln vorgenommen werden können. Die Errichtung von derartigen Untersuchungsanstalten für jede Provinz scheine aber an den Kosten zu scheitern; um so mehr müsse man sich wundern, dass der Stadt Berlin bei der Errichtung einer eigenen Untersuchungsanstalt von Seiten der Staatsregierung Schwierigkeiten gemacht würden. (Bravo!)

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner** bemerkt gegenüber dem Abg. Dr. Endemann, dass der Erlass von Ausführungsbestimmungen zum Reichsseuchengesetze Sache des Reiches sei und der Bundesrath auch bereits die Ausführungsbestimmungen bezüglich der Pest erlassen habe. Alles andere, was nach Landesrecht zu regeln sei, werde durch ein preussisches Seuchengesetz, das demnächst vorgelegt werden würde, geregelt werden.

Abg. Dr. **Porsch** (Centrum) wünscht, dass das aus Anlass des Typhus in Beuthen in Oberschlesien errichtete hygienische Institut, das sich ausserordentlich bewährt habe, der Gegend erhalten bleibe.

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner** bestätigt, dass sich das provisorische kleine hygienische Institut in Beuthen ganz ausserordentlich bewährt habe. Es habe im vorigen Jahre im oberschlesischen Industriegebiet eine sehr schwere Typhusepidemie geherrscht, welche weit über 1000 Krankheitsfälle verursacht habe und deren Bekämpfung Anfangs trotz der grössten Anstrengungen ohne Erfolg geblieben sei. Erst als dieses Institut, das mit den beamteten Aerzten zusammengearbeitet, eingerichtet und dadurch die Möglichkeit geschaffen sei, mit Sicherheit festzustellen, ob es sich in einem Fall um Typhus handele oder nicht, und erst seitdem in diesem Institut regelmässige Wasseruntersuchungen vorgenommen seien, sei es uns gelungen, der Epidemie Herr zu werden. Der Wunsch, dass dieses Institut bestehen bleibe, sei daher in hohem Grade beachtenswerth; es werde seitens der Staatsregierung in wohlwollende Erwägung genommen werden, in welcher Weise sich das durchführen lasse.

II. Stempelsteuer für den Titel „Sanitätsrath" und „Geheimer Sanitätsrath".

Abg. Dr. **Göschen** (nat.-lib.) erwähnt, dass die dem Stempelgesetz beigegebene ausführliche Denkschrift die Bemerkung enthalten habe, dass „für die Verleihung des Titels „Sanitätsrath", sowie für die Verleihung des Titels als „Justizrath" und „Geheimer" Justizrath" an Rechtsanwälte besondere Erträgnisse nicht in Ansatz gebracht seien, weil die Titelverleihung an diese Personen wegen des konkurrirenden staatlichen Interesses wie bisher, so auch in Zukunft kosten- und stempelfrei zur Ausfertigung kommen soll." Nach diesem Vermerk in der Denkschrift musste angenommen werden, dass derartige Titel-Verleihungen auch für nicht beamtete Aerzte stempelfrei seien, und zwar nicht im Wege der Gnade, son-

dern weil ihnen, obwohl sie zweifellos Privatpersonen seien, eine Ausnahmestellung eingeräumt werden sollte. Diese Annahme habe sich aber in der Folgezeit nicht als zutreffend erwiesen und in einem den prakt. Arzt Dr. Steffan betreffenden Fall habe auch das Reichsgericht zu Ungunsten des Arztes entschieden, „weil der Inhalt der „Bemerkung" nicht im Gesetz selbst Ausdruck gefunden habe, sie auch gar nicht nothwendig im Sinne der gesetzlich gewollten Stempelbefreiung zu verstehen sei; es habe vielleicht nur gesagt werden sollen, die stempelfreie Behandlung werde so sehr die Regel bilden, dass keine nennenswerthe Einnahme zu erwarten sei." Diese Voraussetzung sei aber nicht eingetreten, denn nicht die Stempelbefreiung, sondern die Stempelerhebung bilde die Haupt-Regel. Wenn der Staat aber zu Gunsten der Rechtsanwälte eine generelle Ausnahme eintreten lasse und diese hinsichtlich der Stempelbefreiung nicht als „Privatpersonen" betrachte, so müsse der betreffende Vermerk den Aerzten ebenfalls zu gute kommen. Ihrer ganzen Thätigkeit, der Wichtigkeit ihres Berufes für den Staat, ihrer Vorbildung nach nehmen die Aerzte eine analoge Stellung mit der der Rechtsanwälte ein, und was dem einen recht sei, das solle dem anderen billig sein. Der Stand der Aerzte fühle sich aber den Rechtsanwälten gegenüber gegenwärtig insofern zurückgesetzt, als es bei ihm so aussehe, als ob der Titel „Sanitätsrath" gewissermassen erkauft werden könnte. Denn die Folge der Praxis sei die, dass man bei den Aerzten, denen man als Anerkennung einer gemeinnützigen, ehrenhaften, längere Zeit fortgesetzten Thätigkeit den Titel „Sanitätsrath" verleihen wolle, vorher anfragen lasse, ob sie bereit sein würden, für den Fall der Auszeichnung den Stempel von 300 Mark zu zahlen. Sagen sie ja, so bekommen sie den Titel; sagen sie nein, so erhalten sie ihn nicht. Auf diese Weise höre die Verleihung des Titels auf, eine Auszeichnung zu sein. Eine für Verdienste vom Staat spontan verliehene Auszeichnung sollte stempelfrei sein, wenn das Gesetz es zulasse. Habe man dagegen Bedenken, so bringe man den Inhalt der „Bemerkung" in den Tarif selbst und beseitige dadurch die Zweifel und die berechtigten Klagen des ärztlichen Standes.

Abg. Winckler (kons.) schliesst sich den Ausführungen des Vorredners an und betont, dass er sich als Mitglied der Kommission zur Berathung des Stempelsteuergesetzes noch genau erinnere, dass damals die an die Staatsregierung gerichtete Frage, „ob denn etwa beabsichtigt sei, dass in Zukunft jeder praktische Arzt, der den Titel „Sanitätsrath" bekomme, den Stempel von 300 Mark bezahlen solle", verneint worden sei. Wäre eine derartige Erklärung nicht abgegeben, so hätte sicherlich weder die Kommission, noch das Plenum die betreffende Position bewilligt. Um so mehr sei es zu bedauern, dass dies jetzt mit den Versicherungen, die damals abgegeben worden seien, in einem unerklärlichen Widerspruch stehe.

Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Förster erklärt, dass für die Charakterisirung der praktischen Aerzte als „Sanitätsrath" bezw. als „Geheimer Sanitätsrath" ein Stempelbetrag von 300 Mark zur Erhebung gelange; denn es sei nicht zweifelhaft, dass die praktischen Aerzte, die nicht Beamte sind, als Privatpersonen im Sinne des Stempelsteuergesetzes anzusehen seien; auch das Reichsgericht habe kein Bedenken getragen, die Anwendung der Vorschrift auf die praktischen Aerzte als rechtlich begründet anzuerkennen. Wenn aber die Verwaltung in der Lage sei, sich bei ihrer Praxis auf die Autorität und die Aussprüche des höchsten Gerichtshofes stützen zu können, dann werde man der Verwaltung wohl keinen Vorwurf machen können. Solle hier Aenderung eintreten, so müsse der Weg der Gesetzgebung beschritten und das Stempelgesetz abgeändert werden. Bei den Rechtsanwälten seien die Verhältnisse, wenn sie auch viel Gleichartiges haben mögen, doch insofern etwas anders, als die Rechtsanwälte in der Organisation des gerichtlichen Verfahrens als ein nothwendiger Faktor bei der Ausübung der Justizpflege von der Gesetzgebung anerkannt seien.

Abg. Dr. Sattler (nat.-lib.) hebt hervor, dass die seitens der Abgg. Dr. Göschen und Winckler der Königl. Staatsregierung gemachten Vorwürfe sich hauptsächlich dagegen richten, dass sie durch falsche, nachher durch die Thatsachen nicht bestätigte Erklärungen eine Fassung des Gesetzes durchgedrückt habe, welche nachher in der Praxis zu Unbilligkeiten geführt habe. Wenn dies auch von der Regierung nicht bestritten werde, so sei diese verpflichtet, sofort für eine Aenderung des Gesetzes zu sorgen, damit die Erklärungen, die

er damals abgegeben habe, mit der thatsächlichen Ausführung des Gesetzes in Einklang gebracht werden. (Bravo links.)

---

[1]) In der Sitzung vom 18. März wurde bei der dritten Berathung des Etats von dem Abg. Dr. Göschen der Antrag gestellt: „die Regierung aufzufordern, entsprechend der Zusicherung in der 1895 bei den Kommissionsberathungen vorgelegten Denkschrift den Stempel für die Verleihung von Titeln an Privatpersonen, Nr. 60e des Tarifs zum Stempelsteuergesetz vom 31. Juli 1895, bei Verleihung der Titel „Sanitätsrath" und „Geheimer Sanitätsrath" an Aerzte ausser Hebung zu setzen."

Nachdem der Antragsteller seinen Antrag begründet hatte, erwiederte der

Vizepräsident des Staatsministeriums, Finanzminister Dr. v. Miquel: Die Frage ist eine Rechtsfrage und eine Billigkeitsfrage. Was die Rechtsfrage betrifft, so ist es mir durchaus zweifellos, das die Auszeichnung mit dem Titel „Sanitätsrath" stempelpflichtig ist. Das geht hervor aus den Verhandlungen hier im Landtage, namentlich nicht bloss aus meinen Aeusserungen, sondern auch aus den Aeusserungen des Abg. Noelle, und den Protokollen, die damals geführt worden sind. Es ist offenbar: unter den allgemeinen Begriff „Auszeichnung an Private" fallen hiernach an sich auch die Privatärzte, die zu Sanitätsräthen ernannt werden; aber es kann ihnen der Stempel im Gnadenwege erlassen werden. Ganz ähnlich habe ich mich im Plenum ausgedrückt; auch der Abg. Noelle hat gesagt: man möchte dann doch wenigstens solche zu begnadigenden und auszuzeichnenden Aerzte vorher fragen, ehe man ihnen den Titel verleihe, damit sie ihn zeitig ablehnen können. Also ein Einverständniss war, glaube ich, damals zweifellos darüber, dass eine rechtliche Verpflichtung für denjenigen, der den Titel „Sanitätsrath" annimmt, den Stempel zu zahlen besteht. Wir haben auch eine grosse Anzahl derartiger Stempel im Gnadenwege zu erlassen bei Seiner Majestät beantragt, und dem ist auch vollkommen entsprochen worden. Wir haben auch die Absicht, damit fortzufahren und vielleicht das noch etwas weiter auszudehnen, auch bei solchen, wo eine Vermögenslosigkeit strenge genommen nicht gerade erwiesen ist. Ja, ich kann auch noch mehr in Aussicht stellen. Nachdem das Gesetz über die Aerztekammern erlassen ist, wo diesen eine Art Judikatur über die Standesgenossen zugestanden ist, nachdem das Seuchengesetz erlassen ist, wo den Aerzten manche Verpflichtungen auferlegt sind, da kann man vielleicht dahin kommen, den Zustand von damals als verändert anzusehen und, ähnlich wie bei den Rechtsanwälten, den Aerzten eine gewisse öffentlich rechtliche Stellung zuzuerkennen. Ich bitte das aber nur als eine zu prüfende Frage hinzustellen; ich möchte mich weder für ja, noch für nein entscheiden. Wenn das nicht möglich ist, m. H., so bleibt die Verpflichtung der Aerzte, den Auszeichnungsstempel zu bezahlen, bestehen, und dann kann im einzelnen Falle nur im Gnadenwege geholfen werden; daran können wir nichts ändern. Den Antrag des Herrn Abg. Dr. Göschen können wir ohne weiteres nicht annehmen. Das wird er als Jurist mir doch zugeben: ich kann nicht einfach im Verwaltungswege einen gesetzlich fälligen Stempel ausser Hebung setzen — wo soll ich die Befugniss herbekommen? —, sondern das kann im einzelnen Falle nur im Wege der Gnade stattfinden. Wir würden also ohne weiteres auf den Wunsch des Herrn Abgeordneten oder des hohen Hauses hin den Stempel unmöglich ausser Hebung setzen können; das ist völlig unzulässig. Ich glaube, es wäre das Richtige, nach diesen meinen Erklärungen den Antrag zurückzuziehen. Wenn er aber aufrecht erhalten wird und so gemeint ist, dass wir diesen gesetzlich fälligen Stempel mit einem Male ausser Hebung setzen sollen, dann bitte ich das hohe Haus, den Antrag abzulehnen.

Abg. von Loebell (kons.) hält es für unrichtig, dass eine solche Titelverleihung für Verdienste mit einer Art Steuer belegt werde; er beantragt die Ueberweisung des Antrages an die Budgetkommission. Es könne sich leicht in dem Publikum die Ansicht festsetzen, als wolle der Staat aus diesen Rangerhebungen sich eine neue Einnahmequelle schaffen.

Vizepräsident des Staats-Ministeriums, Finanz-Minister Dr. von Miquel: M. H.! Die Ausführungen des Herrn Vorredners gehen doch zu weit. Darüber ist ja doch gar kein Zweifel gewesen, dass damals bei Erlass des neuen Stempelgesetzes die Absicht hier im Hause und bei der Regierung bestand, für besondere

III. Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung. Hygienisches Institut in Posen.

Berichterstatter Abg. Winckler (kons.): Es haben in neuester Zeit umfassende Erhebungen stattgefunden, und zwar in Form kommissarischer Berathungen, darüber, wie die hygienische einwandfreie Wasserzuführung und Abwässerbeseitigung, welche eine wesentliche Vorbedingung für die günstige wirthschaft-

---

Auszeichnungen dieser Art einen besonderen Stempel zu erheben. (Widerspruch.) Das hat ja auch seinen Grund in einer uralten Praxis. Das lässt sich ja nicht leugnen, dass heute ein Oekonomierath einen Stempel zu zahlen hat. Ein Bauunternehmer, der zum Königlichen Baurath ernannt wird, bezahlt einen Stempel. An sich ist auch der Landwirth, der Domänenpächter, der zum Amtsrath ernannt wird, stempelzahlungspflichtig. Wenn man also aus generellen Gründen zu dem allgemeinen Schluss gelangt, dass für den Titel Sanitätsrath ausnahmsweise nichts bezahlt werden soll, dann muss der Gerechtigkeit wegen überhaupt jede Auszeichnung, die von Seiner Majestät gegeben wird, stempelfrei sein. Das führt doch zu weit.

M. H., wenn einer einen Titel nicht haben will, kann er ihn ablehnen. Wenn er geadelt werden soll, hat er noch viel mehr Stempel zu bezahlen; wenn er es nicht acceptieren will, lehnt er es ab. Aber warum ein solcher Mann für Auszeichnungen nicht eine Gebühr zu entrichten haben sollte, ist gar nicht einzusehen. Die Kommerzienräthe stehen doch ganz ähnlich. Es sind ebenso Priatleute, wie der Arzt Privatmann ist, und es ist durchaus nichts Ausserordentliches, dass dieser in der Regel für die Gewährung eines solchen Titels eine Gebühr bezahlt. Ich kann also nicht anerkennen, dass es richtig wäre, für alle diese Auszeichnungen gar keine Gebühr zu bezahlen, und dahin führt die Deduktion des Herrn Vorredners. Wenn Sie also dies anerkennen und die Sache an die Budgetkommission zurückverweisen, so wäre die richtige Antwort der Budgetkommission: die Staatsregierung aufzufordern, überhaupt alle Stempel für Auszeichnungen aufzuheben. Das wäre die richtige Konsequenz. Ob Sie das thun wollen — Sie würden dann jedenfalls die Stellung, die damals das Haus einnahm, gänzlich umdrehen —, muss ich natürlich Ihnen überlassen.

Nun, m. H., gegen die Prüfung der Sache in der Budgetkommission kann ich natürlich nicht das Geringste haben. Ich habe auch gemeint, man kann vielleicht dahin kommen, dass man jetzt nach der neueren Gesetzgebung die Aerzte ebenso behandeln könnte, wie die Rechtsanwälte, und dann wäre die Frage gelöst; dann würden wir ja in dieser Beziehung auf diesen Fall keinen Streit mehr haben. Das mag die Kommission untersuchen. Das Reichsgericht, das doch wohl in juristischen Sachen für uns kompetent sein muss, hat den entgegengesetzten Standpunkt eingenommen. Vielleicht kann man aber zu einem anderen Ergebniss kommen mit Rücksicht auf die neuere Gesetzgebung für die Aerzte, und das möchte ich die Budgetkommission bitten, mit in's Auge zu fassen. Wie ich die Sache auffasse, ist die Finanzfrage natürlich nicht von irgend einer Erheblichkeit. Wenn man auf eine andere Weise, aus anderen Gründen wünscht, diesen Titelstempel frei zu lassen, so kann es auf ein paar tausend Mark nicht ankommen. In dieser Beziehung hat die Sache keine Schwierigkeiten.

Abg. Dr. Porsch (Centrum) hält den Antrag nach den Erklärungen des Ministers für zwecklos.

Abg. Winckler (kons.) weist an der Hand der Akten der Kommissionsverhandlungen nach, dass seine Partei schon damals gegen diese Art Stempel Bedenken erhoben habe. Die Kommission habe sich dahin ausgesprochen, dass diese Titelverleihung stempelfrei sein sollte. Der Antrag sollte dahin modifizirt werden, dass die Regierung aufgefordert werde, die Ausführungen des Gesetzes in Einklang mit den damals ausgesprochenen Ansichten zu bringen. Deshalb möge das Haus den Antrag an die Kommission verweisen.

Vizepräsident des Staatsministeriums, Finanzminister Dr. v. Miquel widerspricht der Ansicht, dass das Haus in diesem Falle damals keinen Stempel habe auflegen wollen und führt dafür die damaligen Ausführungen des Abg. Noelle, einem Mitgliede der Stempelsteuergesetz-Kommission, an, giebt jedoch zu, dass die Sache unklar sei, wenn die anderen Herren, die damals mitwirkten, erklären: wir haben das nicht so aufgefasst. Jedenfalls entspreche aber der Wortlaut des Gesetzes seiner Auffassung und der des Reichsgerichts.

liche Entwicklung volkreicher Gemeinden und das vornehmste Mittel, den Ausbruch von Krankheiten und ihrer epidemischen Ausbreitung vorzubeugen, ist, sichergestellt werden könne. Anlass zu diesen Berathungen hat eine Petition von Vertretern grösserer Städte und Industrien vom 24. März 1900 gegeben, in der um Einrichtung einer staatlichen Prüfungsanstalt für diese Zwecke gebeten wurde. Es soll nun auf Grund der kommissarischen Berathung und sonstiger Erhebungen versuchsweise eine Zentralstelle geschaffen werden, bei welcher alle einschlägigen hygienischen und volkswirthschaftlichen Interessen Berücksichtigung und eine planmässige Förderung finden sollen. Diese Anstalt soll der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums angegliedert werden und unter der Aufsicht von aus Vertretern der betheiligten Ministerien zusammengesetzten Kommission stehen, während die geschäftliche Leitung der Anstalt einem vortragenden Rath der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums, welcher zugleich Vorsitzender der Kommission ist, übertragen werden soll. Das wissenschaftliche Personal der neuen Anstalt soll aus dem Vorsteher, dem die technische Leitung obliegt, und einigen wissenschaftlichen Mitarbeitern und zu besonderen Zwecken heranzuziehenden Hilfsarbeitern bestehen. Die Budgetkommission hat sich mit der Errichtung der Anstalt einverstanden erklärt.

Abg. **Rieseh** (konserv.) bittet die Position anzunehmen, da die Errichtung einer staatlichen Versuchsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung im allgemeinen Staatsinteresse liege und zur Wahrnehmung der Interessen der allgemeinen Gesundheitspflege von hoher Bedeutung sei. Sie entspreche einem erheblichen und dringlichen praktischen Bedürfniss und sei nicht nur für die Kommunen und die betheiligten Privatindustrien, sondern auch für eine Reihe von staatlichen Verwaltungszweigen von grosser Wichtigkeit. (Sehr richtig! bei den Konservativen.)

Abg. Dr. **Martens** (nat.-lib.) empfiehlt ebenfalls die Annahme der Position und hebt hervor, welche hohe Bedeutung einer richtigen Trinkwasserversorgung und die richtige Beseitigung der Abwässer besonders für solche Distrikte hat, in welchen eine zahlreiche Einwohnerzahl dicht zusammengedrängt wohnt. Die grossen Städte hätten zwar diese beiden Fragen meistentheils in befriedigender Weise bereits gelöst, aber gerade in den kelinen Städten, wo die Bevölkerung in rascher Weise zunehme, sei es erforderlich, dass eine derartige Stelle vorhanden sei, welche gegen nicht allzu hohe Gebühren im einzelnen Fall einen Rath ertheilen könne. Die Frage der Trinkwasserversorgung werde sich im Ganzen leichter lösen lassen, als die Frage der Beseitigung der Abwässer, da hier bekanntlich die Interessen vieler Leute sich gegenüberstehen: die Interessen der unmittelbaren Anwohner, der Anwohner des unteren Flusslaufs und der Fischerei. Seit Jahren sei diese Frage Gegenstand der Berathung seitens der kompetentesten Leute gewesen, ohne dass sie ihrer Lösung erheblich näher gerückt wäre. Im Allgemeinen herrsche nur darüber Uebereinstimmung, dass ein allgemeines Gesetz über die Verunreinigung der Gewässer für den Umfang der Monarchie nicht erlassen werden könne und das immer nur für einen kleinen Kreis getroffen werden müsste. Eine staatliche Versuchsanstalt, die sich mit diesen Sachen beschäftige, werde daher von grossem Nutzen sein und grosse Schäden verhüten können, besonders wenn sie verhindere, dass Anordnungen auferlegt werden, die zwar grosse Kosten verursachen, aber nicht den entsprechenden Nutzen haben; denn nicht selten sei der Fall eingetreten, dass durch Massnahmen der königlichen Behörden den Städten grosse Anlagen im sanitären Interesse aufgezwungen seien, ohne dass nachher der Erfolg diesen grossen Aufwendungen entsprochen habe. Die Einrichtung der Anstalt solle leider nur eine provisorische sein, und diesem provisorischen Zwecke entsprechen auch die Aufwendungen, die kaum ausreichen dürften, um die gefassten Ziele zu erreichen; wenigstens sei es kaum möglich, dass für das eingestellte Gehalt (6000 Mark für den Vorsteher und 15000 Mark für 4 wissenschaftliche Hülfsarbeiter) Autoritäten

---

Es empfehle sich daher, in der Kommission zu überlegen, ob die veränderte Gesetzgebung, die in der Zwischenzeit bezüglich der Aerzte stattgefunden habe, zu einem anderen Resultat führe; das in dem Antrage Geforderte sei jedoch rechtlich nicht zulässig, sofern die Staatsregierung ihre Auffassung von Stempelpflicht, die sie bisher gehabt hat, beibehalte.

Der Antrag Göschen wird hierauf an die Budgetkommission verwiesen.

ersten Ranges zu gewinnen. Eine derartige Anstalt könne aber nur floriren, wenn Autoritäten allerersten Ranges für diese Zwecke gewonnen würden. In der Begründung zu dieser Etatsposition heisse es ausserdem, dass sich die sächlichen Ausgaben im Betrage von 22000 Mark erhöhen oder ermässigen, je nachdem die Einnahmen der Anstalt an Prüfungs- oder Untersuchungsgebühren und sonstigen anderen Einnahmen die Summe von 30000 Mark übersteigen oder hinter derselben zurückbleiben. Wenn also an Gebühren nicht 30000 Mark, sondern 10000 Mark vereinnahmt worden seien, würden nur 15000 M. als fester Zuschuss der Regierung und 10000 Mark aus Gebühren, also zusammen 25000 M. zur Verfügung stehen und, da die persönlichen Ausgaben sich auf 22800 Mark belaufen, für die sächlichen Ausgaben nur 2200 Mark übrig bleiben, so dass die Anstalt überhaupt nicht in Funktion treten könne. Falls diese Auffassung von Seiten der Regierung als zutreffend bestätigt würde, müsse jener Vermerk gestrichen werden.

Abg. Dr. **Friedberg** (nat.-lib.): Die Einrichtung des Instituts werde gewiss von jedem Mitgliede des Hauses gewünscht und der Zweck, den es verfolge, sei durchaus zu billigen. Grade auf dem Gebiete der Wasserversorgung der Städte seien so viel Fehler gemacht, den betreffenden Gemeinden so viel Kosten verursacht worden, dass man es nur mit Freuden begrüssen könne, wenn ein Institut geschaffen werde, dass hier zentralisiren solle und nun den Städten die Möglichkeit gebe, Fehler und Missgriffe zu vermeiden. Aber wenn man dies wolle, müsse man es namentlich kleinen Gemeinden ermöglichen, dieses Institut in Anspruch zu nehmen, ohne zu hohe Gebühren zu fordern. Es scheine aber, dass die Königliche Regierung auf dem umgekehrten Standpunkt stehe. Deshalb empfehle es sich, dem Antrage des Vorredners gemäss den betreffenden Vermerk einfach zu streichen. (Bravo!)

Geh. Ober-Med.-Rath Dr. **Schmidtmann**: Die wohlwollende Beurtheilung, die durch die Ausführungen der Herren Vorredner die Versuchsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung gefunden habe, lasse die Regierung mit Befriedigung erkennen, dass sie in der That einen praktischen dringenden Bedürfniss mit der Anstaltsbegründung entspreche, und dass sie in ihren Absichten von dem Hohen Hause unterstützt werde. Wohl keine andere Angelegenheit, abgesehen vielleicht von der Wohnungsnoth, sei für die allgemeine Wohlfahrt von gleicher gesundheitlicher und wirthschaftlicher Bedeutung wie die Frage der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung. Diese Ueberzeugung habe dazu geführt, die versuchsweise Schaffung der Anstalt in Vorschlag zu bringen. Die Anstalt solle an sich kein wissenschaftliches Institut der hergebrachten Art, sondern ein vor allen Dingen praktischen Zielen und Zwecken dienendes Institut sein. Um ihr diesen Charakter zu wahren, werde deshalb das grösste Gewicht gelegt auf die Mitwirkung von praktisch erfahrenen Sachverständigen und auf die Mitwirkung aller bei der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung betheiligten und interessirten Kreise. Die Königliche Staatsregierung sei überzeugt, dass in dieser gemeinsamen Arbeit die beste Gewähr für die erfolgreiche Lösung der auf diesem Gebiete zu lösenden schwierigen und verwickelten Fragen gegeben sei. In diesem Sinne seien die Unterzeichner der vorher erwähnten Petition von dem Herrn Medizinalminister mit Antwort versehen worden, und der Herr Medizinalminister habe sich bereit erklärt, den mitwirkenden Kreisen einen Einfluss auf die Anstaltsthätigkeit zu gewähren und womöglich schon deren Wünsche bei der Einrichtung zu berücksichtigen. Selbstverständliche Voraussetzung sei hierbei die angemessene finanzielle Betheiligung. Von der Forderung der Gebühren könne daher nicht abgesehen werden. Aber einen Gebührentarif aufzustellen, welcher durch seine Höhe etwa von der Benutzung der Anstalt abschrecke, verbiete sich von selbst und liege auch nicht in der Absicht der Königlichen Staatsregierung. Sollte sich herausstellen, dass die geschätzte Einnahme von Gebühren nicht erreicht werde, so werde es Sache der betheiligten Ministerien sein, die entsprechenden Schritte zu thun, um den Betrieb der Anstalt in einer sachgemässen Weise zu sichern.

Für die Mitwirkung der Männer der Praxis spreche aber auch wesentlich noch ein anderer Gesichtspunkt bei der Regierung mit. Sie hoffe, durch solche Mitwirkung in der Lage zu sein, sich vor Erlass allgemeiner Massnahmen über die praktische Durchführbarkeit derselben und über die den Betheiligten erwachsenden Kosten rechtzeitig zu informiren. Gerade die Unsicherheit des Wissens auf

diesem Gebiete habe die Aufsichtsbehörde genöthigt, das Fachwissen zu fördern, um vor allen Dingen festere Grundlagen für die gesundheitlichen Forderungen zu schaffen, die in der Regel einen stark metallischen Beigeschmack haben und fast immer Fragen von hoher wirthschaftlicher Bedeutung seien. Derartige wichtige Entschliessungen sollen deshalb nach der Ansicht des Herrn Ministers nicht auf theoretische Erwägungen, sondern auf die praktische Erfahrung gestützt werden, nicht auf den Laboratoriumsversuch, sondern auf den Versuch im Grossen, der der Wirklichkeit entspreche. In jedem Fall soll die Durchführbarkeit der Massnahmen und die finanzielle Tragweite erwogen werden, und im Falle konkurrirende wirthschaftliche Interessen da seien, solle auch ein billiger Ausgleich zugelassen sein. Die Medizinalverwaltung wolle nicht wegen ihrer Forderungen gemieden, wegen des polizeilichen Spürsinns ihrer Organe gefürchtet sein, sondern strebe danach, wegen ihres sachkundigen Raths gesucht und im besten Sinne unentbehrlich zu werden. An Stelle der sanitären Gesetzgebung solle mehr und mehr die sanitäre Belehrung treten; an Stelle der Bekämpfung der Krankheiten die vorsorgende Verhütung. Unbestreitbar sei es aber, dass durch die gute Wasserversorgung und ordnungsmässige Beseitigung der Abfallstoffe die ansteckenden Krankheiten und die damit verbundene Schädigung der Gesundheit und des Wohlstandes am wirksamsten vermieden werden, und dass auf diesem Wege mehr und mehr die Anwendung polizeilicher drückender, lästiger Massnahmen vermieden werden könne. Jedenfalls werde die grosse wichtige Frage der Wasserversorgung und der Abwässerbeseitigung durch Gründung der neuen Anstalt in zweckmässiger Weise gefördert werden.

Nach längerer Debatte, in der von Seiten der Vertreter des Finanzministeriums, Reg.-Assessor Dr. Dulheuer und Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Germar, die Ausführungen des Abg. Martens betreffs des Vermerkes über die sächlichen Ausgaben als zutreffend, die Bedenken gegen den letzteren aber als unbegründet bezeichnet wurden, wurde der Antrag Martens auf Streichung des Vermerkes nach Befürwortung durch die Abgg. Im Walle, Dr. Friedberg und Dr. Sattler mit grosser Mehrheit angenommen.

Bei Berathung des Titels 12 (**Hygienisches Institut in Posen**) erwähnt der Berichterstatter **Winckler**, dass das Gebäude, in dem das Institut untergebracht sei, sehr mangelhaft sein solle, von Seiten der Regierung werde es jedoch noch für seine Zwecke als ausreichend erachtet.

Abg. **Kindler** - Posen bestätigt die Angabe des Herrn Berichterstatters, dass das Gebäude, in dem das hygienische Institut in Posen sich befindet, in sehr schlechtem Zustande sei. Das Institut habe sich in der kurzen Zeit seines Bestehens zu grosser Blüthe emporgeschwungen, was namentlich seinem sehr tüchtigen Direktor zu verdanken sei. Es mache bakteriologische Untersuchungen für die ganze Provinz, speziell viele Untersuchungen von Trinkwasser. Um so bedauerlicher sei es, dass namentlich die Räume in den Seitenflügeln des Gebäudes in den Wintermonaten absolut unbenutzbar seien. Da ein Neubau wahrscheinlich in den nächsten Jahren noch nicht ausgeführt werde, bittet Redner den Minister dringend, dass er aus anderen Fonds die erforderlichen Mittel flüssig mache, um die bauliche Instandsetzung in diesem Sommer zu ermöglichen; der unhaltbare Zustand könne nicht noch über den Winter hinaus dauern.

Zweiter Sitzungstag, am 14. März.

IV. Ausführung des Kreisarztgesetzes.

Berichterstatter Abg. **Winckler** (kons.), auf dessen Antrag zunächst eine Generaldiskussion über die ganze Reform stattfindet: M. H.! Ihre Kommission hat die Berathung dieser Vorlage mit einer sehr grossen Sorgfalt geführt. Sie hat nach allen Richtungen hin die Absichten der Königlichen Staatsregierung klar zu stellen gesucht und zu diesem Zweck hat sie, wie ich gestern anzudeuten mir erlaubte, die Bitte an die Königliche Staatsregierung richten müssen, dass das Material, welches dem Hause vorlag in Gestalt der Denkschrift, doch wesentlich erweitert und ergänzt werden möchte, weil im Laufe der Diskussion sich herausstellte, dass über eine ganze Reihe der wichtigsten Punkte in dieser Sache eine genügende Auskunft aus dieser Denkschrift nicht zu erhalten war. Diesem Wunsche sind die Vertreter der Königlichen Staatsregierung bereitwillig nachgekommen, und so haben wir denn die Ergänzung

der Denkschrift erhalten, welche auf Drucksache 61 den Herren jetzt auch vorliegt.

Ich möchte zunächst hervorheben, dass wir bisher in unserm Etat 563 Stadt-, Kreis- und Bezirksphysiker, 4 Oberamtsphysiker, dann für Berlin 1 Stadtphysikus und 4 Gerichtsphysiker hatten und neben diesen noch 284 Kreiswundärzte und 6 Oberamtswundärzte. Nun werden die Wundarztstellen mit Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes ganz in Wegfall kommen. An Stelle der Physiker aber sollen nach den Vorschlägen des jetzt vorliegenden Etats treten 15 vollbesoldete Kreisärzte, 478 nicht vollbesoldete Kreisärzte, ferner 15 Gerichtsärzte und ausserdem 30 Kreisarzt-Assistenten. Ich schicke voraus, dass die Kreisarzt-Assistenten nichts zu thun haben mit den bisherigen Kreiswundärzten, dass das eine ganz neue Institution ist, dass sie gedacht sind als Gehilfen der Kreisärzte in besonders arbeitsreichen Bezirken und namentlich auch als eine Vorstufe für die Stellen der Kreisärzte; dass hier also gewissermassen ein Nachwuchs geschaffen werden soll, der dann später zur Besetzung der Kreisarztstellen herangezogen werden soll.

Ich gehe dann über zur Besprechung der Bezirke. Es ist aus dem, was ich Ihnen jetzt bereits mitheilte, ersichtlich, dass die Zahl der zukünftigen Kreisärzte eine erheblich geringere sein wird als diejenige der bisherigen Kreisphysiker. Es wird das zunächst dadurch erreicht, dass in einer Reihe von Fällen Zusammenlegungen von Kreisen stattfinden, während im allgemeinen die Regel ist, dass jeder Kreis einen Kreisarzt hat. Es besteht nach dem Kreisarztgesetz die Möglichkeit, kleinere Kreise zu einem Kreisarztbezirk zusammenzulegen, und von dieser Befugniss des Gesetzes beabsichtigt die Staatsregierung in 38 Fällen Gebrauch zu machen. Es ist dies hauptsächlich in der Provinz Hannover geschehen, wo die Kreise ja überhaupt besonders klein sind. Auf der anderen Seite ist eine Aenderung insofern in Aussicht genommen, als bisher in 10 Kreisen 2 Kreisphysiker bestanden und in allen diesen Fällen in Zukunft ein Kreisarzt an die Stelle der beiden Kreisphysiker treten soll, sodass auch hieraus wiederum eine Verringerung der Zahl dieser Beamten sich ergiebt. Dieser Verringerung gegenüber steht nur eine einzige Erweiterung insofern, als nämlich die Kreise Remscheid und Lennep, die bisher zusammen einen Physiker hatten, jetzt jeder einen besonderen Kreisarzt erhalten sollen. Es sind nun mehrere Petitionen bei dem Hause eingegangen aus Kreisen heraus, die in der von mir soeben mitgetheilten Weise mit anderen Kreisen zusammengelegt werden sollen, namentlich aus denjenigen Kreisen, die bisher Sitz eines Kreisphysikus waren und nun diesen verlieren sollen. Ich möchte im allgemeinen jetzt bereits bemerken, von welcher Auffassung die Kommission sich bei der Beurtheilung dieser Petitionen hat leiten lassen. Sie hat sich gesagt, dass es sich hier doch um lokale Verhältnisse handelt, deren richtige Beurtheilung man der Regierung in erster Linie überlassen kann. Sie hat sich gesagt, dass, wenn wir in diesem Jahre die grossen grundlegenden Prinzipien der ganzen Reform feststellen, es eine Zersplitterung unserer Zeit und Arbeit sein würde, wenn wir auf solche Einzelheiten eingehen wollten. Namentlich hat sie auch geglaubt, in diesem Jahre auf diese Fragen ein besonderes Gewicht nicht legen zu sollen, weil das eine Sache ist, der absolut nicht präjudizirt wird. Gerade diese räumlichen Gestaltungen können jederzeit geändert werden, wenn sich herausstellt, dass eine derartige Zusammenlegung unzweckmässig ist. Dann steht nichts dem entgegen, dass in einem späteren Etat die Sache wieder abgeändert wird, indem die Zahl der verlangten Kreisarztstellen vermehrt wird. Wir sind also der Meinung gewesen, dass, wenn wir auf diese Frage jetzt nicht sehr weit eingehen, wir der Zukunft absolut nichts nehmen; im Gegentheil wird es in Zukunft gewiss nothwendig sein, wenn derartige Klagen kommen, sie mit Sorgfalt zu prüfen.

M. H., ich gehe nun dazu über, Ihnen die Stellung der Kommission zu der Art und Weise zu erläutern, wie die Königliche Staatsregierung Gebrauch machen zu sollen geglaubt hat von der Befugniss, vollbesoldete Kreisärzte anzustellen. Nach dem Gesetz und nach unseren Verhandlungen über den damaligen Gesetzentwurf, die den Herren im Wesentlichen in Erinnerung sein werden, war man darüber einverstanden, dass die Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte die Ausnahme bilden solle. Es wurde aus dem Hause heraus, und zwar sowohl in der Kommission wie hier im Plenum, ausdrücklich der Standpunkt vertreten, man wünsche keine rein theoretischen Aerzte, wenn ich mich so ausdrücken darf, man wollte, dass der Hauptsache nach der zukünftige

Kreisarzt im praktischen Leben stehe, dass er Privatpraxis treibe, damit er die Aufgaben seines Amtes in besonders guter Weise wahrnehmen könne. Man sagte sich, dass derjenige Kreisarzt, der Privatpraxis treibt, der in die Häuser hineingeht und mit den Familien im Lande und ihren Verhältnissen auf diese Weise vertraut wird, die Aufgaben, welche ihm sein Amt auferlegt, in einer den Wünschen der Bevölkerung jedenfalls mehr entsprechenden Weise wird ausüben können als derjenige Kreisarzt, der, ganz losgelöst von der Privatpraxis, lediglich ein reiner Beamter ist. Wenn nun jetzt die Königliche Staatsregierung in Aussicht genommen hat, nur in 15 Fällen vollbesoldete Kreisärzte anzustellen, so muss — und das ist in der Kommission auch zum Ausdruck gekommen — demgegenüber gesagt werden, dass sie damit vollständig den Wünschen entsprochen hat, die hier bei der Berathung des Kreisarztgesetzes hervorgetreten sind. Und wenn weiter in der Denkschrift gesagt worden ist, dass man auch deshalb sehr vorsichtig mit der Anstellung zunächst gewesen wäre, weil das Ganze doch überhaupt ein Versuch sei, und weil aus den Erfahrungen heraus, die man in diesen 15 Fällen machen würde, sich überhaupt erst der Standpunkt gewinnen lassen würde, von dem aus man in Zukunft ausgeht, so ist auch diesem Standpunkte der Regierung in der Kommission rückhaltlos zugestimmt worden. Man ist auch damit einverstanden, dass die Sache möglichst ein Versuch sein solle, und ebenso, wie ich bereits sagte, damit einverstanden, dass der Versuch zunächst in so bescheidenen Grenzen gemacht wird. Ich gehe auf die Einzelheiten hier nicht weiter ein, namentlich auch darauf nicht, ob denn gerade diese 15 Fälle richtig gewählt waren. In dieser Beziehung war man in der Kommission der Meinung, dass, wenn hier in einem oder anderen Falle sich herausstellen sollte, dass die Anstellung eines vollbesoldeten Arztes nicht das Richtige sei, das im Laufe der Zeit geändert werden könnte, da die Möglichkeit einer Versetzung und einer anderen Besetzung der Stelle offen bleibt.

Ich mache nun ferner darauf aufmerksam, dass an den Universitäten Königsberg, Breslau, Halle und Bonn ein etatsmässiges Extraordinariat für die Vertretung der gerichtlichen Medizin geschaffen werden soll, dessen Inhaber zugleich die Obliegenheiten des Gerichtsarztes des Bezirks wahrzunehmen hat, und weiter darauf, dass 15 Gerichtsärzte, entsprechend der Bestimmung des §. 9 des Gesetzes angestellt werden sollen. Alle diese Massnahmen haben die Billigung der Kommission erhalten.

Von der weiteren Befugniss, welche der §. 3 der Regierung an die Hand giebt, dass sie nämlich kreisärztliche Obliegenheiten an Kommunalbeamte (Stadtärzte) übertragen kann, beabsichtigt sie zunächst keinen Gebrauch zu machen; und auch nach dieser Richtung hin hat man sich in der Kommission nur zustimmend geäussert.

M. H., von den Kreisarztassistenten habe ich in dem Zusammenhange bereits gesprochen, dass diese als Gehülfen und als eine Vorstufe zum Kreisarzt gedacht werden. Ich möchte in dieser Beziehung noch hinzufügen, dass zwei Anfragen in der Kommission in Bezug auf die Kreisarztassistenten gestellt wurden. Die eine ging dahin, ob dieselben auch immer am Wohnorte des Kreisarztes ihren Wohnsitz haben sollten. Diese Frage ist von der Regierung verneint worden. Es wurde hervorgehoben, und zwar unter Zustimmung der Kommission, dass in manchen Fällen gerade dadurch, dass der Kreisarztassistent an einem anderen Wohnorte als demjenigen des Kreisarztes seinen Wohnsitz hätte, es sich ermöglichen würde, lokalen Wünschen Rechnung zu tragen. Es wurde namentlich der Fall in Betracht gezogen, wo zwei Kreise zusammengelegt werden; hier würde dann gelegentlich der Kreisarzt in dem einen, der Kreisarztassistent in dem anderen Kreise seinen Wohnsitz haben. Ferner ist auf eine Anfrage seitens der Königlichen Staatsregierung mitgetheilt worden, dass man im Allgemeinen beabsichtige, junge Aerzte als Kreisarztassistenten anzustellen.

M. H., ich gehe nunmehr über zu den Grundsätzen, welche die Königliche Staatsregierung für die Besoldung der Kreisärzte in Aussicht genommen hat, und bemerke hier vorweg, dass in der Kommission sehr leicht und schnell eine Verständigung über die Grundsätze erzielt worden ist, die die Königliche Staatsregierung in Bezug auf die Besoldung der vollbesoldeten Kreisärzte und die der Kreisarztassistenten festgelegt hat. Schwieriger gestaltete sich die

Frage wegen der Besoldung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte, die ja allerdings wohl das schwierigste Problem bei der ganzen Reform überhaupt darstellt.

Die vollbesoldeten Kreisärzte sollen nach den Vorschlägen der Königlichen Staatsregierung ein Gehalt bekommen von 3600 Mark bis 5700 Mark; sie sollen in 4 Stufen von 3 zu 3 Jahren bis zum Höchstgehalt aufsteigen. Sie werden gleichgestellt in Bezug auf die Besoldung den Kreisbauinspektoren, den Gewerbeinspektoren, Oberförstern und anderen Beamten. Innerhalb der Kommission war nun ein Antrag eingebracht worden, wonach das Höchstgehalt um 300 Mark höher bemessen werden möchte, also auf 6000 Mark. Die Mehrheit der Kommission hat sich diesem Antrage nicht angeschlossen, und der Antrag ist, da er auf Annahme in der Kommission keine Aussicht hatte, dann auch zurückgezogen worden. Die Mehrheit der Kommission hat sich bei ihrer Stellungnahme gegen diesen auf Erhöhung des Höchstgehalts gerichteten Antrag von der Erwägung leiten lassen, dass die Bemessung von 3600 bis 5700 M. eine völlig auskömmliche sei; sie hat es für richtig anerkannt, dass man diese Kreisärzte in eine der bestehenden Besoldungskategorien einrangirt, und nicht eine neue Kategorie schafft, und sie ist der Meinung, dass auch die Kategorie selbst in diesem Falle richtig gewählt worden ist. Sie hat dabei mit erwogen, dass gerade diese vollbesoldeten Staatsbeamten mehr wie irgend welche anderen Staatsbeamten in der Lage sind, neben ihrem Gehalt auch Nebeneinnahmen zu haben. Es ist ihnen nicht verwehrt eine konsultative Praxis, nicht die Uebernahme gewisser Nebenämter, ebenso wenig die gerichtsärztliche Thätigkeit. Das alles sind Beschäftigungen, aus denen sich für die vollbesoldeten Kreisärzte noch eine Steigerung ihres Einkommens ergeben wird. Um so weniger hat die Kommission geglaubt, der Anregung folgen zu sollen, welche über das Mass der Vorschläge der Königlichen Staatsregierung hinaus die Besoldung festsetzen wollte.

M. H., ich möchte nun im Zusammenhang hiermit gleich eines bemerken. In der publizistischen Erörterung der ganzen Reform, welche sich an das Bekanntwerden der Denkschrift angeknüpft hat, hat man ein Bedenken geäussert. Man hat gesagt, es sei doch hart, dass in dem Etat die ganzen vollbesoldeten Kreisärzte mit dem Mindestgehalt eingesetzt wären. Man sagte sich, unter diesen Aerzten würden sich doch manche befinden, die eine vielleicht lange Reihe von Jahren schon Kreisphysiker gewesen seien, die bereits ein höheres Lebensalter hätten, und demgegenüber erschien es unbillig, dass alle diese Herren, wie man glaubte, mit dem Anfangsgehalt angestellt werden sollten. Ich habe schon in der Kommission nach dieser Richtung eine Feststellung gemacht unter Zustimmung der Vertreter der Königlichen Staatsregierung und möchte sie hier wiederholen. Es handelt sich hier um einen Irrthum. Es ist ein etatsmässiger Grundsatz, den wir stets im ganzen Etat befolgt finden, dass, wenn neue Beamtenstellen eingeführt werden, deren Gehälter in dem ersten Etat stets mit dem Mindestgehalt eingestellt werden. Es präjudizirt das aber nicht der Frage, mit welchem Gehalt der Einzelne angestellt wird. Im ersten Jahre werden, wenn aus der Einrangirung der neu anzustellenden Beamten in die Altersstufen sich Erhöhungen gegen den Ansatz im Etat ergeben, diese im Wege der Etatsüberschreitung gedeckt. In den folgenden Jahren kommen dann die Verschiebungen in der üblichen Weise unter dem Vermerke „mehr oder minder nach dem Dienstalter“ zur Geltung in dem Etat. Nach den Erklärungen, die uns die Königliche Staatsregierung in Bezug auf diesen besonderen Punkt gegeben hat, liegt die Sache so, dass, wenn Kreisphysiker jetzt als vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden, sie nach dem von ihnen erworbenen Dienstalter angestellt werden. Die Bemängelung, die an diesen Punkt in der publizistischen Erörterung sich geknüpft hat, ist also eine unbegründete, von einem Irrthum ausgehende gewesen.

M. H., das ist dasjenige, was ich zur Besoldung der vollbesoldeten Kreisärzte zu sagen habe. Ich habe das noch hinzuzufügen, dass diese vollbesoldeten Kreisärzte neben dem ihnen zu gewährenden Gehalt den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der 5. Rangklasse beziehen werden. Ich hebe auch das noch hervor, dass die Gebühren, welche die vollbesoldeten Kreisärzte beziehen, im Gegensatz zu denen der nicht vollbesoldeten in die Staatskasse fliessen, so dass das Gehalt und der Wohnungsgeldzuschuss die gesammte Besoldung dieser betreffenden Beamten darstellt.

Ich gehe nun über zu der Besoldung der nicht vollbesoldeten

Kreisärzte und wiederhole, was ich bereits gesagt habe, dass dies der schwierigste Punkt der ganzen Reform ist. Ich möchte eines gleich vorausschicken. Es sind erhebliche Bedenken in der Kommission hervorgetreten gegen die Art und Weise, wie diese Besoldungsverhältnisse geregelt werden sollen. Nach mehreren Richtungen hin hat sich aber eine Abschwächung der zuerst erhobenen Bedenken ergeben, aber immerhin ist die Kommission doch der Meinung gewesen, dass es sehr schwer sei, ein Urtheil nach der Richtung abzugeben, ob denn die Sache wirklich nun definitiv so gutzuheissen wäre. Die Kommission hat aus dieser Erwägung heraus beschlossen, dem hohen Hause die Annahme einer Resolution zu empfehlen, welche darauf hinausgeht:

„Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in Verbindung mit dem nächstjährigen Etat eine ausführliche Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes vom 16. September 1899 vorzulegen und bis dahin erneut zu prüfen, ob die in dem diesjährigen Etat festgesetzten Besoldungs- und sonstigen Bezüge der Kreisärzte zweckmässig geregelt sind."

M. H., in Bezug auf die Besoldung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte möchte ich zunächst im Gegensatz zu der Besoldung der vollbesoldeten Kreisärzte das Eine hervorheben. Während, wie ich mir bereits zu bemerken erlaubte, die aus der amtlichen Thätigkeit sich ergebenden Gebühren bei den vollbesoldeten Kreisärzten in die Staatskasse fliessen, sollen sie den nicht vollbesoldeten Kreisärzten verbleiben; die von ihnen in dieser Weise bezogenen Gebühren sollen eine Ergänzung ihres dienstlichen Einkommens bilden und zwar auch nach der Richtung, dass sie nach einem dreijährigen Durchschnitt der Berechnung des pensionsfähigen Einkommens zu Grunde gelegt werden. Nun haben wir aus den Mittheilungen der Königlichen Staatsregierung entnommen, dass der Betrag der Gebühren in den einzelnen Kreisen ein sehr verschiedener ist. Es soll Kreise geben, in denen ein ausserordentlich hoher Betrag an Gebühren einkommt, und wieder andere Kreise, wo der Gebührenbetrag ein sehr geringer ist. Die Königliche Staatsregierung hat nun die Absicht bekundet, das feste Gehalt dieser nicht vollbesoldeten Kreisärzte hauptsächlich mit Rücksicht auf die verschiedene Höhe der Gebühren verschieden zu bemessen. Diese Verschiedenheit der Gebühreneinnahme ist von der Königlichen Staatsregierung als ein Hauptgrund angeführt worden dagegen, dass das Gehalt einheitlich festgesetzt werden sollte, und als ein Hauptgrund ferner gegen die Anregung, die in der Kommission hervortrat, Altersstufen einzuführen. Es ist richtig, wenn man einen dieser beiden Wege einschlägt, also entweder einheitlich — wie es jetzt mit der Besoldung der Kreisphysiker ist, die 900 Mark bekommen ohne Rücksicht auf sonstige Umstände — das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte festsetzt oder sagt: es soll zwar nicht einheitlich für die ganze Dauer seines Amtes gleich sein, sondern je nach der verschiedenen Amtsdauer verschieden hoch bemessen werden, je nach den Dienstjahren, dann entsteht auf alle Fälle die Konsequenz, dass dann, je grösser oder geringer die Gebühren in einem Kreise sind, das dienstliche Einkommen der Kreisärzte ein ausserordentlich verschiedenes ist. Und wenn die Königliche Staatsregierung sagte, dass es in solchen Fällen in manchen Kreisen kaum möglich sein würde, eine geeignete tüchtige Kraft für das Kreisarztamt zu gewinnen, so hat die Mehrheit der Kommission sich der Anerkennung dieser Thatsache nicht verschliessen können.

Ich möchte nun in diesem Zusammenhange auf die Bedenken eingehen, welche bei der Erörterung dieser Angelegenheit in der Oeffentlichkeit sich herausgestellt haben und die ja auch in der Kommission naturgemäss ihren Ausdruck fanden, weil es Betrachtungen sind, die sich Jedem, der die Sache nicht ganz genau kennt, aufdrängen. Nach dem, was in der Denkschrift gesagt worden ist, dass nämlich nach den Gebühren und den ganzen sonstigen örtlichen Verhältnissen die Regierung das Fixum des Gehalts verschieden bemessen wolle, sagte man sich, dass das doch zu ganz ausserordentlichen Konsequenzen führen müsse, und dass doch die Regierung sich ja da eigentlich etwas ganz Unmögliches zur Aufgabe stelle. Man sagte sich: wie kann man von Berlin aus, gewissermassen vom grünen Tisch, alle diese örtlichen Verhältnisse so beurtheilen, dass man sagt, sie sind so, dass in dem einen Falle ein Kreisarzt diesen, in dem anderen jenen Betrag u. s. w. bis hinauf zu der im Etat stehenden höchsten Summe von 4200 Mark Gehalt bekommen soll. Diese Erwägungen mussten sehr nahe liegen, und namentlich musste folgende Erwägung sich auch ergeben. Man sagt sich: wenn alle örtlichen Verhältnisse in Betracht gezogen

werden, dann beabsichtigt die Regierung doch jedenfalls auch mit zu berücksichtigen, ob in seinem Kreise der Kreisarzt Gelegenheit zu einer guten oder weniger guten Praxis hat, und auch die Gelegenheit zur Uebernahme von Nebenämtern — ich denke namentlich an die Anstellung als Kassenarzt —, und dann wird eine grosse Ungerechtigkeit entstehen. Man sagte sich: wird ein Arzt deshalb, weil er eine grosse Praxis hat, weil er Kassenarzt in grossem Umfange ist, entsprechend geringer mit dem Fixum bedacht, dann wird er ungünstiger stehen, je älter er wird. Denn mit den Jahren schwindet seine Arbeitskraft, die amtlichen Anforderungen bleiben die gleichen; er wird neben der amtlichen Thätigkeit von Jahr zu Jahr weniger in der Lage sein, sich derartige Nebeneinnahmen zu verschaffen; er wird dann immer ungünstiger stehen, und am schlimmsten bei der Pensionirung. Weil er zu Anfang seiner Thätigkeit ein sehr grosses Einkommen hatte, wird um so kleinerer die Pension sein, bei der ja alle diese Nebeneinnahmen, die zur Herabdrückung des festen Gehalts geführt haben, bei der Pensionirung nicht in Betracht kommen.

M. H., dieses Bedenken musste sich ergeben, wenn man lediglich die uns zuerst mitgetheilte Denkschrift vor sich sah. Wir haben ja in den ärztlichen Fachzeitschriften, in politischen Zeitungen der verschiedensten Richtungen nach dieser Seite hin verschiedene Betrachtungen gelesen, deren Berechtigung man sich eben nicht verschliessen konnte. Ich sagte nun vorhin, dass nach mancher Richtung hin die Bedenken, mit denen man an die ganze Sache herangetreten ist, sich wesentlich gemildert haben, und hier komme ich nun auf den Hauptpunkt, wo unsere Bedenken doch sehr wesentlich abgeschwächt worden sind. Die Regierung hat erklärt, dass bei der Bemessung des Fixums ganz ausser Betracht bleiben sollen alle die Nebeneinnahmen, die mit dem Amt in keiner unmittelbaren Beziehung stehen. Ob ein Arzt Gelegenheit zur Privatpraxis hat, ob er Kassenarzt in grösserem oder geringerem Umfange ist, ob er Impfarzt ist u. s. w., das sind alles Dinge, die gar nicht mit in Betracht gezogen werden sollen. Es solle bei der Art und Weise, wie die Regierung den Kreisarzt verschieden besolden will, auf diese Dinge gar keine Rücksicht genommen werden, sondern massgebend sollen hauptsächlich sein die Gebühren, und hier, wie gesagt, ist anzuerkennen, dass die Voraussetzungen für die Verschiedenheit der Gehälter richtige sind. Daneben aber ergab sich dann, dass auch die Theuerungsverhältnisse des Ortes mit in Betracht gezogen werden sollten. In Berücksichtigung also der grösseren oder geringeren Gebühren, und der Theuerungsverhältnisse des Ortes, wo der Kreisarzt wohnt, beabsichtigt die Staatsregierung, das ihm zu gewährende Gehalt verschieden zu bemessen. Diese Bemessung aber soll nach dem betreffenden Etatstitel in der Weise erfolgen, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte ein Gehalt bis zum Höchstbetrage von 4200 Mark und im Durchschnitt ein solches von 2250 Mark bekommen sollen. Die in den Etat eingestellte Summe selbst ergiebt sich aus der Multiplikation der Kreisarztstellen mit dem Durchschnittsbetrage von 2250 Mark.

Nun wurde von uns in der Kommission die Regierung gebeten, sie möchte sich darüber erklären, wie sie innerhalb dieses sehr grossen Raumes bis zu 4200 Mark sich denn nun die Besoldung denke. Es wurde von mir als Berichterstatter gleich vorausgeschickt, dass wir einen so grossen Spielraum doch unmöglich genehmigen könnten. Bisher hat jeder Kreisphysikus seine 900 Mark, daran kann nicht gerüttelt werden. In Zukunft sollte nach oben eine Grenze sein, nämlich 4200 Mark, ein Mindestsatz war aber nicht in Aussicht genommen. Und da haben wir den Vertretern der Staatsregierung von vornherein keinen Zweifel daran gelassen, dass wir eine derartige Fassung des entsprechenden Etatstitels dem Hause nicht würden vorschlagen können, dass wir ein so grosses diskretionäres Ermessen nicht glaubten der Medizinalverwaltung eröffnen zu sollen; wir sagten, dass es nothwendig sein würde, ebenso wie die Höchstsumme festgesetzt werden sollte, jedenfalls auch einen Mindestbetrag im Etat zum Ausdruck zu bringen, zur Einschränkung des Spielraums. Nun hat auf unsere Frage, wie sie denn innerhalb dieses grossen Raumes die Gehälter festzusetzen gedenke, die Regierung folgende Auskunft gegeben: Weniger als 1800 Mark soll kein Kreisarzt bekommen; die meisten Kreisärzte sollen 2100 Mark bekommen. Unter den Betrag von 2100 Mark will man da heruntergehen, wo die Gebühren eine

ganz besonders grosse Höhe erreichen, und das ist ja auch nur zu billigen. Dann sollen noch eine Anzahl von Kreisärzten 2400 Mark bekommen, einige sehr wenige 2700 Mark, und — damit ist die Sache so ziemlich am Ende — 13 Kreisärzte sollen 3000 Mark bekommen und mehr als 3000 Mark kein Kreisarzt. Im Einzelnen sind die Ziffer folgende: für die Klasse 1800 Mark sind in Aussicht genommen 58 Stellen, für die Klasse 2100 Mark 290 Stellen, für die Klasse 2400 Mark 95 Stellen, für die Klasse 2700 Mark 22 Stellen, für die Klasse 3000 Mark 13 Stellen, und daneben sollen die 15 Gerichtsärzte 2600 M. bekommen, und zwar aus dem Grunde, weil die Gerichtsärzte an Gebühren nur gerichtliche Gebühren beziehen, und diese, abgesehen von Leichenöffnungsgebühren, nicht pensionsfähig sind. Damit, dass die Gerichtsärzte anders behandelt werden, hat sich die Kommission von vornherein einverstanden erklärt.

Was nun die Einrangirung der einzelnen Stellen in die von mir mitgetheilten verschiedenen Klassen anbetrifft, so lege ich zunächst Gewicht darauf, dass ich gesagt habe: die einzelnen Stellen, nicht die einzelnen Aerzte. Denn hier ist wieder ein Punkt, wo, wie ich vorhin bereits sagte, unsere Bedenken erheblich abgeschwächt worden sind. Nach dem, was man zunächst glaubte, als Absicht der Staatsregierung annehmen zu sollen, vermuthete man, dass, wenn gesagt wird, bis 4200 Mark, im Durchschnitt 2250 Mark solle der Kreisarzt bekommen, der einzelne Arzt für seine Person einen Anspruch auf eine bestimmte Summe innerhalb dieses Zwischenraumes überhaupt nicht haben solle, sondern dass dieses für die Person des einzelnen Arztes jeder Zeit dem diskretionären Ermessen der Regierung vorbehalten bleiben solle. M. H., nach der Richtung sind uns Erklärungen abgegeben worden seitens der Vertreter der Staatsregierung, welche dieses Bedenken als ein ungerechtfertigtes erscheinen lassen. Es ist ausdrücklich gesagt: nicht für die einzelne Person, sondern für die Stelle wird dieser oder jener Betrag ausgesetzt, und wenn einmal ein Kreisarzt angestellt worden ist in dem und dem Kreise mit dem und dem Gehalt, seien es nun 1800, 2100, 2400 Mark u. s. w., so hat er dann auf Grund seiner Anstellungsurkunde, so lange er in diesem Kreise Kreisarzt ist, einen festen Anspruch auf diesen Betrag, der ihm nicht genommen werden kann. M. H., da muss man bereitwillig anerkennen, dass dann das diskretionäre Ermessen allerdings wesentlich eingeschränkt ist. Es besteht darin, dass bei der Anstellung eines Kreisarztes die Regierung die Freiheit hat, seine Stelle so oder so einzurangiren. Ist das aber geschehen, dann hat der Mann seinen festen Anspruch. Eine Herabsetzung des Gehalts kann nur erfolgen, wenn die Stelle vakant wird, sei es durch den Tod oder die Pensionirung oder durch Versetzung des Kreisarztes. Dass in diesem Falle dann erwogen wird, ob eine anderweitige Bemessung des für die Kreisarztstelle früher ausgeworfenen Betrages sich empfiehlt, das wird man nur billigen können.

M. H., ich sagte, dass die Regierung bei der Einrangirung der einzelnen Kreisarztstelle in eine der von mir mitgetheilten Klassen erklärt hat, dass die örtlichen Verhältnisse und die Einkommensverhältnisse dabei zu Grunde gelegt werden sollten. In Bezug auf die Einkommensverhältnisse hat sie aber ausdrücklich erklärt, dass hier nur die Gebühren in Betracht kommen sollen, und zwar diejenigen Gebühren, die bei einer vollbesoldeten Kreisarztstelle in die Staatskasse fliessen würden, dem nicht vollbesoldeten Kreisarzt aber verbleiben. Es ist nun gefragt worden, wie hoch denn nun die Gebühren im Durchschnitt wären. Darauf ist geantwortet, dass nach den vorliegenden Berechnungen der Durchschnitt ungefähr 2000 Mark betrage, und dieser Satz von 2000 Mark ist auch in dem entsprechenden Einnahmetitel des Etats vorgesehen, in dem die Einnahmen des Staates aus Gebühren in den 15 Orten, wo vollbesoldete Kreisärzte angestellt sind, verrechnet werden.

M. H., ich habe eben schon gesagt, dass wir von vornherein in der Kommission der Staatsregierung erklärten, eine derartige Latitüde unmöglich bei dem Hause befürworten zu können, dass der Mindestsatz überhaupt ganz offen bliebe, eigentlich also bis auf eine Mark herunterginge; die Einstellung eines Mindestsatzes würde unter allen Umständen von uns nöthig gehalten und dem Hause vorgeschlagen werden. Nachdem die Staatsregierung erklärt hatte, dass weniger als 1800 Mark kein Kreisarzt bekommen solle, haben wir eine Aenderung des Textes des entsprechenden Etatstitels in der Weise vorgenommen, dass wir die Worte „mindestens 1800 Mark“ eingeschaltet haben.

Das Wort „bis“, das in dem Antrage sich befindet, ist irrthümlich hineingekommen; ich werde nahher, wenn wir an den betreffenden Titel kommen, dessen Streichung beantragen. Der Wortlaut im Etat soll heissen: „mindestens 1800 Mark, höchstens 4200 Mark, im Durchschnitt 2250 M.“

Es hätte ja auch noch zur Frage kommen können, ob man den Satz von 4200 Mark überhaupt stehen lassen solle, nachdem die Regierung erklärt hatte, dass ein Kreisarzt mehr als 3000 Mark überhaupt nicht bekommen soll, und nur die Gerichtsärzte, die in demselben Etatstitel stehen, 3600 Mark. Diese hohe Summe von 4200 Mark hat ja das Eine gegen sich, dass sie unberechtigte Hoffnungen erweckt, dass ein Arzt sich möglicherweise sagt: „du kannst als Kreisarzt vielleicht 4200 Mark bekommen“, und gar nicht weiss, dass er niemals im Leben daran zu denken hat. Wir haben aber die Summe von 4200 Mark geglaubt stehen lassen zu sollen, weil uns gesagt wurde, es könnte doch ein ganz experimenteller Fall einmal vorkommen, wo die Verhältnisse so wären, dass es ohne einen so hohen Gehaltsbetrag überhaupt keine Möglichkeit gäbe, einen Arzt zu bekommen, nämlich wo die Gebühren so gering wären, dass sie als Kompletirung des Gehalts gar nicht in's Gewicht fallen. Die Regierung bat deshalb, den Satz von 4200 Mark stehen zu lassen, und dem sind wir nicht weiter entgegengetreten.

M. H., ich sagte, unsere Bedenken wegen eines allzu grossen diskretionären Ermessens seien abgeschwächt worden, und diejenigen Momente, welche zu dieser Abschwächung geführt haben, habe ich mir erlaubt, Ihnen vorzutragen. Die Regierung hat gesagt, sie wolle gar nicht alle örtlichen Verhältnisse, die vielleicht in Betracht kommen könnten, hier mit berücksichtigen — und das wäre ja ein Unding und würde zu Ungerechtigkeiten führen —, sondern sie will nur die Einkommensverhältnisse berücksichtigen, wobei unter Einkommen neben dem Gehalt nur die Gebühren verstanden werden und ausserdem noch die Theuerungsverhältnisse des Ortes. Dieser Gesichtspunkt bildet den Zusammenhang zwischen der Art, wie die Regierung diese Materie zu ordnen beabsichtigt, und dem in der Kommission hervorgetretenen Wunsche, dass den nicht vollbesoldeten Kreisärzten der Wohnungsgeldzuschuss ebenso gewährt werden möchte wie den vollbesoldeten. Denn wenn diesen Aerzten der Wohnungsgeldzuschuss gewährt wird, dann scheidet dieses immerhin noch vorhandene Moment aus den Bedenken in Bezug auf das diskretionäre Ermessen auch noch aus; dann vermindern sich die Bedenken nach dieser Richtung noch wesentlich. Das ist die eine Erwägung, die hier in Betracht kommt. Auf eine andere Erwägung, die der Anregung, den Wohnungsgeldzuschuss zu gewähren, zu Grunde lag, werde ich gleich kommen.

Zunächst schicke ich voraus, dass der Antrag, den nicht vollbesoldeten Kreisärzten denselben Wohnungsgeldzuschuss wie den vollbesoldeten zu gewähren, von zwei verschiedenen Seiten in der Kommission ausgegangen war, dass ein Widerspruch gegen diese Anregung in der Kommission überhaupt nicht hervorgetreten ist, dass der Antrag von Vertretern der Staatsregierung allerdings entschieden bekämpft ist, und dass die Resolution, welche im Verfolg dieser Anregung die Kommission angenommen hat, einstimmig von der Kommission gefasst worden ist. Diese Resolution geht dahin:

> „Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, einen Nachtrag zum Entwurf des Staatshaushaltsetats für das Jahr 1901 einzubringen, durch welchen der Fonds in Kap. 125 Tit. 3 des Etats des Ministeriums der geistlichen u. s. w. Angelegenheiten um denjenigen Betrag erhöht wird, der erforderlich ist, um den nicht vollbesoldeten Kreisärztenden Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der fünften Rangklasse eventuell nach vorheriger entsprechender Aenderung des Kreisarztgesetzes zu gewähren.“

Ueber diesen Punkt hat eine sehr eingehende Diskussion in der Kommission stattgefunden. Diejenigen Mitglieder der Kommission, welche die Anregung dazu gegeben hatten, dass nach dieser Richtung eine Ergänzung der Bezüge der nicht vollbesoldeten Kreisärzte eingeführt werden möchte, haben in den Vordergrund ihrer Erwägungen gestellt, dass es ihnen darauf ankäme, das neu in's Leben tretende Institut der Kreisärzte — und der Hauptsache nach handelt es sich doch eben um nicht vollbesoldete — so zu gestalten, dass die grossen Hoffnungen, die an die ganze Reform geknüpft worden sind, möglichst in Erfüllung gehen, dass ein möglichst gutes Material für diese Stellen gesichert werden möchte. Sie haben nun gesagt, die Frage des Wohnungsgeldzuschusses

habe zunächst eine pekuniäre Bedeutung: man wolle sie möglichst gut stellen, um möglichst gute Kräfte haben zu können. Aber es wurde von den Herren ausdrücklich erklärt, dass diese pekuniäre Rücksicht für sie durchaus nicht die Hauptsache und die ausschlaggebende sei; für sie sei ein anderes Moment von grösserer Wichtigkeit, und die Herren, die die Sache angeregt haben, haben folgenden Gedankengang entwickelt. Sie haben gesagt, dass das Wohnungsgeldzuschussgesetz von 1873 in seinem §. 7 Folgendes bestimmt:

„Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf die gesandtschaftlichen Beamten, sowie auf Beamte in Dienststellungen, wie sie im §. 5 des Gesetzes vom 27. März 1872 bezeichnet sind."

Es werden also als diejenigen Kategorien von Beamten, welche keinen Wohnungsgeldzuschuss bekommen sollen, in dem Gesetz von 1873 hingestellt einerseits die gesandtschaftlichen Beamten und andererseits die in §. 7 des Pensionsgesetzes bezeichneten. Und nun haben sie gesagt: der §. 5 dieses Pensionsgesetzes vom 27. März 1872 bestimmt Folgendes:

„Beamte, deren Zeit und Kräfte durch die ihnen übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen oder die, welche ausdrücklich auf eine bestimmte Zeit oder nur für ein vorübergehendes Geschäft angenommen werden, erwerben keinen Anspruch auf Pension nach den Bestimmungen dieses Gesetzes."

Es sollen also diejenigen Beamten von dem Recht auf Pension ausgeschlossen werden, deren Zeit und Kräfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden durch die ihnen übertragenen Geschäfte, oder welche ausdrücklich nur auf eine bestimmte Zeit oder ein bestimmtes Geschäft angenommen werden. Die letzteren beiden Momente kommen ja hier nicht in Betracht; es konzentrirt sich die Sache auf die Bestimmung, dass keine Pension und in Folge dessen keinen Wohnungsgeldzuschuss diejenigen Beamten bekommen sollen, deren Zeit und Kräfte durch die ihnen übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden. Und da haben die Herren gesagt: sind die Beamten, deren ganze Besoldungsverhältnisse wir jetzt grundsätzlich zu regeln berufen sind, solche, von denen wir sagen können: ihre Zeit und ihre Kräfte sollen durch diese amtlichen Befugnisse nur nebenbei in Anspruch genommen werden? Die Herren haben gesagt, diese Frage zu bejahen, bedeute so viel, als dass die ganze Reform doch mehr oder weniger ein Schlag in's Wasser wäre. Wenn man das ausdrücklich gesetzlich anerkennt: die Kreisärzte haben die ihnen übertragenen Befugnisse nur nebenbei auszuführen, dann muss man auch die logische Konsequenz ziehen, dass ihre Privatpraxis die Hauptsache ist, und nur so weit diese ihnen Zeit lässt, brauchen von ihnen die ihnen übertragenen amtlichen Befugnisse ausgeübt werden.

Die Vertreter dieses Antrages legten das allergrösste Gewicht auf diese nicht pekuniäre Seite der Sache. Es ist daraufhin seitens der Vertreter der Staatsregierung hingewiesen worden auf die Begründung, die das Kreisarztgesetz enthält, und es ist richtig, dass in den Motiven des Kreisarztgesetzes am Ende des einen Paragraphen gesagt wird: die Kreisärzte gehörten zu diesen Beamten, und in den Verhandlungen, die hier im Plenum damals beim Kreisarztgesetz geführt worden sind, an denen ich mich auch betheiligt habe — ich erinnere mich dessen genau —, ist die Sache allerdings nicht berührt worden; man ist darüber hinweggegangen.

Es ist nun von den Herren Antragstellern gesagt: die Thatsache, dass in den Motiven eines Gesetzes dies oder das gestanden hat, dass wir an sich nicht für richtig halten, berührt das Abgeordnetenhaus absolut nicht; das kann uns nicht dazu bringen, jetzt etwas gutzuheissen, was wir aus sachlichen Erwägungen heraus nicht für richtig halten. Es wurde gesagt, es wäre allerdings richtiger gewesen, wenn man beim Kreisarztgesetz selber die Sache monirt und erklärt hätte, dass man das nicht wollte; da das damals aber nicht geschehen sei, wäre es durchaus nicht zu spät, das jetzt zu thun. Sie sagten, dass, wenn das überhaupt einmal geschehen sollte, jetzt der einzige Zeitpunkt sei, wo es geschehen könne. Sie sagten: jetzt organisiren wir die Sache so, wie sie hoffentlich Jahrzehnte hindurch segensreich bestehen soll; wenn wir jetzt durch eine prinzipielle Beschlussfassung diese Sachen nicht regeln, dann ist das später sehr schwer wieder gut zu machen. Sie verglichen diese Materie mit einer ganzen Reihe von anderen Materien bei dieser Reform, von denen sie

sagten: wenn sie in diesem Jahre nicht geregelt werden, dann kann das später immer noch gemacht werden. Es wird aus den Erfahrungen, die man nach Inkrafttreten des Gesetzes sammeln wird, sich dieses oder jenes noch ergeben, wo man vielleicht Aenderungen vornehmen könnte; dies ist aber ein prinzipieller Punkt. Wenn hier einmal der Auffassung der Regierung stattgegeben wird, dann tritt die Konsequenz ein, dass dokumentirt wird, dass das ganze Institut, das wir mit Zuhülfenahme grosser Staatsmittel jetzt neu gestalten, nicht den Zweck erfüllt, den nach der Auffassung der Herren die ganze Sache haben soll; das aber geschieht, wenn wir erklären, dass die Privatpraxis die Hauptsache sein soll und die amtlichen Befugnisse die Nebensache. Es wurde von diesen Herren immer wieder darauf hingewiesen, aus welchen Gründen man denn seiner Zeit die Erlaubniss der Privatpraxis beschlossen hat. Ich habe das bereits bei meinen einleitenden Bemerkungen gestreift und möchte jetzt in diesem Zusammenhange darauf nochmals zurückkommen. Es wurde gesagt: wenn man dem Kreisarzt die Privatpraxis gestatten will, so soll das nicht den Zweck haben, die Sache für den Staat billiger zu machen, indem man ihm andere Einnahmen eröffnet und darum der Staat weniger zu geben braucht, sondern man hat gewollt, dass der Kreisarzt deshalb Privatpraxis treiben soll, weil er durch Berührung mit dem praktischen Leben seine amtlichen Befugnisse besser ausüben kann. Die Privatpraxis sollte ein Hülfsmittel sein zur Erreichung der Hauptsache, zur besseren Gestaltung seiner amtlichen Thätigkeit. Das, meinten die Herren, wäre ihre Meinung und, wie sie glaubten, die Meinung des ganzen Hauses gewesen, dass aus diesen Gründen heraus, nicht aus Ersparnissrücksichten, dem Kreisarzt die Privatpraxis gestattet worden sei, und sie meinten, eben dass mit dieser prinzipiellen Auffassung der Sache es nun einmal nicht im Einklang stände, wenn man jetzt durch Versagung des Wohnungsgeldzuschusses dokumentirte, dass die Kreisärzte bloss im Nebenamt beschäftigt würden.

Von Seiten der Staatsregierung wurde dem entgegengehalten, dass, wenn man dem Kreisarzt den Wohnungsgeldzuschuss gewähren würde, dies mit den Absichten in Widerspruch stände, die, wie sich aus den Motiven ergäbe, bei Berathung des Kreisarztgesetzes auf Seiten der Regierung bestanden hätten, und es würde die Durchbrechung eines Prinzips sein, das gewisse Konsequenzen haben könnte. M. H., von den Mitgliedern der Kommission wurde darauf erwiedert, dass von der Durchbrechung eines Prinzips und von Konsequenzen bei anderen Beamtenklassen aus dem Grunde wohl kaum die Rede sein könne, weil ja das Kreisarztgesetz ausdrücklich den Kreisärzten die Pension zuspricht. Ich erlaubte mir vorhin die beiden Paragraphen des Wohnungsgesetzes und des Pensionsgesetzes nebeneinander in ihrem Wortlaut festzustellen, und da liegt die Sache ja so, dass das Wohnungsgeldzuschussgesetz nur auf das Pensionsgesetz Bezug nimmt, und diejenigen Beamten Wohnungsgeldzuschuss haben sollen, welche Pension haben. Nun steht im Kreisarztgesetz, dass der Kreisarzt, auch der nicht vollbesoldete, Pension bekommen soll. Da meinten die Herren, es wäre keine Durchbrechung des Prinzips, sondern im Gegentheil ein Festhalten am Zusammenhange zwischen Pensions- und Wohnungsgeldzuschussgesetz, wenn man die Konsequenz zöge und sagte: ebenso wie sie die Pension bekommen, sollen sie nun auch den Wohnungsgeldzuschuss bekommen. M. H., es haben sich hier Ansicht gegen Ansicht gegenübergestanden, nicht, wie ich betone, innerhalb der Kommission, sondern seitens der Kommission auf der einen Seite und der Vertreter der Staatsregierung auf der anderen Seite. Die Kommission hat die Bedenken, die von seiten der Staatsregierung geäussert wurden, für nicht so wesentlich gehalten, dass deshalb die Anträge abzulehnen wären. Die beiden vorliegenden Anträge wurden zu einem Antrag verschmolzen, und dieser Antrag wie er jetzt dem Hohen Hause vorliegt, ist in der Kommission einstimmig angenommen worden. Es ist eine besondere Einschaltung in diesem Antrage noch vorgenommen worden. Man hat gesagt: „eventuell nach Abänderung des Kreisarztgesetzes“. Diese Einschaltung sollte den Zweck haben, einem formaljuristischen Bedenken Rechnung zu tragen, das von seiten der Vertreter der Königlichen Staatsregierung erhoben wurde. Die Herren meinten, mit dem Wortlaute des Kreisarztgesetzes sei es nicht zu vereinigen, wenn man den Wohnungsgeldzuschuss gewähren wollte. Darauf wurde von den Mitgliedern der Kommission gesagt: wenn wir an sich eine Sache für richtig halten, dann könne ein solches formales Bedenken uns nicht hindern, die Sache zu machen; die Frage, ob eine Abänderung des Kreisarztgesetzes nothwendig oder nicht

nothwendig sei, wäre eine juristische Frage, über die man sich in der Kommission den Kopf gar nicht zu zerbrechen brauche, das möge die Staatsregierung thun; wenn an die Ausführung der Sache herangegangen würde, könnte sie ja eine Abänderung des Gesetzes beantragen, falls die juristischen Erwägungen dahin führten, dass es mit dem jetzigen Wortlaute des Gesetzes nicht ginge; wenn das Haus beschliessen sollte, den Wohnungsgeldzuschuss den Kreisärzten zu gewähren, dann würde es auch die Konsequenz ziehen und einem derartigen Antrage der Regierung Folge leisten.

M. H., das sind die Ausführungen, die ich im Allgemeinen über die Besoldung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte zu machen habe, und ich möchte auf das zurückkommen, was ich am Eingang meiner Ausführungen sagte, dass in der Kommission die erheblichen Bedenken, mit denen man im Einklang mit den in der Presse und den Fachzeitschriften geäusserten Anschauungen an die Sache herangetreten wäre, zu einem grossen Theile durch die Erklärungen, die uns im Laufe der Diskussion gegeben wurden, gemildert und auch zum Theil beseitigt worden seien. Immerhin aber blieb die Auffassung in der Kommission doch massgebend, dass ein wirklich abschliessendes Urtheil über die ganze Art und Weise, wie diese Sache geregelt werden soll, heute kaum möglich ist. Man sagte sich: wir erkennen wohl an, dass ein gewisses freies Ermessen der Regierung nothwendig ist, wenn die Zwecke, die sie mit unserer Billigung als die erstrebenswerthen hingestellt hat, erreicht werden sollen. Ob dies aber auch wirklich in einer uns konvenirenden Weise erreicht werden wird, dass ist eine Frage, die immerhin doch noch einem Zweifel unterliegen kann. Aus diesem Grunde hat dann die Kommission es für zweckmässig erachtet, dem Hause vorzuschlagen, die Zustimmung zu dieser Regelung in die Form eines Provisoriums zu kleiden und zu sagen: wir sind zur Zeit nicht in der Lage, etwas Besseres vorzuschlagen, die Sache kann sehr gut so gehen, es kann sich aber auch herausstellen, dass wir jetzt über's Jahr mit erheblichen Klagen über die Ausführung kommen. Darum war es die Ansicht der Kommission, dass es doch recht zweckmässig wäre, wenn uns über's Jahr eine ausführliche Denkschrift seitens der Staatsregierung mitgetheilt würde über die ganze Art und Weise, wie sie von den ihr hier zu übertragenden Befugnissen dann Gebrauch gemacht haben würde, über die ganze Ausführung dieser Materie, namentlich auch zu dem Zweck, dass dann die Möglichkeit für das Abgeordnetenhaus geschaffen würde, jetzt über's Jahr diese Frage noch einmal aufzurollen und demjenigen, was als bedenklich bei der Sache sich herausgestellt haben würde, abzuhelfen. Aus diesen Erwägungen heraus schlägt die Kommission dem Hohen Hause die Annahme einer Resolution vor, die darauf hinausgeht, dass in Verbindung mit dem nächsten Etat eine ausführliche Denkschrift über die ganze Ausführung der Sache uns mitgetheilt werden möchte, und die weiter darauf hinausgeht, dass in der Zwischenzeit die Regierung prüfen möchte, ob die hier von ihr in Aussicht genommenen und von uns provisorisch zu billigenden Besoldungsgrundsätze sich als richtig erwiesen haben oder nach dieser oder jener Richtung einer Ergänzung bedürfen würden.

M. H., auf das, was ich eben mitgetheilt habe, beschränke ich mich in Bezug auf die Besoldung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte, die ja, wie ich bereits mittheilte, in der Kommission den Hauptgegenstand und den schwierigsten Theil der Diskussion gebildet hat.

Was die Kreisassistenten und deren Besoldung anbetrifft so hat die Regierung einen Durchschnittssatz von 1200 M. und einen Höchstsatz von 1800 M. im Etat eingestellt. Auch hier war ebenso wie bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten der Mindestsatz offen gelassen worden, und auch hier wurde von uns der Staatsregierung erklärt, dass wir die Feststellung eines Mindestsatzes für dringend nothwendig hielten. Es wurde dann gesagt, dass unter einen Mindestsatz von 900 M. die Regierung in keinem Falle herunterzugehen beabsichtige, dass sie zunächst aber versuchsweise in jedem Fall den Betrag von 1200 M. zu gewähren beabsichtige. Es wurde dann diesen Erklärungen der Regierung entsprechend und im Einverständnisse mit den Herren Vertretern der Staatsregierung eine Abänderung des Textes im Etat nach der Richtung vorgenommen, dass der Mindestsatz von 900 M. eingestellt wurde, so dass also die Kreisarztassistenten mindestens 900 M. und höchstens 1800 M. Gehalt bekommen, im Durchschnitt 1200 M.

M. H., ich komme dann noch zu sprechen auf die Amtsunkostenentschädigung. Nach dem Etat sollen die vollbesoldeten Kreisärzte zur Deckung der Amtsunkosten, worunter verstanden wird die Haltung eines Sprechzimmers, die Besorgung der Bureaubedürfnisse, die Annahme von Schreibhilfen, die Einrichtung einer Registratur, die Unterhaltung der Apparate, Instrumente u. s. w., eine Amtsunkostenentschädigung erhalten, welche bei den vollbesoldeten durchschnittlich 750 M. und höchstens 1000 M. und bei den nicht vollbesoldeten durchschnittlich 250 M. und höchstens 750 M. beträgt. M. H., hier wurde zunächst angeregt, ob es nicht zweckmässig sei, ebenso wie bei den Gehältern einen Mindestsatz festzustellen. Hier hat aber die Kommission geglaubt, von diesem Gedanken Abstand nehmen zu sollen. Erstens sind die Verhältnisse ja thatsächlich sehr verschiedene, und zweitens haben wir derartige Unkostenentschädigungen auch bei anderen Beamten, ohne dass dort ein Mindestsatz angesetzt ist. Man hat geglaubt, dass es das Richtigste wäre, die Sache so zu behandeln, wie in anderen Stellen, und hat von Einführung eines Mindestsatzes Abstand genommen. Anderseits lag hier ein Antrag vor, welcher auf eine wesentliche Steigerung der Amtsunkostenentschädigung hinausging; der Durchschnittssatz sollte bei den vollbesoldeten Kreisärzten von 750 M. auf 1000 M. und bei den nicht vollbesoldeten von 250 M. auf 500 M. erhöht werden. M. H., dieser Antrag ist aber zurückgezogen worden, da sich Aussicht auf Annahme in der Kommission nicht ergab; man glaubte, dass das eine Frage sei, die prinzipiell zu lösen heute gerade nicht nothwendig sei; es würde ja für diesen Punkt des Etats in jedem späteren Jahre die Möglichkeit einer Erhöhung obwalten. Man hat deshalb diese Materie nicht als eine besonders wichtige und grundsätzliche angesehen, und daraufhin wurde der Antrag, wie gesagt, zurückgezogen mit der Motivirung, dass die dem Hause vorzulegende Resolution, welche auf eine Prüfung der ganzen Bezüge, nicht bloss der Gehälter, sondern aller Bezüge — und dazu gehören auch die Amtsunkostenentschädigungen —, hinausgeht, wiederum die Möglichkeit eröffnet, dass wenn die Sätze nicht ausreichen sollten, ihre Erhöhung in späteren Jahren eintreten könnte.

M. H., einen wichtigen Punkt in den Verhandlungen der Kommission hat dann noch die Frage der Gebühren abgegeben. Wie ich vorhin bereits mittheilte, sollen die Gebühren bei den vollbesoldeten Kreisärzten in die Staatskasse fliessen, bei den nicht vollbesoldeten aber denselben verbleiben und einen Theil ihres pensionsfähigen Einkommens bilden. Es wurde nun gefragt, was in diesem Sinne unter Gebühren verstanden würde, und von der Staatsregierung die Antwort gegeben, dass begrifflich die Gebühren für solche Amtsverrichtungen darunter verstanden würden, welche zur ausschliesslichen und alleinigen Zuständigkeit des Kreisarztes gehören, und zu deren Vornahme er Kraft seines Amtes verpflichtet sei. Nach dieser Begriffsbestimmung gehören also die gerichtlichen Gebühren nicht dazu — abgesehen von den Gebühren für Leichenöffnungen —, denn die Erstattung von Gutachten in medizinischen Angelegenheiten kann von den Gerichten auch anderen Aerzten, z. B. Spezialisten übertragen werden; es besteht kein Zwang für das Gericht, einen Kreisarzt zu nehmen, wenn auch der Kreisarzt als öffentlich bestellter Sachverständiger verpflichtet ist, dem Rufe Folge zu leisten. Es ist daher eine richtige Konsequenz, dass man im Einverständniss mit der Regierung sagen muss, dass die gerichtlichen Gebühren nicht als solche anzusehen sind, welche von den vollbesolldeten Kreisärzten an die Staatskasse abzuführen sind. Anders steht es dann mit den Leichenöffnungsgebühren, für welche besondere Bestimmungen bestehen, weil nach §. 87 der Strafprozessordnung hierzu der Gerichtsarzt hinzugezogen werden muss. Diese Leichenöffnungsgebühren würden also von den vollbesoldeten Kreisärzten an die Staatskasse abzuführen sein.

Die gleiche Begriffsbestimmung soll nun auch massgebend sein für die Beurtheilung der Frage, welche Gebühren bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten der Berechnung von Pension und Wartegeld zu Grunde zu legen sind. M. H., mit diesen Erklärungen, welche seitens der Staatsregierung auf unsere an sie gerichteten Anfragen in Bezug auf die Gebühren abgegeben worden sind, haben wir uns in der Kommission durchaus einverstanden erklären können.

Sodann hat noch einen Gegenstand in den Erörterungen der Kommission gebildet die Regelung des Besoldungsdienstalters, und zwar sowohl für

die vollbesoldeten, wie für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte. Es ist dabei festgestellt worden, dass das Besoldungsdienstalter des Kreisarztes vom Tage der etatsmässigen Anstellung als Kreisarzt an gerechnet werden soll, und dass als Tag der etatsmässigen Anstellung der Tag gelten soll, von welchem ab ihm die etatsmässigen Kompetenzen zugewiesen sind. Auf eine weitere Anfrage ist seitens der Staatsregierung erklärt worden, dass bei der Ernennung eines nicht vollbesoldeten Kreisarztes zum vollbesoldeten dieser das Dienstalter behält, welches für ihn als nicht vollbesoldeter Kreisarzt festgesetzt war. Mit diesem seinem feststehenden und erworbenen Dienstalter tritt er dann in die Kategorie der vollbesoldeten Kreisärzte ein, und dementsprechend wird er in eine Besoldungsklasse einrangirt. In Bezug auf die Uebergangszeit ist dann noch gesagt worden, dass die Dienstzeit als Kreisphysikus auf das Besoldungsdienstalter als Kreisarzt in Anrechnung gebracht werden soll.

Fernerhin ist auf eine Anfrage, die wir an die Staatsregierung gestellt haben, erklärt worden, dass bei der Beförderung eines vollbesoldeten Kreisarztes zum Regierungs- und Medizinalrath die allgemeinen Grundsätze wegen Vordatirung des Dienstalters zur Vermeidung von Gehaltseinbussen mit der Massgabe Anwendung finden sollen, dass eine Vordatirung des Besoldungsdienstalters vor dem Tag des vollendeten vierzigsten Lebensjahres nicht zulässig ist, und dass weiter bei der Beförderung eines nicht vollbesoldeten Kreisarztes zum Regierungs- und Medizinalrath die Festsetzung des Besoldungsdienstalters nach denselben Grundsätzen wie bei den vollbesoldeten erfolgen solle, wobei angenommen werden soll, der nicht vollbesoldete Kreisarzt wäre vollbesoldeter Kreisarzt von gleichem Dienstalter gewesen — so wird fingirt — und aus dieser Stelle zum Regierungs- und Medizinalrath befördert. M. H., auch mit diesen Erklärungen, welche das Besoldungsdienstalter betreffen, haben wir uns vollständig einverstanden erklären können. Hier lag auch ein Antrag vor, der darauf hinausging, auf das pensionsfähige Dienstalter solle in Anrechnung kommen die als Kreisassistenzarzt verbrachte Dienstzeit. Dieser Antrag wurde aber als überflüssig zurückgezogen, nachdem von Seiten der Staatsregierung erklärt worden war, dass das selbstverständlich sei.

M. H., das ist dasjenige, was ich Ihnen mitzutheilen habe über die Verhandlungen der Kommission, soweit sie sich im Allgemeinen auf die Medizinalreform und die uns vorliegende Denkschrift bezogen haben. Auf Einzelheiten, welche lediglich die bei den einzelnen Etatstiteln in Frage kommenden Angelegenheiten betreffen, habe ich mich nicht eingelassen. Ich behalte mir vor, darauf in der Spezialdiskussion einzugehen. (Lebhafter Beifall.)

Minister der u. s. w. Medizinalangelegenheiten Dr. Studt: M. H.! Nach dem ausführlichen und klaren Vortrage Ihres Herrn Berichterstatters glaube ich zunächst davon absehen zu sollen, Ihnen eine nähere Darlegung des Planes zu geben, nach welchem die Medizinalverwaltung die Ausführung des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899 in Angriff genommen hat. Dagegen wird es meiner Ueberzeugung nach zur Klärung der Ansichten und zur Abkürzung der Erörterungen wesentlich beitragen, wenn ich schon jetzt den Standpunkt der Königlichen Staatsregierung gegenüber den von Ihrer Kommission gefassten Beschlüssen darlege.

M. H., die Königliche Staatsregierung ist damit einverstanden, dass bei Titel 2 und 4 für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Kreisassistenzärzte die Gehaltsgrenze auch nach unten hin festgesetzt wird, und zwar für die Kreisärzte auf 1800 Mark und für die Kreisassistenzärzte auf 900 Mark. Die Staatsregierung ist bereit, Ihnen zu dem Staatshaushaltsetat für 1902 eine umfassende Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes vorzulegen. Der weitere Antrag, bis dahin erneut zu prüfen, ob die jetzt vorgeschlagene Besoldung und die sonstigen Bezüge der Kreisärzte zweckmässig geregelt sind, dürfte sich durch meine späteren Ausführungen im Wesentlichen erledigen. Die Staatsregierung ist endlich auch bereit, Härten bei Ausführung des Kreisarztgesetzes nach Möglichkeit zu vermeiden.

Ich wende mich endlich zu dem letzten und bedeutsamsten Antrage, für die nicht voll besoldeten Kreisärzte den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der fünften Rangklasse eventuell nach vorhergehender entsprechender Aenderung des Kreisarztgesetzes durch einen Nachtragsetat bereit zu stellen. Die Staatsregierung muss diesem Antrage auf das Bestimmteste widersprechen,

nicht aus finanziellen Gründen, sondern aus sachlichen Gründen der Kreisarztorganisation. M. H., ich bin in der glücklichen Lage, Ihnen zu erklären, dass die Königliche Staatsregierung sich entschlossen hat, dem einhelligen Antrage Ihrer Budgetkommission auf finanzielle Besserstellung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ein weites Entgegenkommen zu bezeigen. Sie hat das gethan in der Anerkennung der ausserordentlich bedeutsamen Aufgaben, welche den Kreisärzten gestellt werden und durch welche ihre Kräfte in gesteigertem Umfange in Anspruch genommen werden. Sie hat das aber weiter gethan in der bestimmten Erwartung, dass mit den nunmehr zur Verfügung gestellten Mitteln die Ansprüche für die Gehaltsregulirung der Kreisärzte für absehbare Zeit als befriedigt angesehen werden. Ich darf erklären, dass die Staatsregierung den ungefähren Betrag den die Summe der Wohnungsgeldzuschüsse für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte ausmachen würde, zur Verfügung zu stellen bereit ist, aber nicht in der Gestalt von Wohnungsgeldzuschüssen, sondern durch Erhöhung des Durchschnittsgehaltes, welches bekanntermassen mit 2250 Mark in Aussicht genommen war, auf 2700 Mark. Der hierdurch für die Staatskasse erwachsende Mehrbedarf beläuft sich jährlich auf rund $^1/_4$ Million Mark. Ich darf auch an dieser Stelle der Finanzverwaltung für das ausserordentliche Entgegenkommen, welches sie bewiesen hat, meinen verbindlichsten Dank aussprechen und kann meiner rückhaltlosen Ueberzeugung Ausdruck geben, dass mit der Bereitstellung dieser Summe die Bedürfnisse der Medizinalverwaltung in reichlicher Weise befriedigt werden. Anderseits möchte ich an Sie die dringende Bitte richten, nicht auf dem Verlangen des Wohnungsgeldzuschuss zu bestehen, sondern der Staatsregierung auf dem von ihr vorgeschlagenen Wege zu folgen.

Die Gründe für die Stellungnahme der Staatsregierung sind theils rechtlicher Natur, theils und vornehmlich beruhen sie auf Erwägungen für eine richtige und zweckmässige Organisation. Im Anschluss an die Maikonferenz des Jahres 1897 geht das Kreisarztgesetz von der Auffassung aus, dass, abgesehen von einzelnen, besonders schwer zu verwaltenden Bezirken, der Kreisarzt von der privatärztlichen Praxis nicht losgelöst werden soll, die Ausübung dieser Praxis vielmehr eine zweckmässige Ergänzung und Unterstützung für die amtliche Thätigkeit des Kreisarztes bildet. Als Beamter soll der Kreisarzt nicht voll beschäftigt sein. Ein Beamter aber, der nicht voll beschäftigt ist, hat nach dem Gesetz über den Wohnungsgeldzuschuss in Verbindung mit dem Pensionsgesetz keinen Anspruch auf Wohnungsgeldzuschuss. Dies ist, mag man auch den Ausdruck des Gesetzes „nur nebenbei beschäftigt“ für keinen glücklichen halten, zweifellosen Rechtes.

In den Motiven zu dem Kreisarztgesetz, wie auch in dem Gesetz selbst ist das zum unzweideutigen Ausdruck gekommen. Denn das Gesetz sieht sich veranlasst, in §. 3 ausdrücklich zu bestimmen, dass die Besoldung des Kreisarztes pensionsfähig sei. Diese Bestimmung wäre überflüssig, wenn der Kreisarzt als vollbeschäftigter Beamter anzusehen wäre, denn als solcher würde er ohne Weiteres auf Grund des Pensionsgesetzes einen Anspruch auf Pension haben. Die Aufnahme der Bestimmung über den Pensionsanspruch in das Gesetz ist der schlagende Beweis dafür, dass der Gesetzgeber den Kreisarzt nicht als vollbeschäftigten Beamten angesehen hat. Nach der gegenwärtigen Lage der Gesetzgebung kommt also dem nicht vollbeschäftigten Kreisarzt ein Anspruch auf Wohnungsgeldzuschuss nicht zu. Nun kann ja die Gesetzgebung geändert werden, und der Antrag Ihrer Budgetkommission sieht auch eine solche Aenderung vor. Aber es ist doch immerhin misslich, ein eben erst verabschiedetes Gesetz, noch bevor es in Kraft getreten ist, einer Aenderung zu unterziehen.

Sehr viel gewichtiger als die rechtlichen Bedenken sind für die Medizinalverwaltung die Gründe der Organisation. Der nicht vollbesoldete Kreisarzt bezieht, abgesehen von seinen privatärztlichen Einnahmen, ein festes Gehalt und ausserdem für eine grosse Reihe amtsärztlicher Handlungen Gebühren. Die Gebühreneinnahmen sind an den verschiedenen Stellen ausserordentlich verschieden; sie schwanken zwischen einigen wenigen, an manchen Stellen unter hundert Mark und mehrere Tausend Mark. Wie es bisher gute und weniger gute Physikate gab, so wird es auch in Zukunft gute und weniger gute Kreisarztstellen geben. Die Medizinalverwaltung muss in der Lage sein, hier bis zu einem gewissen Grade ausgleichen zu können. Sonst würde ihr die Besetzung mancher Stellen gerade in den ärmlichsten Kreisen, für welche die Fürsorge

eines Kreisarztes in erhöhtem Masse erforderlich ist, völlig unmöglich gemacht werden. Die Medizinalverwaltung muss hinsichtlich der Gewährung des Gehaltes nach dem Bedürfniss der einzelnen Stellen und Kreise bis zu einem gewissen Grade individualisiren können. Dies ist keine neue Forderung. Allerdings beziehen gegenwärtig die sämmtlichen Kreisphysiker ein festes Gehalt von 900 Mark; daneben aber steht der Medizinalverwaltung ein Dispositionsfonds von 36000 Mark zur Verfügung, welcher bestimmt ist zur Gewährung von Stellenzulagen an Kreisphysiker in besonders schwer zu besetzenden Stellen. Dieser Dispositionsfonds soll zukünftig fortfallen. Der Ersatz dafür soll in dem Durchschnittsgehalt gegeben werden, so dass die Medizinalverwaltung die Möglichkeit erhält, die Gehälter je nach dem Bedürfniss der einzelnen Stellen zwischen dem Mindestgehalt und dem Höchstgehalt abzustufen. Dieses Individualsystem ist, wie ich wiederhole, nicht neu. Es findet sich bei einer Reihe von Beamtenkategorien in gleichartigen Verhältnissen. Es scheint mir für die Kreisärzte in den nicht vollbesoldeten Stellen Angesichts der ausserordentlichen Verschiedenheit in den örtlichen, in den amtlichen und in den Einkommensverhältnissen unbedingt erforderlich. Ich möchte glauben, dass auch Sie eine solche Individualisirung als richtig anerkennen werden.

Nun schlägt Ihre Budgetkommission vor, neben dem Gehalt noch Wohnungsgeldzuschuss zu gewähren. Das bedeutet einen Bruch mit dem Individualstellensystem. Ich möchte das an einem Beispiel erläutern. Zu den Stellen mit reichen Gebühreneinnahmen gehören u. a. die Physikate in Altona und in Frankfurt a. M. Die Medizinalverwaltung beabsichtigt, diesen Stellen nur das Mindestgehalt von 1800 Mark zu gewähren. Tritt hierzu noch der Wohnungsgeldzuschuss von 660 oder 900 Mark, so würde das feste Einkommen auf 2460 Mark und 2700 Mark gesteigert werden. Auf der einen Seite liegt zu dieser Steigerung kein Bedürfniss vor; anderseits erfolgt die Steigerung auf Kosten der bedürftigen Stellen und der bedürftigen Kreise. Als Grund für die Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses wird angeführt, dass diese Gewährung in dem Kreisarzte das Beamtenbewusstsein und das Beamtenpflichtgefühl mehr wecken würde. Ich möchte das als Trugschluss bezeichnen und glauben, dass dem Wohnungsgeldzuschuss eine zu grosse Bedeutung beigelegt wird. Ich nehme nicht an, dass auch nur ein einziger Kreisarzt aus der Gewährung oder Nichtgewährung von Wohnungsgeld irgend welche Rückschlüsse auf seine Beamteneigenschaft und seine Amtspflichten ziehen wird. Weit eher könnte man dem Gesammteinkommen einen mehr oder minder starken Einfluss auf das Bewusstsein amtlicher Pflichten zuschreiben.

Nach alledem kann ich die Gründe für die Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen nicht anerkennen. Ich muss vielmehr befürchten, dass die Einführung von Wohnungsgeld das Individualsystem der Besoldungsordnung durchbricht und dazu führt, dass die an sich schon bevorzugten Stellen noch weiter bevorzugt werden, und zwar auf Kosten der ärmeren Stellen.

Ich bitte das hohe Haus deshalb dringend, den Vorschlägen der Staatsregierung zu folgen. Bei einer Bemessung des Durchschnittsgehaltes auf den reichlichen Betrag von 2700 Mark habe ich keinen Zweifel, dass es uns gelingen wird, sehr tüchtige Kräfte für die Kreismedizinalverwaltung zu gewinnen und damit die erste und beste Grundlage für eine gedeihliche Entwicklung und Förderung des Gesundheitswesens auch in den ärmeren Bezirken zu schaffen. (Bravo!)

Vizepräsident des Staatsministeriums, Finanzminister Dr. von Miquel: M. H.! Der Herr Kultusminister hat Ihnen schon gesagt, dass die Staatsregierung bereit ist, den Betrag, der zu veranlagen wäre durch die Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen, in einer rechtlich und thatsächlich gesicherteren und zweckmässigeren Form zu geben; aber schweres Bedenken hat sie, ihn in der Form des Wohnungsgeldzuschusses selbst zu gewähren. Ich habe mich persönlich zu diesem Zugeständniss nicht entschlossen, weil ich die Regelung der Gehalts- und Bezugsverhältnisse der Kreisärzte nach der Vorlage für unrichtig oder ungenügend hielt; aber einestheils ist man ja bei den heutigen Gepflogenheiten der Parlamente schon gewohnt, dass die bereitgestellten Geldmittel nach oben abgerundet werden (Heiterkeit), und deswegen ist einem das gerade nicht etwas so besonders Neues. (Heiterkeit.) Aber anderseits kann man ja über einen Betrag in dieser Höhe bei einer neuen Organisation naturgemäss verschiedener Meinung sein, und ich vor Allem habe mich deswegen entschlossen, jetzt noch dieses Zugeständniss zu machen, weil ich dringend mit der Staatsregierung,

namentlich mit dem Herrn Kultusminister wünsche, dass dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. April keinerlei Hindernisse bereitet werden. Die Sache ist nun schon einmal länger hingezögert, ein ganzes Jahr, die Vorbereitungen sind sehr weit gediehen; es sind dadurch Verhältnisse persönlicher Natur entstanden für Kandidaten, welche auf solche Stellen reflektirten, sich auf die Antretung einer solchen Stelle am 1. April vorbereiteten, vielleicht für ihre Wohnungsverhältnisse schon Anordnungen getroffen haben. Es würde bei der jetzigen Sachlage im höchsten Grade misslich sein, wenn das Gesetz am 1. April wegen einer Differenz mit dem hohen Hause nicht in Kraft treten könnte. Deswegen bin ich in der Sache, was die finanzielle Seite der Sache betrifft, bereit, den Wünschen der Kommission gemäss — ich weiss ja noch nicht einmal, ob es auch die Wünsche des hohen Hauses sind — diese Mehrverwendungen zu machen, entgegenzukommen. M. H., ich stehe genau mit meiner persönlichen Ueberzeugung auf dem Boden des Herrn Kultusministers, indem er die Bedenken gegen die Gewährung eines Wohnungsgeldzuschusses hervorhob. Zuvörderst bin ich mir als Jurist darüber gar nicht zweifelhaft, und die Herren Juristen im Hause werden mir vielleicht beitreten, dass die Gewährung eines Wohnungsgeldzuschusses an einen Beamten, der zweifellos nicht im Hauptamt fungirt, sondern im Nebenamte, wo wir sogar im Gesetze das Amt als durch Personen im Nebenamt und im Hauptamt bekleidet bezeichnen, — dass, sage ich, nach dem Gesetz über den Wohnungsgeldzuschuss und nach dem Pensionsgesetz, die in dieser Beziehung übereinstimmen, wir es hier mit einem Beamten im Nebenamt zu thun haben, einem Beamten, der „nebenbei" beschäftigt ist und daher einen Wohnungsgeldzuschuss nicht erhalten darf.

Der Herr Berichterstatter hat sich merkwürdiger Weise darauf berufen, dass wir diesen Mann durch ausdrückliche gesetzliche Gewährung des Pensionsrechtes der Gebühren bereits zu einem Manne im Hauptamte erklärt hätten. Wenn das geschehen wäre, so dürfte er gar keine Nebenbeschäftigung treiben, wie das bei einem Beamten im Hauptamte der Fall ist. Aber umgekehrt, wenn der Beamte unter den Begriff eines „Beamten im Hauptamte" gebracht werden sollte, so giebt es doch nur zweierlei: entweder Beamte im Hauptamte, oder Beamte im Nebenamte; im ersteren Fall hätten wir ihm nicht durch eine besondere gesetzliche Bestimmung ausnahmsweise die Pensionsberechtigung zu geben brauchen. Gerade, weil wir annahmen: an und für sich hat dieser Kreisarzt im Nebenamte eine Pensionsberechtigung nicht, haben wir dem allgemeinen Wunsch entsprechend, auch den Gebührenbezug pensionsberechtigt zu machen, ausdrücklich und ausnahmsweise das Pensionsrecht gegeben. Daraus folgt, wenn die Frage: wo beginnt das Recht auf Pension? — im Allgemeinen identisch ist mit der Frage: wo beginnt das Recht auf Wohnungsgeldzuschuss? dass es völlig klar ist, dass man zwar wohl ausnahmsweise das erstere Recht, aber nicht das zweite geben wollte. Dann hätten wir damals das Gesetz auch in dieser Beziehung ändern müssen.

Ich glaube, wenn die Herren das prüfen, dann werden sie mir Recht geben — namentlich die Herren Juristen in diesem hohen Hause — dass, wenn das hohe Haus darauf bestände, Wohnungsgeld zu gewähren, wir dann ein besonderes Gesetz machen müssten. Das ist doch immer nicht angenehm, nun wieder mit einem besonderen Gesetz ein anderes, das eben erst abgeschlossen ist, wie der Herr Kultusminister schon gesagt hat, zu ändern. Dagegen, wenn Sie sich entschliessen, statt des Wohnungsgeldzuschusses denselben Betrag durch Erhöhung des Mittelsatzes der Gehalte zu gewähren, dann brauchen wir kein Gesetz, dann können wir die Sache ohne Weiteres erledigen. Wir brauchen dann auch keinen Nachtragsetat; wir können den Etat dann gleich auf diesem Gebiete ändern.

Nun möchte ich aus meiner eigenen praktischen Erfahrung noch die Ausführungen des Herrn Kultusministers, der sagt, es ist sachlich der Wohnungsgeldzuschuss unzweckmässig, den Herren an's Herz legen. Mir sind aus der Praxis viele Fälle bekannt geworden, wo es schwer hielt, einem tüchtigen Mann auf dem Lande eine Kreisphysikerstelle zu übertragen, bei dem geringen Gehalte, den er bisher bezog. Es ist häufig auf dem Lande keine genügende Privatpraxis da. In einer ärmeren Gegend ist heute der Gewinn aus der Privatpraxis gering und die Gebühren sind erst recht gering. Da nun helfen zu können, ist für die ganze Gegend von Wichtigkeit — man liest häufig genug ausgeschriebene Aerztestellen, die nicht besetzt werden können — wenn man

gerade in solchen Verhältnissen den Gehalt möglichst hoch stellen kann, während man vielleicht in den Städten gar keinen Gehalt brauchte und doch genug Aerzte bekommen könnte. Da ist die Stellung eines Kreisarztes an sich schon einträglich: sie fördert das Vertrauen, die Praxis, und das Drängen der Aerzte auf Uebertragung von solchen Stellen ist in den Städten sehr verbereitet. Hier thun Sie nun genau das Gegentheil, m. H. Wir wollen doch dem Lande eine Wohlthat erweisen, wir wollen der ländlichen Bevölkerung, die in dieser Beziehung oft in der grössten Schwierigkeit, in viel grösserer Schwierigkeit ist, unter die Arme greifen. Dem Kreisarzt auf dem Lande, in einem kleinen Orte geben Sie einen geringen Wohnungsgeldzuschuss und dem vielleicht mit hohen Gebühren schon dotirten Arzt in den grossen Städten geben Sie zugleich auch den hohen Wohnungsgeldzuschuss der grossen Städte, indem Sie den anderen den Betrag entziehen.

Ich habe lange gar nicht begreifen können, warum gerade der doch in diesen Dingen so erfahrene Herr Berichterstatter Winckler so entschieden auf der Forderung des Wohnungsgeldzusshusses besteht. Erst heute ist mir aus seinen Ausführungen die Sache klar geworden. Er sagt: Das ist doch eine zu grosse diskretionäre Befugniss, wenn man diese Art von Besoldungaregulirungen der Regierung in die Hand giebt; das müssen wir verhindern und daher müssen wir eine feste gesetzliche Bestimmung über den Bezug des Wohnungsgeldzuschusses haben, damit die Diskretion nicht zu gross wird. M. H., der Wohnungsgeldzuschuss beträgt doch vom Gehalt nur einen geringen Theil. Wenn Sie 75 % Diskretion geben, so sollten Sie nicht aus einem meiner Meinung nach in keiner Weise berechtigten Misstrauen — ich werde darauf gleich noch kommen — 25 % unzweckmässig verwenden, und so liegt die Frage eigentlich Die Unzweckmässigkeit dieser Verwendung habe ich schon auseinandergesetzt. Aber, m. H., der Herr Berichterstatter hat selbst zugegeben, dass die Regierung in der Kommission durch Erklärungen alles gethan hat in Beziehung auf die Art der Verwendung des Gehaltes, zu welchem nach meiner Meinung auch der Wohnungsgeldzuschuss gehören sollte, um Willkürlichkeit auszuschliessen. Wenn die Höhe des Gehalts wesentlich nach dem Gebührenbezug sich richtet, so ist die Festsetzung des Gehalts doch ein mathematisches Exempel. Da ist von einer Willkür gar nicht die Rede; ich wüsste auch gar nicht, wo die Willkür herkommen sollte. Man kann doch unmöglich annehmen, dass ein preussisches Ministerium etwa aus Begünstigungsgründen solche Gehaltskategorien macht. Der Herr Kultusminister wird, wie ich höre, nicht jeden einzelnen Fall besonder behandeln und willkürlich verändern können, sondern im Grossen und Ganzen Kategorien machen, so dass man also nach den Gesammtverhältnissen den betreffenden Kreisarzt gewissermassermassen in eine Gehaltsskala einreiht. Das schliesst auch schon die Willkür aus; ich glaube überhaupt nicht an eine Willkür. Aber, m. H., die Art der Gehaltsordnung ist doch hier so viel berathen worden und so offenbar vom hohen Hause gebilligt, man kann sie auch, wenn man vernünftig regeln will, gar nicht anders machen, weil dieses bestimmte Verhältniss zwischen Gebührenbezug und Gehaltshöhe naturgemäss rein individueller Natur ist; eine feste Regel beim Wohnungsgeldzuschuss kann man überhaupt nicht daraus konstruiren. So lange man Kreisärzte im Nebenamt hat mit dem Recht auf Gebührenbezug und Privatpraxis, konnte man die Gehaltsverhältnisse gar nicht vernünftig anders ordnen, als es hier geschehen ist. In dieser Beziehung ist auch der Herr Berichterstatter ganz zufrieden; er giebt selber zu, dass man das nicht anders machen kann, und deshalb, meine ich, sollte man konsequent sein und den Wohnungsgeldzuschuss fallen lassen, dagegen den Aerzten die Erhöhung des Gesammtbetrages auf den Gehalt zuschlagen.

Ich möchte bitten, m. H., wenn Sie das nicht ohne Weiteres im Plenum thun können, aber doch der Sache geneigt wären, die Frage zu einer ja nur verhältnissmässig kurzen Berathung in die Budgetkommission zurückzuweisen (Bewegung) und nach der jetzigen Stellung der Staatsregierung die Sache wenigstens noch einmal zu erwägen. Eine wesentliche Verzögerung des Abschlusses des Hauptetats kann ja dadurch nicht herbeigeführt werden. Um so mehr, glaube ich, ist es räthlich, wenn die Sache nochmals in der Kommission geprüft wird, als die Kommission ja den guten Willen gehabt hat, den Kreisärzten noch etwas mehr zuwenden und nicht minder eine mögliche Willkürlichkeit der Staatsregierung auszuschliessen. Das ist ja alles zugegeben, aber wir haben sehr viele Bestimmungen in unseren Gesetzen, die aus einem in sich un-

begründeten Misstrauen hervorgegangen sind; ich könnte Ihnen ja viele Paragraphen aus der Strafprozessordnung nennen, die lediglich dadurch in dieser Form entstanden sind, und dieses Misstrauen war, wie sich später zeigte, an sich durchaus unbegründet. Ich glaube, Sie können hier das Vertrauen haben, dass auch hier wegen des einen Viertels des Gehalts ebenso wenig verkehrt verfahren wird, wie es mit den drei Vierteln unter allen Umständen der Fall sein würde, und empfehle Ihnen daher noch einmal die Beseitigung des Wohnungsgeldzuschusses und die Erhöhung des Gehalts, mit denen wir uns ohne Weiteres einverstanden erklären können. Die rechtlichen Zweifel fallen dann vollständig weg, wir brauchen dann kein Gesetz, nach allen Richtungen wird die Sache einfacher und sachlich zutreffend. (Bravo! rechts, anhaltende Bewegung.)

Abg. Im Walle (Centrum): M. H.! Ich glaube zunächst sagen zu dürfen, dass wir dem Herrn Berichterstatter für die umfassende, durchsichtige und klare Darstellung der immerhin sehr schwierigen Sache zu grossem Danke verpflichtet sind. (Sehr richtig!) Er hat hier ein getreues Spiegelbild der Verhandlungen in der Budgetkommission gegeben und insbesondere mit Recht betont, dass sich in der Kommission Schwierigkeiten einer Einigung entgegengestellt haben, dass man aber endlich doch fast sämmtliche Beschlüsse, die vorliegen, einstimmig gefasst hat. Die Verhandlungen der Kommission gipfeln in dem Antrage:

> „Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in Verbindung mit dem nächstjährigen Etat eine ausführliche Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes vom 16. September 1899 vorzulegen und bis dahin erneut zu prüfen, ob die in dem diesjährigen Etat festgesetzten Besoldungs- und sonstigen Bezüge der Kreisärzte zweckmässig geregelt sind."

Wir haben damit gesagt, dass wir trotz aller angewandten Mühe uns nicht gesichert halten, dass das Richtige überall getroffen ist, und das wir wünschen, in einem Jahre in eine erneute Prüfung der Verhältnisse einzutreten. Trotzdem glaube ich, dass gewisse Gesichtspunkte bereits derartig festgesetzt sind, dass sie nicht bloss für dieses Jahr gelten, sondern als dauernd anzusehen sind.

Wenn ich nun der Reihenfolge, in welcher der Herr Berichterstatter diese Punkte behandelt, kurz folge, so beginne ich damit, zu bemerken zu Punkt 1, wonach mehrere kleine Kreise zusammengelegt sind zu einem grösseren, dass uns in dieser Beziehung allerdings die Vorlage noch verbesserungsfähig zu sein scheint. Es werden nachher noch von einzelnen Herren ganz besondere Schmerzensschreie ausgestossen werden. Es wird von ihnen dargelegt werden, wie nach Ansicht dieser Herren es nicht richtig war, gewisse Kreise aufzuheben, und deshalb hat ja auch die Kommission, weil sie sich der Ansicht nicht verschliessen konnte, dass in dieser Beziehung vielleicht nicht überall das Richtige getroffen wäre, eine Resolution vorgeschlagen, welche hoffentlich allseitig Annahme findet. Ueber die vollbesoldeten Kreisärzte ist man zu einer Einigung gekommen, und meine Fraktion steht nicht an, auch in dieser Beziehung den Beschlüssen der Kommission sich zu fügen.

Was die nicht vollbesoldeten Kreisärzte angeht, auf die es ja hauptsächlich ankommt, so hat in meiner Fraktion der Antrag, die Gehälter derselben nach Altersstufen zu ordnen, keinen Beifall gefunden, sie hat vielmehr dem Vorschlage der Regierung, welche die Stellen nach den von dem Herrn Berichterstatter einzeln aufgeführten Gesichtspunkten individuell behandeln will, den Vorzug gegeben, wird also für die Vorlage der Regierung stimmen.

Was den Wohnungsgeldzuschuss anbelangt, so haben wir ja eben in dankenswerther Weise von der Regierung vernommen, dass in pekuniärer Beziehung keine Differenz zwischen ihr und uns besteht. Der Herr Kultusminister hat erklärt, der Herr Finanzminister sei bereit, dem Herrn Kultusminister eine entsprechende Summe für die Kreisärzte zur Verfügung zu stellen. Ich glaube, das wird grosse Befriedigung unter den betreffenden Beamten hervorrufen. Wir sind ja auch damit einverstanden. Es ist nur eine Differenz darüber, ob das geschehen soll in der Form des Wohnungsgeldzuschusses oder in der Weise, dass nun der Regierung die grössere Summe dafür zur Verfügung gestellt wird, dass sie nach ihrem Ermessen die einzelnen Stellen richtiger charakterisirt, richtiger in ihren Gehaltsbezügen bemisst. Für diese Bemessung sollen ja massgebend sein in erster Linie die Einnahmen der Gebühren, in zweiter Linie auch die örtlichen Verhältnisse.

Auf die rechtliche Frage will ich hier nicht eingehen, sie ist zweifelhaft. Deswegen ist ja auch gerade in der Resolution gesagt worden, es soll eventuell nach entsprechender Aenderung des Kreisarztgesetzes verfahren werden.

Was die materielle Seite betrifft, so haben meine politischen Freunde in der Kommission dafür gestimmt, dass in der Form des Wohnungsgeldzuschusses die Vertheilung erfolgen soll. Aber es ist das wieder einmal ein Beweis dafür, wie ich bereits bei früherer Gelegenheit ausgeführt habe, dass man in der Kommission unverbindlich abstimmt, dass man den Beschluss der Fraktion sich vorbehält. So ist denn diese Frage auch in unserer Fraktion erörtert worden, und da hat sich herausgestellt, dass für die Form des Wohnungsgeldzuschusses nur einige wenige Stimmen sich ausgesprochen haben. Der grössere Theil meiner politischen Freunde wird sich auf den Standpunkt stellen, der des Weiteren schon von dem Herrn Kultusminister und dem Herrn Finanzminister derartig begründet ist, dass ich demselben nichts hinzuzusetzen habe. Es wird eben geglaubt, dass man viel richtiger verfährt, wenn man individualisirt und die einzelne Stelle eventuell mit einem grösseren Gehalte bedenkt, als wenn man ihr ohne Weiteres den Wohnungsgeldzuschuss zuwendet. Und es lässt sich ja nicht leugnen, wenn man sich auf den formalen Standpunkt des Wohnungsgeldzuschusses stellt, grosse Härten eintreten können, dass eine an sich sehr schlechte Stelle mit kleinem Wohnungsgeldzuschuss bedacht wird, während einer guten Stelle noch ein grosser Wohnungsgeldzuschuss zufällt. Die Beispiele, welche der Herr Kultusminister von Altona und Frankfurt a. M. angeführt hat, sind ja unwiderleglich.

Stellen wir uns aber auf diesen Standpunkt, dass der Regierung eine grössere Summe zur Verfügung gestellt wird, um die einzelnen Stellen zu dotiren, dann wird es einer erneuten Prüfung bedürfen, ob dann die Anträge der Kommission derartig sind, dass sie dem Hause zur Annahme empfohlen werden könne. Es wird sich z. B. fragen, ob das Mindestgehalt, welches wir jetzt auf 1800 Mark bemessen haben, nicht zu erhöhen ist. (Sehr richtig! im Zentrum.) Ich bin deswegen der Ansicht, dass es richtig ist, dass wir die fraglichen Tit. 1 bis 5 der Budgetkommission zu einer erneuten kurzen Prüfung wieder überweisen, und dass wir dann erst die Entscheidung fällen; ich möchte diesen Antrag stellen.

Wenn ich nun noch mit ein paar Worten die Kreisarztassistenten, die Amtsunkostenentschädigung, die Gebührenfrage und das Besoldungsdienstalter streife, so hat ja der Herr Referent das Nöthige aus der von der Regierung abgegebenen Erklärung bereits mitgetheilt. Ich glaube, die Grundsätze, die er hier aufgestellt hat, sind doch derartige, dass sie die Befürchtungen, welche über die Vorlage zuerst bei den Kreisärzten bestanden, zu zerstreuen geeignet sind. Man war damals darüber zweifelhaft, ob und welches Mindestgehalt eingesetzt werden sollte — das ist geschehen. Man war zweifelhaft darüber, welche Pensionssätze ihnen zugebilligt werden sollten — auch darüber ist Bestimmung erfolgt. Man war besonders zweifelhaft darüber, welches Besoldungsdienstalter gegeben werden sollte, die älteren Kreisphysiker waren besorgt, dass ihnen ihr Dienstalter nicht angerechnet werden sollte — alles dies ist in einer solch loyalen Weise von der Regierung bestimmt worden, dass ich glaube, wir können nur unsere Zustimmung dazu geben, und es bedarf nur noch einer neuen Erwägung darüber, ob die neue Dotation nicht dazu führt, auch neue Anträge zu stellen. (Bravo! im Zentrum.)

Abg. Dr. **Martens** (nat.-lib.): M. H., ich werde mich in meinen kurzen Ausführungen im Wesentlichen dem Gedankengang anschliessen, den der Herr Referent eingeschlagen hat. Ich kann nicht umhin, gleich dem Herrn Vorredner, auch dem Herrn Referenten meinen Dank abzustatten und den meiner politischen Freunde für den eingehenden und überaus erschöpfenden Bericht, den er uns hier erstattet hat. Sie werden aus diesen ausführlichen Darlegungen ersehen, welche Schwierigkeiten es gemacht hat, dieses Gesetz in einer richtigen Weise auszugestalten. Die Ausgestaltung, welche die Staatsregierung dem Gesetz gegeben hat, hat die Mitglieder Ihrer Kommission nicht völlig befriedigt; ebenso wenig ist es uns möglich gewesen, eine andere Lösung zu finden, die allen Ansprüchen gleichmässig gerecht geworden wäre. Deswegen ist die Kommission zu der Anschauung gekommen, dass es am besten wäre, im Grossen und Ganzen die Vorschläge der Regierung zu acceptiren, eine Denkschrift ausarbeiten zu lassen über die Ergebnisse dieser Besoldungsregelung und eventuell

daran später eine Aenderung zu knüpfen. Ich möchte Ihnen deshalb auch die betreffende Resolution empfehlen. Nun ist ja klar, dass, wenn die allgemeine Regelung eine so schwierige gewesen ist, alle Wünsche nicht haben befriedigt werden können, und ich muss gestehen, dass auch ich manches andere gewünscht hätte. Ich kann mich z. B. in einem Punkte dem Herrn Referenten nicht anschliessen. Ich gebe zu, es war die Anschauung damals bei Erlass des Kreisarztgesetzes, dass von der Umwandelung in vollbesoldete Stellen nicht in grossem Umfange Gebrauch gemacht werden sollte. Dennoch hätte ich gewünscht, dass mehr als 15 vollbesoldete Stellen geschaffen würden, weil ich nach wie vor der Anschauung bin, dass der Medizinalbeamte unterer Instanz von der Praxis ganz losgelöst werden muss, um seines Amtes richtig zu walten. Es ist mir ebenfalls nicht ganz klar geworden, nach welchen Grundsätzen die Regierung bei der Auswahl dieser vollbesoldeten Stellen verfahren hat. Es sind hauptsächlich die Gegenden der rheinischen und schlesischen Industrie genommen, wenig oder gar nicht die grossen Städte. Wenn ich annehmen darf, dass es hauptsächlich deshalb geschehen ist, um nicht die bis dahin nicht vollbesoldeten Aerzte in ihren Einnahmen zu schädigen dadurch, dass man die Stellen in vollbesoldete umwandelte, dann würde ich allerdings dagegen nichts einzuwenden haben.

M. H., bei der Einführung jedes Gesetzes lassen sich Härten nicht vermeiden, und so ist es auch in diesem Falle. Wenn irgendwo Stellen eingehen sollen, so wird natürlich die betreffende Ortschaft, wo die Stelle eingezogen wird, und auch der betreffende Inhaber der Stelle nicht angenehm davon berührt werden. Es haben ja auch der Kommission eine Reihe von Anträgen vorgelegen, die eine geplante Zusammenlegung wieder verhindern wollten; aber bei genauerer Prüfung der Verhältnisse hat die Kommission sich doch überzeugen müssen, dass diese Wünsche nicht gerechtfertigt wären, und es sind auch die dahingehenden Anträge wieder zurückgezogen worden. Wenn wir einmal von der Ansicht ausgegangen sind — und ich meine, das war bei Erlass des Kreisarztgesetzes doch die Auffassung der Kommission und auch des Hauses —, dass der Kreisarzt, auch der nicht vollbesoldete, zur Hauptsache mit seinen dienstlichen Thätigkeiten beschäftigt werden soll, dann muss ihm auch ein ausreichender Wirkungskreis gegeben werden, und wenn es nicht anders möglich ist, dann auch dadurch, dass mehrere Bezirke zusammen gelegt werden. Wir haben ja nun in der Kommission gehört, dass die Auflösung der meisten Stellen sich ohne grosse Härten vollzogen hat, dass nur noch sehr wenige Stellen übrig sind, für welche ein richtiger Ausgleich noch nicht gefunden ist. Da, wo dieses auf Schwierigkeiten stossen sollte, bietet uns ja die Annahme der Resolution das richtige Mittel, indem wir die Regierung ermächtigen, in einzelnen besonderen Fällen eine zum Eingehen bestimmte Stelle noch bis auf Weiteres kommissarisch verwalten zu lassen. Ich kann nicht umhin, anzuerkennen, dass die Erklärungen, die die Regierung zu den verschiedenen Sachen gegeben, und die der Herr Referent uns hier auch wiederholt hat, zu dem Schlusse berechtigen, dass sie im Ganzen gesonnen ist, das Gesetz mit Milde und mit Schonung gegen die bisherigen Inhaber eingehender Stellen zur Ausführung zu bringen.

Ich möchte nur noch über einen speziellen Punkt Aufklärung haben, der, wenn ich nicht irre, in der Kommission nicht verhandelt worden ist. Es ist in der Kommission gesagt, wie uns auch der Herr Referent mittheilte, dass beabsichtigt worden ist, in vielen Stellen die Kreisarztassistenten nicht an dem Wohnsitze des beamteten Arztes des Kreises wohnen zu lassen. Wie soll es nun gehalten werden mit Rücksicht auf die Anrechnung der Gebühren für die Thätigkeiten, welche der Kreisarztassistent amtlich ausführt? Ich nehme an, dass diejenigen dienstlichen Thätigkeiten, welche in der Nähe des Kreisarztassistenten nothwendig werden, auch von dem Kreisarztassistenten ausgeführt werden. Ich nehme weiter an, dass die Tagegelder und Reisekosten dem Assistenten übermittelt werden, weil er doch die unmittelbaren Auslagen hat, dass dagegen die Gebühren dem Kreisarzt wie bisher zufliessen werden, einmal, weil durch die Anstellung des Assistenten eine Schädigung des Betreffenden nicht veranlasst werden soll, und zweitens, weil ja eventuell die Anrechnung der Gebühren bei einem älteren Herrn auch für die spätere Pensionirung von Einfluss sein könnte. Wenn diese meine Auffassung nicht richtig sein sollte, dann bitte ich die Königliche Staatsregierung dringend, die Auffassung richtig zu stellen.

M. H., was nun die Besoldungsregelung der vollbesoldeten so gut wie der nicht vollbesoldeten Kreisärzte anlangt, so glaube ich, dass die Anträge, welche in der Kommission gestellt worden sind, doch berechtigt waren. Ich bin der Ansicht, dass ein Gehalt von 3600 bis 5700 Mark für einen vollbesoldeten Arzt nicht derartig hoch bemessen ist, dass es einen Anreiz geben sollte für tüchtige Leute, sich um diese Stellen zu bewerben. Nun hat der Herr Vertreter der Staatsregierung in der Kommission ja gesagt: wenn das Endgehalt nur um 300 Mark erhöht wird, so wird auch damit ein besonderer Anreiz nicht gegeben für Bewerber, die im Zweifel sind betreffs Annahme einer vollbesoldeten Stelle. Ich gebe zu, dass mehr Bewerber angelockt werden würden, wenn die Stellen noch weiter erhöht würden, vielleicht auf das Höchstgehalt der Richter. Der betreffende Antragsteller in der Kommission würde auch sehr gern bereit gewesen sein, diesen Endsatz zu beantragen. Nach meinem Dafürhalten würde auch dieser Endsatz wohl berechtigt sein. Aber der betreffende Antragsteller hat geglaubt, sich in den Grenzen des Erreichbaren halten zu müssen, und ist deswegen bei dieser niedrigen Summe geblieben.

Wenn nun in der Kommission als besonders wichtig hervorgehoben wurde, dass der vollbesoldete Kreisarzt im Gehalt mit den Oberförstern, Bauinspektoren u. s. w. gleichgestellt werden müsste, also mit denjenigen Beamten von akademischer Bildung, welche die niedrigsten Gehaltsstufen haben, so kann ich nicht ohne Weiteres einsehen, dass bei Schaffung neuer Beamtenstellen zunächst immer die niedrigsten Stufen massgebend sein müssen, und erst recht nicht in diesem Falle. Wenn wir erwägen, dass künftighin der Arzt bis zur Approbation ein langes, sich demnächst noch verlängerndes und sehr kostspieliges Studium zurückzulegen hat, dass ihm noch ein praktisches Uebungsjahr auferlegt ist, dass nach dem medizinischen Staatsexamen noch die Vorbereitung kommt für das Kreisarztexamen, dass dann das Examen gemacht werden muss, dass er daraufhin meistens eine Zeit lang als Kreisarztassistent dienen muss und dann noch keineswegs immer der unmittelbare Eintritt in das Staatsamt erfolgt, dann sind das andere Verhältnisse als bei den Beamten, die zum Vergleich herangezogen werden, und es wäre meines Erachtens angemessen, den Endsatz von 5700 Mark, wenn nicht mehr, so doch auf 6000 Mark zu erhöhen.

Ebenso würde ich es für richtig gehalten haben, den nicht vollbesoldeten Kreisärzten steigende Gehaltsstufen zu gewähren. Ich will aber darauf nicht ausführlich eingehen; der Herr Referent hat ja die Gründe für und wider schon hervorgehoben. Was für mich bestimmend war, das ist, dass die jetzige Gehaltsregelung nach meinem Dafürhalten eine völlig ungerechtfertigte ist. Jetzt wird die Sache so, dass derjenige, welcher an einer Stelle ist, die die allergeringste Thätigkeit erfordert, das Höchstgehalt erhält und dass derjenige, welcher eine Stelle erlangt hat, die eine sehr umfassende Thätigkeit erfordert — auch allerdings mehr Gebühren einbringt, das gebe ich zu, — das allergeringste Gehalt bezieht.

Dann kommt hier noch ein Uebelstand hinzu. Nehmen wir ansteigende Gehälter, dann haben wir etwas Bleibendes für alle Zeiten; nehmen wir aber feststehende Gehaltssätze, so müssen diese womöglich bei jeder eintretenden Vakanz neu regulirt werden. Wie das immer richtig gemacht werden soll, ist mir unklar.

Es kommt noch hinzu, was schon der Herr Berichterstatter hervorgehoben hat: so, wie jetzt die Sache geplant ist, werden, statt dass mit den höheren Jahren, wo doch die Bedürfnisse des Betreffenden grösser sind, die Einnahmen steigen, die Einnahmen sinken; das scheint mir auch ein keineswegs richtiger Zustand.

Indess ich habe mich überzeugt, dass, so wenig wie in der Kommission diese Anträge Anklang gefunden haben, sie auch hier im Hause keinen Anklang finden werden, und will Anträge hier nicht stellen. Ich halte es aber nicht für unmöglich, dass, wenn uns nach einem Jahre die Denkschrift vorgelegt werden wird und sich inzwischen herausgestellt haben sollte, dass die bisherige Gehaltsregelung nicht befriedigt hat, dann eventuell die in der Kommission gestellten Anträge noch erneuert werden.

M. H., was nun die letzte und ja in diesem Augenblick wichtigste Frage anlangt, die Frage des Wohnungsgeldzuschusses, so halte ich es für meine Person für richtig, den Wohnungsgeldzuschuss zu gewähren. Ich halte

das für eine Frage von prinzipieller Bedeutung, und zwar deshalb, weil ich durch die Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses anerkannt haben will, dass die Kreisärzte, auch die nicht vollbesoldeten, ihre dienstliche Thätigkeit nicht nur nebenbei ausüben sollen, sondern dass ihre dienstliche Thätigkeit ihr Hauptamt und die ihnen gestattete privatärztliche Praxis die Nebensache sein soll. Was die rechtliche Frage der Sache anlangt, so will ich darüber mich nicht auslassen. Ich bin auch allerdings durch die heutigen Auslassungen und durch die Ausführungen, die wir neulich in der Kommission gehört haben, zu der Ansicht gelangt, dass, wenn man den Wohnungsgeldzuschuss einführen will, man das durch Abänderung des Kreisarztgesetzes thun muss; aber ich sehe nicht ein, warum wir davor zurückschrecken sollen, wenn wir an und für sich davon überzeugt sind, dass es richtig ist, den Wohnungsgeldzuschuss zu gewähren. Haben wir das einmal gethan, als wir ihnen die Pension zubilligten, so meine ich, können wir auch den zweiten Schritt thun und ihnen ebenso gut durch Aenderung des Gesetzes den Wohnungsgeldzuschuss zubilligen. Ich kann auch die Gründe, die weiter gegen den Wohnungsgeldzuschuss angeführt sind, nicht als ganz stichhaltig anerkennen. Es ist gesagt worden, dass dadurch eine grosse Ungleichheit eintreten würde zwischen der Höhe des Gehalts und dem Wohnungsgeldzuschuss. Bei einigen Stellen, beispielsweise in Berlin, würde das Gehalt um 50 % erhöht. Das ist ja vollständig richtig; aber ich glaube auch, dass das eine ausgleichende Wirkung hervorrufen wird. Ich bin nicht der Ueberzeugung, dass es richtig ist, für die grossen Städte die allerkleinsten Gehälter einzuführen. Mag es auch zutreffen, dass in Berlin, Altona, Frankfurt zu dem Satze von 1800 Mark, der für sie bestimmt ist, hohe Gebühren kommen, vielleicht von 7- bis 8000 Mark, so hat der betreffende Kreisarzt ein Gehalt, das er eigentlich zu einem standesgemässen Auskommen braucht. Wenn aber so viele Gebühren erworben werden, so kann man auch sicher sein, dass seine Thätigkeit vollständig durch sein Amt in Anspruch genommen wird, so dass ihm Zeit für Privatpraxis nicht übrig bleibt. Und diejenigen Aemter, die den Kreisärzten in den kleinen Landstädten sehr leicht zur Verfügung stehen, also z. B. die Impfarztstellen, die Stellen als Krankenhausdirektoren, sind natürlich in den grossen Städten derartig umworben bei der grossen Anzahl von vorhandenen Aerzten, dass schwerlich jemals ein Kreisarzt in die Lage kommen wird, eine derartige Stelle zu übernehmen. Ich meine also, es würde eine richtige ausgleichende Wirkung dadurch eintreten. Dann aber wird doch die Spannung zwischen dem Mindestsatz und dem Höchstsatz ganz bedeutend verringert, und das ist doch auch eine Sache von Wichtigkeit. Jetzt wird der Mindestsatz von 1800 Mark plus Wohnungsgeldzuschuss, der Höchstgehalt von 3000 Mark plus Wohnungsgeldzuschuss gewährt; später werden wir aber event. noch unter dem Mindestsatz hinuntergehen und noch über den jetzigen Höchstsatz bis zur Höhe von 4200 Mark hinausgehen. Es ist durchaus kein Misstrauen gegen die Königliche Staatsregierung, wenn ich sage, dass es mir nicht gefällt, dass die fixen Gehälter in so grossen Grenzen schwanken; aber für richtig halte ich es bei alledem doch nicht.

Nun ist uns ja soeben die höchst bedeutsame Erklärung der Vertreter der Königlichen Staatsregierung zugegangen, die ich auch mit Dank acceptire, dass sie nämlich bereit sind, im Etat eine Summe von ungefähr einer Viertelmillion zu dem ausgeworfenen Satze zuzusetzen. Dieser Betrag kommt gleich derjenigen Summe, welche durch Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses erforderlich werden würde. Ich für meine Person stehe aber nach wie vor auf dem Standpunkte, dass die Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses das Richtige ist, und werde mich auch schwerlich zu einer anderen Ansicht bringen lassen. Ich kann auch Namens meiner politischen Freunde erklären, dass, wenn heute über den Wohnungsgeldzuschuss abgestimmt werden sollte, wir in überwiegender Majorität für denselben stimmen würden. Nachdem nun aber die Erklärung der Königlichen Staatsregierung uns bekannt geworden ist, weiss ich nicht, von welchem Einfluss diese Erklärung sein wird. Nachdem beantragt worden ist, die betreffenden Titel mit Rücksicht auf die Erklärung der Königlichen Staatsregierung in die Budgetkommission zurückzuverweisen, will ich allerdings diesem Antrage nicht widersprechen. (Bravo! links.)

Abg. v. Loebell: M. H., die konservative Fraktion, für die ich die Ehre habe hier zu sprechen, hält die Ausführung des Kreisarztgetetzes, wie sie

sich darstellen soll nach dem Etat, nach der Denkschrift und nach den Beschlüssen der Budgetkommission im Allgemeinen für zutreffend. Sie ist der Ansicht, dass es wohl gerathen ist, die vollbesoldeten Kreisärzte nicht überwiegen zu lassen gegenüber den nicht vollbesoldeten, sondern wenig vollbesoldete Kreisärzte anzustellen. Sie ist der Ansicht, dass auch das Richtige getroffen ist in den Vorschlägen hinsichtlich der Theilung einzelner Bezirke, die als zu klein angesehen worden sind. Sie glaubt auch, dass im Allgemeinen die Regelung hinsichtlich der Besoldung, wie sie gefunden worden ist, richtig ist. Insbesondere dürfte die Besoldung der vollbesoldeten Kreisärzte, die den Beamten der 5. Rangklasse, Oberförstern, Bauinspektoren u. s. w., gleichgestellt sind, den thatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Es ist hierbei zu beachten, dass den Kreisärzten immerhin noch Nebeneinnahmen erwachsen, auf die die anderen Beamten einen Anspruch nicht haben. Es werden nach wie vor die vollbesoldeten Kreisärzte durch ihre Thätigkeit bei den Gerichten, durch Konsultationen, durch ihre Stellung als Impfärzte, Bahnärzte und dergl. Nebeneinnahmen haben können, und es ist deshalb nicht wohlgethan, wie das von einigen Seiten angeregt worden ist, mit den Gehaltssätzen noch höher zu gehen.

Was die nicht vollbesoldeten Kreisärzte anlangt, so sind die Bedenken, die die konservative Fraktion zuerst hatte gegen die Festsetzung des Gehalts, wesentlich gemildert dadurch, dass als Mindestgehalt durch die Erklärung der Königlichen Staatsregierung 1800 M. festgelegt worden sind. Uns ist aber auch sehr genehm, dass die Budgetkommission in ihrem Antrag diese Erklärung dadurch festlegen will, dass in den Etat ein entsprechender Vermerk bezüglich des Mindestgehalts hineinkommen soll. Wir erkennen an, dass es nicht thunlich ist, jedenfalls sehr viele Bedenken entgegenstehen, wie bei anderen Beamtenkategorien ein Grundgehalt und steigende Alterszulagen festzusetzen. Wir glauben, dass die Schwierigkeiten, die diesem Wunsch entgegenstehen, so erheblich sind, wie bereits von dem Herrn Referenten hervorgehoben ist, dass wir uns keinen Erfolg davon versprechen können, wenn wir etwa mit einem derartigen Antrag kommen wollten.

Gegen die Regelung der Gehaltsätze der Assistenten ist nichts einzuwenden und von dem Gesichtspunkte aus, dass es sich um Beamte im Vorbereitungsdienst handelt, um Beamte, die sich vorbereiten sollen auf die zukünftige Stellung als Kreisärzte, für welche sie in Aussicht genommen sind.

Ob die Amtsunkosten ausreichen werden, wird die Erfahrung lehren. Zunächst dürfen die Vorschläge, wie sie uns vorliegen, das Richtige treffen. Es ist aber hier sehr schwierig, von vornherein genau die Sätze festzulegen. Wir glauben aber auch, dass es keinem Bedenken unterliegt, gerade die Höhe der Amtsunkosten zu prüfen bei der jährlichen Etatsberathung. Es werden dann Wünsche an uns herantreten, und wir werden in der Lage sein, wenn möglich, sie zu berücksichtigen.

Wenn wir auch hinsichtlich der Gebührensätze auf dem Standpunkt, den der Herr Referent hervorgehoben und den die Kommission eingenommen hat, stehen, so nehmen wir eine wesentlich andere Stellung ein gegenüber der Königlichen Staatsregierung hinsichtlich der Gewährung eines Wohnungsgeldzuschusses für die Beamten. Die Königliche Staatsregierung, der Herr Kultusminister und der Herr Finanzminister, haben ihrerseits zur Begründung ihres Standpunktes in erster Linie Bezug genommen auf die Berathung hinsichtlich des Kreisarztgesetzes. Sie haben darauf hingewiesen, dass in der Begründung des Kreisarztgesetzes ausdrücklich gesagt worden sei, die nicht vollbesoldeten Kreisärzte sollten einen Wohnungsgeldzuschuss nicht erhalten, und dass man jetzt unmöglich schon, bevor das Gesetz zur Ausführung gekommen wäre, daran gehen könne, es zu ändern. Es mag zugegeben werden, dass während der Verhandlungen des Kreisarztgesetzes darüber kein Zweifel gelassen worden ist, dass die Königliche Staatsregierung auf dem Standpunkt stehe, Wohnungsgeldzuschuss sollten die nicht vollbesoldeten Kreisärzte nicht bekommen. M. H., aber das muss doch zugegeben werden, dass der Wortlaut des Kreisarztgesetzes selbst nicht der Auffassung, wie sie meine politischen Freunde zum Ausdruck gebracht haben, widerstrebt. Wenn der §. 3 des Gesetzes ausdrücklich hervorhebt, dass den Beamten Pensionsrecht zuerkannt werden soll, so kann man unseres Erachtens nicht daraus schliessen, dass, weil der Wohnungsgeldzuschuss nicht genannt worden ist, es nicht möglich wäre,

diesen Beamten den Wohnungsgeldzuschuss jetzt ohne eine Gesetzesänderung zu verleihen. Wir stehen in erster Linie auf diesem Standpunkt, weil wir aus dem Wortlaut des Wohnungsgeldzuschussgesetzes selbst respektive aus dem Wortlaut des Pensionsgesetzes, welches ja in innigem Zusammenhang mit dem Wohnungsgeldzuschussgesetz steht, nicht herauslesen können, dass die Beamten, um die es sich hier handelt, der Vortheile des Wohnungsgeldzuschusses nicht theilhaftig werden sollen und dürfen. Wenn das Pensionsgesetz in §. 5, der schon oft zitirt worden ist, sagt, dass denjenigen Beamten, deren Zeit und Kräfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden, ein Wohnungsgeldzuschuss nicht gewährt werden soll, so meinen wir, dass unter keinen Umständen nach der ganzen Zweckbestimmung des Kreisarztgesetzes, nach den ausgiebigen Erklärungen, die auch seitens meiner Partei bei den Berathungen gegeben worden sind, man damals daran denken konnte und jetzt daran denken sollte, hier unter die Beamtenkategorie, die nur nebenbei in Anspruch genommen wird durch staatliche Funktionen, diese nicht vollbesoldeten Kreisärzte unterzubringen. M. H., wir haben den allergrössten Werth darauf gelegt — und das ist unser grundsätzlicher Standpunkt, von dem wir nicht abgehen — festzulegen im Gesetz, dass die Kreisärzte solche Beamte sein sollen, die jeden Augenblick gewärtig sind des Winkes der Verwaltungsbehörden, Beamte, die sich nicht entschuldigen sollen dadurch, dass sie Privatpraxis ausüben, wenn sie zu dienstlichen Funktionen herangezogen werden sollen. Wir haben die Ausübung einer Privatpraxis als Nebenbeschäftigung nicht gestattet aus finanziellen Gründen, sondern wir haben geglaubt, dass es durchaus nothwendig sei, dass der Kreisarzt mit dem praktischen Leben im Zusammenhang bleibe, dass er seinerseits nicht vom grünen Tisch Verfügungen anregen solle, sondern dass er nur solche Verfügungen vorschlagen solle, die sich mit den Bedürfnissen des praktischen Lebens vertragen. M. H., wir legen Werth darauf, dass der Kreisarzt seinerseits eine Praxis ausübe, dass er in die Häuser der Unbemittelten hineinkomme, dass er sieht, wie es zugeht bei einem Arbeiter auf dem Lande, damit er, wenn er mit seinen theoretischen Verfügungen kommt, auf diese Verhältnisse Rücksicht nimmt. Das war für uns das Bestimmende, m. H.; lediglich dieser Gesichtspunkt hat meine politischen Freunde damals veranlasst, sich warm auszusprechen für das Institut der nicht vollbesoldeten Kreisärzte.

Nun, m. H., hiervon ausgehend, können wir nicht annehmen und nicht zugeben, dass auf Grund der früheren Verhandlungen ein Recht hergeleitet werden könnte, jetzt den Wohnungsgeldzuschuss zu verweigern. Zu den nebenbei beschäftigten Beamten sollen sie nicht gehören, sie sollen Beamte sein, die in erster Linie ihr Amt ausüben und nebenbei die Berechtigung bekommen, ihre Privatpraxis auszuüben, — nicht umgekehrt, — wie es jetzt darzustellen versucht worden ist, dass sie in erster Linie die Privatpraxis ausüben dürfen und nur nebenbei ihr Amt als Kreisarzt ausüben; das würde absolut mit unserer Auffassung nicht vereinbar sein.

M H., nun sagt das Wohnungsgeldzuschussgesetz in seinem §. 1, der ja grundlegend ist:

> „Den unmittelbaren Staatsbeamten, welche eine etatsmässige Stelle bekleiden und ihre Besoldung aus der Staatskasse beziehen . . . . sind Wohnungsgeldzuschüsse zu gewähren."

M. H., dieses Kriterium derjenigen Beamtenkategorien, die Wohnungsgeldzuschuss bekommen, trifft durchaus auf die nicht vollbesoldeten Kreisärzte zu: sie sollen Beamte, unmittelbare Beamte des Staates sein, sie bekleiden eine etatsmässige Stelle, und sie bekommen ihr Gehalt aus der Staatskasse; man kann sie vollständig in dem §. 1 des Wohnungsgeldzuschussgesetzes unterbringen, vorausgesetzt, dass man aus §. 5 — und auf diesem Standpunkte stehen wir — nicht eine andere Auffassung herauslesen sollte.

M. H., wenn aber ausdrücklich in dem §. 3 des Kreisarztgesetzes nur auf die Pensionsberechtigung hingewiesen und der Wohnunggeldzuschuss nicht erwähnt ist, so stehen wir auf dem Standpunkt, dass allerdings die Pensionsberechtigung nur durch Gesetz verliehen werden kann, dass aber der Wohnungsgeldzuschuss ein Theil der Besoldung ist, und es sehr wohl möglich ist, im Wege der Etatisirung einem Beamten einen Wohnungsgeldzuschuss zuzuwenden

und es dazu nicht eines besonderen gesetzgeberischen Aktes bedarf, vorausgesetzt, dass die bestehenden Gesetze dem nicht entgegenstehen.

M. H., wir glauben, dass der Wohnungsgeldzuschuss den besten Ausgleich darstellt gegenüber den Theuerungsverhältnissen der einzelnen Orte. Nun ist seitens des Herrn Finanzministers gesagt worden, es wäre unbillig und könnte zu Ungerechtigkeiten führen, wenn wir mechanisch hier den Wohnungsgeldzuschuss festsetzten; denn es würden gerade in den kleineren Orten auf dem Lande die Kreisärzte darunter leiden. Wir stehen auf dem Standpunkt, dieser Ungleichmässigkeit, dieser Verschiedenheit soll schon bei der Festsetzung der Besoldungsordnung vorgebeugt werden; sie soll berücksichtigt werden bei der Festsetzung der einzelnen Besoldungen. Der geeignete Arzt, welcher geringe Gebühren bezieht — das haben wir gehört durch die Erklärung des Herrn Kultusministers —, soll im Gehalt besser gestellt werden als derjenige Beamte, der nur weniger Gebühren bezieht. Ist das aber der Fall, wird bei der Festsetzung der Besoldungen dem schon völlig Rechnung getragen, wird das Gehalt nach diesen Grundsätzen bemessen, dann liegt es auf der anderen Seite doch in der Billigkeit, dass man den herrschenden Theuerungsverhältnissen etwas Rechnung dadurch trägt, dass man einen verschieden abgestuften Wohnungsgeldzuschuss gewährt.

M. H., wenn wir dies anregen, so gehen wir nicht von dem Gesichtspunkt aus, dass wir die Staatsregierung durchaus zu Ausgaben drängen wollen, die nicht nothwendig sind, die sich aus der Natur der Verhältnisse ergeben; im Gegentheil, wir glauben, wenigstens in diesem Falle, die vorsichtigeren Hausväter zu sein. Wir sind der festen Ueberzeugung: wenn Sie jetzt die Gehälter an sich erhöhen, und nach der jetzigen Erklärung des Herrn Finanzministers in der Lage sind, nun ein höheres Durchschnittsgehalt zu geben, aber den Wohnungsgeldzuschuss nicht zu bewilligen, so wird diese Frage doch nicht von der Tagesordnung verschwinden. (Sehr richtig!) Wir werden in ein, zwei, drei Jahren immer wieder dieselben Wünsche zu hören bekommen, und es wird schliesslich doch dahin kommen, dass Sie den Wohnungsgeldzuschuss zu den jetzigen Gehältern noch dazu bewilligen müssen.

Um das zu vermeiden, und auch unsererseits die Sache zum Abschluss zu bringen, weil wir ja ganz auf dem Standpunkt stehen, der vom Finanzminister so oft hervorgehoben ist, es solle ein Riegel vorgeschoben werden dem fortwährenden Drängen der einzelnen Beamtenkategorieen nach Erhöhung des Gehalts, weil wir die Gehaltsregulirung vorläufig als abgeschlossen betrachten, und die Gehälter so festsetzen wollen, dass die Beamten damit bestehen können, deshalb wollen wir lieber den Kreisärzten gleich geben, was sie doch schliesslich bekommen würden.

M. H., uns leitet ferner die Ueberzeugung, dass es durchaus nothwendig ist, in den betreffenden Beamten immer das Gefühl rege zu halten, dass sie wirkliche volle Staatsbeamte sind; sie sollen sich stets in den Dienst des Staates stellen, sie sollen die Rechte der Beamten bekommen, aber sie sollen auch immer der Pflichten eingedenkt sein, die sie als Beamte auf sich genommen haben. Wenn wir von diesen Gesichtspunkten ausgehen, so glauben wir, den berechtigten Wünschen der Kreisärzte volle Rechnung zu tragen. Wir sind überzeugt, dass wir nicht leichtsinnig mit den Staatsgeldern umgehen, sondern vollständig vorsichtig. Wir glauben nicht, dass Ungerechtigkeiten, wie sie dargestellt worden sind, thatsächlich eintreten können. Sollten aber doch in einzelnen Fällen solche Ungleichheiten noch bleiben, so ist das einzig gegebene und jeden Augenblick zur Anwendung zu bringende Mittel, dass die betreffenden Stellen in vollbesoldete umgewandelt werden. Wenn sich thatsächlich in einzelnen Bezirken kein Arzt finden sollte, der wegen der geringen Privatpraxis seinerseits das Amt als nicht vollbesoldeter Kreisarzt übernimmt, dann muss man dazu schreiten, sie zu vollbesoldeten zu machen, und sie dazu loszulösen von der Privatpraxis. Das wird das Mittel sein, das im äussersten Falle, wenn nichts anderes helfen sollte, angewendet werden kann.

M. H., es ist die Rede davon gewesen, dass das diskretionäre Ermessen der Königlichen Staatsregierung durch das Gesetz schon über Gebühr in Anspruch genommen würde, und das es nicht gut wäre, in dieser Beziehung weiter zu gehen. Wir glauben ja auch, dass dieses Gesetz insofern eine besondere Stellung einnimmt, als allerdings hier die Festsetzung der Gehaltsbezüge fast wesentlich in die Hand der Staatsregierung gelegt ist. Es ist

aber keineswegs, wie es vorhin erwähnt worden ist, unsererseits ein Misstrauen gegen die Königliche Staatsregierung, dass wir ihr in etwas wenigstens diese diskretionäre Gewalt nehmen wollen, nämlich hinsichtlich des Wohnungsgeldzuschusses, sondern wir glauben, dass es ihr nur erwünscht sein kann, wenn nicht gar zu weit dieses diskretionäre Ermessen selbst festgestellt wird. Es muss thatsächlich zu grossen Schwierigkeiten führen, wenn man von hier aus das für den ganzen preussischen Staat festlegen will, die verschiedenen Gehaltsbezüge der nicht vollbesoldeten Privatärzte, wenn man hier die Detailkenntnisse haben will, um allen einzelnen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Wir glauben deshalb nicht aus Misstrauen, sondern lediglich von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass es der Staatsregierung nur erwünscht sein kann, wenn ihr diese schwere Verantwortung in etwas abgenommen wird, dass es durchaus möglich ist, auf den von uns vorgeschlagenen Weg einzugehen.

Meine politischen Freunde halten an der Forderung des Wohnungszuschusses ihrerseits fest; sie sind der Ueberzeugung, dass es zweckmässiger, angemessener ist, diese Frage jetzt zu regeln, als sie als eine offene zu lassen und sich dem auszusetzen, dass sie immer wieder auf die Tagesordnung gesetzt wird. Wir dürfen aber auch kein Unglück darin sehen, falls es zu einer Lösung der betreffenden Differenzen in den Ansichten nicht kommen sollte, wenn die Ausführung des Gesetzes lieber noch auf ein Jahr zurückgestellt wird, als dass wir jetzt etwas annehmen, von dem nachher keiner befriedigt ist, und das als Stückwerk angesehen wird.

Wir behalten uns die Stellung von Anträgen in dieser Beziehung bis zur dritten Lesung vor, müssen aber vor allen Dingen wünschen, dass zunächst über die Resolution der Budgetkommission abgestimmt wird. Es wird von dem Ergebniss dieser Abstimmung wesentlich abhängen, ob etwa noch eine Rücküberweisung in die Kommission stattfinden soll. Unseres Erachtens würde diese Rücküberweisung an die Budgetkommission nur dann eintreten können, wenn die Resolution abgelehnt wird, sonst würde ein Grund dafür nicht vorhanden sein. (Bravo! rechts.)

Vizepräsident des Staatsministeriums, Finanzminister Dr. von Miquel: Ich will ausführlich auf die Sache nicht zurückkommen; ich will nur die Konsequenz, die der Herr Vorredner selbst, wenigstens für die von ihm zugegebenen möglichen Fälle gegeben hat, dass, wenn man eine geeignete Besoldung und Gebührenbezug für den Physikus auf dem Lande nicht haben könne, man nach diesem System des Wohnungsgeldzuschusses einen vollbesoldeten Beamten einstellen müsste, ziehen. Also wenn der Physikus im Nebenamt nicht genug zu thun hat, so soll man in die Stelle desselben einen Mann einstellen, der ausschliesslich, ohne Gebühren und ohne Privatpraxis, Staatsgehälter beziehen würde. Das ist allerdings die Konsequenz; aber diese Konsequenz beweist eben die Unzweckmässigkeit des Vorschlages, den der Vorredner vertheidigt hat. Vollbesoldete Beamte — und das ist eben das gewesen, was die konservative Partei immer vertreten hat — soll man nur da haben, wo die Beschäftigung des Physikus so stark ist, dass sie im Nebenamt nicht mehr versehen werden kann. Hier haben wir nun auf dem Lande schwach beschäftigte Physici im Nebenamt, die wenig oder gar keine Gebühren beziehen. Die Stellen will man besetzen mit einem vollbesoldeten Beamten, der, wenn ich den etwas platten Ausdruck gebrauchen darf, darauf angewiesen ist, sein Gehalt zu beziehen, im Uebrigen aber Maulaffen feilzuhalten. (Heiterkeit.) M. H., Sie sagen, Sie wollen diesen praktischen Arzt, denn das ist sein Wesen, zu einem vollen Beamten machen, und aus diesem Prinzip heraus wünschen Sie, dass er den Wohnungsgeldzuschuss beziehe. Glauben Sie denn, dass Sie einen Arzt, der $^7/_8$ seiner Zeit mit Privatpraxis beschäftigt ist und $^1/_8$ mit amtlicher Thätigkeit, wofür er Gebühren bezieht, durch Gewährung von Wohnungsgeldzuschuss zu einem wirklichen vollbeschäftigten Beamten machen? Er bleibt immer ein Beamter im Nebenamt, ob Sie ihm den Wohnungsgeldzuschuss geben oder nicht; das ist vollkommen gleichgültig. Ebenso wie ein Oberlehrer nicht Richter wird, wenn Sie ihm den Titel Assessor geben; er bleibt immer Oberlehrer. (Heiterkeit.)

Es ist mir sehr angenehm, zu hören, dass der Herr Vorredner sich davor fürchtet, dass, wenn man jetzt keinen Wohnungsgeldzuschuss gäbe, man ihn später fordern würde. (Abg. von Loebell: Sicher!) — Ganz und gar nicht. Die Lage dieses Arztes ist gar nicht für einen Wohnungsgeldzuschuss angethan. Aber ich kann doch ebenso gut sagen, wenn Sie ihm jetzt den höheren Gehalt

nicht geben, was die Regierung ihm anbietet, nämlich 450 Mark durchschnittlich mehr, dann kommt er nachher und fordert einen höheren Gehalt, und das wird er doch um so eher thun, je grössere Missstände in der Praxis aus dem Wohnungsgeldzuschuss sich ergeben, wo die Aerzte in den grossen Städten mit hohen Gebührenbezug einen hohen Wohnungsgeldzuschuss bekommen und diejenigen auf dem Lande mit einem unbedeutenden Wohnungsgeldzuschuss zufrieden sein müssen; dann wird Unzufriedenheit, dann werden die Klagen kommen, dann wird man sagen, das ist eine ungleichmässige Behandlung, und dann wird man sich allerdings der Erhöhung des Gehaltsbezuges nicht entziehen können. Also ich glaube, die Gefahr, dass ein weiteres Drängen nach Gehaltserhöhung entsteht, ist mindestens in beiden Fällen gleich. Aber hier besteht eine ganz bestimmte Grenze in der Höhe des Maximalbezuges. Denn, erhöhen Sie für die Kreisärzte die Mittelsätze des Gehalts allzu sehr, so wird die Erschwerniss, die heute schon vorhanden ist, tüchtige Aerzte zur Annahme der vollbesoldeten Stellen zu bewegen, ja natürlich noch grösser. Wenn Jemand schon einen Gehalt von 4000 Mark hat im Nebenamte, frei ist in der Praxis, Gebühren bezieht, dann muss ich diesem Mann doch schon ganz ausserordentliche Summen bewilligen, damit er überhaupt geneigt ist, eine Stelle im Hauptamt anzunehmen, wobei er auf alles dies verzichtet. Ich habe nicht dagegen gesprochen, um das Gesetz nicht zu benachtheiligen, dass wir hier einen Minimalsatz von 1800 Mark angenommen haben; es wäre wohl richtiger, gar keinen Minimalsatz festzusetzen; denn die Verhältnisse liegen häufig so, dass der Arzt schon durch die Gewährung dieser Stelle in eine solche gute Assiette kommt, dass das Gehalt ganz dagegen zurücktritt. Aber einen hohen, einen höheren Minimalsatz zu nehmen, das würde, wie gesagt, aus dem Grunde bedenklich sein, dass man dann um so schwerer tüchtige Aerzte für das Hauptamt bekommt, und dass wir an manchen Stellen solche gebrauchen, das kann gar nicht bestritten werden, obwohl ich ja von jeher auf dem Boden des Gesetzes gestanden habe, dass nicht praktizirende Aerzte, die gar keine Erfahrung im Leben machen, die in ihrer Gelehrtenstube sitzen, im grossen Ganzen weniger geeignete Physici sind als diejenigen, die in der Praxis täglich alle Lebensverhältnisse weiter kennen lernen. Also, ich habe mich durch die Rede des Herrn von Loebell nicht davon überzeugen können, dass die Stellung der Staatsregierung in dieser Frage nicht zutreffend ist.

Abg. Brütt (freikons.): Das hohe Haus wird sich in diesem Augenblick noch nicht damit beschäftigen, Beschluss darüber zu fassen, in welcher Weise die Summe, welche die Königliche Staatsregierung durch ihre heutige Erklärung zur Verfügung gestellt hat, angewendet werden soll; ob in der Gestalt von einem Wohnungsgeldzuschuss oder einer Erhöhung des Gehaltes, das wird ja der Budgetkommission vorbehalten sein, welche darüber dem Hause ihre Vorschläge wird zu unterbreiten haben. Ich habe bereits in Gemeinschaft mit dem Herrn Kollegen Im Walle den Antrag gestellt, dass das hohe Haus beschliessen möge, den Tit. 2 des Kap. 125 nebst den dazu vorgeschlagenen Resolutionen an die Budgetkommission zurückzuverweisen.

Ich will mich in diesem Moment lediglich darauf beschränken, in aller Kürze den Standpunkt darzulegen, welchen meine politischen Freunde in dieser Angelegenheit einnehmen. Wir würden alles zurückzuhalten suchen und uns gegen alles erklären, was der Grossziehung einer Medizinalbureaukratie ähnlich sehen würde. Dagegen sind wir mit der Königlichen Staatsregierung einverstanden darin, dass sie die Gehalte und sonstigen Bezüge der Kreisärzte erhöhen will; wir sind insbesondere einverstanden mit der Begrenzung des Maximums und des Minimums des Gehalts der vollbesoldeten Kreisärzte; wir sind auch durchaus einverstanden mit dem Prinzip, nach dem die Königliche Staatsregierung die Gehaltsbezüge der nicht vollbesoldeten Kreisärzte geregelt hat. Das Prinzip der Staatsregierung lässt sich ja ganz kurz dahin zusammenfassen, dass hier die Individualisirung Platz greifen soll, und dieses Prinzip der Individualisirung sehen wir auch als das richtige an; dieses Prinzip ist bereits von dem Herrn Vizepräsidenten des Staatsministeriums und von dem Herrn Kultusminister so ausführlich vertheidigt worden, dass ich darauf nicht zurückkommen will. Ich muss aber bemerken, dass wir, wenn wir nicht individualisirt hätten, die Gehalte nach Dienstaltersstufen hätten reguliren müssen; hätten wir sie nach Dienstaltersstufen regulirt, dann hätten wir auch zu dem Wohnungsgeldzuschuss kommen müssen. Umgekehrt aber ist der Wohnungsgeld-

zuschuss der direkte Widerspruch gegen die Individualisirung. Wenn wir den Wohnungsgeldzuschuss annehmen wollten, würden wir uns in Widerspruch setzen zu dem Prinzip der Individualisirung, auf dem die Gehaltsregulirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte beruht. Mit der Individualisirung werden die Verhältnisse des konkreten Falles berücksichtigt; der Wohnungsgeldzuschuss geht aber über die Verhältnisse des konkreten Falles hinweg und vertheilt den Zuschuss nach bestimmten Servisklassen, und was gewiss die Majorität des hohen Hauses vermeiden will, würde geschehen: bei dem Wohnungsgeldzuschuss würde das platte Land benachtheiligt zu Gunsten der grossen Städte.

Ich möchte nun in voller Anerkennung der lichtvollen und objektiven Darlegung des Herrn Referenten über die Vorgänge in der Budgetkommission doch die Geschichte der Beschlüsse über den Wohnungsgeldzuschuss auf Grund meiner persönlichen Kenntniss und meiner persönlichen Beurtheilung der Verhältnisse ergänzen, und da treffe ich zusammen mit dem, was Herr Kollege Im Walle bereits ausgesprochen hat. Ich glaube konstatiren zu können, ohne dass mir widersprochen wird, dass, wenn die Budgetkommission sich hätte vor die Frage gestellt gesehen, dass sie entscheiden solle, ob sie definitiv den Wohnungsgeldzuschuss einführen wolle für die ganze Monarchie oder nicht, dass dann die Majorität oder vielmehr die Einstimmigkeit der Budgetkommission in eine Minorität für den Wohnungsgeldzuschuss sich würde verwandelt haben. Die Sache lag so, dass einzelne Herren mit grossem Nachdruck und Interesse für den Wohnungsgeldzuschuss eintraten, und insbesondere der einzige Vertreter des ärztlichen Standes. Unter diesen Umständen hat die Majorität der Budgetkommissin es nicht hindern wollen und es für richtig gehalten, die Frage des Wohnungsgeldzuschusses in Gestalt eines Antrages der Budgetkommission hier vor das hohe Haus zu bringen. Das ist meine persönliche Auffassung in der Sache; sie stimmt auch mit dem, was der Herr Abg. Im Walle soeben gesagt hat, und ist auch die Anschauung meiner politischen Freunde, die in der Kommission waren. Ich wiederhole: ich habe die feste Ueberzeugung, dass, wenn die Budgetkommission sich hätte vor die Frage gestellt gesehen, ob sie definitiv für die Monarchie jetzt den Wohnungsgeldzuschuss einführen wolle oder nicht, sie sich gegen den Wohnungsgeldzuschuss erklärt haben würde.

Ich habe im Uebrigen, was den Wohnungsgeldzuschuss anlangt, auch Namens meiner politischen Freunde hervorzuheben, dass wir in rechtlicher Beziehung ganz auf dem Standpunkt stehen, den die Vertreter der Königlichen Staatsregierung, insbesondere auch der Herr Vizepräsident des Staatsministeriums, hier dargelegt haben, dass wir ohne Aenderung des Kreisarztgesetzes nicht glauben, den Wohnungsgeldzuschuss hier durch blossen Beschluss zum Etat durchführen zu können. Meine politischen Freunde sind, abgesehen von der Resolution zu dem Wohnungsgeldzuschuss mit den übrigen Anträgen einverstanden, welche die Budgetkommission hier dem hohen Hause unterbreitet hat.

Insbesondere möchte ich mich noch zu der Resolution betreffs Vorlage einer Denkschrift wenden, und zwar um deswillen, weil der Herr Kultusminister vorhin bei seiner Ausführung die Erklärung abgegeben, wenigstens sich dahin ausgesprochen hat, dass mit Rücksicht auf die Zurdispositionsstellung der Summe von rund $^1/_4$ Million sich diese Resolution erübrigen würde. M. H., es ist mir nicht recht ersichtlich, wie das zu erklären ist. Die Resolution hat auch ihre besondere Geschichte und Veranlassung. Es ist ja bekannt, dass die Denkschrift, welche dem Staatshaushalt über die Medizinalreform beigefügt wurde, von der Budgetkommission nicht acceptirt ward, weil sie Lücken aufwies, die später von der Staatsregierung ausgefüllt sind. Die Lücke, welche durch die Resolution getroffen werden soll, ist nicht beseitigt, sondern die Kommission ist der Ansicht gewesen, dass sie in der Form zu beseitigen ist, wie es hier in der Resolution geschehen ist. Die Versuche in dieser Beziehung, die Lücken der Vorlage auszufüllen in der Form des Erbittens eines allgemeinen Wohlwollens der Königlichen Staatsregierung dahin, dass der Uebergang in einer einigermassen milden Form bewerkstelligt werden würde, sind ohne Erfolg geblieben; die Budgetkommission hat darauf verzichtet, im Einzelnen nachzuprüfen, ob die durch den Etat in Aussicht genommene Durchführung des Kreisarztgesetzes der Monarchie überall unanfechtbar ist und speziell ob die Aufhebung der bisherigen Physikate überall sachlich gerechtfertigt ist. In dieser Beziehung muss ich nun allerdings bemerken, dass hinsichtlich der Aufhebung bestimmter Physikate die Zahl nicht in Einklang steht mit den Er-

klärungen, welche die Staatsregierung bei den Kommissionsberathungen über das Kreisarztgesetz und auch später im Plenum abgegeben hat. Beispielsweise ist sowohl in der Kommission für das Kreisarztgesetz als auch hier im Plenum wiederholt die Frage an die Staatsregierung gerichtet, ob für einen bestimmten Regierungsbezirk in weiterem Umfange eine Einziehung der bisherigen Physikate beliebt würde. In diesem einzigen Regierungsbezirk sind allein 9 Physikate aufgehoben worden, also, wenn ich nicht irre, mehr als 25 %. Das steht nicht im Einklang mit den Erklärungen, welche die Staatsregierung beim Kreisarztgesetz abgegeben hat, und auch nicht mit den Erklärungen, welche sie hier im Hause abgegeben. Es ist ja nicht zu leugnen, dass es ein sehr grosses Vertrauen ist, was das hohe Haus gegenüber der Staatsregierung bekundet, wenn sie die Einziehung der Kreisphysikate ohne jede Kritik ihr überlässt. Es ist das ein Vorgang, der seinesgleichen selten findet hier im Hause. Wenn es sich beispielsweise um die Neuerrichtung eines Amtsgerichts handelt, haben wir ausführliche Verhandlungen in der Petitionskommission und auch hier im Plenum. Dagegen geben wir hier, wo es sich um die Aufhebung einer grossen Anzahl von Kreisphysikaten handelt, der Staatsregierung vollkommen carte blanche. Demgegenüber ist es in den Verhandlungen der Kommission und auch sonst in Gestalt von Petitionen hervorgetreten, dass man keineswegs im Lande überall einverstanden ist mit der von der Staatsregierung vorgenommenen Einziehung von Physikaten. Die Einziehung der Physikate ist eine Härte, theils in materieller Beziehung, insofern als einzelne Gegenden davon schwer betroffen werden, theils in persönlicher Beziehung. Beispielsweise ist im Kreise Hadersleben ein Physikat inmitten einer dänischen Bevölkerung eingezogen. Ich will weder auf diesen Fall, noch auf andere hier näher eingehen, sondern nur einmal ein Beispiel erwähnen. Sodann ist der Uebergang unter Umständen eine sehr grosse Härte für den Physikus, der versetzt werden soll. Man denke sich doch den Fall, dass manche Herren seit Jahren im Besitz einer einträglichen Praxis sind, die sie an einem anderen Ort nicht sofort oder vielleicht gar nicht wieder sich erwerben. Es ist doch nicht so wie bei einem anderen vollbesoldeten Beamten, z. B. bei einem Amtsrichter, der versetzt werden soll. Hier wird manchmal der Physikus aus seiner Praxis herausgerissen, und er weiss nicht, was er anderswo wiederfindet.

Weil die Budgetkommission davon absah, eine Prüfung im Einzelnen vorzunehmen, war es gegeben, dass sie nicht jetzt darauf drang, dass noch eine bestimmte Anzahl Physikatsstellen belassen werden sollten — das wollte man allein der späteren Prüfung vorbehalten —, aber man richtete an die Königliche Staatsregierung das nach Lage der Sache bescheidene Ersuchen, nur vorläufig provisorisch einzelne Stellen nicht aufzuheben, damit erstens die Gründe nachgeprüft werden könnten, welche die Königliche Staatsregierung zur Einziehung geführt haben, und damit zweitens für die einzelnen der davon betroffenen Herren die Durchführung des Kreisarztgesetzes nicht zu einer unerträglichen Härte würde. Angesichts dieser Interpretation hoffe ich, dass die Königliche Staatsregierung dieser Angelegenheit gegenüber sich wohlwollend erweisen und besonders, dass der Herr Kultusminister diese Sache nicht als erledigt ansehen wird. (Bravo! bei den Freikonservativen.)

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner**: M. H., gegenüber der Erklärung des Herrn Abg. Brütt, dass Seine Excellenz erklärt habe, es wäre durch die Bewilligung eines höheren Betrages ein weiteres Eingehen auf die Resolution betreffs der Denkschrift erübrigt, muss ich sagen: diese Ansicht beruht auf einem Irrthum; Seine Excellenz haben im Gegentheil ausdrücklich erklärt, dass diese Resolution in Erwägung genommen werden würde.

Ich möchte hierzu noch des Weiteren erklären, dass die Abgrenzung der Kreisarztbezirke und die Zusammenlegung verschiedener Kreise zu einzelnen Kreisarztbezirken durchaus nicht willkürlich vorgenommen worden ist, vielmehr haben dabei eingehende Erwägungen stattgefunden. Die Kreise, die künftig zu Kreisarztbezirken zusammengelegt werden sollen, sind allerdings zunächst im Ministerium ausgewählt worden; es sind aber dann diese Zusammenstellungen den Herren Regierungspräsidenten übersandt worden mit dem Ersuchen, dieselben zu prüfen und sich darüber eingehend zu äussern. Diese Aeusserungen der Herren Regierungspräsidenten, die auch dem Herrn Oberpräsidenten vorgelegt und von demselben geprüft worden sind, sind nachher eingehenden kommissarischen Berathungen zwischen den betheiligten Ministerien

unterzogen werden, und das Resultat dieser Erwägungen ist die jetzige Eintheilung der Kreisarztbezirke, welche Ihnen in der Denkschrift mitgetheilt worden ist.

Ich darf weiter bemerken, dass die Zahl der Bezirke, welche ursprünglich festgelegt wurden, 481 betrug, und die Zahl der Bezirke, wie Sie sie jetzt im Etat finden, 478, woraus Sie ersehen wollen, dass es sich nur um eine sehr geringe Anzahl von begründeten Ausstellungen gehandelt hat. Ich darf weiter bemerken, dass schon jetzt eine ganze Anzahl von Kreisen in Kreisphysikatsbezirke zusammengelegt sind; fast überall, wo es irgend möglich war, ist ein Stadtkreis mit dem betreffenden Landkreis zu einem Physikat vereinigt, und das hat sich in ausgezeichneter Weise bewährt. Auch künftig wird in dieser Weise vorgegangen werden, dass zu nicht übermässig grossen Stadtkreisen der betreffende Landkreis hinzukommen soll. Das ist eine Sache, die ausserordentlich zweckmässig ist und schon darin ihre Begründung hat, dass von grossen Stadtkreisen erfahrungsgemäss die dazu gehörigen Landkreise förmlich aufgesogen werden. Das sehen Sie z. B. an Frankfurt a. M., dieses wird in Folge der Eingemeindung der Vororte fortwährend grösser, während der Landkreis fortwährend kleiner wird. Wir sehen ganz etwas Aehnliches z. B. bei Hannover und bei anderen Grossstädten. Ich könnte zum Beweise hierfür eine ganze Anzahl von Stadt- und Landkreisen anführen.

Wir haben aber jetzt schon noch eine Anzahl von anderen Kreisen zusammengelegt, was sich sehr bewährt hat. Ich möchte da z. B. an Bremervörde und Zeven erinnern, zwei Kreise im Regierungsbezirk Stade, die seit Jahren vereinigt sind und künftig auch einen Kreisarztbezirk bilden sollen. Es haben sich dabei keine Schwierigkeiten herausgestellt. Dasselbe gilt von Hannover-Land und Neustadt a. R. einerseits, von Einbeck und Uslar anderseits. Wir sind ferner so verfahren in einem anderen grossen Kreise, wo vorher zwei Kreisärzte gewesen sind, nämlich im Kreise Königsberg in der Neumark. Dort war ein Kreisphysikus in Königsberg und einer in Küstrin. Der Herr Regierungspräsident in Frankfurt hat dem gegenüber ausdrücklich beantragt, man möchte zur Beseitigung von Unzuträglichkeiten den zweiten Kreisphysikus zur Verfügung stellen, und die beiden Kreisarztbezirke zu einem Kreisarztbezirk vereinigen. Das wird auch geschehen, obwohl diese beiden Kreisarztbezirke zusammen, also der Kreis Königsberg in der Neumark, über 100000 Einwohner haben.

Wir werden ferner künftig die Kreise Kottbus Stadt und Land, wo bisher zwei Kreisphysiker gewesen sind, auf den ausdrücklichen Antrag des Regierungspräsidenten so versorgen, dass der Kreis Kottbus Land getheilt, und der nördliche Theil desselben dem Kreisarztbezirke Spremberg hinzugefügt wird.

Die Anträge in der Kommission bezogen sich auf eine Anzahl von Kreisen, in denen es in der That kaum begreiflich sein würde, wenn man zwei Kreisarztbezirke einrichten wollte. Ich möchte erwähnen, dass es sich da in erster Linie um den Kreis Schievelbein handelte. Er hat 502 qkm Ausdehnung und 19000 Einwohner. Ich glaube wirklich, es liegt weder im Interesse des Staats, noch der Einwohnerschaft, wenn man für einen so kleinen Kreis einen eigenen Kreisarzt bestellen wollte. Derselbe hätte nicht genügend zu thun, um sich befriedigt zu fühlen. Aehnlich liegt es z. B. bezüglich der Kreise Alfeld und Gronau, die zusammen 42000 Einwohner haben. Ich möchte noch bemerken, dass bei der Zusammenlegung der Kreise durchaus nicht schematisch nach der einfachen Flächenausdehnung und nach der Anzahl der Einwohner verfahren ist, sondern dass namentlich auch auf die Eisenbahnverbindungen und die sonstigen geeigneten Verbindungen Rücksicht genommen worden ist, um den Kreisarzt zu gestatten, jederzeit in die einzelnen Theile seines Kreises zu gelangen. Bei der Berücksichtigung dieser Verhältnisse hat sich die Zahl der Ihnen durch den Etat mitgetheilten Kreisarztbezirke ergeben.

Wenn nun hervorgehoben worden ist, dass es eine grosse Härte sei, einen Kreisphysikus aus einer Stellung, in der er sich wohl befindet, wo er vielleicht eine seit Jahren befestigte sehr grosse Praxis hat, wo anders hin zu versetzen, vielleicht gegen seinen Willen, so ist das ja a priori zutreffend; aber ich kann demgegenüber erklären, es ist beabsichtigt und fast durchweg bereits geschehen, dass der Betreffende nach seinen Wünschen gefragt und wenn irgend möglich darnach verfahren wird. Wenn er also bestimmte Wünsche äusserst — das ist sehr häufig der Fall; die Kreisphysiker wünschen sich z. B. in die grossen

Städte mit guten Schulen, um ihre Kinder angemessen erziehen zu können, oder sie haben andere Interessen, versetzt zu werden —, so wird diesen Wünschen nach Möglichkeit Rechnung getragen.

Es muss ferner darauf Rücksicht genommen werden, dass durch die jetzt beabsichtigte Gehaltserhöhung es den Herren, welche eine gute Praxis aufgeben müssen, ermöglicht wird, an dem neuen Orte, in den sie kommen, existiren zu können, auch wenn sie dort nicht sogleich eine auskömmliche Praxis finden.

Aus allen diesen Gründen möchte ich glauben, dass ein Bedürfniss, einen Kreisphysikus noch weiter als kommissarischen Kreisarzt in seiner bisherigen Stelle zu belassen, nur ganz ausnahmsweise vorhanden ist. Die Befriedigung eines derartigen Bedürfnisses stösst sich ja auch daran, dass im Etat nur eine bestimmte Anzahl von Kreisarztstellen vorgesehen ist, und daher das Gehalt zur kommissarischen Anstellung überetatsmässiger Kreisärzte nicht zur Verfügung steht.

Es würde also nichts weiter übrig bleiben, als dass ein Kreisphysikus, der seinen Bezirk, in dem er sich wohl fühlt, nicht verlassen will, zur Verfügung gestellt wird. Dass dies in möglichst wohlwollende Erwägung genommen werden soll, hat ihnen der Herr Minister zugestanden. Ich darf daher hoffen, dass nach diesen Darlegungen das Hohe Haus mit der Ihnen vorgelegten Abgrenzung der Bezirke sich einverstanden erklären wird.

M. H., ich darf mir noch eine Bemerkung gestatten bezüglich der Stellung der Kreisassistenzärzte, welche vorher angeregt worden ist. Die Kreisassistenzärzte sind gedacht als junge Aerzte, die eben die Bedingungen zur Anstellung als Kreisarzt erfüllt haben, und welche die Gehilfen der Kreisärzte sein sollen. Sie sollen zunächst in sehr wichtigen oder besonders ausgedehnten Kreisen mit dem verhältnissmässig geringen Gehalt von 1200 M. angestellt werden, um Gelegenheit zu erhalten, unter der Leitung erfahrener Kreisärzte sich in ihre künftigen Aufgaben hineinzuarbeiten. Neben dem Gehalt beziehen sie selbstverständlich die reglementsmässigen Reisekosten und Tagegelder bei Dienstreisen ebenso wie die Kreisärzte und die übrigen Medizinalbeamten, und fernerhin ist es als durchaus zulässig zu bezeichnen, dass sie in denjenigen Fällen, wo sie gebührenpflichtige Amtshandlungen zu verrichten haben, die Gebühren dieser Amtshandlungen beziehen dürfen.

Im Grossen und Ganzen wird es sich also machen lassen, dass sie eine etwas auskömmlichere Einnahme erlangen — sie dürfen ja auch Praxis treiben — und dass sie bis zu einem gewissen Grade eine Selbstständigkeit erhalten, unbeschadet ihrer dienstlichen Unterordnung unter den Kreisarzt. Ich darf hinzufügen, dass von den 30 Kreisarztassistenten, welche der Etat aufweist, 13 am Sitze des Kreisarztes wohnen werden, während die übrigen 17 in besonders grossen Kreisen ihren Wohnsitz so angewiesen erhalten, dass der Hauptttheil ihrer amtsärztlichen Thätigkeit dem vom Landrathsort entfernter gelegenen Theile des Kreises zu gute kommt.

Abg. **Kaute** führt über die zu zahlreiche Einziehung der Kreisarztstellen Klage; insbesondere betreffs der Einziehung der beiden Kreise Hünfeld und Gersfeld, von denen der erstere mit dem Kreise Gersfeld, der zweite mit dem Kreise Fulda verbunden werden soll. Die Gegend sei dort sehr gebirgig und die Verkehrsbedingungen seien entsprechend schwierig und ungünstig. Im Falle einer Epidemie werde es dem Kreisarzte unmöglich sein, den Anforderungen völlig zu genügen, und die Bevölkerung, deren Interesse das Gesetz auch wahrnehmen solle, werde in die fatale Lage gesetzt, bei ihren zahlreichen Gängen zum Kreisarzte die weitesten Wege zurücklegen zu müssen. Es werde dieses sehr bald zu lebhaften und zu durchaus berechtigten Klagen führen. Redner hofft, dass eine nochmalige Prüfung der Verhältnisse dazu führen werde, beide Kreisarztstellen in dem nächstjährigen Etat wieder einzustellen. Solange das aber nicht geschehen sei, solle man entweder einen Kreisarzt kommissarisch belassen oder in den beiden Kreisstädten eine Kreisarztassistentenstelle errichten. (Bravo!)

Abg. **v. Hagen** bittet mit Rücksicht auf die geographische Lage, die Art des Verkehrslebens und die Kommunikationsverhältnisse die Kreise Meppen und Hümling ihren Kreisphysikus bezw. Kreisarzt zu belassen. Er hält es überhaupt am allerrichtigsten, dass die Aerzte, wo sie jetzt sind, belassen würden, zunächst provisorisch, und dann im Laufe des nächsten

Jahres Erhebungen anstellt, ob sich ganz wichtige Gründe ergeben, dass einzelne Stellen eingehen; dass man aber nicht umgekehrt sie jetzt schon eingehen lasse, denn dann sei es mitunter schwierig, wieder einen Arzt zu bekommen, der geneigt sei, an eine Stelle zu gehen, die ausser für Einheimische sehr wenig Reize bietet und durch ihre Einkünfte auch nicht locke. (Bravo!)

Geh. Med.-Rath Dr. **Kirchner**: M. H., es ist ausserordentlich schwierig, auf alle diese einzelnen Wünsche und lokalen Schmerzen, welche von den Herren geäussert sind, in erschöpfender Weise einzugehen. Ich glaube nur im allgemeinen erklären zu können, dass in der That das, was der Herr Regierungskommissar vor zwei Jahren versprochen hat, dass bei der Abgrenzung der Kreisarztbezirke nicht nur auf die Ausdehnung und Einwohnerzahl der Kreise, sondern auch auf die geographischen Verhältnisse und die Verkehrsverbindungen Rücksicht genommen werden soll, dass das, wie ich selbst vorhin gesagt habe, in ausgedehntem Masse geschehen ist. Die Zahl der Zusammenlegungen ist nach dem jetigen Plane viel kleiner, als sie ursprünglich beabsichtigt war, und ich kann nur wiederholen, dass in jedem einzelnen Fall die Verhältnisse nach allen Richtungen hin genau geprüft worden sind.

Ich darf mich wohl darauf beschränken, nur auf einige Kreise einzugehen. Die im Regierungsbezirke Cassel belegenen Kreise **Hersfeld** und **Hünfeld** haben zusammen eine Flächenausdehnung von wenig über 900 qkm, während wir im Osten unserer Monarchie Kreise haben, die über 2000 qkm gross sind. Wenn es dort mit einem Kreisphysikus ganz gut geht, so sehe ich nicht ein, warum es bei den Kreisen Hersfeld und Hünfeld mit einem Kreisarzt nicht gehen soll. Ich darf anführen, was wohl die Verhältnisse am besten illustrirt, dass die Kreisphysiker in den beiden Bezirken Hersfeld und Hünfeld minimale Gebühreneinnahmen bezogen haben, dass also die amtliche Thätigkeit, die sie gehabt haben, keine zu grosse gewesen sein kann, um nicht einem Kreisarzt die Versorgung beider Kreise zu ermöglichen.

Was die Kreise **Meppen** und **Lingen** betrifft, so hat Lingen einen Umfang von 750, Meppen einen solchen von 828 qkm, zusammen also von etwa 1500 qkm. Es ist durchaus möglich, dass ein Kreisarzt diesen räumlich mässigen Kreisarztbezirk versorgen kann. Was die Kreise Aschendorf und Hümling betrifft, so haben sie zusammen eine Einwohnerzahl von 36000 und eine Ausdehnung von 1500 qkm, sind also ausserordentlich kleine Kreise. Wenn also der Herr Abgeordnete hervorgehoben hat, dass ihre nahe Lage an der Grenze die Gefahr des Eindringens ansteckender Krankheiten wie der Cholera u. drgl. begünstige, so darf ich bemerken, dass in dieser Beziehung volle Wachsamkeit besteht, und dass wir gedeckt sind durch die Quarantaineanstalt in Emden, welche den Eingang in die Ems zu beherrschen gestattet.

Das wir in denjenigen Kreisen, wo jetzt die Kreisphysikate zur Einziehung bestimmt sind, in Verlegenheit kommen könnten, wenn sich über kurz oder lang, vielleicht nach einem Jahre herausstellen sollte, dass sie einen eigenen Kreisarzt haben müssen, so wird diese Befürchtung schon dadurch widerlegt, dass die Herren, welche jetzt zur Verfügung gestellt werden sollen, 5 Jahre lang Wartegeld bekommen. Ich bin fest überzeugt, dass ein Kreisphysikus, der sich in seinem Bezirk so wohl fühlt, dass er nicht fortgehen will und deswegen zur Verfügung gestellt wird, jeden Augenblick gern bereit sein wird, als Kreisarzt angestellt zu werden.

Was endlich den Vorschlag betrifft, an denjenigen Orten, wo Stellen von Kreisphysikern eingezogen sind, Kreisassistenzarztstellen einzurichten, so ist derselbe doch sehr bedenklich. Ebensowenig, glaube ich, wird man darauf eingehen können, die ganze Reform, die wir jetzt planen, in einer ganzen Reihe von Kreisen hinauszuschieben, bis die betreffenden Kreisphysiker bereit sind, den Ort, an dem sie jetzt angestellt sind, freiwillig zu verlassen. Ich kann daher nur nochmals die Bitte aussprechen, das Haus wolle anerkennen, dass bei Abgrenzung der Kreisarztbezirke im Wesentlichen den örtlichen Verhältnissen Rechnung getragen ist.

Dem Antrage der Abgg. **Im Walle** und **Brütt** gemäss wurden somit der Tit. 1—5 des Medizinaletats mit den dazu gestellten **Anträgen an die Budgetkommission zurückverwiesen.**

Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 16. März d. J.

Schlussberathung über die Ausführung des Kreisarztgesetzes.

a. Generaldiskussion.

Berichterstatter Abg. v. Löbell (kons.): M. H., der Herr Abg. Winckler war verhindert, der gestrigen Sitzung der Budgetkommission beizuwohnen; ich bin deshalb beauftragt, das Referat, soweit es den allgemeinen Theil betrifft, an seiner Stelle zu halten. Die Budgetkommission hat die früheren Vorschläge auf Grund des Beschlusses des Hohen Hauses vom 14. d. M. einer nochmaligen Beschlussfassung unterzogen. Die Diskussion in der Kommission hat sich in erster Linie auf die äussere Stellung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte erstreckt. Hierbei blieb die Frage der Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses für diese Beamten im Vordergrunde der Erörterung. Die Kommission war einmüthig der Ansicht, dass diese Frage jetzt eine finanzielle Bedeutung nicht mehr habe, nachdem durch die Erklärungen der Königlichen Staatsregierung diejenigen Mittel, die durch Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses erforderlich sein würden, bereit gestellt sind; es blieb nur noch eine grundsätzliche Verschiedenheit in den Ansichten, bei welcher rechtliche und finanzielle Gesichtspunkte in Frage kamen.

Hinsichtlich der rechtlichen Gesichtspunkte wurde von der einen Seite in der Kommission hervorgehoben, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte nicht zu den Beamten gerechnet werden könnten, die nur nebenbei beschäftigt wären, wie solche in §. 5 des Pensionsgesetzes bezeichnet sind. Es wurde für diese Ansicht geltend gemacht, dass die Funktionen, die diese Aerzte auszuüben hätten, ferner das ihnen neu beigelegte Recht der Initiative, endlich auch die Absicht, die bei dieser Beschlussfassung über das Kreisarztgesetz auf Seiten der Gesetzgebung bei Schaffung der nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen vorgeherrscht hätte, dahin geführt hätten, unter allen Umständen volle Beamte zu schaffen, und zwar Beamte, denen gestattet wäre, nebenbei Privatpraxis auszuüben, nicht aber Privatpersonen; denen nebenbei amtliche Funktionen übertragen werden sollten.

Wenn man aber auch dieser Ansicht, so wurde in der Kommission ausgeführt, nicht voll beitreten wollte, so wäre doch anderseits zu erwägen, dass der §. 5 des Pensionsgesetzes für die Kreisärzte durch §. 2 des Kreisarztgesetzes aufgehoben sei. Der zweite Absatz des §. 5 des Pensionsgesetzes lege ausdrücklich auch der höheren Behörde das Recht bei, ihrerseits zu bestimmen, welche Beamten zu den nur nebenbei beschäftigten gerechnet werden sollten. Wenn nun — so wurde ausgeführt — in diesem Falle der Gesetzgeber selbst durch den §. 3 erkläre, dass diesen Beamten die Pensionsberechtigung beigelegt werden solle, so hätte er damit auch erklärt, dass der §. 5 des Pensionsgesetzes keine Anwendung auf sie finden könne; in Folge dessen sei auch der §. 7 des Wohnungsgeldzuschussgesetzes, der ja Bezug nehme auf den §. 5 des Pensionsgesetzes, hier nicht anwendbar. Es möge zugestanden werden, dass die Begründung zum Kreisarztgesetz ihrerseits deutlich zum Ausdruck gebracht hätte, dass die Absicht der Staatsregierung nicht dahin gegangen wäre, diesen nicht vollbesoldeten Kreisärzten den Wohnungsgeldzuschuss zu gewähren. Aber es sei doch misslich, die Begründung als Theil des Gesetzes so weit anzusehen, dass man auch gegenüber dem klaren Wortlaut des Gesetzes selbst die Begründung heranzöge, um zu einer gegentheiligen Ansicht zu kommen.

Demgegenüber wurde in erster Linie von dem Vertreter der Medizinalverwaltung ausgeführt, es könne zugegeben werden, dass der Ausdruck im §. 5 des Pensionsgesetzes „nur nebenbei beschäftigte Beamten“ nicht ganz glücklich gewählt sei; in konstanter Praxis sei aber seitens der Verwaltung stets daran festgehalten worden, diesen Ausdruck „nebenbei beschäftigte Beamte“ als gleichbedeutend anzusehen mit „nicht vollbeschäftigte Beamte“. Auch die Motive zu dem Kreisarztgesetze liessen über die Stellung, die der nicht vollbesoldete Beamte einnehmen sollte, gar keinen Zweifel. Es sei u. A. in den Motiven auf S. 20 ausdrücklich erklärt: „Im Uebrigen beabsichtigt der Entwurf nicht, der Dienststellung des Kreisarztes einen von dem des jetzigen Physikus abweichenden Rechtscharakter beizulegen; wie dieser gehört auch der Kreisarzt zu denjenigen Staatsbeamten, deren Zeit und Kräfte durch die ihm übertragenen Geschäfte nur nebenbei in Anspruch genommen werden, und bleibt, ab-

gesehen von der Pensionsberechtigung, auch den gesetzlichen Konsequenzen dieser betreffenden Dienststellen unterworfen. Vgl. §. 7 des Gesetzes vom 12. Mai 1873; G.-S. S. 209." Danach sei es ja unzweifelhaft, dass die Gesetzesvorlage den nicht vollbesoldeten Kreisarzt als nicht vollbeschäftigten Beamten habe behandeln wollen, mit der Wirkung, dass ihm ein Anspruch auf Wohnungsgeldzuschuss nicht zustehe. Nur hinsichtlich des Pensionsanspruches sei eine nicht weiter auszudehnende Ausnahme von den Folgen der Stellung als nicht vollbeschäftigte Beamte gemacht worden. Sollte dem nicht vollbesoldeten Kreisarzt nunmehr der Anspruch auf Wohnungsgeld beigelegt werden, so bedürfe es einer Gesetzesänderung, und es sei doch misslich, ein eben erst verabschiedetes Gesetz gleich wieder zu ändern. Die amtliche Stellung und die amtlichen Pflichten des Kreisarztes würden hiermit in keiner Weise beeinflusst; es sei selbstverständlich, dass der Kreisarzt, auch wenn er nicht vollbesoldet wäre, sich ganz in den Dienst der Verwaltung zu stellen habe, dass er seine amtlichen Pflichten über die Ausübung seiner Privatpraxis zu stellen habe. Es sei dies ja auch in den Motiven zum Kreisarztgesetz hervorgehoben, und es solle in der Instruktion, die für den Kreisarzt gegeben werde, nochmals wiederholt werden.

Der Vertreter des Herrn Finanzministers fügte dem noch seinerseits hinzu, dass auch das Pensionsreglement von 1825 ausdrücklich — als zu den nur nebenbei beschäftigten Beamten gehörig — auf den Kreisphysikus exemplifizire, und an dieser Stellung habe durch das Kreisarztgesetz nichts geändert werden sollen. Die Gewährung des Anspruches auf Pension sei auch durch die besonderen Verhältnisse gerechtfertigt und dürfe nur als singuläre Ausnahme aufgefasst werden. Ganz unrichtig sei es aber, aus dem Mangel an Wohnungsgeldzuschuss schliessen zu wollen, dass man sie nicht als volle Beamte ansehen wolle. Man würde ja dann ebenso dazu kommen können, nur diätarisch besoldete Beamte, die keinen Wohnungsgeldzuschuss erhielten, oder Assessoren, die überhaupt gar kein Gehalt bekämen, als nicht volle Beamte anzusehen, was jedenfalls unzulässig sei.

In der Mitte der Kommission waren die Ansichten über die rechtliche Frage getheilt. Von einigen Seiten wurde den Ausführungen der Vertreter der Staatsregierung beigetreten, von anderen Seiten wurden sie bekämpft. Einmüthig war man aber in der Kommission der Auffassung, dass diese rechtliche Seite der Frage nur eine sekundäre Bedeutung beanspruche. Möge man sie entscheiden, wie man wolle, es würde, auch wenn die Ansicht der Königlichen Staatsregierung die richtige sei, ja doch durch eine einfache Aenderung des Kreisarztgesetzes im §. 3 der erforderliche rechtliche Boden geschaffen werden können, um den Wohnungsgeldzuschuss zu bewilligen.

In materieller Beziehung wurde von den Vertretern der Königlichen Staatsregierung und von den Gegnern des Wohnungsgeldzuschusses hervorgehoben, dass die Gewährung desselben ein Durchbrechen des Individualsystems bedeute, eines Systems, das gerade hier unbedingt zur Anwendung kommen müsse. Die grossen Verschiedenheiten der amtlichen Obliegenheiten, die Verschiedenheiten der Gebühren und die Verschiedenheiten in den örtlichen Verhältnissen bedingten unbedingt eine möglichste Individualisirung. Gerade bei einer Reihe von Grossstädten in hoher Servisklasse sei die Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses zu dem Minimalgehalt nicht angängig.

Demgegenüber wurde wiederum betont, das bei Festsetzung des Gehalts auch neben dem Wohnungsgeldzuschuss ja vollkommen genügend individualisirt werden könne. Die höhreren oder geringeren Nebeneinnahmen können vollkommen berücksichtigt werden innerhalb des Spatiums des Gehalts von 1800 bis 4200 M. Den Theuerungsverhältnissen trüge aber immerhin am besten Rechnung gerade der Wohnungsgeldzuschuss. Die ganz grossen Städte schieden ja sowieso aus, und man müsse doch zugeben, dass in den mittleren Provinzial- und den kleineren Landstädten noch ein grosser Unterschied hinsichtlich der Wohnungsmiethen bestände — ein Unterschied, der ja soweit ginge, dass die Miethen für mittlere Wohnungen in den Landstädten gegenüber den mittleren Provinzialstädten von 450 M. bis zu 1200 M. schwankten. Hier sei gerade der Wohnungsgeldzuschuss doch das geeigneste Korrektiv. In einzelnen Städten — so in den von dem Herrn Minister genannten Städten Altona und Frankfurt — könnten allerdings, wie zugegeben werden müsse, wenn man noch dem Mindestgehalt den hohen Wohnungsgeldzuschuss von 900 bezw. 660 M. hinzufüge,

einige Ungleichheiten, vielleicht Ungerechtigkeiten, eintreten. Es wäre deshalb zu erwägen, ob man nicht von diesem Gesichtspunkte aus doch davon absehen solle, dass Mindestgehalt festzulegen, oder vielleicht dazu kommen könne, das Mindestgehalt niedriger zu normiren, um dadurch einen Ausgleich zu schaffen.

Der Herr Vertreter der Medizinalverwaltung erklärte, das allerdings auf dem zuletzt angedeuteten Wege unter komplizirter Berechnung ungefähr das gleiche Resultat erzielt würde, was die Regierung ihrerseits beabsichtige. Aber dieser Weg sei eben zu komplizirt. Die Medizinalverwaltung selbst wünsche, ein klares, festes und einwandfreies Mindestgehalt zu normiren. Wenn dies in dem Entwurf zum Staatshaushaltsetat nicht vorgesehen sei, so entspreche dieses Verfahren dem bei ähnlichen Fällen stets beobachteten. Selbstverständlich habe der Herr Finanzminister seinerseits innerhalb der Verwaltung von vornherein ein Mindestgehalt festgesetzt.

Aus der Mitte der Kommission wurde dann hervorgehoben, dass der Wohnungsgeldzuschuss sich schon um deswillen empfehle, weil es nicht richtig sei, das amtliche Einkommen der Kreisärzte in den grossen Städten immer niedriger zu halten wie in den mittleren und kleinen Städten. Es wurde das damit begründet, das die amtlichen Funktionen des Kreisarztes in den grossen Städten ihn so in Anspruch nehmen würden, dass er zur Privatpraxis gar keine Zeit mehr habe und er dadurch vielleicht ungünstiger stände, als seine Kollegen in den mittleren und kleinen Städten. Von anderer Seite wurde darauf hingewiesen, dass die ganze Lösung, die hier gesucht würde, ja doch nur eine provisorische sein solle. Es wurde besonders hingewiesen auf die Resolutionen, die die Budgetkommission Ihnen empfohlen hat, dass in Jahresfrist noch einmal eine Berathung über diese äussere Stellung der Kreisärzte eintreten solle.

An sich könne wohl die Frage des Wohnungsgeldzuschusses aus materiellen Gründen, so wurde von einzelnen Seiten betont, nicht bekämpft werden. Dem gegenüber wurde aber anderseits angeregt, ob es sich nicht empfehlen würde, statt der Erhöhung des Durchschnittsgehalts dem Herrn Minister einen weiteren Dispositionsfonds zur Verfügung zu stellen, damit er mit diesem seinerseits Ungerechtigkeiten ausgleichen könne. Es wurde ferner hervorgehoben, dass man auch wieder zugeben könne und müsse, der Wohnungsgeldzuschuss wirke häufig ungerecht, ja er wirke auch unpraktisch. Eine Herabsetzung des Minimalgehaltes in Verbindung mit der Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses würde auch das Verhältniss zwischen Gehalt und Wohnungsgeldzuschuss zu einem fast ungleichen machen. Es wäre nicht gut denkbar, dass man ein Gehalt von etwa 1200 Mark festsetzte und dazu einen Wohnungsgeldzuschuss von 900 Mark; es würde das Verhältniss zwischen Gehalt und Wohnungsgeldzuschuss ein absolut unhaltbares werden. Dagegen bringe der von der Königlichen Staatsregierung neuerdings vorgelegte Entwurf, wie sich nunmehr die Königliche Staatsregierung nach Bereitstellung grösserer Mittel die Ausführung des Gesetzes denkt, doch schon so viele Vortheile für die Betheiligten, dass man füglich auf den Wohnungsgeldzuschuss verzichten könne. Es sei zu erwägen, ob dieser Vertheilungsmassstab doch nicht besser in den Etat selbst aufzunehmen sei, um hier ein für alle Mal einen feststehenden Grundsatz zu haben.

M. H., die Vertreter der Königlichen Staatsregierung hatten der Kommission einen Plan vorgelegt, wie sich nunmehr in Folge der höheren Zuwendung aus Staatsmitteln und in Folge der Erhöhung des Durchschnittsgehalts auf 2700 Mark voraussichtlich die Abstufung der Gehaltsverhältnisse stellen werde. Es wurde ausdrücklich betont, dass dieser Plan nur ein vorläufiger sei, und der Herr Vertreter des Herrn Kultusministers hat besonders darauf hingewiesen, dass der Herr Minister sich veranlasst gesehen, nun noch einmal an die Provinzialregierungen heranzutreten, um von dort Aeusserungen zu erhalten über die beabsichtigte neue Gehaltsabstufung, damit man sich davor hüte, hier etwa eine mechanische Eingliederung vorzunehmen, die mit den praktischen Verhältnissen in Widerspruch stände. Es wird nach dem neuen Plan beabsichtigt, 36 Stellen zu je 1800 Mark einzurichten, 324 zu 2500 Mark, 90 Stellen zu 3000 Mark, 25 Stellen zu 3600 M. und 18 Stellen zu 4200 Mark. Es ergiebt sich hierdurch für die Besoldung von 493 nicht vollbesoldeten Kreisärzten die Summe von 1 310 400 Mark; in den Etat aber sind eingestellt 1 331 300 Mark, so dass also zur Verfügung des Ministers zur Ausgleichung etwaiger Ungerechtigkeiten noch 20 700 Mark

verbleiben. Es wurde allerseits anerkannt, dass, wenn in dieser Form die Eingliederung der einzelnen Stellen erfolge, allerdings doch eine wesentliche Verbesserung der Lage der Kreisärzte gegenüber dem ersten Vorschlage der Königlichen Staatsregierung herbeigeführt werde.

Der Herr Vertreter der Medizinalverwaltung hat auf die Fragen, die an ihn gerichtet wurden, noch folgende Erklärungen abgegeben. Er hat gebeten, von der Gewährung eines Dispositionsfonds an Stelle der Erhöhung der Durchschnittsbesoldung abzusehen; aus einer Dispositionssumme dürften keine Gehälter gezahlt werden, die Medizinalverwaltung beabsichtige aber, aus den verlangten Geldern gerade Gehälter zu zahlen, damit die Beamten in voller Höhe auch den Pensionsanspruch bekämen. Es wurde dann ferner hervorgehoben, dass das Gehalt für den einzelnen Kreisarzt allerdings als ein festes bewilligt würde, so dass der Kreisarzt einen rechtlichen Anspruch auf das ihm bewilligte Gehalt habe; es habe aber die Erfahrung gelehrt, dass im Laufe der Jahre die Verhältnisse der einzelnen Stellen sich wesentlich verschöben, und daher sei es erwünscht, dass die Medizinalverwaltung bei Erledigung von Stellen die Möglichkeit erhalte, den veränderten Verhältnissen durch Versetzung der Stelle in eine andere Klasse Rechnung zu tragen. Es wurde ferner die Bereitwilligkeit der Königlichen Staatsregierung erklärt, die Frage weiter in Erwägung zu behalten und im nächsten Jahre dem Hause eine Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes vorzulegen; es wurde allerdings der Wunsch zum Ausdruck gebracht, man möge in die Resolution, die vorgeschlagen war, den letzten Theil nicht aufnehmen, der dahin ging, auch noch einmal in eine Prüfung einzutreten, ob die Gehaltsfestsetzungen sich bewährt haben. Es wurde dies namentlich damit begründet, dass man seitens der Königlichen Staatsregierung möglichst die Angelegenheit jetzt zum Abschluss bringen wollte. Schliesslich wurde nur noch einmal von der einen Seite hervorgehoben, dass es doch misslich wäre, den Wohnungsgeldzuschuss jetzt zu verweigern und ein höheres Gehalt festzusetzen, da die Befürchtung nahe läge, dass diese Frage damit noch nicht verschwinden, sondern in späteren Jahren immer wiederkehren würde. Dem gegenüber erklärten die Vertreter der Königlichen Staatsregierung einmüthig, dass die Staatsregierung unbedingt daran festhalten würde, den Wohnungsgeldzuschuss auch in Zukunft nicht zu bewilligen.

M. H., die Kommission hat nach sehr eingehender Erörterung mit Stimmengleichheit beschlossen, die Resolution betreffs des Wohnungsgeldzuschusses zu streichen. Die Kommission hat dann mit grosser Majorität einen Antrag angenommen, der dahin geht, dass als Durchschnittsgehalt die Summe von 2700 Mark eingesetzt werden soll und dass sich danach zunächst die erste Summe auf 1 331 100 Mark und die Schlusssumme des ganzen Titels auf 1 395 546 Mark erhöht.

Im Uebrigen hat die Kommission ihre Anträge aufrecht erhalten, sie hat insbesondere die Resolution aufrecht erhalten, dass die Königliche Staatsregierung in Verbindung mit dem nächsten Etat eine ausführliche Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes vom 16. September 1899 vorzulegen und bis dahin erneut zu prüfen habe, ob die in dem diesjährigen Etat festgesetzten Besoldungen und sonstigen Bezüge der Kreisärzte zweckmässig geregelt sind. Sie hat auch ferner die Resolution, betreffs Festsetzung des Mindestgehaltes im vollem Umfange aufrecht erhalten. Eine Aenderung ist nur vorgenommen worden auf Wunsch der Vertreter der Staatsregierung, indem hinter den Worten „mindestens 1800 M." das Wort „bis" gestrichen ist und dafür „höchstens" gesetzt ist. Das wurde damit begründet, dass es nicht üblich wäre, im Etat festzusetzen bei solchen Gehältern Mindestgehalt und Höchstgehalt in der Form: „von bis", sondern es richtiger wäre zu sagen: „Mindestgehalt 1800 Mark, Höchstgehalt 2400 Mark."

M. H., das sind diejenigen Gesichtspunkte, die ich glaubte, Ihnen mittheilen zu müssen, aus denen Sie die Gründe kennen gelernt haben, welche die Kommission bei ihrer Beschlussfassung geleitet haben. Namens der Kommission schlage ich deshalb dem Hohen Hause vor, den Vorschlägen, wie sie auf Nr. 96 der Drucksache unter 1—9 dargelegt sind, zustimmen zu wollen.

Abg. Winckler (konservativ): M. H., ich habe Namens meiner politischen Freunde die Erklärung abzugeben, dass wir, nachdem die Sachlage sich so gestaltet hat, wie wir aus den Ausführungen des Herrn Berichterstatters ersehen

haben, bereit sind, die uns jetzt vorliegenden Beschlüsse der Kommission anzunehmen. Ich beschränke mich in meinen weiteren Ausführungen auf den Gegensatz, der bei der ganzen Sache hervorgetreten ist in Bezug auf die Gewährung oder Nichtgewährung des Wohnungsgeldzuschusses. Ich möchte zunächst betonen, dass es schliesslich doch nur dieser eine Punkt gewesen ist, wo eine wesentliche Meinungsverschiedenheit sich ergeben hat, und dass wir schon mit Rücksicht darauf, dass überhaupt dieser eine Punkt nur zu einer gegensätzlichen Auffassung geführt hat, um so mehr uns für verpflichtet halten, zum Zwecke des Zustandekommens der ganzen Sache unsere Bedenken zurückzustellen. Wir folgen damit dem Beispiele der Königlichen Staatsregierung, die ja in dankenswerthem Entgegenkommen sich hat bereit finden lassen, die Wünsche, die einstimmig aus dem Hause heraus ihr entgegengetreten waren, soweit sie finanzieller Natur sind, zu berücksichtigen. Ebenso wie die Königliche Staatsregierung durch diese Aenderung ihres Standpunktes in der Finanzfrage das ihrige gethan hat, die Sache zu einem guten Abschluss zu bringen, ebenso wollen meine Freunde jetzt, wo wir im Begriff stehen, eine grosse Reform auf diesem wichtigen Gebiete in's Leben treten zu lassen, auch ihrerseits durch Zurückstellung der Bedenken das ihrige thun, damit etwas zu Stande kommt. (Bravo!) Ich will, wie gesagt, auf alle übrigen Materien in dieser Angelegenheit jetzt nicht eingehen, sondern lediglich auf den einen Punkt, wo wir zum Zwecke des Zustandekommens der Sache bereit sind, eine Konzession zu machen. Der Gründe, welche meine politischen Freunde zu dem Verlangen des Wohnungsgeldzuschusses geführt hatten, sind hauptsächlich drei gewesen. Wir nahmen Anstoss daran, dass durch die Wortfassung der betreffenden Paragraphen des Wohnungsgeldzuschussgesetzes und des Pensionsgesetzes in Zweifel gestellt werden könnte, ob die Kreisärzte in dem Sinne Beamte sind, wie wir sie angesehen wissen wollen. Der zweite Gesichtspunkt war der, dass wir überhaupt eine pekuniäre Besserstellung dieser Beamten über die Absichten der Königlichen Staatsregierung hinaus anstrebten, und unser dritter Gesichtspunkt war der, dass wir das immerhin noch in gewissem Umfange bestehen gebliebene diskretionäre Ermessen der Verwaltung einschränken wollen.

Wenn ich diese drei Gründe brachte, so muss ich sagen: in Bezug auf den ersten bleibt die Sache, wie sie gewesen ist; die Sache bleibt unentschieden. In Bezug auf den zweiten Punkt, den pekuniären, erreichen wir die von uns gewünschte Besserstellung auch auf diesem Wege und acceptiren sie. Wir erreichen also den einen von unseren drei Zwecken auch. In Bezug auf den dritten Punkt sind allerdings unsere Bedenken eher verschärft als gemildert worden.

Was zunächst die Auslegung der betreffenden Paragraphen des Pensions- und Wohnungsgeldzuschusses betrifft, so sind unsere Bedenken, soweit sie juristischer Natur sind, für uns nicht so sehr wesentlich, um so weniger, als ja immer, wenn die Staatsregierung und die Mehrheit des Hauses sich auf unseren Standpunkt gestellt hätten, die formalistisch-juristische Seite der Sache kein Hinderniss abgegeben hätte; dann hätte man ja leicht eine kleine Abänderung des Kreisarztgesetzes herbeiführen können. Viel wichtiger bei dieser Frage war der Gedanke, dass die Anwendung der Bestimmungen der von mir genannten Paragraphen auf diese Beamten doch zu unliebsamen Konsequenzen führen kann, insofern es zweifelhaft erscheinen kann, ob bei dem Kreisarzt die Privatpraxis die Hauptsache ist und seine amtlichen Funktionen daneben hinzutreten, oder ob er, wie wir es eben wollen, in der Hauptsache ein Beamter ist, der nur nebenbei Privatpraxis treibt. Da müssen wir uns, wie die Sache jetzt liegt, sagen: das sind Schwierigkeiten, die in der Verwaltung hervortreten können. Wir haben die Verwaltung von diesen Schwierigkeiten bewahren wollen. Wenn die Staatsregierung aber glaubt, dass diese Unzuträglichkeiten nicht eintreten werden, dann wollen wir nicht päpstlicher als der Papst sein, sondern wollen es ihr überlassen, in der ihr geeignet erscheinenden Weise es zum Ausdruck und zur Anerkennung zu bringen, dass das Amt die Hauptsache sein soll und die Privatpraxis die Nebensache. Dann leitete uns hier auch noch ein anderer Gesicktspunkt, dass wir so recht betonen wollten die Stellung dieser Beamten in dem Sinne, dass ihr Amt die Hauptsache ist und die Privatpraxis nur Nebensache. Meine politischen Freunde sind nämlich bei der Berathung des Kreisarztgesetzes zu ihrem Be-

dauern mehrfach in dar Lage gewesen, sich restriktiv zu verhalten, und zwar im Interesse der Gemeinden. Wir wollten damals verhindern, dass diese ganze Reform wieder nach dem beliebten Modus mehr oder weniger auf die Schulter der Gemeinden gelegt würde. Nach dieser Richtung haben wir uns, wie ich eben schon sagte, restriktiv verhalten müssen. Um so mehr lag uns daran, jetzt, wo die Sache in's Leben tritt und wo es sich um die Staatsleistungen handelt, zu bekunden, wie wir das ganze Institut aufgefasst haben wollten.

M. H., dieser Gesichtspunkt, den ich eben hervorgehoben habe, giebt mir gleich den Uebergang zu dem zweiten Momente, das ich vorhin erwähnt habe, dass wir bei dem Verlangen nach dem Wohnungsgeldzuschusse eine pekuniäre Besserstellung der Beamten herbeiführen wollten. Wir wollten die Verwaltung in den Stand setzen, möglichst gute, beste Kräfte für dieses neue Amt zu gewinnen. Aus diesem Gruede hatten wir Bedenken, ob die pekuniären Bezüge, wie die Staatsregierung sie vorschlug, ausreichen würden, und hatten den Wunsch, die Beamten besser zu stellen. Das wollten wir eben grade, weil wir die grössten Hoffnungen an das Inslebentreten dieses neuen Instituts knüpfen, und weil hier der Punkt war, wo wir diesen unsern Wünschen Rechnung tragen konnten, ohne die Gemeinden zu belasten. Nachdem nun einmal von der Kommission vorgeschlagen ist, und zwar im Einverständniss mit der Königlichen Staatsregierung, anstatt der Hinzufügung des Wohnungsgeldzuschusses die Gehälter selbst zu erhöhen, so erreichen wir diesen unsern Zweck ja jetzt auch so und erkennen es dankbar an, dass in dieser Beziehung die Königliche Staatsregierung unseren Wünschen entgegengekommen ist. Ich möchte aber doch gleich an dieser Stelle bemerken, dass wir nach zwei Richtungen aus dieser Gestaltung der Sachlage Konsequenzen ziehen werden. Wir sind der Meinung, dass, wie jetzt die Gehälter der Kreisärzte sich gestalten werden nach den abzuändernden Bestimmungen des betreffenden Etatstitels, sie nun völlig auskömmlich sind. Die Kreisärzte sollen im Durchschnitt 2700 Mark Gehalt bekommen; sie haben ausserdem Gebühren, von denen uns mitgetheilt wird, dass sie durchschnittlich 2000 Mark nach den bisherigen Sätzen betragen: und zwar soll sich im Einzelnen das Gehalt gegen diesen Durchschnittssatz erhöhen oder verringern; je nachdem die Gebühren höher oder geringer sind. Das ist nun eine völlig ausreichende Besoldung der Kreisärzte, wenn man noch berücksichtigt, dass dieselben daneben Privatpraxis treiben dürfen. Wir werden deshalb Bestrebungen, die nunmehr etwa darauf hinausgehen sollten, über das jetzt festgestellte Mass hinaus diese Bezüge zu erhöhen, entgegenzutreten. (Sehr richtig! rechts.) Wir werden das thun, wie ich jetzt bereits im Voraus bemerke, in Bezug auf den uns demnächst hier beschäftigenden Gesetzentwurf über die Gebühren der Kreisärzte. Wir werden zu verhindern suchen, dass nun etwa auf Kosten der Gemeinden die Gebührensätze erhöht werden; das halten wir jetzt absolut nicht für richtig. Ebenso werden wir auch nach einer anderen Richtung die Konsequenzen unserer jetzigen Beschlüsse ziehen. Man hört ja — und das ist ein Bedenken, das wir auch damals gleich hervorhoben, indem wir sagten: die Frage des Wohnungsgeldzuschusses wird doch immer wieder auftauchen — man hört schon jetzt Stimmen, welche sagen: man wird das erhöhte Gehalt nehmen und daneben den Wohnungsgeldzuschuss für die Zukunft auch noch verlangen. Wir werden dann die Regierung unterstützen und ihr den Rücken stärken derartigen Bestrebungen gegenüber. Den Wohnungsgeldzuschuss wollten wir dem geringeren Durchschnittssatz hinzufügen; dem jetzt zu beschliessenden erhöhten Durchschnittssatz auch noch den Wohnungsgeldzuschuss hinzuzufügen, das werden wir ablehnen.

M. H., ich sagte vorhin, der dritte Grund, welcher uns bei der Sache geleitet hat, soweit es sich um den Wohnungsgeldzuschuss handelte, war der, dass wir durch die Einfügung des Wohnungsgeldzuschusses das diskretionäre Ermessen der Verwaltung etwas einschränken wollten. In meinen Ausführungen, die ich als Berichterstatter neulich gemacht habe, habe ich Ihnen gesagt, dass die Kommission einig darüber war, dass eine ganze Reihe von Bedenken, soweit sie sich auf das diskretionäre Ermessen bezogen, an sich schon durch die Erklärungen der Staatsregierung sich gemildert hätten. Ich sagte aber, dass nach einer Richtung dieses Bedenken immer noch bestehen

geblieben war, indem nämlich bei dieser diskretionären Bemessung der Gehälter auch das immerhin flüssige Moment der Theuerungsverhältnisse mit in Betracht gezogen werden soll. Hier wollten wir statt dessen den gesetzlich feststehenden Wohnungsgeldzuschuss. Nun aber bleibt es so, und die Bedenken, die wir gegen die diskretionäre Verwendung hatten, sind nicht gemildert, sondern erhöht worden durch die jetzt vorliegenden Beschlüsse der Kommission. Denn während es sich bisher um die Vertheilung eines Fonds von $^1/_2$ Million handelte, handelt es sich jetzt um die Vertheilung eines Fonds von $^3/_4$ Million. Umsomehr werden meine politischen Freunde nunmehr an dem Verlangen festhalten, dass uns über's Jahr mit dem Etat eine Denkschrift vorgelegt wird, worin seitens der Staatsregierung Rechenschaft abgelegt wird über die Art und Weise, wie sie von der ausserordentlichen Vollmacht, die ihr jetzt durch diesen Etat gegeben wird, Gebrauch gemacht haben wird, damit wir in der Lage sein werden, über's Jahr genau prüfen zu können, nach welchen Gesichtspunkten im einzelnen Falle die Bemessung des Fixums erfolgt ist. Was diese Art der diskretionären Erwägung der Theuerungsverhältnisse betrifft, so möchte ich doch das noch sagen: gerade der Umstand, dass die Theuerungsverhältnisse dabei mit berücksichtigt werden sollen, wird für die Verwaltung eine wenig angenehme Folge haben; sie wird sich immer mehr oder weniger nach einer Erhöhung der Besoldung gedrängt sehen. Wären die Theuerungsverhältnisse ausgeschieden aus diesen Erwägungen und hierbei als allein in Betracht zu ziehender Faktor die rechnerisch festzustellenden Gebühren übrig geblieben, dann würde derartigen Bestrebungen und Anträgen gegenüber die Regierung viel mehr in der Lage gewesen sein, in geeigneten Fällen Nein zu sagen, als jetzt. Wir haben durch das, was wir wollten, verhindern wollen, dass der Regierung Schwierigkeiten bei der Sache erwachsen. Die Regierung ihrerseits hat geglaubt, dieses Mittel nicht nöthig zu haben. Die Verantwortung jedenfalls für die Konsequenzen, die aus der Sache entstehen werden, wird nunmehr lediglich bei der Staatsregierung verbleiben.

M. H., Sie sehen daraus, dass die Bedenken, die meine politischen Freunde in Bezug auf die ganze Frage haben, durchaus nicht gehoben sind. Wir wollen aber mit der Zustimmung zu den Kommissionsbeschlüssen bekunden, dass es uns darum zuthun ist, dass endlich mit der Medizinalreform, auf die wir so lange gewartet haben, ein Anfang gemacht wird. Wir wollen keine Verschiebung verantworten. Wir wollen, dass die Sache nunmehr auf der verbreiterten Grundlage, wie sie jetzt durch die anderweitige Fassung des Etatstitels gegeben ist, in's Leben treten möchte. Wir knüpfen die Hoffnung daran, dass der neue Stand der Kreisärzte — denn es ist ein völlig neuer Stand, der von dem bisherigen Physikat wesentlich verschieden ist — an seinem Theile die Hoffnungen rechtfertigen möchte, die an diese neue Reform geknüpft werden, durch die grösste Pflichttreue, und dass er durch diese Pflichttreue, in welcher er sich anderen Beamtenständen anschliessen möge, auch das Vertrauen, rechtfertigen möchte, dass die Volksvertretung ihm dadurch bekundet, dass sie weit über das Mass dessen, was die Staatsregierung für die finanzielle Ausgestaltung dieses Beamtenstandes gewollt hat, ihrerseits das Nöthige gethan hat, damit nach jeder Richtung hin allen gerechtfertigten Wünschen Rechnung getragen werden kann. (Bravo!)

Abg. Schmitz-Düsseldorf (Centrum): M. H., namens meiner politischen Fraktion kann ich mich auf eine kurze Erklärung beschränken. Der Weg, den die Kommission vorgeschlagen hat, wird von uns für gangbar gehalten. Wir werden nicht umhin können, die rechtlichen Bedenken für begründet zu erachten, die seitens der Koniglichen Staatsregierung gegen die Bewilligung des Wohnungsgeldzuschusses ausgesprochen worden sind. Indessen ist es sachlich um deswillen von einem nur geringen Belang, weil ja nun an Stelle des Wohnungsgeldzuschusses eine ihm gleichkommende Summe in den Etat eingestellt worden ist; das ermöglicht eine entsprechend höhere Bemessung des Einkommens unserer Kreisärzte. Es hat sogar einen gewissen Vorzug, bezüglich dieser Summe das diskretionäre Ermessen walten zu lassen; denn Kreisärzte in Gegenden mit einer wenig wohlhabenden Bevölkerung, in deren Mitte infolgedessen auch das Einkommen aus den Gebühren, wie aus dem ärztlichen Berufe ein bescheideneres ist, können mit Hilfe des Fonds höher dotirt werden. Das

diskretionäre Ermessen in der Einkommensabgrenzung geht aber nach den gemachten Vorschlägen über diese Summe hinaus. Meine politischen Freunde wünschen, dass es nun gelingen möge und glauben auch, dass es gelingen müsse, feste Grundsätze zu schaffen, die dieses diskretionäre Ermessen, abgesehen von dem Betrage von 1/4 Million Mark, womöglich völlig ausscheiden. Ich erkenne an, es hat seine Schwierigkeiten, eine solche Grundlage zu finden. Der Herr Kollege Martens hat mit einer Reihe von, wie mir scheint, wohl vertretbaren Gründen, es als wünschenswerth hingestellt, ein Einkommen mit Dienstalterszulagen zu schaffen. Ich muss gestehen: je mehr ich mir diesen Gedanken überlegt habe, um so mehr scheint mir der Vorschlag am Platze zu sein. Es ist doch Thatsache, dass für unsere minder wohlhabenden Gegenden, wo die Wirksamkeit des Kreisarztes mit einem nur bescheidenen Einkommen gelohnt werden kann —, dass, sage ich, dort der Kreisarzt für die Bevölkerung zu einer besonderen Wohlthat werden kann. Tüchtige Kreisärzte werden wir dann dorthin bekommen, wenn die Gehaltsverhältnisse einigermassen leidlich ausgestaltet sind. Hat der betreffende Arzt zu gewärtigen, dass er in 9 bezw. 12 Jahren ein gewisses Gehaltsmaximum erreicht, so erleichtert ihm das den Entschluss, an dieser Stelle auszuharren. Wir erhöhen dadurch die Aussichten für die Sesshaftigkeit des Arztes. Auch für die betheiligte Bevölkerung würde das einen grossen Gewinn bedeuten. Feste und steigende Gehaltssätze lassen sich selbst mit den gegebenen Mitteln schaffen.

Ich bitte also die Staatsregierung, sich zu vergegenwärtigen, dass wir, wenn wir zustimmen — und wir werden zustimmen —, zunächst in der Gestaltung, wie sie jetzt vor uns liegt, ein Provisorium erblicken. Wir hoffen, dass die Staatsregierung inzwischen Wege finden wird, das diskretionäre Ermessen nach der Richtung hin einzuschränken, wie ich es eben angedeutet habe. Wir werden zustimmen, m. H., auch deshalb, weil wir sonst die Reform des Medizinalwesens, die doch als eine durchdringende hingestellt werden muss, gefährden würden. Wir sind überzeugt, dass das Kreisarztgesetz, richtig gehandhabt, der Bevölkerung zum grossen Segen gereichen wird. Wir hoffen auch, dass die Erwartungen, welche die Begründung des Gesetzes ausgesprochen hat, in allen Stücken in Erfüllung gehen werden. (Bravo!)

Abg. Dr. Martens (nat.-lib.): M. H., namens meiner politischen Freunde kann ich die Erklärung abgeben, dass wir sämmtliche Anträge, welche die Budgetkommission vor das Haus bringt, annehmen werden, auch den Antrag, betreffend die Einstellung einer vermehrten Summe in den Etat. Wenn ich meinerseits auch nach wie vor der Ansicht bin, dass es richtiger gewesen wäre, statt diese erhöhte Summe in den Etat einzustellen, bei dem Wohnungsgeldzuschus zu beharren, so habe ich doch davon abgesehen, einen dahingehenden Antrag zu stellen, weil ich mich überzeugt habe, dass ich in dieser Frage die Mehrheit meiner politischen Freunde nicht hinter mir habe, und weil ich weiss, dass ein derartiger Antrag auch in diesem Hohen Hause auf Annahme nicht zu rechnen haben würde. Im Uebrigen freue ich mich über die Erklärung, die ich soeben aus dem Munde des Herrn Vorredners vernommen habe. Ich freue mich, dass auch er jetzt der Ansicht beigetreten ist, dass es vorzuziehen wäre, statt des fixirten Gehalts für die einzelnen Stellen aufsteigende Gehaltsstufen auch für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte zu schaffen. Natürlich ist es in diesem Augenblick nicht mehr möglich, etwas Derartiges vorzunehmen. Ob es später möglich sein wird, ob die Regierung bei ihren Erwägungen zu der Schlussfolgerung kommen wird, dass die Einführung der Dienstaltersstufen richtig ist, weiss ich nicht; aber ich werde mich freuen, wenn ich bei späterer Gelegenheit, vielleicht bei einer Revision des Gesetzes nach dieser Richtung hin, mit dem Herrn Vorredner zusammen arbeiten kann. Wenn ich überhaupt davon absehe, irgend welche Anträge jetzt noch zu stellen, so thue ich das einestheils deshalb, weil ich die Fruchtlosigkeit dieser Anträge einsehe, und zum zweiten auch deshalb, weil ich wünschen muss, dass das Kreisarztgesetz, das schon vor 1 1/2 Jahren verabschiedet ist, endlich auch mal in Kraft tritt. Wenn wir die Anträge auf erhöhte Einstellung der Gelder in den Etat annehmen, dann haben wir die Aussicht, dass das Kreisarztgesetz zum 1. April in Kraft treten kann. Im andern Falle würde es auf unbestimmte Zeit wieder hinausgeschoben werden.

M. H., da ich gerade an dieser Stelle stehe, will ich nicht unterlassen,

Ihnen noch ganz besonders den Antrag der Kommission, betreffend die Einstellung besonderer Gelder in den Etat für Fortbildungskurse der Kreisärzte empfehlen. Nachdem dieser Antrag in der Budgetkommission eine einstimmige Annahme gefunden hat, und auch von Seiten der Herren Regierungsvertreter ein Widerspruch gegen diesen Antrag nicht erhoben worden ist, glaube ich allerdings, annehmen zu können, dass auch das Hohe Haus einstimmig dem Vorschlag der Budgetkommission beitreten wird. Ich will nur darauf hinweisen, dass wir seit Jahren ja zu diesem Zweck, hauptsächlich für Ausbildung in der Bakteriologie und Psychiatrie Mittel in den Etat vorgefunden haben, und dass in diesem Jahre zum ersten Male Mittel für diesen Zweck nicht im Etat stehen. Wir müssen aber berücksichtigen, dass nach dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes der Kreisarzt mehr als bisher durch seine Thätigkeit in Anspruch genommen wird, dass auch die Forderungen, welche in wissenschaftlicher Beziehung an ihn gestellt werden müssen, erhöht werden. Dann wird es umsomehr nöthig sein, die Fortbildungskurse, die bisher schon dagewesen sind, fortbestehen zu lassen, am besten als dauernde Einrichtung durch Einstellung von Mitteln in das Ordinarium. Ich ersuche also noch speziell um Annahme dieses Antrages.

b. Spezialdiskussion.

In der Spezialdiskussion wurde zunächst der Antrag:

„Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in den nächstjährigen Etat, ähnlich wie in den letztverflossenen Jahren, eine Summe einzustellen behufs Theilnahme der Kreisärzte an Fortbildungskursen in der Hygiene, gerichtlichen Medizin, Psychiatrie und Medizinalverwaltung“

einstimmig angenommen.

Es gelangten hierauf die folgenden Anträge der Budgetkommission zu Tit. 2 zur Besprechung:

3. in Kap. 125 Tit. 2 im Text Zeile 2 bis 4 anstatt der Worte:

„478 nicht vollbesoldete Kreisärzte und
15 „ „ Gerichtsärzte mit höchstens 4200 Mark, im Durchschnitt 2250 Mark . . . . . 1 109 250 Mark“

zu setzen die Worte:

„478 nicht vollbesoldete Kreisärzte und
15 „ „ Gerichtsärzte mit mindestens 1800 Mark, höchstens 4200 M., im Durchschnitt 2700 Mark . 1 331 100 Mark“,

und demgemäss der Titelsumme

von	1 173 696 Mark,
zuzusetzen	221 850 „
den Titel also zu bewilligen mit	1 395 546 Mark,

4.

a. die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in Verbindung mit dem nächstjährigen Etat eine ausführliche Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes vom 16. September 1899 vorzulegen und bis dahin erneut zu prüfen, ob die in dem diesjährigen Etat festgesetzten Besoldungs- und sonstigen Bezüge der Kreisärzte zweckmässig geregelt sind,

b. die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in eine nochmalige Prüfung einzutreten, ob nicht für eine Anzahl der zur Einziehung bestimmten Kreisphysikatsbezirke versuchsweise einstweilen ein Kreisarzt kommissarisch belassen werden kann,

8. die Petitionen:

a. des Magistrats zu Schivelbein um Anstellung eines Kreisarztes für den Kreis Schivelbein,

b. des Bürgermeisters Lohde in Gronau um Anstellung eines Kreisarztes in Gronau,

c. des Kreisausschusses zu Meppen um Anstellung eines Kreisarztes in Meppen

durch die Beschlüsse zu Kap. 125 Tit. 2 des Etats für erledigt zu erklären,

9. die Petition des Kreisphysikus Geh. San.-Rath Dr. Heilmann in Krefeld um Gewährung eines Wartegeldes von 2900 Mark an die ausscheidenden Kreisphysiker der Königlichen Staatsregierung zur Erwägung zu überweisen.

Abg. v. Brockhausen (kons.) bittet für den Kreis Schivelbein einen besonderen Kreisarzt zu belassen und die bisherige Kreisphysikatsstelle nicht, wie beabsichtigt werde, mit der Kreisarztstelle des Kreises Belgard zu ver-

einigen. Es entspreche dies auch der von der Budgetkommission vorgeschlagenen Resolution, durch welche die Königliche Staatsregierung ersucht werde, in eine nochmalige Prüfung einzutreten, ob nicht für eine Anzahl der zur Einziehung bestimmten Kreisphysikatsbezirke versuchsweise einstweilen ein Kreisarzt kommissarisch belassen werden könne. Redner betont, doch von diesem angedeuteten Wege Gebrauch machen zu wollen und zunächst, wenigstens versuchsweise, falls die definitive Anstellung eines Kreisarztes für Schivelbein bis zum Jahre 1901 nicht mehr möglich sei, das Kreisphysikat noch in Gestalt eines kommissarischen Kreisarztes zu belassen.

Abg. Wallenborn (Zentrum) äussert die gleichen Worte betreffs der Kreise Daun und Prüm im Reg.-Bez. Trier. Er betont dabei, dass es in der Rheinprovinz eine ganze Reihe anderer Kreise gebe, die nicht grösser als jene beiden Kreise seien, z. B. Malmedy, Meisenheim, Zell u. s. w., und doch einen Kreisarzt behielten. Das Vorgehen stehe ausserdem auffallend im Gegensatze zu den Aeusserungen, welche dieser Tage von den höchsten Beamten, die hier die Sache der Kreisärzte vertreten haben, gemacht wurden. Der Herr Unterstaatssekretär im Kultusministerium habe gestern in der Sitzung der Budgetkommission gesagt, dass gerade auf dem flachen Lande dem Kreisarzt so viele Aufgaben erwachsen würden, dass es sich rechtfertige, ihn gehaltlich gut zu stellen. Wenn man das annehme, so müsse gerade in ausgedehnten Bezirken darauf Bedacht genommen werden, dass der Kreisarzt auch allen Verpflichtungen nachkommen könne, dann dürfe man ihn doch nicht vor die Aufgabe stellen, 238 Ortschaften besorgen zu müssen, und dürfe auch nicht bei diesen grossen Entfernungen der ohnehin armen und geplagten Bevölkerung die schwere Last auferlegen, so weite Wege bis zum Sitze des Kreisarztes zu machen und vielleicht, ohne ihn zu treffen, wieder nach Hause zu gehen. Der Herr Kultusminister habe vorgestern hervorgehoben, dass „die Medizinalverwaltung in der Lage sein müsse, hier bis zu einem gewissen Grade ausgleichen zu können; sonst würde ihr die Besetzung mancher Stellen gerade in den ärmlichsten Kreisen, für welche die Fürsorge eines Kreisarztes in erhöhtem Masse erforderlich sei, völlig unmöglich gemacht werden.“ Ebenso habe der Herr Finanzminister ausgeführt, dass gerade „dem Lande eine Wohlthat erwiesen, der ländlichen Bevölkerung, die in dieser Beziehung in der grössten Schwierigkeit, in viel grösserer Schwierigkeit sei, unter die Arme gegriffen werden solle.“ Redner bittet daher, den von ihm genannten armen ländlichen Kreisen ebenfalls dieses Wohlwollen noch nachträglich angedeihen lassen zu wollen. (Bravo! rechts.)

Geh. Med.-Rath Dr. Kirchner erwidert, dass grade bezüglich der Kreise Schivelbein und Belgard die Verhältnisse ausserordentlich günstig für eine Zusammenlegung seien, und dass der Vorschlag, diese Kreise zusammenzulegen, durchaus die Zustimmung des Herrn Regierungspräsidenten in Köslin wie des Herrn Oberpräsidenten von Pommern gefunden habe. Für die Zweckmässigkeit, diese Kreise zu vereinigen, spricht auch, dass die Zahl der Dienstgeschäfte, die der Kreisphysikus in Schivelbein bisher gehabt habe, eine sehr geringe gewesen sei. Selbst wenn die Bedeutung und Zahl der Dienstgeschäfte grösser werden würde, sei doch ein Kreisarzt durchaus in der Lage, den Dienst in beiden Kreisen ordentlich zu versehen. Ebenso habe betreffs der beiden Kreise Daun und Prüm der Regierungspräsident die Zusammenlegung warm befürwortet, da sie nach allen Richtungen bequeme Verbindungen haben und zusammen einen Flächeninhalt darstellen, der gleichfalls hinter anderen Kreisen bedeutend zurückbleibe. Man sollte doch erst einen Versuch mit der geplanten Organisation machen; werde sich im Laufe der Zeit herausstellen, dass die Vereinigung der beiden Kreise Schwierigkeiten mache, so sei immer noch Zeit genug, die Zusammenlegung wieder rückgängig zu machen und in Daun etwa einen Kreisarzt anzustellen. Wolle man in jedem Falle der Zusammenlegung einzelner Kreise gleiche Schwierigkeiten machen, wie in den zur Sprache gebrachten Fällen, so würde man dahin kommen, dass jeder einzelne Kreis einen eigenen Kreisarzt für sich beansprucht. Wohin sollte das schliesslich führen? „Die Kreisärzte, die wir jetzt als Neues angestellt, und von denen wir hoffen und verlangen, dass sie den grössten Theil ihrer Zeit und Arbeitskraft dem Staate zur Verfügung stellen sollen, würden bei zu enger Abgrenzung ihres Wirkungskreises in ihrer Freudigkeit und Arbeitskraft bald erlahmen, weil sie nicht genug zu thun haben würden, und die Reform der Medi-

zinalverwaltung, die wir vorhaben, und in der die grundsätzliche Neuordnung der kreisärztlichen Stellung der wichtigste Schritt ist, würde im Sande verlaufen."

Abg. v. **Brockhausen** betont nochmals, dass die Verschmelzung des Kreises Schivelbein mit dem Kreise Belgard eine sehr ungünstige und sehr unzweckmässige sei; er bittet deshalb von dem Plane wieder Abstand zu nehmen, wenigstens nochmals eingehend zu prüfen und vorläufig einen Kreisarzt kommissarisch zu belassen.

Berichterstatter Abg. **Winckler** referirt über die vorliegenden Petitionen und zwar zunächst über diejenige, die sich gegen die beabsichtigte Zusammenlegung von Kreisen richten (Schivelbein, Gronau, Meppen). Er betont dabei, dass er bereits in seinem einleitendem Referat zur Generaldiskussion die Grundsätze erwähnt habe, von denen die Kommission bei der Beurtheilung dieser Petitionen ausgegangen sei. Sie habe sich gesagt, wenn man einmal den Standpunkt für richtig halte, dass manche Kreise zusammengelegt und einen Kreisarzt erhalten sollen, dann würden solche Unzuträglichkeiten zu Anfang unvermeidlich sein, aber Angesichts der grossen, hier sonst zu erledigenden Dinge nicht in's Gewicht fallen. Die Kommission habe ferner geglaubt, in diesem Jahre müsse man, soweit es sich um mehr oder weniger lokale Verhältnisse handle, das Vertrauen zu der Staatsregierung haben, dass sie die Sache auf's Beste regeln werde; ausserdem handele es sich hier um Einzelfragen, die später immer wieder geändert werden können, wenn nach der Richtung hin sich Unzuträglichkeiten ergeben sollten. Bei der im nächsten Jahre von der Staatsregierung vorzulegenden Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes werde endlich auch die Frage der räumlichen Gestaltung dieser Verhältnisse einer der Punkte sein, der eingehende Berücksichtigung finden würde. Aus allen diesen Gesichtspunkten heraus bitte die Kommission, diese Petitionen als durch die Beschlüsse zu Tit. 2 erledigt zu erklären. Behufs der von dem Geh. San.-Rath Dr. Heilmann in Krefeld eingegangenen Petition, in der Namens der älteren Kreisphysiker, welche ganz erwerbsunfähig sein, die Bitte ausgesprochen werde, „das Haus der Abgeordneten wolle dafür eintreten, dass bei Inkrafttreten des neuen Kreisarztgesetzes diesen ältesten Kreisphysikern das höchstmöglichste Wartegeld von 2900 Mark zugebilligt werde, um sie vor Mangel zu schützen", beantrage die Kommission dagegen, diese Petition der Staatsregierung zur Erwägung zu überweisen.

Der Antrag der Budgetkommission zu Tit. 2 wird hierauf ohne Widerspruch angenommen.

In der dritten Lesung des Etats hat eine Erörterung über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes nicht stattgefunden.

Wir behalten uns eine eingehende Besprechung der Verhandlungen vor bis zum Erlass der zur Zeit noch nicht vorliegenden Dienstanweisung der Kreisärzte, da sich erst dann ein Urtheil über deren künftige Stellung und amtliche Thätigkeit sowie über die ganze Ausführung des Kreisarztgesetzes, das nunmehr laut Königlicher Verordnung vom 4. März d. J. am heutigen Tage in Kraft tritt, bilden lässt. Rpd.

Geniessbarkeit von theilweis verdorbenen Hühnereiern.

Gutachten von San.-Rath Dr. Mittenzweig, gerichtl. Stadtphysikus in Berlin.

Unter den eiweisshaltigen Nahrungsmitteln spielen die Vogeleier und unter diesen insbesondere die Hühnereier eine grosse Rolle für die Erhaltung der menschlichen Kraft und Gesundheit. Aber auch sie sind, wie die übrigen albuminösen Nahrungsmittel

bedauerlicher Weise dem Verderben ausgesetzt, trotzdem eine harte kalkhaltige Schale eine natürliche Schutzwand gegen das Eindringen schädlicher Stoffe zu bilden scheint. Die Schale hindert jedoch nicht, dass gasige und flüssige Stoffe, Bakterien und andere Pilze durch ihre Poren dringen und Veränderungen des Inhaltes hervorbringen, welche das Ei ungeniessbar und gesundheitsschädlich machen können. Dieser Vorgang ist um so bedauerlicher, als es oft schwer hält, ihn vor der Zubereitung des Eies zu erkennen und die Untersuchungsmethoden vielfach versagen. Schon Rubner hat darauf aufmerksam gemacht, dass selbst bei frischen und unverdorbenen Eiern Veränderungen durch das Kochen zu Tage treten, welche das Aussehn der Eier in unangenehmer Weise verändern, indem durch Erhitzen des Eies bis zur Koagulation auch aus frischem Material Schwefelwasserstoff frei wird und durch Reaktion mit einer organischen Eisenverbindung die Grenzzone des Dotters grünlich färbt. Nachstehende Beobachtung hat mir des Ferneren gezeigt, dass das Erhitzen bis zur Gerinnung des Eiweisses auch andere Eigenschaften des Eiinhaltes erkennen lässt, welche bei der Anwenduug der gewöhnlichen Untersuchungsmethoden verborgen bleiben. Da ich diese Beobachtung anlässlich einer gerichtlichen Begutachtung gemacht habe und ich es für wünschenswerth halte, die Aufmerksamkeit der Medizinalbeamten auf die Untersuchung auch dieses Nahrungsmittels von Neuem zu lenken, so gebe ich das von mir in dieser Sache erstattete Gutachten zur weiteren Kenntniss:

Am 4. Februar d. J. habe ich mit den anderen vom Gericht bestimmten Sachverständigen eine Anzahl dem Kaufmann F. gehöriger Hühnereier auf ihre Beschaffenheit und Geniessbarkeit untersucht und mit den genannten Herren in Gegenwart des Herrn S. und F. Folgendes festgestellt:

Es befanden sich in dem Keller des F.'schen Lokales acht Kisten mit Eiern; von diesen wurden uns drei Kisten zur Untersuchung überlassen, nämlich die eine von Herrn S., die zwei anderen von Herrn F. Im Nachstehenden bezeichne ich die S.'sche Kiste als Nr. I, die F.'schen Kisten als Nr. II und III.

Ueber die Methoden der Untersuchung schicke ich Folgendes voraus:

a. Die Eier wurden in der Weise durchleuchtet, dass jedes Ei, welches zur Untersuchung kam, zwischen dem Auge des Untersuchers und einer leuchtenden Flamme beobachtet wurde. Hierbei fanden wir eine Anzahl der Eier gleichmässig durchscheinend, eine andere Auzahl mit einer verdunkelten Stelle behaftet.

b. Wenn diese Eier in Salzwasser gelegt wurden, zeigte es sich, dass die klar durchscheinenden auf den Boden des Gefässes sanken, die gefleckten und an den Flecken verdunkelten Eier dagegen an der Oberfläche schwammen. Es war hiernach anzunehmen, dass sich in den Fleckeiern Gase gebildet hatten, welche das Ei schwimmfähig machten.

c. Die dritte Eierprobe bestand darin, dass sowohl die

schwimmenden, wie nicht schwimmenden Eier aufgeschlagen und zuerst in der Schale, dann jedes für sich, in eine Tasse gelassen, auf Geruch und Geschmack untersucht wurden. Hierbei fand sich in sämmtlichen gefleckten Eiern ausser einem mehr oder weniger sich kenntlich machenden Geruch nach Schwefelwasserstoff oder ähnlichen Gasen ein mehr oder weniger grosser Fleck an der inneren Seite der Eierschale, wo die Eihaut und das Eiweiss mit der Schale verklebt war durch eine Masse, welche entweder grün oder schwarz oder roth und blutähnlich war. Manche Flecke zeigten alle drei Farben zusammen. Die mikroskopische Untersuchung dieser Flecke, welche ich später vornahm, ergab als Ursache der Färbungen das Wuchern verschiedener Pilzsorten (Schimmelpilze und Prodigiosus).

Aber auch unter den klaren Eiern fand sich eine Anzahl, in denen sich nach dem Aufschlagen eine Veränderung aufweisen liess. Der Geruch war mitunter multrig, der Geschmack des Eiweisses mitunter bitter und scharf, die Farbe desselben nicht durchscheinend und klarweiss, sondern getrübt und wolkig.

d. Eine derartige Beschaffenheit trat bei den klaren Eiern noch öfters hervor, wenn dieselben weich gekocht und erst dann geöffnet und untersucht wurden. Das Eiweiss bildete dann eine milchige etwas trübe Flüssigkeit und hatte den erwähnten bitteren, oft stechenden Geschmack, sowie den genannten multrigen, fadigen Geruch.

Dies vorausgeschickt, komme ich zu dem speziellen Ergebniss unserer Untersuchung.

Wir entnahmen aus verschiedenen Schichten der drei Kisten eine Anzahl Eier, aus Kiste I: 96, aus Kiste II: 63 und aus Kiste III: 60 Stück.

I. Von den 96 Eiern aus Kiste I waren 68 klar und gleichmässig durchscheinend, 28 fleckig. Die 68 klaren Eier sanken im Wasser zu Boden, die 28 gefleckten schwammen an der Oberfläche des Wassers. In sämmtlichen 28 Eiern zeigte sich Schimmelbildung, mehr oder weniger übler Geruch und Geschmack. Unter den 68 klaren Eiern fanden sich beim Oeffnen einer Stichprobe von 20 Eiern: 9 ohne jeden üblen Geruch oder Geschmack, 11 dagegen mit einem gelinden Geruch und Beigeschmack, dagegen kein Ei mit auffallendem Geruch oder Beigeschmack. Erst nach dem Kochen einer Stichprobe von 4 Eiern fand sich bei einem derselben ein multriger Geschmack des Eiweisses und eine milchige, unklare Beschaffenheit desselben.

II. Unter den 63 Eiern aus Kiste II waren 62 klar und nicht schwimmfähig (also ohne Gas). Nur 1 Ei war gefleckt und schwimmfähig. Eine Stichprobe von 9 Eiern aus der Zahl 60 ergab vor dem Kochen 7 tadellos erscheinende, 2 mit geringem Geruch und Geschmack behaftete.

Für sich gesondert sind aus Kiste II und III keine Eier gekocht und untersucht, sondern nur eine Anzahl aus Kiste II und III, welche vor dem Kochen und Oeffnen gut befunden waren.

III. Aus Kiste III wurden 60 Eier genommen; darunter

waren 7 fleckige und schwimmfähige, dagegen 53 klare und nicht schwimmfähige. Eine Stichprobe bei 10 dieser letzteren Kategorie ergab vor dem Kochen geöffnet 7 als anscheinend gute, d. h. ohne jeden Beigeschmack oder Geruch und 3 mit einem geringen Beigeschmack und Geruch.

Zusatz zu II und III. Aus Kiste II und III wurden zusammen 10 klare und nicht schwimmfähige Eier gekocht. Von diesen platzte das eine Ei beim Kochen. Unter den anderen 9 Eiern befanden sich 4 tadellose, dagegen 5 mit schlechtem Geschmack.

Gutachten.

Bei der Beurtheilung der Geniessbarkeit von Hühnereiern kann man einen verschiedenen Massstab anlegen, insofern als eine Person nur solche Eier geniessbar findet, welche ohne jeden besonderen Geruch oder besonderen Geschmack und ohne jede Veränderung der Konsistenz und Klarheit des Eiinhalts sind, während ein Anderer hierin nicht so zart empfindet. (Im Handel spricht man von Trinkeiern, frischen Eiern, Kisteneiern, Kalkeiern, Knickeiern, Fleckeiern u. s. w.)

Ich selbst finde Eier, welche in dieser Beziehung irgend wie verändert sind, für ungeniessbar, da sich für mich mit dem Begriffe des Eies als Nahrungsmittel gleichzeitig der Begriff der vollkommensten Reinheit und Appetitlichkeit verbindet.

Dies ist die eine Schwierigkeit für die Entscheidung dieser Frage. Eine zweite Schwierigkeit für die Beurtheilung ergiebt sich aus dem Umstande, dass man die Beschaffenheit des einzelnen Eies erst dann zu beurtheilen im Stande ist, nachdem es gekocht und geöffnet ist, da manche Arten von übler Veränderung sich vor dem Kochen nicht bemerkbar machen. Ich kann deshalb die Geniessbarkeit eines Eies vor seiner methodischen Untersuchung, welche erst mit der Untersuchung seines Inhaltes in gekochtem Zustande ihren Abschluss findet, nicht sicher feststellen. Im Handel mit Eiern wird daher stets nur eine Schätzung nach Stichproben möglich sein.

Es haben sich

für Kiste I 68 klare und 28 fleckige,
für Kiste II 62 klare und 1 fleckiges,
für Kiste III 53 klare und 7 fleckige

Eier ergeben.

Bleiben wir zuvörderst bei diesen fleckigen Eiern stehen, die zweifellos als ungeniessbare anzusehen sind, so sind diese anderseits leicht aus den fleckenlosen herauszufinden und, nachdem sie aus den Kisten entfernt sind, nicht mehr von Einfluss auf die Beurtheilung der klaren und fleckenlosen zurückbleibenden Eier. Für diese kommt jetzt eine zweite Fehlerquelle zur Geltung, und dieser Fehler kann erst nach Oeffnung des Eies im rohen oder erst gar im gekochten Zustande erkannt werden. Nach den Stichproben enthalten sämmtliche drei untersuchte Kisten Eier von schlechter Beschaffenheit, unkennbar vermischt mit Eiern von guter Beschaffenheit, und zwar nach folgendem Prozentsatz:

α. Bei den rohen und klaren Eiern finden sich:
in Kiste I unter 20 Eiern 11 mit üblem Beigeschmack oder Geruch,
„ „ II „ 8 „ 2 „ „ „ „ „
„ „ III „ 10 „ 3 „ „ „ „ „

β. Bei den gekochten Eiern:
in Kiste I unter 4 Eiern 1 mit Beigeschmack oder Geruch oder milchiger Konsistenz,
in Kiste II und III unter 9 Eiern 5 mit Beigeschmack oder Geruch oder milchiger Konsistenz.

Mithin nach der wichtigen und der letzten Ausschlag gebenden Kochprobe zum wenigsten 25 % zu beanstandende Eier. Dass ich auch diese Eier zur Nahrung für Menschen ungeeignet bezw. unbrauchbar erachte, habe ich bereits oben ausgeführt.

Der grössere Theil der Mitsachverständigen ist mir hierbei im Termin mündlich beigetreten.

Da sich die ungeniessbaren Eier vor dem Kochen von den geniessbaren nicht unterscheiden lassen, so bin ich gezwungen, den ganzen Kisteninhalt mit den so gemischten Eiern als menschliche Nahrung zu verwerfen und im Pauschquantum die Eier dieser Kisten als ungeniessbare zu beurtheilen, trotzdem ein hoher Prozentsatz unter ihnen, einzeln untersucht, sich als geniessbar voraussichtlich erweisen würde.

Ich gebe deshalb mein Gutachten dahin ab:

a. dass die Eier in den drei genannten Kisten zur Nahrung für Menschen ungeeignet bezw. unbrauchbar sind;
b. dass damit auch ihre Minderwerthigkeit festgestellt ist.

Besprechungen.

Dr. W. Prausnitz, ord. Professor der Hygiene in Graz: **Grundzüge der Hygiene.** Unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reiches und Oesterreichs. 5. erweiterte und vermehrte Auflage. München 1901. Verlag von J. F. Lehmann. Gr. 8°, 533 Seiten. Preis: 7 Mark.

Die grossen Vorzüge des Buches, in dem das ganze Gebiet der wissenschaftlichen und praktischen Hygiene unter gleichmässiger Berücksichtigung der einzelnen Theile derselben in möglichster Kürze dargestellt wurde, sind bei Besprechung der anderen Auflagen hervorgehoben worden. Auch bei dieser Auflage sind die wichtigsten der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege in Deutschland und Oesterreich erlassenen Gesetze und Verordnungen angeführt. In Fachkreisen wird man dieselbe überall freudig begrüssen.

Dr. Rump-Osnabrück.

Dr. R. Perlia, Augenarzt in Krefeld: **Kroll's stereoskopische Bilder zum Gebrauche für Schielende.** 28 Tafeln. 5. verbesserte und vermehrte Auflage. Hamburg 1901. Verlag von Leopold Voss.

Die Kroll'schen stereoskopischen Bilder zum Gebrauche bei beginnendem Schielen, die bereits bei der 4. Auflage eingehende Besprechung fanden, liegen jetzt in 5. Auflage vor. Die Zahl der Tafeln ist von 26 auf 28 vermehrt und zeigen auch die Figuren eine wesentliche Vermehrung von kongruenten Haupt- und inkongruenten Nebenfiguren. Statt eines Bildes mit verschiebbaren Hälften stehen jetzt zwei der Abwechslung wegen zur Verfügung.

Die rasche Aufeinanderfolge der Auflagen zeigt die zunehmende Beliebtheit der Bilder. Aber auch hier gilt, was die „Ophthalmic Review" in London bemerkt: „We ourselves have never been convinced that such methods are of much valve in treatment, but some of our colleagues have had

different experience and employ chose means with a measure of success not to be attained, as they believe, by other means." Dr. Ohlemann-Wiesbaden.

Dr. med. Hermann Rohleder, Spezialarzt für sexuelle Erkrankungen in Leipzig: **Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen.** Berlin 1901. Fischer's med. Buchhandlung (H. Kornfeld). Gr. 8°, 194 Seiten. Preis: 4,50 Mark.

Der Verfasser hat sein Ziel erreicht, wenn er im Vorwort sagt, dass Wissenschaftlichkeit verbunden mit Klarheit und Kürze in der Darstellung das Hauptziel dieser Vorlesungen sei, die allein für einen ärztlichen Leserkreis bestimmt sind, allein wohl unvermeidlich auch in falsche Hände gelangen werden. In drei Bänden behandelt R. die Libido sexualis, die Kohabitation und die Konzeption, indem er sich bemüht, den Aerzten das für die Praxis Wissenswerthe auseinanderzusetzen. Im grossen Ganzen folgt der Autor hier den Spuren der bekannten Autoren v. Krafft-Ebing, Moll, Eulenburg, Fürbringer u. s. w., und giebt dabei Bemerkungen und Ergänzungen aus seiner eigenen Erfahrung. Sehr ausführlich wird unter Anderem das Kapitel über die mangelnde Wollustempfindung (Dysparenie) des Weibes behandelt. Pollutionen beim Weibe kommen demnach nur dann vor, wenn früher geschlechtlicher Umgang vorhanden war, der eine Unterbrechung erfahren hat, oder bei keuschen Jungfrauen, die der geschlechtlichen Reizung (Onanie) verdächtig sind. Die Pollution ohne besondere geschlechtliche Erregung dürfte meist pathologisch sein. Die Dysparenie beim Weibe kann Ursache der Sterilität sein (in 38% der Fälle). Die gegenseitige Zuneigung, die durch ein beim Coitus vorhandenes Wollustgefühl sich zu erkennen giebt, ist für die Befruchtung des Weibes eines der Hauptmomente. — Die sexuelle Abstinenz hält der Verfasser mit den meisten anderen Autoren für völlig unschädlich, wenn auch die absolute Enthaltsamkeit ohne Onanie bei Männern äusserst selten vorkommt. Der Arzt kann sehr wohl in die Lage kommen, die sexuelle Abstinenz gelegentlich anzuempfehlen, während er kaum berechtigt ist, dem mit normalen Geschlechtstrieb behafteten, unverehelichten Erwachsenen den ausserehelichen Coitus (die Prostitution) vorzuschlagen, zumal wir noch keine „gesunde Prostitution" (Staatsbordelle etc.) haben. Der sexuelle Normalmensch, oder gar der geschlechtlich Begehrliche wird jedoch die Abstinenz schwer durchführen können. — Als die Folgen des übermässigen sexuellen Genusses werden vom Verfasser folgende Störungen bezeichnet: Sexuelle Neurasthenie; allgemeine Schwäche; Blutarmuth; geistige Schwächung; Sinneserkrankungen nervöser Art; Verdauungsstörungen mit schlechter Ernährung; Störungen der Zirkulations- und Respirationsorgane; funktionelle Störungen der Genitalien. Während bei übermässigem anormalen Geschlechtsverkehr (Onanie, Coitus interruptus) mehr das Gehirn zu leiden scheint, wird bei übermässigem natürlichen Geschlechtsverkehr das Rückenmark mehr geschädigt. Eine geistige Energielosigkeit, hypochondrisch-melancholische Gemüthsstimmung und Schlaflosigkeit sind nach R. drei Symptome, die wohl bei sexueller Cerebralasthenie sich gemeinschaftlich vorfinden. Bei hereditär belasteten Individuen können sexuelle Exzesse wohl die psychischen Fähigkeiten schwächen, leichte Psychosen (Melancholie, Hysterie) erzeugen, jedoch nie zu schweren Psychosen, wie Paranoia, Paralyse, führen. Dieser Satz dürfte nicht allgemeine Zustimmung finden, da bei starker Belastung geringe Anlässe (auch sexueller Natur) genügen, schwere Psychosen wachzurufen. Dass der erhöhte Patellarreflex und der Tremor der Lider bei Augenschluss bei sexueller Neurasthenie häufiger sei (Fürbringer), als bei Neurasthenie aus anderen Ursachen, scheint ebenfalls nicht genügend erwiesen. — Wenn R. die völlige sexuelle Ruhe als beste Therapie jeglicher Folgen der sexuellen Unbotmässigkeit bezeichnet, so kann diesem Ausspruch wohl nicht genügend beigestimmt werden; ebensowenig trifft es zu, wenn der Vaginismus der jungen Frau als Pendant der psychischen Impotenz des Mannes gegenübergestellt wird (Hochzeitsnachtimpotenz.) — Die üblen Folgen des Coitus interruptus, insbesondere die Entstehung sexueller Neurosen durch vasomotorische Vermittelung vom Lendenmark, werden vom Verfasser genügend gewürdigt. Sehr ausführlich sind seine Ausführungen über den Neomalthusianismus (fakultative Sterilität) und weist er hier nach, wie der Arzt in die Lage kommen kann, allein vom rein medizinischen Standpunkte, sei es in prophylaktisch-hygienischer, sei es in therapeuti-

scher Beziehung, den Präventiv-Verkehr anzurathen und die Mittel dazu an die Hand zu geben, welche einer Befruchtung vorbeugen, so z. B. das Condom, das Mensinga'sche Occlusivpessar, Scheidenausspülungen mit Borwasser oder Essigwasser. Der Arzt als Freund und Berather der Familie soll das Recht und die Pflicht haben, nach seinem eigenen besten Wissen und Gewissen die Grenzen der Progenitur in jedem einzelnen Falle festzustellen und darnach zu verfahren. In Frage kommen hier Herzleiden, Lungenerkrankungen, Diabetes und andere konstitutionelle Leiden, Beckenanomalien, Geisteskrankheiten, Hämophylie etc. — In den letzten Abschnitten werden die Bedingungen der Konzeption, der Befruchtung, der Geschlechtsbestimmung u. s. w. erörtert.

Dr. S. Kalischer-Schlachtensee bei Berlin.

Tagesnachrichten.

Aus dem Preussischen Abgeordnetenhause:

I. **Gebührengesetz.** In der Sitzung des preuss. Abgeordnetenhauses vom 26. März d. J. erfolgte die erste Berathung des Gesetzentwurfs, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen. Die Abgg. Brütt (fr.-kons.) und v. Savigny (Centrum) erklärten sich im Allgemeinen damit einverstanden, dass mit der Neuregelung der Verhältnisse der Kreis-Medizinalbeamten auch das Gebührengesetz vom 9. März 1872 geändert werde; auch gegen den Inhalt des Entwurfs haben sie im Grossen und Ganzen keine Bedenken. Dagegen können sie es nicht billigen, dass die den Kreisärzten zu bewilligenden Tagegelder und Vergütungen für Reisekosten durch Königliche Verordnung festgestellt werden sollen, weil dadurch unerhebliche Mehrbelastung der Gemeinden zu befürchten sei; ein Bedenken, dass auch von dem Abg. Bandelow (kons.) getheilt wird, während dieser gegen die Festsetzung der Gebührenordnung durch die Zentralinstanz nichts einzuwenden hat. Sämmtliche Redner beantragten, den Entwurf an die Budgetkommission zu überweisen. Der Herr Mininster der u. s. w. Medizinal-Angelegenheiten Dr. Studt gab folgende erläuternde Bemerkungen: „Die Vergütungssätze für die Amtshandlungen der beamteten Medizinalpersonen beruhen, wie bekannt, der Hauptsache nach auf dem Gesetze vom 9. März 1872. Es hat sich nun im Laufe der Zeit die Nothwendigkeit herausgestellt, abgesehen von der schwebenden Medizinalreform, die Grundsätze dieses Gesetzes einer Abänderung zu unterziehen. Die danach durch den vorliegenden Gesetzentwurf in Aussicht genommene Regelung gründet sich zunächst auf die Erwägung, dass die dehnbare Fassung einiger Vorschriften des Gesetzes vom 9. März 1872 einer Ergänzung bedürfe. Der fragliche Mangel hat sich namentlich auch in dem Umstande herausgestellt, dass die höchsten Gerichtshöfe widersprechende Entscheidungen getroffen haben. Ich brauche nur daran zu erinnern, dass die Frage, ob die beamteten Aerzte in den Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung berechtigt sind, in Angelegenheiten ortspolizeilicher Natur Gebühren zu fordern, vom Reichsgericht im bejahenden, vom Preussischen Ober-Verwaltungsgericht aber in verneinendem Sinne entschieden worden ist. Es kommt ferner in Betracht, dass die Bezeichnung der einzelnen Leistungen und Amtshandlungen im Gesetze von 1872 einer Abänderung nach der gegenwärtigen Lage der Wissenschaft und der thatsächlichen Verhältnisse bedarf. Sodann müssen die Gebührensätze ebenfalls einer allgemeinen Prüfung unterzogen werden. Es ist dies namentlich aus dem Grunde erforderlich, weil eine Nichtübereinstimmung in den Gebührensätzen der beamteten und der Privatärzte dadurch im Laufe der der Zeit hervorgetreten ist, dass die auf Grund des §. 80 der Reichs-Gewerbeordnung erlassene ministerielle Festsetzung der Gebührensätze der approbirten Aerzte zum Theil vom Gesetz von 1872 erheblich abweichende Sätze enthält. Es wird in ärztlichen Kreisen als ein Uebelstand empfunden, dass je nach der verschiedenartigen Bewerthung der betreffenden Handlungen, auch verschiedene Vergütungen, je nachdem das Gesetz von 1872 oder der Tarif von 1886 in Anwendung kommt, Platz greifen. . . . . Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Ermächtigung für die Zentralinstanz, die Gebührensätze für die Amtshandlungen der Medizinalpersonen durch ministerielle Verordnung festzusetzen, bedeutet nicht etwas Neues. Ich habe schon vorhin mir auszuführen gestattet, dass die Reichs-

Gewerbeordnung den Zentralinstanzen der einzelnen Landesregierungen die fragliche Befugniss zuweist. Es giebt aber auch andere Gebiete, wo in gleicher Weise durch ministerielle Anordnung die Gebührenfestsetzung erfolgen kann. Wenn im vorliegenden Fall dieser Ausweg im Entwurf Ihnen vorgeschlagen ist, so beruht das auf der Erwägung, dass der Weg der Gesetzgebung in derartigen Fällen zu umständlich ist, und je nach der Lage der Verhältnisse, nach den Fortschritten der Wissenschaft u. s. w. der Zentralinstanz die Möglichkeit gegeben werden muss, Aenderungen eintreten zu lassen. Inwieweit die Grundsätze, nach denen die Gebührenfestsetzung seitens der Zentralinstanz zu erfolgen hat, noch einer Erörterung und näheren Prüfung unterzogen werden müssen, wird ja die in Aussicht stehende und von dem Herrn Vorredner beantragte Kommissionsberathung ergeben."

Auf die Anfrage des Abg. Bandelow, ob bis zur Verabschiedung dieses Gesetzes noch die alte Gebührenordnung für die am 1. April ins Amt tretenden Kreisärzte in Kraft bleiben soll, erwiderte der H. Kultusminister, dass einstweilen noch, ganz unabhängig von der Frage des Inkrafttretens des Kreisarztgesetzes zum 1. April d. J., die alte Gebührenordnung in Geltung bleibe. Wenn das Haus sich zu einer Kommissionsberathung entschliessen sollte, werde der Kommission die gesammte Gebührenordnung zur Kenntnissnahme vorgelegt werden, so dass diese daraus die Grundsätze entnehmen könne, nach welchen die Festsetzung erfolgen soll.

Auf eine Anfrage des Abg. Dr. Endemann (nl.) erklärt schliesslich der H. Minister, dass er eine weitere umfassendere Medizinalreform für die nächste Zeit nicht in Aussicht stellen könne; er müsse sich dies um so mehr versagen, als ja die Erörterungen darüber noch schwebten, welchem Ressort für die Zukunft die Medizinalverwaltung zu überweisen sei.

II. Der Abg. Graf Douglas hat, unterstützt von zahlreichen Abgeordneten aller Parteien, folgenden Antrag behufs Bekämpfung der Trunksucht eingebracht:

„Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen, die Königliche Staatsregierung aufzufordern,

1) nach dem Vorgange der Gesetzgebung der süddeutschen Bundesstaaten und in Verallgemeinerung bestehender Polizeiverordnungen den Entwurf eines Gesetzes zur Verhütung der schädlichen Folgen des Branntweingenusses vorzulegen, durch welches insbesondere Gast- und Schankwirthen, sowie Kleinhändlern untersagt wird, Branntwein zu verabreichen,

a. in anderem als reinem, von Fuselöl und sonstigen gesundheitsschädlichen Stoffen freiem Zustande,

b. in den Morgenstunden im Sommerhalbjahr vor 7 Uhr Morgens, im Winterhalbjahr vor 8 Uhr Morgens — von Ausnahmefällen abgesehen —,

c. an angetrunkene Personen, an Personen unter 16 Jahren und ferner an solche Personen, die von der Polizeibehörde als Trunkenbolde den Gast- und Schankwirthen etc. bezeichnet sind,

2) auf Grund erneuter Erhebungen durch geeignete Veröffentlichungen den weitesten Kreisen des Volkes zum Bewusstsein zu bringen, welche schädliche Wirkungen der übertriebene Alkoholgenuss auf die körperliche und geistige Gesundheit, die Nachkommenschaft, die Erwerbsthätigkeit, das Anwachsen der Verbrechen hat,

3) Erhebungen über die für Trinker bestehenden Heilanstalten und sonstigen Einrichtungen anzustellen und die Unterbringung von Trinkern in geeignete Anstalten sowie die Fürsorge für sie zu fördern, insbesondere auf Errichtung öffentlicher Anstalten zur Unterbringung der wegen Trunksucht Entmündigten Bedacht zu nehmen,

4) in Wartesälen, Wartezimmern der Behörden und sonstigen öffentlichen Räumen, in welchen das Publikum zu verweilen pflegt, bildliche Darstellungen und sonstige Belehrungen anzubringen, welche die schädlichen Folgen des übertriebenen Alkoholgenusses insbesondere auf die Organe des menschlichen Körpers veranschaulichen,

5) anzuordnen, dass die Jugend in der Schule besonders im Wege des Anschauungsunterrichts über die schädlichen Folgen des übertriebenen Alkoholgenusses aufgeklärt wird."

III. Die Mitglieder der konservativen Partei haben im Abgeordneten-

hause jetzt unter Vorlage eines Gesetzentwurfs den Antrag auf obligatorische Einführung der Schlachtvieh-Versicherung gestellt. Darnach sollen die Provinzialverbände Träger der Versicherung sein, und die Versicherten gegen Verluste, die durch Beanstandung des Fleisches bei der amtlichen Schlachtvieh- und Fleischbeschau entstehen, geschützt werden. Die Versicherung soll sich auf alle zur Schlachtung gelangende Rinder (evtl. Kälber), Schafe und Schweine von 3 Monat aufwärts erstrecken. Die Einziehung der Versicherungsgebühren, sowie die Feststellung der Entschädigung soll den Fleischbeschauern übertragen werden und der Staat einen Beitrag von 25 % zu den zu zahlenden Entschädigungen gewähren.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 20. März lenkte der Abg. Gamp die Aufmerksamkeit auf die Untersuchungen des Prof. Dührssen über die Ausbreitung der Krebskrankheit und regte an, dass die Regierung für möglichste Aufklärung über diese Krankheit unter der Bevölkerung Sorge tragen möge. Abg. Dr. Endemann forderte eine Enquête über die Krebskrankheit, um auf Grund des so gewonnenen Materials erfolgreich dagegen anzukämpfen. Staatssekretär Graf Posadowsky erwiderte, dass bereits Fragebogen behufs Aufnahme einer Statistik ausgearbeitet seien und sobald deren Resultat vorliege, das Reichsgesundheitsamt Massregeln zur Bekämpfung dieser leider auch in höheren Kreisen verbreiteten Krankheit ergreifen werde. Abg. Dr. Müller-Sagan schloss sich den Wünschen des Abg. Dr. Endemann an, bemerkte aber, dass nach seiner Kenntniss die Krebskrankheit lange nicht so verbreitet sei wie die Furcht vor dieser Krankheit.

In der Kommission des Reichstags zur Berathung des Gesetzes über den Verkehr mit Wein wurde folgende Resolution einstimmig angenommen: „Die verbündeten Regierungen zu ersuchen, dem Reichstage baldmöglichst den Entwurf eines Reichsgesetzes vorzulegen, welches die Ueberwachung des Verkehrs von Nahrungs- und Genussmitteln nach Massgabe der bestehenden Gesetze durch Bestellung besonderer Beamten hierfür einheitlich regelt.“ §. 5a erhielt darauf folgende Fassung: „Bis zur reichsgesetzlichen einheitlichen Regelung der Ueberwachung des Verkehrs von Nahrungs- und Genussmitteln bestimmen die Bundesregierungen diejenigen Beamten und Sachverständigen, denen die Ueberwachung der Ausführung des Gesetzes obliegt. Diese Beamten sind befugt, ausserhalb der Nachtzeit in Räume, in denen Wein, weinhaltige oder weinähnliche Getränke gewerbsmässig hergestellt, aufbewahrt, feilgehalten oder verpackt werden, einzutreten, daselbst Besichtigungen vorzunehmen u. s. w.“

Am 20. März d. J. fand die erste, konstituirende Sitzung des Reichs-Gesundheitsraths statt. In seiner Eröffnungsrede sagte der Staatssekretär des Innern, Graf von Posadowsky-Wehner:

„Es ist das sicherste Zeichen für den sittlichen und wirthschaftlichen Fortschritt eines Volkes, wenn sich in demselben die Erkenntniss vertieft nicht nur von der ethischen, sondern auch von der volkswirthschaftlichen Bedeutung jedes einzelnen Mitmenschen für die Gesammtheit, und zwar dementsprechend auch die Werthschätzung des Menschenlebens sowohl seitens des Staats, wie seitens sämmtlicher Volksgenossen in immer höherem Masse wächst. Aus diesem modernen Bewusstsein heraus ist, gestützt auf die Vollmachten der Reichsverfassung, das Gesetz ergangen, welchem der Reichs-Gesundheitsrath seine Entstehung verdankt. Es ist ein ebenso weites, wie dankbares Feld der Thätigkeit, was sich Ihnen, meine hochgeehrten Herren, heute eröffnet. Es wird nicht nur Ihre Aufgabe sein, die deutschen Regierungen in dem Kampfe zu unterstützen gegen verheerende Volksseuchen, deren Gefahren durch die Steigerung unseres Verkehrs mit fremden Ländern bedenklich zunehmen; Sie werden vielmehr auch die verbündeten Regierungen mit Ihrer Sachkenntniss zu berathen haben auf den wichtigsten Gebieten unseres Volkslebens; die Wohnungsfrage, ebenso wie die Fragen der Ernährung, des gewerblichen Arbeiterschutzes, der Vertheidigung unserer schönen deutschen Ströme gegen die nachtheiligen Einflüsse einer schnell wachsenden Bevölkerung und einer fortgesetzt gesteigerten gewerblichen Thätigkeit wird Ihrer gutachtlichen Beschlussfassung unterliegen. Aus Ihren Berathungen werden weittragende Anregungen hervor-

geben für die hygienischen Massregeln in Staat und Gemeinde. Gesundheit bedeutet Schaffenskraft und Arbeitsfreudigkeit nicht nur für den einzelnen Menschen, sondern auch für ein ganzes Volk, welches mit zunehmendem äusseren Wohlbefinden in gleichem Masse befähigt wird, die ihm durch seine Geschichte und die natürlichen Bedingungen des Landes zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

Wenn das Samenkorn, das Sie von dieser Stelle ausstreuen werden, überall in deutschen Landen auf fruchtbaren Boden fällt, so werden Sie nicht nur der körperlichen Gesundheit unseres Volkes wichtige Dienste leisten, sondern auch zur sittlichen und wirthschaftlichen Stärkung desselben wesentlich beitragen.

Möchten Ihre Arbeiten dazu führen, dass die Thätigkeit des deutschen Staatswesens auch auf hygienischem Gebiet als eine musterhafte und bahnbrechende allgemein anerkannt wird!

Die Schwerkraft Ihrer Körperschaft wird nicht von dem Buchstaben einer geschriebenen Anweisung abhängen, sondern von der werbenden, schöpferischen Kraft siegreicher wissenschaftlicher Erkenntniss.

In dieser Zuversicht bitte ich Sie, an die Lösung Ihrer grossen Aufgaben heranzutreten."

Hierauf gab der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Köhler einen Ueberblick über die Entstehung und Entwickelung des Reichsgesundheitsamtes und betonte dabei, dass die Mitglieder des Reichsgesundheitsraths stets eingedenk sein mögen, dass sie nicht um der Wissenschaft halber arbeiten, sondern es ihre Aufgabe, ihr Leitstern sei, praktische Ziele zu verfolgen, d. h. die Uebertragung der Lehre der Wissenschaft auf und die Anpassung derselben an die Bedürfnisse des öffentlichen Lebens. Nach Verpflichtung der erschienenen Mitglieder fand die Wahl der verschiedenen Ausschüsse (s. Nr. 2 der Zeitschrift, S. 74) statt.

Der Reichsanzeiger vom 26. v. M. bringt eine Kaiserliche Verordnung, betreffend die **Errichtung einer Standesvertretung der Apotheker** vom 2. Februar 1901, die wir in der Beilage zur nächsten Nummer zum Abdruck bringen werden. Die Bestimmungen sind denjenigen über die Aerztekammern nachgebildet: Für jede Provinz wird eine Apothekerkammer errichtet, die am Amtssitze des Oberpräsidenten ihren Sitz hat (für die Provinz Brandenburg in Berlin) und deren Geschäftskreis die Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten umfasst, die den Apothekerberuf oder die Arzneiversorgung betreffen, oder auf die Wahrnehmung und Vertretung der Standesinteressen der Apotheker gerichtet sind. Wahlberechtigt und wählbar zur Apothekerkammer sind auch nicht besitzende approbirte Apotheker oder den Apothekerberuf nicht mehr betreibende Apotheker, sofern sie sich nicht einen anderen Beruf zugewendet haben. Ebenso wie ein Aerztekammer-Ausschuss ist auch ein Apotheker-Kammerausschuss vorgesehen, der aus Delegirten der Apothekerkammer gebildet wird, seinen Sitz in Berlin hat und berufen ist, innerhalb der den Apothekenkammern zugewiesenen Zuständigkeit eine vermittelnde Thätigkeit auszuüben und zwar sowohl zwischen dem Minister der Medizinalangelegenheiten und den Apothekenkammern, als auch zwischen diesen untereinander.

Mit dem 1. April scheidet Herr Prof. Dr. Mendelsohn in Berlin aus der Redaktion der im Verlage von Fischer's med. Buchhandlung erscheinenden **„Zeitschrift für Krankenpflege und ärztliche Polytechnik"** aus und übernimmt Herr Prof. Dr. H. Reineboth in Halle die Redaktion der „Zeitschrift für Krankenpflege", Herr Dr. Richard Rosen in Berlin die Redaktion der „Aerztl. Polytechnik".

Notiz für die Leser: Statt der bei der heutigen Nummer fehlenden Beilage wird der nächsten Nummer eine solche in mehr als doppelter Stärke beigefügt werden, um die neuen Bestimmungen über die Ausführung des preussischen Kreisarztgesetzes in einer Beilage zu bringen. Desgleichen wird der nächsten Nummer als besondere Beilage eine Zusammenstellung der mit Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes erfolgten Personalveränderungen beigegeben werden. Die Redaktion.

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

14. Jahrg. 1901.

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. | 15. April.

Die Krebserkrankungen der Stadt Luckau von 1878—1899, topographisch dargestellt mit Bezeichnung der befallenen Häuser.

Von Sanitätsrath Dr. Robert Behla, Kreisarzt in Luckau.

Ich habe bereits anderswo[1]) von dem gehäuften Vorkommen des Krebses in der Stadt Luckau, speziell der Kalauer Vorstadt kurz Mittheilung gemacht; ich will im Folgenden im Anschluss an eine übersichtliche Karte die dortigen karzinomatösen Verhältnisse genauer auseinandersetzen.

Zur Erläuterung schicke ich über den Schauplatz meiner Beobachtungen einige Worte voraus:

Luckau, in der Niederlausitz gelegen, hat rund 5000 Einwohner; es besteht aus einer mittleren Rundstadt und zwei nach Osten und Westen gelegenen, langgezogenen Vorstädten, der Kalauer- und Sandower-Vorstadt. Speziell die Kalauer Vorstadt hat südlich noch zwei Quergassen, die Garten- und Vorwerksgasse, verbunden durch die Kothengasse. Die Rundstadt zählt ca. 3000 Einwohner, die beiden Vorstädte je 1000 Einwohner. Die Bevölkerungsziffer ist im verflossenen Jahrhundert im Wesentlichen konstant geblieben. Die Stadt ist zum grössten Theil feucht gelegen, was schon der Name andeutet, sie ist wie viele Lausitzer Städte aus einer wendischen Niederlassung hervorgegangen (luka wendisch = Wiese). Unterhalb der höher gelegenen Sandower Vorstadt mit sandigem Untergrund im Gegensatz zu der niedrigeren, feuchten mittleren Stadt und Kalauer Vorstadt mit thonigem Untergrund, tritt südwestlich das Gossmarer Fliess ein in die Stadt, umzieht die Rundstadt und giebt Gräben ab hinter die beiden Häuserreihen der Kalauer Vorstadt. Dieser sogenannte Stadtgraben wird durch Einläufe aus den Rinnsteinen der inneren

[1]) Ueber vermehrtes und endemisches Vorkommen des Krebses. Zentralblatt für Bakteriologie; 1898, XXIII. Bd., S. 780 f. — Die geographisch-statistische Methode als Hilfsfaktor der Krebsforschung; Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1899, XXXII. Bd., S. 123.

Stadt und Strafanstalt, sowie durch das Hineinfallen von Blättern und Zweigen der am Ufer stehenden Bäume und Pflanzen stark verunreinigt und enthält sehr schlechtes, übelriechendes, stagnirendes Wasser,[1]) das von den Adjazenten zum Begiessen der an die Stadtmauer angrenzenden Gartenbeete und zu Wirthschaftszwecken vielfach benutzt wird. Unmittelbar am Stadtgraben liegen Gärten, welche man „Parchen" nennt (aus dem wendischen parchan, d. h. das dem Wasser abgewonnene Land). Ursprünglich reichte der Stadtgraben nämlich bis an die Mauer heran, allmählich aber hat man ihn eingeengt, es sind also die ausserhalb der Stadtmauer nach dem Stadtgraben zu liegenden Gartenstücke aufgefüllter, sehr feuchter Boden. Derselbe wird von den Besitzern vielfach zum Anbau von Gartengemüsen, Salat, Erdbeeren etc. benutzt. Im Osten der Stadt fliesst von Süd nach Nord, das Berstefliess, welches bei Weissagk entspringt, den im Süden der Stadt gelegenen Stadtbusch durchfliesst und die Abzugsgräben des aus dem Gossmarer Fliess kommenden Stadtgrabens aufnimmt. Dieser Busch war um die Mitte des vorigen Jahrhunderts ein Malariaherd schlimmster Sorte. Sowohl die Einwohner Luckaus, als die umliegenden Dörfer hatten unter dem Wechselfieber ausserordentlich zu leiden; erst Hand in Hand mit der Regulirung der Berste und der dadurch bedingten Trockenlegung des Stadtbusches verlor sich die Malaria immer mehr und ist seit den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts vollständig verschwunden.[2])

Ich machte während meiner Praxis die Beobachtung, dass in der mittleren Stadt der Krebs häufig, in der Kalauer Vorstadt sehr häufig ist, während die Sandower Vorstadt verhältnissmässig nur eine ganz geringe Karzinomfrequenz aufzuweisen hat.

In der Dekade[3]) 1888—1897 ereigneten sich in ganz Luckau 63 Krebsfälle; davon fallen auf die Kalauer Vorstadt: 35, auf die Rundstadt: 23, auf die Sandower Vorstadt: 5 Fälle, also ein Verhältniss von 7 : 5 : 1. Die Fälle dieses Jahrzehnts sind auf der Karte mit von einer Kreislinie umgebenen Punkten bezeichnet.

Während für Preussen nach Finkelburg's Statistik von 1881—1890 und Maeder's fortgesetzter Statistik 1891—1896 das Verhältniss der Krebstodesfälle zu den Gesammttodesfällen durchschnittlich 1 : 40 beträgt, ist dieses Verhältniss für ganz Luckau in der Dekade 1888—1897: 1 : 20, speziell in der Kalauer Vorstadt: 1 : 6, also ein ganz abnorm hohes.

In der Dekade 1878—1887 kamen in Luckau 68 Fälle vor und zwar in der Kalauer Vorstadt: 34, Rundstadt: 31, Sandower Vorstadt: 3. Diese Fälle sind auf der Karte mit einem schwarzen Punkt (●) bezeichnet.

Im Jahre 1898 starben in Luckau 10 Personen an Krebs; 1899: 12 Personen.

Von diesen 1898 und 1899 stattgefundenen Fällen, welche auf der Karte mit einem gestrichelten Kreis gekennzeichnet sind, betreffen die Kalauer Vorstadt 12, die Rundstadt 10, die Sandower Vorstadt 0.

---

[1]) Das Wasser enthielt gelegentlich einer Untersuchung nach den üblichen bakteriologischen Methoden behufs eines Gutachtens zur Kanalisationsfrage der Stadt in einem Kubikzentimeter ca. eine Million Keime.

[2]) Ich habe dieses radikale Verschwinden der Malaria in Luckau und Umgegend im Sinne der heutigen Malariaforschung in einer Arbeit beleuchtet, welche später erscheinen wird.

[3]) Die Berechnung nach Dekaden liegt deshalb zu Grunde, weil die Vorenquête seitens des Ministeriums im Jahre 1899 die Beobachtungen über den Zeitabschnitt 1888—1897 forderte.

Immer bleibt also die Sandower Vorstadt in verschwindender Minderheit.

Im Jahre 1899 starben in Luckau überhaupt 103 Personen, davon an Krebs 12, also ein Verhältniss von 1 : 8, geradezu eine Dezimirung der Bevölkerung durch Krebs!

Diese Beobachtungen von den Jahren 1878—1899 sind meine eigenen. Vergleichsweise habe ich dann noch die Todtenscheine, welche von Aerzten beglaubigt sind, von dem Zeitraum 1852 bis 1877 durchgesehen. Speziell in der Kalauer Vorstadt starben an Karzinom 1852—1877: 36; in dem Zeitraum 1878—1899: 81 Personen.

Darnach hat sich auch in diesem Stadtviertel in dem letzten Decennium die Krankheit häufiger gezeigt, geradezu verdoppelt.

Das häufige Vorkommen des Krebses in der Kalauer Vorstadt vom Jahre 1852—1899 überhaupt ist in einem besonderen Abschnitt meiner Karte oben rechts illustrirt. Die krebsbefallenen Häuser sind einfach mit einem schwarzen Punkt bezeichnet. Ein Blick auf diesen Theil lehrt, dass fast alle Häuser dieses Stadtviertels von Krebs ergriffen sind. Das kann kein Zufall sein![1])

Auf die Frage der Zunahme des Krebses in den letzten Dezennien gehe ich hier nicht näher ein. Das Factum wird aus vielen Ländern gemeldet; es steht fest, nur über die Gründe zu dieser grösseren Frequenz ist man nicht einig. So z. B. wird es bestätigt durch die bemerkenswerthe Statistik von Maeder „Die stetige Zunahme der Krebserkrankungen in den Jahren 1891—1896“,[2]) eine Arbeit, welche auch das Verhältniss von Krebs und Tuberkulose eingehend erörtert. Besonders ist zu betonen, dass in der Maeder'schen Publikation hinsichtlich der geographischen Verbreitung manche schon von Finkelnburg angegebenen Orte und Gegenden mit hoher Karzinommortalität damit übereinstimmen, z. B. die Regierungsbezirke Stralsund, Schleswig etc. Gerade, was Stralsund anbetrifft, so bezeichnet Denecke in seiner sehr wichtigen Publikation „Zur Statistik des Krebses im Reg.-Bez. Stralsund“[3]) dieselbe als sehr ungünstig, — vielleicht am ungünstigsten in ganz Europa. Die Stadt Stralsund ist noch in einem besonderen Punkte hervorzuheben. Hier haben die Aerzte seit 1893 die Meldepflicht

---

[1]) Auch im Jahre 1900 sind zahlreiche, den Durchschnitt übersteigende Krebserkrankungen vorgekommen. Ich habe in dieser Zeitschrift, 1900, Heft V, mehrere sogenannte Krebshäuser beschrieben; ich erwähne, dass in dem Hause 410, Kalauer Vorstadt, Gartengasse, von dem 4 Krebsfälle vermerkt sind, im Jahre 1900 ein fünfter Krebsfall sich ereignete. Es ist der Lumpenhändler W. C., 59 Jahre alt, welcher im Frühjahr an Zungenkrebs erkrankte und am 4. Mai bis 4. Juli in der Königl. chirurgischen Klinik behandelt wurde. Operation mit Durchsägung des Unterkiefers. Bis jetzt rezidivfrei. — In diesem Hause also innerhalb 25 Jahren 5 Krebsfälle, ein Analogon zu den von Molière, Shattock, Wynter Blyth, d'Arcy Power, Alexander Clapmann etc. beschriebenen 3- und 4krebsigen Häusern. (cf. meine Schrift „Die geographisch-statistische Methode als Hülfsfaktor der Krebsforschung“, S. 127 und 128.

[2]) Aus dem hygienischen Institut C. Flügge's. Breslau. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; Bd. XXXIII. S., 235.

[3]) Cf. Korrespondenzblatt des Aerztevereins des Reg.-Bez. Stralsund, 1900; s. Referat darüber in Nr. 3 der Zeitschrift, Jahrg. 1901, S. 105.

für Krebs eingeführt, eine Einrichtung die Nachahmung verdient. Das Ergebniss ist folgendes:

Es sind 1893: 19, 1894: 23, 1895: 18, 1896: 28, 1897: 35, 1898: 31, 1899: 33 Krankheitsfälle gemeldet; auch hier speziell also eine Zunahme der Erkrankungen!

Dass es ausser dem instruktiven Luckauer Fall auch Gegenden giebt, wo von einem vermehrten endemischen Vorkommen des Krebses die Rede ist, ist zweifellos sichergestellt, nicht bloss in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern. Von England und Frankreich habe ich die Orte in meinen oben zitirten Arbeiten zusammengestellt. Aus Deutschland sind bekannt das Dorf Grossobringen bei Weimar[1]), das Städtchen Rehburg am Steinhuder See, die Marschen etc. Interessant ist, was Denecke erwähnt in der oben genannten Schrift: „Während der Ermittelungen hatte ich Gelegenheit einen älteren Arzt, der zur Zeit v. Bardeleben's die Greifswalder chirurgische Klinik besuchte, zu sprechen. Dieser entsann sich auf das Bestimmteste, dass v. B. bei den vorgestellten Krebskranken häufig hinzufügte: „Natürlich vom Darss." Es ist zu erwarten, dass die jetzige Enquête des Komitees für Krebsforschung noch mehr solche Orte und Gegenden mit vermehrter Krebsfrequenz aufdecken wird. Wenn man bedenkt, dass Haviland an der Hand grosser topographischer Tabellen in England Gegenden mit thonigem feuchten Untergrund und Flussniederungen als Prädilektionsgegenden für Krebs bezeichnet, dass das vermehrte Vorkommen in Gegenden mit feuchtem Untergrund und Wasser statthat, dass in den Marschen bekanntlich das Karzinom sehr häufig ist, dass auch Venedig sich durch eine hohe Karzinommortalität auszeichnet etc., so kann man es jetzt schon als sicher bezeichnen, dass Krebs dort häufig ist, wo der Untergrund feucht ist.

Ich habe in meiner Arbeit: „Ueber die Ursachen des endemischen Vorkommens des Krebses", den Gründen dieser Erscheinung nachgespürt, und meine Beobachtungen darin niedergelegt, auch z. B. die am Ufer unseres Stadtgrabens stehenden Bäume und Pflanzen auf ihre Parasiten geprüft, auch die Eigenthümlichkeiten der Häuser, Nahrungs- und Trinkverhältnisse der Bewohner etc. einer näheren Beobachtung unterzogen; es muss in Zukunft nach meiner Ansicht eine vergleichende Forschung der Eigenthümlichkeiten von „Krebsgegenden" weitere Klarheit schaffen. Vor Allem aber wäre es erwünscht, wenn am Anschluss an meine Karte auch anderswo topographische Skizzen publizirt würden.

Die parasitäre Theorie ist keineswegs abgethan. Ziegler behauptet in einer Schrift über die Genese der Geschwülste,[2]) dass die Anhänger der parasitären Theorie der Geschwülste sichtlich im Abnehmen begriffen sind und es ist diese ganze Erscheinung nicht nur durch den Mangel sicher nachgewiesener Geschwulstparasiten, sondern auch durch das ganze biologische Verhalten der Geschwülste gerechtfertigt, welches gegen die parasitäre

[1]) Cf. Korrespondenzblatt des Allgem. ärztlichen Vereins in Thüringen. 1900, Nr. 5; s. Referat darüber in Nr. 3 der Zeitschrift, Jahrg. 1901; S. 106;
[2]) Münchener med. Wochenschr.; 1898, Nr. 10.

Natur der Geschwülste spricht. Neuere Beobachtungen von anderen Gesichtspunkten ausgehend haben der parasitären Hypothese im Gegentheil neue Anhänger zugeführt. Mit Recht hat Czerny eine Reihe von Momenten hervorgehoben, weshalb wir die parasitäre Theorie der bösartigen Geschwülste nicht aufgeben dürfen, und betont als wesentlichen Zweck seiner Arbeit,[1]) zu verhindern, dass dieselben nicht durch absprechende Urtheile sonst hochverdienter deutscher Forscher vorzeitig unterdrückt werden. Fahren wir daher fort, durch genaue objektive Beobachtungen, die Krebsorte nach jeder Richtung hin auf ihre Ursache zu untersuchen, sie werden uns mehr vorwärts bringen als noch so geistreiche Spekulationen und Krebstheorien.

Nachtrag. Inzwischen ist der vorhererwähnte W. C. am 7. März d. J. an einem Rezidiv verstorben; ausserdem sind in dem letzten Vierteljahr noch 5 andere Krebstodesfälle vorgekommen unter 23 Todesfällen überhaupt und zwar in den Häusern 412, 403, 395, 16, 290 —, kein Fall in der höheren Sandower Vorstadt! Ein ähnlich differentes Vorkommen von Krebs in Bezug auf die Lokalität hat Nason beschrieben von den dicht aneinander gelegenen englischen Kommunen Market-Bosworth und Ibstock. Trockenes und feuchtes Terrain!

Versuchte Zerstückelung eines Neugeborenen; ein kasuistischer Beitrag.

Von Dr. O. Möbius, Medizinalassessor beim Polizeipräsidium in Berlin.

Die Annahme, dass bei dem vielerörterten Konitzer Mord die Zerstückelung der Leiche vorgenommen wurde, um sie auf bequeme Weise bei Seite zu schaffen, wird jedem Arzte naheliegend erscheinen. Bei einem Fall von Kindesmord, welcher sich in einem dem Konitzer benachbarten Kreise ereignete, behauptete die Angeschuldigte, sie habe die zum Tode führende Behandlung erst dem abgestorbenen Kinde angedeihen lassen, um dasselbe zu zerkleinern und sich so auf leichte Art desselben entledigen zu können. Mit Rücksicht auf die seltene Art des benutzten Mordinstrumentes und die Schwere der beigebrachten Verletzungen, sowie mit Rücksicht darauf, dass sich aus dem Befunde die Unwahrheit der Behauptung der Angeschuldigten überzeugend nachgewiesen werden konnte, sei es gestattet, diesen Fall kurz zu schildern.

Die Leiche eines anscheinend neugeborenen Kindes wurde in dem Abtritt eines landwirthschaftlichen Gehöfts aufgefunden. Es zeigte am Kopfe dem Laien erkenntliche Verletzungen. Eine auf dem Gehöfte bedienstete Magd, welche bereits mehreren unehelichen Kindern das Leben gegeben hatte, wurde als der Mutterschaft und des Kindesmordes verdächtig verhaftet und an demselben

---

[1]) Cf. Beiträge zur klinischen Chirurgie; Bd. XXV, I. H., S. 243.

Tage in's städtische Krankenhaus in Schw. eingeliefert. Sie behauptete, eine Fehlgeburt erlitten zu haben; auf eine genaue Untersuchung hin, gab sie mir aber zu, dass das Kind schon ziemlich gross gewesen, jedoch nicht lebend geboren sei. Die gerichtliche Leichenöffnung des Kindes ergab als wesentlichen Befund:

Die Haut zeigt an den verschiedenen Stellen des Körpers Durchtrennungen von mehr minder grosser Ausdehnung und Tiefe; so zeigt sich die Haut des Rumpfes, der Arme und Beine von mannigfachen, unregelmässig verlaufenden, theils bogenförmigen Strichen durchzogen, welche nur die Oberhaut durchtrennen und sich in mannigfacher Weise kreuzen. Es lassen sich von diesen Strichen, welche aussehen, als ob ein Kind ein Bild mit Bleistiftstrichen bekritzelt hätte, mindestens 50 abzählen.

Am behaarten Kopfe finden sich zahlreiche Durchtrennungen der Kopfschwarte von 1—6 cm Länge; sie durchdringen die Schwarte in der Mehrzahl bis auf den Knochen; die Ränder sind nicht scharfrandig; an verschiedenen Stellen durch dieselben und in die anliegende Knochenhaut geführte Einschnitte lassen an verschiedenen Stellen das Gewebe von frei ausgetretenem Blute durchtränkt erscheinen."

Einzelne dieser Verletzungen seien wörtlich nach dem Protokoll geschildert:

„An der rechten Seite des Schädels findet sich ein 3 cm langer und 3 cm breiter Lappen der Kopfschwarte schräg nach oben vorn zurückgeklappt. Es liegt in Folge dessen das Schädeldach hier in einer Ausdehnung von 5 /$_8$ cm Länge und 4 cm Breite frei zu Tage. Die untere Grenze dieser Wunde liegt in der Höhe der Hinterhauptschuppe, die obere 6^1/$_8$ cm oberhalb des oberen Ansatzes der rechten Ohrmuschel. Die Schädelknochen zeigen hier mehrere Sprünge, zwei dreieckige Splitter derselben von 3 cm Breite und 1 cm Höhe sind aus dem Schädeldache ausgesprengt und hängen nur mit ihren schmalen Seiten mit der Knochenhaut lose zusammen. Es ist dadurch eine Oeffnung im Schädeldache entstanden von 4 cm Länge und 1^1/$_8$ cm Breite, durch welche man in die nur halb gefüllte Schädelhöhle hineinsehen kann. Es ist diese Gegend des Schädels überhaupt im Ganzen abgeplattet, im unteren Theile der beschriebenen Wunde steht ein Theil des Schädeldaches, anscheinend die Schuppe des rechten Schläfenbeines über das rechte Scheitelbein in einer Ausdehnung von 1^1/$_8$ cm vor."

Oberhalb der rechten Ohrmuschel findet sich der Schädel in einer Ausdehnung von 2^1/$_8$ cm quadratisch der Haut beraubt. Dieselbe hängt mit sammt der Ohrmuschel nach unten herab, an den oberen Winkeln dieses Hautverlustes zeigen sich strichförmig von vorn nach hinten ziehende Streifen durch die Oberhaut, welche eine Fortsetzung der oberen Wundränder bilden. Die Ränder dieser Wunde sind ziemlich scharfrandig. In der Tiefe der Wunde zeigen Einschnitte frei ausgetretenes, zum Theil geronnenes Blut. In den nach unten geklappten Lappen befindet sich ein Theil des rechten Warzenfortsatzes, welcher glatt vom oberen Theile abgetrennt ist. Quer über die Ohrmuschel verläuft eine gradlinige Hautdurchtrennung, welche den dünnen Ohrknorpel mitbetrifft. Der obere Theil der Ohrmuschel ist von der Kopfhaut ziemlich glatt abgetrennt. Auch an der Obermuschel zeigen Einschnitte Durchtränkungen des Gewebes mit frei ausgetretenem Blute. Am Hinterhaupte findet sich querverlaufend eine 3^1/$_8$ cm lange, 1 cm klaffende glattrandige Durchtrennung der Kopfschwarte, in deren Grunde Einschnitte das Gewebe mit frei ausgetretenem Blute durchtränkt erscheinen lassen. Eine 2 cm lange eben solche Hautdurchtrennung liegt dicht über dieser letzt beschriebenen mit ziemlich scharfen Rändern. Unter derselben ist frei ausgetretenes Blut nicht nachweisbar.

Der Schädel fühlt sich im Ganzen durchaus weich und wie ein zerbrochenes Ei an.

Auf der linken Wange findet sich eine 2^1/$_8$ cm lange Durchtrennung der Haut bis in das unterliegende Fett hinein. Ein Einschnitt zeigt blutige Durchtränkung des unterliegenden Gewebes. Eine kleinere Hautdurchtrennung von 0,9 cm Länge findet sich am linken Mundwinkel in der Unterlippe. Es sind hier durch Einschnitte Blutunterlaufungen nicht festzustellen. Es finden sich im Gesichte ausserdem noch eine Reihe strichförmiger Verluste der Oberhaut, wie sie am Körper bereits summarisch beschrieben sind.

Am Rücken findet sich dem oberen Rande der rechten Beckenschaufel entsprechend eine nur die Haut betreffende Durchtrennung von 6 cm Länge und etwas weiter oben eine 2 cm lange Durchtrennung; auch bei diesen Durchtrennungen ist durch Einschnitte frei ausgetretenes Blut nicht nachzuweisen.

. . . Das Schädeldach weist viele Sprünge auf, welche sich in die Hinterhauptsschuppe und die Schläfenbeinschuppen fortsetzen.

Nach Entfernung der harten Hirnhaut am Schädelgrunde zeigt sich, dass die Hinterhauptsschuppe von dem Körper abgebrochen und das linke Felsenbein aus seinen Verbindungen mit den anliegenden Knochen gelöst ist."

Ausserdem fanden sich zahlreiche innere Verletzungen und an vielen Organen Blutunterlaufungen und Ekchymosen. So zeigte sich die Wand der linken Herzkammer perforirt, die Thymusdrüse blutunterlaufen, die Leber zertrümmert. An der rechten Seite waren die 10 ersten, links 9 Rippen im Hals durchbrochen; die Brustwirbelsäule wies zwischen Brust- und Lendentheil Zerreissung der Zwischenwirbelscheibe auf.

Das Kind zeigte im Uebrigen ausgesprochene Zeichen der Reife und durchweg lufthaltige, hellrothe, schwammige Lungen.

Während wir bei der Obduktion uns kaum vorstellen konnten, mit was für einem Instrumente diese zahlreichen Verletzungen hervorgebracht sein konnten, brachte das inzwischen vorgenommene Verhör der Beschuldigten Klarheit. Sie hatte angegeben, dass sie mit einem S-förmigen Stosseisen, wie es zum Zerkleinern von Rüben zu Futterzwecken benutzt wird, auf die in den Stosstrog geworfene Kindesleiche gestossen habe, um sie zu zerkleinern und unbemerkt zu beseitigen. Sie gab mir zu, dass das Kind gleich nach der Geburt etwas gejappt habe und blieb bei dieser Behauptung hartnäckig in der Hauptverhandlung, auch als schliesslich die eigene Schwester unter dem Eide bezeugte, die Angeschuldigte habe ihr mitgetheilt, dass das Kind gelebt habe.

Aus dem Obduktionsbefunde war mit Sicherheit die Unwahrheit der Aussagen der Angeschuldigten zu erbringen. In dem begründeten Gutachten wurde nach Hinweis auf die Reife und Lebensfähigkeit des Kindes Folgendes ausgeführt:

„Dass es thatsächlich gelebt und nicht nur gejappt hat, geht aus dem Befunde mit Sicherheit hervor. Es zeigten sich nämlich die Lungen schwammig, fast durchweg lufthaltig, sie schwammen mit Ausnahme eines kleinen blutdurchtränkten Stückchens auf der Oberfläche des Wassers. Eine derartige Durchsetzung der Lungen eines Neugeborenen mit Luft kommt durch ein Paar jappende Athemzüge nicht zu Stande; zu ihrer Herbeiführung waren eine beträchtliche Anzahl kräftiger Athemzüge erforderlich, wie sie nur ein voll lebendes, schreiendes Kind auszuführen im Stande ist. Dass aber nicht nur die Lungen, sondern auch das Herz nach der Geburt noch tüchtig gearbeitet hat, geht daraus hervor, dass an den zahlreichen Verletzungen sich Blutunterlaufungen fanden. Wir fanden solche am Kopfe und den Organen der Brust- und Bauchhöhle; sie konnten sich nur bilden, so lange und eben weil Blut durch das Herz in alle Theile des Körpers getrieben wurde. Es sind bei Verletzungen die die Verletzungsumgebung begleitende Blutunterlaufungen stets ein sicheres Zeichen dafür, dass die Verletzungen einem noch lebenden Körper beigebracht sind.

Wir haben demnach zwei Kriterien, welche darauf hinweisen, dass das Kind nach der Geburt gelebt hat.

Mit den letzten Ausführungen sind wir bereits zu den Verletzungen und die Zeit ihrer Entstehung gekommen. Fast alle Kopfverletzungen zeigten blutdurchsetzte Ränder, der Herzbeutel war mit Blut gefüllt, ebenso fand sich freies Blut in der Bauchhöhle; unter dem rechten Rippenfell, an den Rippenbrüchen, an der Thymusdrüse, am Herzen und Zwerchfell fanden sich Blutergüsse von verschiedener Grösse. Es ist ganz zweifellos, wie oben bereits angeführt wurde, dass diese Blutergüsse sich bei Lebzeiten des Kindes bildeten und demgemäss die Verletzungen, welchen sie ihre Entstehung verdankten, bei Lebzeiten dem Kinde beigebracht wurden.

Einzelne der Verletzungen zeigten keine Blutunterlaufungen in ihrer Umgebung, z. B. die unter 10 beschriebene kleine Verletzung am linken Mundwinkel und die unter 16 und 17 angeführten tiefen Wunden am Oberschenkel und Rücken. Diese sind nicht dem lebenden Kinde, sondern der Leiche, in welcher Blut nicht mehr kreiste und deshalb den durchtrennten Blutgefässen nicht entweichen konnte, beigebracht worden. Während uns dies verschiedene Verhalten der Wunden bei der Obduktion ohne Kenntniss der Vorgänge fast auffallend erschien, ist es uns nach dem Geständnisse der Angeschuldigten, in welcher Weise sie den Körper des Kindes behandelte, leicht zu erklären. Die Angeschuldigte giebt an, dass sie mit einem Sförmigen Futterstosseisen die Leiche des Kindes habe zerstückeln wollen. Die Form und Art der Verletzungen spricht in keiner Weise dagegen, dass sie mit einem solchen Instrumente hervorgebracht worden sind, ja die geschlungene, immer wiederkehrende Form der Hautwunden lässt sich eigentlich nur dadurch erklären, dass ein solches, und kein anderes, Instrument gebraucht wurde. In ihrer Erregung hat die Angeschuldigte sehr oft — mindestens 50 Mal — auf den kindlichen Körper gestossen, aber nicht, wie sie angiebt, auf den todten, sondern zunächst auf den lebenden. Sie hat schliesslich allerdings, nachdem das Kind in Folge der Verletzungen gestorben war, noch weiter zugestossen und nun diejenigen Verletzungen hervorgebracht, welche sich nicht, wie die Mehrzahl, blutunterlaufen zeigten.

Die Geschworenen bejahten in dem vorliegenden Falle die Schuldfrage; die Angeklagte wurde in Folge dessen zu 3 Jahren Zuchthaus verurtheilt.

Augenverletzung durch Arzneiexplosion.

Von Kreisphysikus Dr. **Reimer** in Rüdesheim.

Der Thierarzt S. hatte folgendes Rezept verschrieben: „Kal. hypermangan. 30,0, Spirit. dilut. 60,0. M. D. S. Für Kuh des Herrn S.“ Dem Apotheker M. in O., welchem das Rezept zur Anfertigung überbracht wurde, fiel das Ungewöhnliche der Verordnung sofort auf. Er machte daher zunächst einen Vorversuch, indem er 2 bis 3 gr. Kal. permang. mit ungefähr 20 gr. Spirit. dilut. mischte. Nachdem sich hierbei nichts Auffälliges ereignete, liess er das Rezept durch seinen Gehilfen anfertigen und in einer mit Korkstopfen verschlosssenen Flasche abgeben. Als das 15jährige Mädchen S., welches die Arznei abgeholt hatte und in der rechten Hand trug, etwa 5 Minuten weit gegangen war, explodirte der Flascheninhalt mit Knall, der Korkstopfen wurde hinausgeschleudert und durch die ausströmmenden Dämpfe das rechte Auge verletzt. Nach mehrwöchentlicher Kur in einer Augenheilanstalt bestanden noch starke Hornhauttrübungen, welche das Sehvermögen erheblich beeinträchtigten, und zahlreiche adhäsive Verwachsungen zwischen Schleimhaut der Lider und des Bulbus (Symblepharon anterius), welche eine spätere Nachoperation nöthig machten.

Nach einem umfangreichen Vorverfahen wurde die Anklage aus §. 230 des Str.-G.-B. gegen Thierarzt und Apotheker fallen gelassen. Unter den verschiedenartigen Sachverständigen machten sich sehr auseinandergehende Auffassungen geltend.

Vom medizinalpolizeilichen Standpunkt aus war in erster Linie der Apotheker nach §. 33 der Vorschriften über Einrichtung und Betrieb der Apotheken vom 16. Dez. 1893 verantwortlich zu

machen, weil er in dem Rezept einen Irrthum, durch welchen ein Nachtheil für den Kranken zu besorgen war (hier handelt es sich allerdings um den Ueberbringer der Arznei), vermuthen musste, wie dieses auch in dem gemachten Vorversuch zum Ausdruck kam. Ausserdem mussten bei einem Apotheker die hierzu erforderlichen chemischen Kenntnisse vorausgesetzt werden; er hätte auch durch die Pharmakopoe darauf aufmerksam werden müssen, in welchen unter „Kalium permanganicum“ steht: „Viele, leicht verbrennliche Substanzen entzünden sich beim Zusammenreiben mit dem trockencn Salze unter Explosion.“

Diesen Ausführungen schloss sich im Wesentlichen auch das königliche Medizinalkollegium an. Von chemischen und pharmakologischen Sachverständigen hingegen wurde geltend gemacht, dass die Explosionsfähigkeit der Mischung nicht allgemein bekannt sei, dass obige Bemerkung der Pharmakopoe keine Verwarnung, sondern den Charakter eines Identitätsnachweises trage, dass es auch zweifelhaft sei, ob Spiritus dilutus mit 40 Gewichtstheilen Wasser ohne Weiteres zu den leicht verbrennlichen Substanzen zu rechnen sei, und dass der Apotheker schliesslich nach dem gelungenen Vorversuch zu der Annahme kommen konnte, das Rezept sei ohne Gefahr herzustellen. Thatsächlich explodirt eine Mischung von Kaliumpermanganat mit Spiritus dilutus, wie Versuche lehren, erst bei einer bestimmten Konzentration und bei einem gewissen Wärmegrad; andernfalls tritt nur eine langsame oxydirende Wirkung (aus Alkohol wird Aldehyd) ein, wobei das Kaliumpermanganat durch Braunsteinbildung natürlich in jedem Falle völlig unwirksam wird.

Bezüglich des Thierarztes wurde angenommen, dass er sich in der irrthümlichen Annahme befunden habe, die Anfertigung des Rezeptes sei ausführbar. Er behauptete, schon mehrmals derartige Mischungen ohne Nachtheil verordnet zu haben, was nach den angestellten Versuchen unter anderen Umständen auch möglich war.

Bei der grossen Seltenheit derartiger Arzneiexplosionen dürfte dieser Fall von Interesse sein.

Ein neues sterilisirbares Impfbesteck.

Von Kreisarzt Dr. Gutknecht in Bütow.

Die Vorschriften vom vorigen Jahre zur Ausführung des Reichsimpfgesetzes gipfeln in zwei Forderungen, einmal völlig aseptisches Verfahren seitens des Arztes wie bei einer chirurgischen Operation, und zweitens Schutz des Lymphvorrathes während der Impfung vor Verunreinigung durch Bedecken.

Während die erste Forderung für jeden Arzt unschwer zu erfüllen ist, da wir in der ausgeglühten Platin-Iridium-Lanzette ein völlig steriles Operationsinstrument besitzen, machte die exakte Durchführung des zweiten Hauptpunktes, Schutz der Lymphe vor Verunreinigung, noch immer Schwierigkeiten, da es an einem auch nur einigermassen sicheren Deckverschluss für den Lymphträger (Uhrschälchen etc.) fehlte.

Diesem Uebelstand hat nun Schneider abzuhelfen gesucht, indem er im vorigen Jahr ein „Impfkästchen“ zum Schutz der Lymphe gegen Verunreinigung (Zeitschr. für med. Beamte 1900 Nr. 8) konstruirte, dessen wesentlicher Bestandtheil durch einen Klappenmechanismus dargestellt wird, der den Zugang zu dem Lymphstoffbehälter (einem kleinen Glastrog) und dem in dem letzteren eingeschobenen Impfstoffträger (Glasplatte mit entsprechend geformter Vertiefung zur Aufnahme der Lymphe) für gewöhnlich geschlossen hält, und nur durch einen Fingerdruck auf kurze Zeit zum Eintauchen der Lanzette geöffnet wird.

Obwohl zugegeben werden muss, dass bei richtigem Funktioniren des Klappenverschlusses die Lymphe vor dem Eindringen vor Staub und Luftkeimen leidlich geschützt ist, so hat sich doch der Apparat in der Praxis nicht bewährt. Zunächst ist das Kästchen aus Holz, aus dünnen Brettchen zusammengeleimt, mit zahlreichen Ecken, Kanten und Winkeln, sodass es nicht gehörig gereinigt, geschweige denn sterilisirt werden kann. Die moderne Chirurgie verlangt aber, dass nicht nur die Instrumente sterilisirbar sind, sondern auch die Behälter, in denen die Instrumente zu der Operation gebracht werden. Ferner sind mir mehrfach Klagen über die geringe Haltbarkeit des Kästchens zugegangen. Bei Impfreisen auf grundlosen Wegen, wie sie hier im Osten gewöhnlich sind, bricht es zu leicht ganz entzwei, oder es wird mindestens der Klappenmechanismus undicht und damit der beabsichtigte Zweck verfehlt. Auch ist bei der Anordnung des„ Impfstoffträgers“ das Aufstossen der Lanzette auf dem Boden und rasches Schartigwerden derselben unvermeidlich.

Alle diese Uebelstände fallen nun bei einem Impfkästchen fort, das von Julius Loth, Werkstatt für chirurgische Instrumente, zu Köslin, hergestellt ist.

Dasselbe besteht aus einem stark vernickelten Metallkästchen mit glatten Wänden, abgerundeten Ecken, von 12 cm Länge, 6 cm Breite und 3,5 cm Höhe, welches mit der zugehörigen Wildledertasche bequem in der Rocktasche untergebracht werden kann. Auf der Innenseite des abnehmbaren Deckels befinden sich, gehalten durch starke Metallklemmen, zwei Platin-Iridiummesser in Metallhülsen, eine Pinzette, und zwei weitere Klemmen zur Aufnahme der Lymphröhrchen, wie sie aus den staatlichen Lymphherzeugungsanstalten geliefert werden.

Die untere Hälfte des Metallkästchens enthält eine flache Spirituslampe, ebenfalls aus vernickeltem Metall, mit aufgeschraubtem Deckel, und so konstruirt, dass das Puffen der Flamme etc. ausgeschlossen ist, und schliesslich, als das Wichtigste, den Lymphbehälter. Letzterer besteht aus zwei kreisförmigen, ca. 1 cm dicken Glasplatten von 3 cm Radius, die genau aufeinander geschliffen sind und völlig luftdicht schliessen, dabei aber doch glatt und geräuschlos seitlich gegeneinander verschoben werden können. Beide Platten sind an der Innenseite leicht konkav geschliffen, so, dass sie einen flachen, von der Luft völlig abgeschlossenen Hohlraum in sich bergen, in welchem sich 3—4 kleine Uhrschälchen

zur Aufnahme der Lymphe über einander befinden. Durch eine leicht abnehmbare, auf das Centrum der kreisförmigen Glasplatten drückende Metallklemme werden beide Glasplatten unverschiebbar auf einander gehalten.

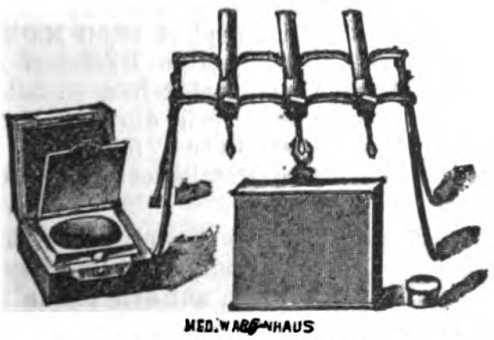
Dieser Apparat hat zunächst den Vorzug, dass er nur aus Metall und Glas besteht, demnach im Ganzen sowohl, wie in seinen einzelnen Theilen sicher und völlig sterilisirt werden kann. Es ist sogar möglich, durch Unterstellen der Spirituslampe ein Auskochen der Bestandtheile (Messer, Pinzette, Lymphbehälter) in dem Metaletui unterwegs vorzunehmen, falls hier eine Verunreinigung stattgefunden haben sollte Die Füllung des sterilisirten Lymphbehälters geschieht in der Weise, dass man nach Abnahme der Klemme die obere Glasplatte seitlich auf der untern verschiebt, das oberste Uhrschälchen mit Lymphe füllt und sofort die Glasplatte wieder hinüber schiebt. Nunmehr ist die Lymphe von der äussern Luft sicher abgeschlossen. Die Entnahme der Lymphe mit dem über der Flamme sterilisirten Platin-Iridium-Messer geschieht ebenfalls durch momentanes seitliches Verschieben der oberen Glasplatte, so dass die Lymphe nur die denkbar kürzeste Zeit mit der äussern Luft in Berührung kommt.

Nach Beendigung des Impftermins entfernt man das gebrauchte oberste Uhrschälchen mit der Pincette aus dem Lymphbehälter, sterilisirt es über der Flamme, oder legt es ganz beiseite, indem man für das nächste Dorf resp. den nächsten Impftermin sich des zweiten Uhrschälchens in derselben Weise bedient.

Dieses Impfkästchen erfüllt die gestellten Anfforderungen, — Möglichkeit einer absoluten Sterilität, möglichst sicherer Schutz der Lymphe vor Verunreinigung — in einem Maasse wie kein anderer Apparat bisher. Er ist dauerhaft, von eleganter Form und nicht theuer. Derselbe ist incl. Ledertäschchen für den Preis von 7,50 M. ohne die Platin-Iridium-Messer, von der vorhergenannten Firma zu beziehen. Mit zwei Platin-Iridium-Messern kostet er 7 M. mehr (jedes Messer 3,50 M.), während der Schneider'sche Apparat 21 M. ohne Messer kostet.[1])

---

[1]) Ein recht praktisches Impfinstrumentarium hat auch das medizinische Waarenhaus (Berlin N., Friedrichstrasse Nr. 108) zusammengestellt. Dasselbe (Modell M. W. I) enthält eine Spirituslampe, circa 3 Stunden



brennend, drei Lindenborn'sche Platin-Iridium-Impfmesser, eine Lagerungsvorrichtung, die so eingerichtet ist, dass ein Messer in der Flamme liegt, wäh-

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die IX. und X. Versammlung der Medizinal-Beamten des Regierungsbezirks Koblenz.

a. IX. Konferenz am 10. Mai 1900 zu Koblenz.

Es nahmen Theil Reg.- und Med.-Rath Dr. Salomon (Vorsitzender), San.-Rath Dr. Albert-Meisenheim, Dr. Bissmeyer-Andernach, San.-Rath Dr. Borges-Boppart, Dr. Braun-Wetzlar, San.-Rath Dr. Falkenbach-Mayen, San.-Rath Dr. Haack-Trarbach, Geh. San.-Rath Dr. Heusner-Kreuznach, Dr. Koeppe-Zell, San.-Rath Dr. Kohlmann-Remagen, Dr. Lembke-Simmern, Dr. Mayer-Simmern, Geh. San.-Rath Dr. Meder-Altenkirchen, San.-Rath Dr. Nauss-Altenkirchen, Dr. Roeder-Altenau, Dr. Schmidt-Koblenz (Schriftführer), Geh. San.-Rath Dr. Schulz-Koblenz, Dr. Thiele-Cochem, San.-Rath Dr. Unschuld-Neuenahr.

Braun berichtet über seine **Erfahrung mit Schutzverbänden bei der Impfung** und dankt zunächst Salomon für die von diesem in Druck herausgegebene Zusammenstellung der für den hiesigen Regierungsbezirk geltenden Bestimmungen über das Impfgeschäft.[1])

Heftpflaster-Schutz-Verbände sind von Braun bei 414 Impflingen angewendet worden; sie haben in keinem Falle Nachtheile gebracht und besonders bei den Müttern viel Beifall gefunden. Weniger entzückt war ein Kollege, welcher Braun bei seinen Untersuchungen unterstützte.

Unschuld beklagt die **Unzuverlässigkeit der in Neuenahr in der Regel von Chemikern, gelegentlich aber auch von Kurpfuschern ausgeführten chemischen und mikroskopischen Urin-Untersuchungen** und bittet um Abhülfe. Salomon räth zu Beschwerden beim Bürgermeister, im Uebrigen aber zu energischer Selbsthülfe von Seiten der Aerzte. An der Diskussion betheiligten sich Nauss, Koeppe und Schmidt.

Nach einer Erörterung über das Verfahren bei **Prüfung von gewerblichen Anlagen**, die von Meder angeregt ist, hält Mayer einen Vortrag über „**die Acria in der Hand der Kurpfuscher und ihre gerichtsärztliche Bedeutung**". Derselbe ist inzwischen in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin (Januarheft 1901) veröffentlicht.

Bei einer Erörterung der **Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten**, die von Salomon eingehend besprochen werden, vertheilt dieser die von dem Potsdamer Medizinalbeamtenverein ausgearbeiteten Schriftchen und bittet um Anregung zur Anschaffung bei Bürgermeistern und Kreisausschüssen. Koeppe schlägt die Veröffentlichung der von dem Potsdamer Verein ausgearbeiteten Belehrungen in den Kreisblättern vor. Auf Salomon's Wunsch erklären sich aus der Versammlung Thiele, Meder und Kohlmann bereit, je ein Schema für die bei einzelnen ansteckenden Krankheiten von den Physikern zu erstattenden Berichte zu entwerfen und in der nächsten Versammlung zur Berathung vorzulegen.

Aus den weiter zur Verhandlung kommenden Gegenständen sei noch ein Schreiben der Koblenzer Staatsanwaltschaft hervorgehoben. In diesem wird anheimgestellt, gegen Kurpfuscher auf Grund des Gesetzes gegen

---

rend das andere zum Erkalten seitlich abgelegt werden hann, Becken zur Entnahme der Lymphe, ausserdem ist Raum für Lymphe etc. vorhanden.

Die Brauchbarkeit des Besteckes, dessen Preis komplett 18,50 Mark beträgt, würde noch eine grössere sein, wenn das dazu gehörige Kästchen nicht aus Holz, sondern wie bei dem Gutknecht'schen aus vernickeltem Metall hergestellt wäre. Das medizinische Waarenhaus liefert auch die für Massenimpfungen besonders geeigneten Nickelin-Impfspatel (einfache oder doppelseitige) in vernickelten, leicht verschliessbaren Metallbüchsen zu 25 und 50 Stück (Preis: 2 bezw. 2,25 Mark). Red.

[1]) Diese in Heftform erschienene Zusammenstellung, welche durch die Art des Druckes die für das Deutsche Reich, für das Königreich Preussen und den hiesigen Regierungsbezirk erlassenen Verordnungen auf den ersten Blick unterscheiden lässt, hat sich als sehr praktisch erwiesen und ist nicht nur den Medizinalbeamten, sondern auch sämmtlichen praktischen Aerzten des Bezirks zugesandt worden.

den unlauteren Wettbewerb vorzugehen; eine Verurtheilung ist bereits erfolgt. Von Salomon besprochen wurden ferner die in Aussicht stehenden Bestimmungen über die Sonntagsruhe der Apotheker, die durch Radfahren hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen und anderes.

b. X. Konferenz am 17. Dezember 1900 zu Koblenz.

Von den unter a genannten Medizinalbeamten waren verhindert San.-Rath Dr. Haack-Trarbach, Geh. San.-Rath Dr. Meder-Altenkirchen und San.-Rath Dr. Unschuld-Neuenahr; ausser den unter a genannten nahmen dagegen Theil Dr. Balzar-Neuwied und Geh. San.-Rath Dr. Hoechst-Wetzlar.

Salomon widmet zunächst dem seit der letzten Zusammenkunft verstorbenen San.-Rath Dr. Macke-Neuwied warme Worte der Anerkennung und bittet die Versammlung, sich zu Ehren des Dahingeschiedenen von den Sitzen zu erheben.

Hierauf hielt Kohlmann einen Vortrag über die Frage: „Liegt es im öffentlichen Interesse, wie in dem des Apothekerstandes, wenn die Vorschrift erlassen würde, dass die Standgefässe sowohl, wie auch die Abgabegefässe der in der Kaiserlichen Verordnung vom 25. November 1895, Art. 2, dem freien Verkehr überlassenen Mittel, insbesondere von Aloëtinktur, Kresolseifenlösung, Bleisalbe und Zinksalbe, wenn sie bei Thieren zur Anwendung kommen sollen, mit der Bezeichnung „zum Gebrauch für Thiere“ versehen sein müssen.“ Veranlassung gab dem Redner ein Fall, in dem ein Drogist auf derartigen Abgabegefässen lose sitzende Papierstreifen mit den Worten „für Veterinärzwecke“ angebracht hatte. In der Diskussion sprach sich Salomon dahin aus, dass eine Verpflichtung zu derartigen Signaturen nicht bestehe und wohl um so weniger zu erreichen sein werde, als von Seiten der Landwirthe eine Erweiterung der den Drogisten zu gewährenden Befugnisse lebhaft gewünscht werde.

Hierauf berichtete Mayer über die von ihm innerhalb eines Zeitraumes von 12 Jahren auf dem Hunsrück beobachteten Fälle von Aktinomykose, die vier Mal in der Haut des Halses oder des Kinnes, meist aber im linken Unterkieferast ihren Sitz hatte. Der Redner wies darauf hin, dass nach einem Gutachten von Grashey derartige Erkrankungen auch für die Unfallversicherung von Bedeutung seien, und rieth, auch in solchen Fällen eine frühzeitige Jodkalibehandlung nebst Inzisionen und Digestivmittel-Tampons zur Anwendung zu bringen, wo der mikroskopische Nachweis fehle, die klinischen Erscheinungen aber eindeutig seien. Als derartige klinische Erscheinungen bezeichnet er das gleichzeitige Vorkommen von ergebnisslosen Zahnextraktionen, Pseudofluktuation, sulzige Gewebsdurchtränkung der Bedeckung des Unterkiefers und Arrosion desselben, und rezidivirende Zungen- und Tonsillarabszesse nach Verletzungen durch „Haferkern“ oder Strohhalm. Lembke hat auf den Hunsrück bisher weder einen Fall gesehen, noch in den Physikatsakten des Kreises Simmern Notizen über Aktinomykose gefunden. Von verschiedenen Seiten wird die absolute Zuverlässigkeit der Mayer'schen Beobachtungen in Zweifel gezogen, da nur bei einem Theil der Patienten eine mikroskopische Untersuchung stattgefunden hat. Mayer hält eine solche nicht für unbedingt nöthig.

Salomon machte Mittheilungen über die vom 1. Januar bis Ende November im Regierungsbezirk Koblenz amtlich gemeldeten Typhusfälle. Dieselben erreichten die Zahl 706; tödtlich verliefen 61. In Koblenz selbst und Umgegend war in erster Linie das Militär ergriffen. Bei dieser Gelegenheit wird das Thema „Brunnendesinfektion“ erörtert und von dem Vorsitzenden erwähnt, dass von ihm Versuche mit Chlorkalk und Natrium subsulfurosum gemacht seien. Nähere Mittheilungen werden für die nächste Versammlung vorbehalten. Um der Frage des Brunnenbaues auf dem Lande näher treten zu können, bittet er, ihm Adressen von Pumpenmachern anzugeben, da es von grossem Interesse sei, deren Bildungsgang festzustellen. Salomon macht ferner Angaben über die im Kloster Arenberg von dem Charitasverbande für das katholische Deutschland eingerichteten Lehrgänge zur Ausbildung von Krankenbesucherinnen und berichtet über die im hiesigen Regierungsbezirk zu erbauende Lungenheilstätte, für die ein durchaus geeigneter Platz im Wildbachthal gefunden sei; über den Ankauf

schweben zur Zeit Verhandlungen. Der Vorsitzende lenkte weiter die Aufmerksamkeit der Anwesenden auf den Deutschen Verein für Volkshygiene und vertheilte eine Anzahl der von diesem herausgegebenen Schriften, indem er die Medizinalbeamten bat, den Verein und dessen Bestrebungen in ihren Kreisen thunlichst zu fördern.

Die zahlreichen noch sonst zur Verhandlung gekommenen Gegenstände bieten geringeres allgemeines Interesse. Die auf die Versammlung folgende gesellige Zusammenkunft der Medizinalbeamten dehnte sich bis in die späten Abendstunden aus. Kreiswundarzt Dr. Schmidt-Koblenz.

Bericht über die IX. Versammlung des Medizinalbeamten-Vereins für den Reg.-Bez. Königsberg am 10. Dez. 1900 zu Königsberg Pr.

Anwesend waren: Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Katerbau als Vorsitzender, die Kreisphysiker DDr. Arbeit-Labiau, Behrendt-Mohrungen, Dietrich-Gerdauen, Eberhardt-Allenstein, Fabian-Königsberg, Gettwart-Osterode, Hennemeyer-Ortelsburg, Israel-Fischhausen, Kahlweiss-Braunsberg, Kahnemann-Pr. Eylau, Luchhau-Königsberg, v. Mach-Friedland, Meyer-Heilsberg, Schiller-Wehlau, Schmolck-Rastenburg, Schütze-Rössel, Prof. Seydel-Königsberg, Stielau-Pr. Holland, Wollermann-Heiligenbeil; die Kreiswundärzte DDr. Ascher-Königsberg, Engelien Bartenstein, Mirtsch-Brandenburg, v. Petrykowski-Guttstadt, Rimeck Wittenberg, Schmidt-Landsberg.

Als Gäste waren erschienen: Oberregierungsrath Dr. Gramsch, Professor Dr. Pfeiffer, Direktor des Königlichen Hygienischen Universitäts-Instituts, Prof. Dr. Luerssen, Direktor des Botanischen Instituts und die pro physicatu geprüften Aerzte Baserin-Zinten, Derbe-Heiligenbeil, Kemke-Königsberg Lewinski-Braunsberg.

1. Nach Begrüssung durch den Vorsitzenden werden einige geschäftliche Mittheilungen gemacht.

2. Prof. Dr. Pfeiffer hält einen Vortrag: **Die Pest und ihre Abwehr.** Vortragender, bekannt durch die Theilnahme an der Koch'schen Expedition zur Erforschung der Pest in Indien, hält die Pest für eine septicämische Erkrankung, welche ihren Eingang in den Körper findet a. durch die Haut (Bubonenpest), b. durch die Athmung (primäre Lungenpest). Diese letztere Abart ist die bei Weitem gefährlichere, weil kaum ein einziger mit dem Leben davon kommt und weil die Infektion von Mensch zu Mensch sehr leicht erfolgt; bei jedem Hustenstoss und durch das ziemlich kopiöse Sputum (ähnlich dem bei der krupösen Pneumonie) werden grosse Mengen von Pestbakterien in die Luft zerstreut und so die Infektion leicht ermöglicht. Weniger bedenklich für die Infektion ist die Beulenpest, so lange die Bakterien noch in den Bubonen sitzen; die Bubonenpest macht erst septicämische Erscheinungen, wenn die Krankheitserreger in die Blutbahn gelangen; die Blutuntersuchungen müssen daher häufiger wiederholt werden. Ausser von Mensch zu Mensch erfolgt die Infektion ganz besonders durch Nagethiere, die Ratten; letztere infiziren sich durch Auffressen oder Anhagen kranker Individuen. Der Infektionsmodus bei den Ratten ist derselbe wie beim Menschen; die Ratten leiden aber ausserdem noch an der Darmpest, welche beim Menschen noch nicht mit Sicherheit beobachtet ist. Urin und Fäces der Ratten enthalten massenhaft Bakterien und so wird überall, wo solche kranke Ratten sich aufhalten, die Infektion leicht ermöglicht.

Was den heutigen Stand der Pest betrifft, so hebt Vortragender hervor, dass man seit Jahrtausenden drei Punkte kenne, an welchen die Pest stationär sei: 1. das Innere von China, 2. Mesopotamien, 3. Zentralafrika. Er weist darauf hin, wie sich in den letzten Jahren die Krankheit von Etappe zu Etappe genähert habe, bis sie endlich auch in Europa beobachtet sei; es seien sicherlich schon mehr Häfen verseucht, als man für gewöhnlich annehme. Die Gefahr sei nicht gering und erfordere weitgehende, rechtzeitige Schutzmassregeln und Vorbereitungen.

Die letzteren betreffen zuvörderst die internationalen Massnahmen, welche im Venediger Kongress (1897) von den Staaten vereinbart wurden; die Massnahmen müssten so getroffen werden, dass sie den Handel und Verkehr nicht unnütz behindern. Noth thut vor Allem die gegenseitige Meldung etwaiger

Pestfälle; solche einzelnen Fälle können eben eingeschleppt sein und wirksam bekämpft werden. Erst wenn sich ein Pestherd gebildet hat, sind strengere Massnahmen nothwendig: der Hafen wird für verseucht erklärt, die Provenienzen aus dem betreffenden Lande für verdächtig, Quarantäne eingerichtet; es werden Einfuhrverbote für gewisse Waaren erlassen. Für den Verkehr im Suezkanal besteht eine genaue Kontrole, wodurch eine Verschleppung vermieden werden soll.

Für die Handhabung im eigenen Lande bestehen folgende gesetzliche Vorschriften: Sobald ein Schiff aus einem pestverseuchten Hafen kommt, unterliegt es der Quarantäne. Die auf dem Schiff befindlichen Personen werden durch den Hafenarzt untersucht und 11 Tage lang beobachtet. Wird in dieser Zeit eine Erkrankung nicht beobachtet, so wird das Schiff für „rein" erklärt und dem freien Verkehr zugelassen. Ist unterwegs eine Erkrankung an Pest vorgekommen, so wird das Schiff für „pestverseucht" erklärt, die Mannschaft wird gelandet und in Isolirräumen 11 Tage beobachtet, das Schiff desinfizirt. Diese Massnahmen treffen alle Schiffe, welche mit gelber Flagge einlaufen. Für alle übrigen Schiffe, welche aus nicht verseuchten Häfen kommen, fehlte bis jetzt jede Kontrole; letztere ist nunmehr nach dem Vorbilde der seit 1893 vorzüglich funktionirenden hafenärztlichen Kontrole in Hamburg überall in Deutschland eingeführt. Die Kontrole wird so gehandhabt, dass der Verkehr wenig beeinträchtigt wird; sämmtliche Schiffe, die in den Hafen einlaufen, werden besucht und dauernd kontrolirt. Es findet also für die ganze Zeit, welche das Schiff im Hafen zubringt, eine Beaufsichtigung statt. Es sind überall Hafenärzte angestellt (meist Medizinalbeamte im Nebenamt); von diesen sind Gesundheitsaufseher (Leute aus dem Hafenpersonal) ausgebildet, welche unter ärztlicher Kontrole stehen.

Sehr viel schwieriger als die Beaufsichtigung über die Menschen ist die Bekämpfung der Rattengefahr; in der Zeit, welche zum Löschen des Schiffes nothwendig ist, haben die Ratten Zeit an's Land zu gehen und so Gelegenheit die Krankheitskeime zu verschleppen. Ein Mittel aber, die Ratten zu bekämpfen, so lange das Schiff noch voll ist, kennen wir nicht. Deshalb muss dringend angerathen werden, sozusagen schon in Friedenszeiten die Rattenplage zu bekämpfen, wie das in Hamburg schon seit vielen Jahren geschieht. Nur wenige Schiffe sind frei von Ratten, am meisten sind sie natürlich auf Schiffen anzutreffen, welche Nahrungsmittel geladen haben (Mehl u. s. w.). Wie kommt man nun den Ratten bei? Nachdem die Ladung gelöscht ist, werden die Räume gedichtet und in ihnen Kohlenoxydgas entwickelt. Die CO-Entwickelung geschieht durch Koaks-Körbe oder Holzkohlen; damit aber dies schon in 1proz. Mischung tödtlich wirkende Gas, das vollständig geruchlos ist, nicht beim unvorsichtigen Betreten der Räume auch Menschen gefährlich wird, wird neben CO-Gas noch schweflige Säure entwickelt, die als Warnung dient. Nach 8—10 Stunden werden die Räume geöffnet und ventilirt; die todten Ratten, welche meist in der Nähe der Koaksöfen liegen, werden entfernt. — Nachzutragen wäre noch, dass die Schiffsführer verpflichtet sind, jeden Fall von innerer Erkrankung sofort beim Einlaufen in den Hafen dem Hafenarzt zu melden.

Was ist zu thun, sobald im Innern des Landes die Pest ausgebrochen ist? Den Eisenbahnverkehr zu verhindern, bringt keinen Nutzen, wie dies Erfahrungen in Indien gezeigt haben. Für Leute aus pestverseuchten Orten muss die Meldepflicht eingeführt werden und hieran sich die ärztliche Beobachtung anschliessen. Das wichtigste bei der Bekämpfung ist die Diagnose der Pest; letztere kann ausschliesslich von besonders dazu ausgebildeten Sachverständigen gestellt werden, also von den Leitern und Assistenten der hygienischen Institute, während die Medizinalbeamten nur den Pestverdacht festzustellen haben. Bei Bevölkerungsklassen, die mit Schiffen zu thun haben, sind verdächtig: 1. fieberhafte Bubonen, falls sie nicht deutlich auf Lues hinweisen; 2. vor allen Dingen gehäufte Fälle von schwerer, asthenischer Pneumonie mit infektiösem Charakter; letztere Fälle sind sofort anzuzeigen und zu isoliren.

Zur Stellung der Diagnose entnehmen die Sachverständigen Blutproben aus Stichwunden und Proben aus dem Inhalt geschwollener Drüsen durch Punktion: bei Pneumonien wird das Blut und der Auswurf untersucht. Es werden Kulturen angelegt, auch werden Thierversuche gemacht; die Untersuchungen werden an Ort und Stelle in den sogen. fliegenden Laboratorien untersucht, oder das Material wird in's Institut geschickt. Hat man eine Pestleiche zu untersuchen, so wäre eine gewöhnliche Sektion zu gefährlich, weil zu

viel infektiöses Material herumgespritzt wird; es muss daher die Leiche in mit Sublimat getränkte Tücher gewickelt und in einen ausgepichten Sarg gelegt werden. Während der Sektion bleibt die Leiche im Sarge liegen, es wird auch nur so weit eröffnet, als zur Gewinnung des Untersuchungsmaterials nothwendig ist und nicht mehr; die Sektion geschieht unter aseptischen Kautelen.

Individuelle Prophylaxe bei der Pest: Kann man sich vor Pest schützen? Der behandelnde Arzt muss die grösste Sauberkeit an seiner Person walten lassen, darf nur mit aseptischen Kautelen vorgehen, muss einen Ueberzug über seine Kleider tragen; er darf keine Wunde an den Händen haben, da schon die geringste Epidermisverletzung als Eingangspforte für die Bakterien dienen kann. Der Arzt thut daher gut, um solche Schrunden festzustellen, die Hände vorher in Alkohol zu legen und dann mit Lanolin einzureiben. Bei einem Patienten mit Pest-Pneumonie empfiehlt es sich, um die Infektion bei Hustenstössen (Tröpfcheninfektion!) möglichst einzuschränken, einen Schutzkorb über das Gesicht des Kranken zu legen und über den Korb eine dreifache Lage von Musselin. Die Krankenräume müssen ausgiebig ventilirt, die Luft möglichst trocken und warm gehalten werden.

Die Versuche mit Immunisirung haben sich bisher a. auf die aktive (Haffkin) und b. auf die passive (Yersin) erstreckt. Bei der ersteren wird abgetödtetes Kulturmaterial eingespritzt; die Resultate sind nicht sicher, doch ist Hoffnung vorhanden, dass noch bessere erreicht werden. Es wäre daher zu wünschen, dass dieses Vaccin in einer zu errichtenden Zentralstelle hergestellt und von dort aus versendet wird. Nach der Einspritzung vergehen acht Tage, bis die Schutzkräfte sich ausbilden; dafür bleiben sie um so länger im Körper wirksam Die Impfung eignet sich für Personen, welche mit den Pestkranken in Berührung kommen (Aerzte, Pfleger, Angehörige). — Bei der passiven Immunisirung wird Blutserum von hoch immunisirten Thieren eingespritzt; die Erfolge waren bisher zweifelhaft, vielleicht ist von einer Kombination beider Arten ein sicherer Erfolg zu erwarten.

Hat sich in einem Hause ein Pestheerd gebildet, so müssen die noch gesunden Bewohner desselben evakuirt und als verdächtig beobachtet werden. Steht eine Verschleppung durch Menschen fest, so ist die Bekämpfung eine leichtere, als wenn die Pest in einem Hause „spontan" aufgetreten ist; es ist dann mit Sicherheit eine Infektion durch Ratten anzunehmen. In letzterem Falle muss das Haus in toto geräumt werden, im ersteren nur das Krankenzimmer. Der Versuch, die Ratten in solchen Räumen zu tödten, das Haus rattendicht zu machen, bildet wiederum eine Hauptaufgabe.

2. Prof. Dr. Luerssen: **Der Hausschwamm und seine sanitätspolizeiliche Bedeutung, mit Demonstrationen.** Vortragender spricht zuerst von der Entwicklungsgeschichte des Hausschwamms (Merulius lacrimans), der, wenn auch nur selten, auch heute noch in den Wäldern lebend vorkomme. Die Infektion geschieht durch Einschleppung von Sporen, die dem Bauholz anhaften; meist werden die Sporen durch den Wind von kranken auf das gesunde Holz getrieben. In vielen Fällen wird beim Bau noch altes Holz verwendet, dem man die Infektion noch nicht ansieht; es muss deshalb etwaiges Holz genau vor dem Bau untersucht werden. Die Sporen des Hausschwamms keimen nur, wenn ein Alkali hinzukommt; es muss daher, damit die etwa eingeschlepten Sporen nicht zum Keimen kommen können, den Arbeitern verboten werden, im Bau zu uriniren. Sämmtliche Holzarten werden angegriffen, auch die Eiche, wenn auch nur langsamer; die eingeschleppten Sporen bleiben verschieden lange keimfähig, die Keimfähigkeit kann latent bleiben und dann wieder aufwachen; Kälte vertragen die Sporen nicht. Zuerst bilden sich hautartige Myzelien, bestehend aus Milliarden regelloser Hyphen; dann entstehen die grossen Fruchtkörper. Die Häute sind erst weiss, etwas rosa; sie sind gegen trockne Luft sehr empfindlich. In den Häuten bilden sich Stränge aus, bleistift- bis fingerdick, die sich verzweigen; die Myzelien wachsen meterlang am Holz entlang und ins Holz hinein, daher die schnelle Zerstörung. Die Mycelicusstränge sind die Hauptleitungsbahn für das Wasser und die Nährstoffe, sie gehen vom Holz in den Estricht hinein; im Mauerwerk allein kann aber der Hausschwamm nicht existiren, die Nahrung erhält er von Strängen, die im Holze sind, werden diese durchgeschnitten, stirbt der Schwamm ab. Wenn die älteren Myzelien absterben, so sieht die Masse in Folge der Zersetzung graufarbig aus, aschgrau,

mit einem Seidenglanze, oder graugelb bis braun. An dieser Färbung kann der Hausschwamm makroskopisch von anderen Pilzbildungen unterschieden werden. Kommt das Myzel, das gut im Dunkeln wächst, wenn es entwickelt ist, an's Licht (durch Fussbodenritzen, Decke, Boden), dann bilden sich die Fruchtkörper. Diese die Fruchtkörper bildenden Myzelien sind ausgezeichnet durch kuchen- und polsterartige Massen, die bis 1 m im Durchmesser gross werden können; ihre Gestalt ist bald rund, bald länglich, je nach den lokalen Verhältnissen. Auf den Fruchtkörpern erheben sich an der Oberfläche, mit Ausnahme des Randes, keulenförmige Verzweigungen, als letzte Verzweigungen des Myzels, und bilden das Hymenium. Auf den Fruchtkörpernn sind Milliarden von Sporen, die durch den leisesten Windhauch fortgeweht werden. Im trockenen Zustand fallen die Fruchtkörper zusammen.

Allgemeine Entwickelungsbedingungen: Licht wird vom Mycelium nicht gebraucht, wohl aber vom Fruchtkörper. Die Temperatur unter 0° verhindert das Wachsthum des Mycelium sehr, bei unter 5 und über 40° sterben sie ab. Luft braucht auch das Mycelium, es braucht Sauerstoff und athmet CO_2 aus. Luft schädigt es, wenn sie trocken und bewegt ist, die Lüftung der Fussböden ist daher sehr wichtig; letzterer soll hohl gelegt, die Dielen 1—2 cm von den Mauerwänden entfernt gelegt werden, aussen Bohrlöcher. Die Myzelien brauchen Wasser, der Hausschwamm scheidet Wassertropfen aus, daher lacrimans genannt. In den Nadelhölzern sind verschiedene organische Verbindungen, u. A. das Koniferin enthalten; bringt man eine Phenolsalzlösung auf Koniferenholz, so erhält man eine grüne Färbung; bei Holzschwammholz fehlt diese Reaktion, selbst wenn noch Zellulose vorhanden ist. Durch den Hausschwamm kommt eine Verdünnung der Holzzellen zu Stande, eine Mummifizirung mit gelblicher bis dunkelbrauner Färbung; es entsteht eine Volumenverminderung mit Schwinden des Holzes und Rissebildung. In die Risse, welche sich auf der Unterseite der Dielen befinden, treten die Myzelien, dann die Häute und Stränge ein; die Dielen krümmen sich, weil sie oben gesund bleiben.

Die Myzelien haben zuerst keinen unangenehmen Geruch; sobald sie abgestorben sind, entstehen Fäulnissprodukte durch Zerstörung der Proteïnkörper, die widerlich riechen. Kommt dann noch Feuchtigkeit und mangelnde Lüftung hinzu, so entsteht der bekannte schlechte Geruch. Ferner ist zu bedenken, dass gesundes Koniferen-Holz nur langsam die Feuchtigkeit leitet, während krankes Holz Wasser schnell anzieht und sehr schnell weiter leitet, so dass sich das Holz schnell vollsaugt; durch die Myzelien wird Wasser auch aus weiteren Entfernungen angezogen und so werden trockene Wände sehr bald zu feuchten ($68^1/_2$ % Wassergehalt und darüber). Die Sporen bringen Krankheitserscheinungen bei den Bewohnern dadurch hervor, dass sie eingeathmet die Schleimhäute der Luftwege reizen, oder aber es entstehen gastrisch-typhöse Erkrankungen.

Prophylaktisch gegen den Hausschwamm lässt sich in folgender Weise einwirken: Es darf weder Bauschutt aus Abbruchsgebäuden zum Estrich verwandt werden, noch sind z. B. Coaks geeignet, weil sie das aufgenommene Wasser langsam verlieren und weil sie Alkali enthalten; humusfreier Lehm ist am besten, ebenso grober, vorher recht gut gewaschener Kies. Das Gebäude muss nach aussen trocken gelegt, der Fussboden darf nicht zu früh gestrichen, für guten Luftzug muss gesorgt werden. Sehr zu empfehlen ist die Imprägnirung des Bauholzes mit Steinkohlentheeröl (nicht mit dem Theer selbst), ebenso mit Karbolineum; die oft empfohlenen Mittel Antimerulion und Nikotanoton haben nur wenig Wirkung. Zum Schluss macht Vortragender darauf aufmerksam, dass der Kauf eines Hauses nach Ablauf eines Jahres rückgängig wird, wenn Schwamm nachgewiesen wird; in solchen Fällen kommt der Gerichtsarzt nicht selten dazu, als Sachverständiger zu fungiren. Hüten muss man sich hierbei vor der Verwechselung mit einem allerdings seltener vorkommenden Pilz, dem Polyporus vaporarius; die äusseren Erscheinungen sind genau dieselben, doch bleibt die Farbe des P. v. nach dem Trocknen weiss.

Nach Erledigung der Tagesordnung blieben die Kollegen noch längere Zeit bei einem Mahle vereint zusammen; den Hauptgesprächsstoff hierbei bildete das Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes.

Dr. Israel-Fischhausen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Puerperalpsychosen. Von Dr. K. Alt, Direktor der Provinzial-Pflegeanstalt Uchtspringe. Separatabdruck aus der Encyklopädie für Gynäkologie. Herausgegeben von Sänger und v. Herff. Leipzig 1900.

A. giebt in gedrängter Kürze ein erschöpfendes Bild aller Psychosen, die in dem Puerperium im weiteren Sinne beobachtet werden. Für die klinische Beurtheilung spielt die landläufige Eintheilung in Graviditäts-Puerperal- und Laktationspsychosen keine Rolle, dagegen lässt das klinische Bild, dessen Ablauf in enger Abhängigkeit von ätiologischen Momenten steht, eine Scheidung gewisser Krankheitsformen zu. Unter diesen stehen, wie Verfasser mit Recht hervorhebt, die halluzinatorischen, mit Verworrenheit einhergehenden Psychosen an erster Stelle; ausserdem werden solche mit vorherrschend melancholischem oder hypochondrischem und solche mit heiterem Affekt beobachtet. Weniger häufig sind psychische Störungen, die sich durch Zwangsvorstellungen und -Handlungen charakterisiren und oft zu gefährlichen Explosionen führen. Eine gleiche Bedeutung haben gewisse kurz dauernde Tobsuchtsanfälle, die gelegentlich während der Geburt unter bedrückenden psychischen Verhältnissen und bei stärkerem Blutverlust eintreten. Hier kommt es nicht selten zu Wuthanfällen, in denen die Kreissende ihr Kind tödtet oder sich selbst schwere Verletzungen beibringt. Nach dem Anfall besteht meist vollkommene Amnesie. Diesen, vom Verfasser als Geburtsdelirien benannten Anfällen, stehen Erschöpfungszustände von oft lebensgefährlichem Charakter gegenüber, die als Kollapsdelirien bezeichnet werden. Im Wochenbett, sowie in der Laktation treten meist halluzinatorische Verwirrtheitszustände auf, die von den meisten Autoren auf die Einwirkung von Infektionsstoffen auf das Nervensystem zurückgeführt werden. Während zumeist Heilung eintritt, stellt sich in einzelnen Fällen sekundäre Wahnbildung mit Uebergang in Demenz ein. Der Verfasser beurtheilt die Puerperalpsychosen in prognostischer Hinsicht recht günstig, vielleicht hätte die Häufigkeit der Rezidive schärfer betont werden können. Sehr eingehend und höchst lehrreich sind die Ausführungen über die Therapie der Krankheit, in denen der viel erfahrene Praktiker zeigt, was ein sachverständiger Arzt auch bei der häuslichen Pflege Geisteskranker leisten kann und muss.

Dr. Pollitz-Münster.

Ueber Halluzinationen, Rathlosigkeit und Desorientirung in ihren wechselseitigen Beziehungen. Nach einem Vortrage. Von C. Wernicke. Monatsschrift für Psychiatrie; 1901, 9. Bd., 1. H.

Wernicke geht in seiner Abhandlung, in der er die Abgrenzung der von ihm als „akute Halluzinose“ bezeichneten Psychose von der „Angstpsychose“ zu geben versucht, von drei wichtigen, allen bezw. den meisten akuten Psychosen eigenen Fundamentalsymptomen aus: der Desorientirung, dem Affekt der Rathlosigkeit und den Halluzinationen. Bei ersterer treten primär Sinnestäuschungen auf, meist Phoneme bedrohlichen Inhalts, mit begleitendem Angstaffekt. Die Orientirung über die Situation geht nicht verloren; und in Folge intakten formalen Denkvermögens werden an die Sinnestäuschungen Erklärungswahnideen angeknüpft, die allmählich zu einer inhaltlichen Veränderung des Bewusstseins führen. W. unterscheidet die Desorientirung, welche durch die Halluzinationen des akuten Stadiums gewissermassen als Zuwachs zum Krankheitsbilde geschaffen wird als „augmentäre“, von jener letzteren des Bewusstseinsinhaltes der „konsekutiven“ Desorientirung; die Orientirung über die eigene Person und die Körperlichkeit bleiben somit bei der akuten Halluzinose erhalten. Ein ganz anderes Bild bietet die sog. Angstpsychose. Hier beherrscht der Angstaffekt den Kranken vollkommen, und in Abhängigkeit von letzterem stellen sich ängstliche Halluzinationen ein. Während nun hier, wie im ersten Fall die Orientirung über die Aussenwelt nicht oder nur vorübergehend verloren geht, stellt sich in Folge der beherrschenden Angst, eine Störung der Orientirung über die eigene Persönlichkeit im Sinne des Kleinheitswahnes ein. Diese autopsychische Desorientirung, die in ihrer Intensität von der Stärke der Angst abhängt, verschwindet gleichzeitig mit dem verursachenden Affekt; bei der akuten Halluzinose stellt sich dagegen sekundär ein Stadium des altruistischen

und physikalischen Verfolgungswahnes ein, das zur Heilung oder, unter Auftreten von Grössenwahnideen, zur Unheilbarkeit führen kann. — Auf die Erklärung, die W. für die beiden Prozesse giebt und die sich bereits in seinem Grundriss der Psychiatrie findet, soll nur mit wenigen Worten eingegangen werden. Verfasser nimmt eine Störung in den anatomischen Elementen an, die die Aussenweltvorstellungen tragen; die Lösung der in Betracht kommenden Assoziationen — Sejunktion — führt bei der akuten Halluzinose zur allopsychischen Desorientirung; bei der Angstpsychose besteht dagegen ein Sejunktionsvorgang im Gebiet der Körperlichkeit; es tritt daher der Affekt der somatopsychischen Rathlosigkeit, d. h. Angst auf. Die Heilung stellt sich nach dem Verfasser, da eine Regeneration zentraler Fasern nicht beobachtet wird, auf dem „Wege der Korrektur durch Gewinnung von Gegenvorstellungen ein."

Dr. Pollitz-Münster.

Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes. Von Dr. Raecke, vormals in Frankfurt a. M., jetzt in Tübingen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 1901, 58. Bd., 1. H.

Verfasser bringt eine Reihe sehr beachtenswerther Beiträge zum Bilde des hysterischen Dämmerzustandes, dessen eigenartiger Symptomenkomplex zuerst von Ganser (s. Referat in dieser Zeitschrift; 1898, S. 785) mit Rücksicht auf seine klinische, besonders auf seine forensische Bedeutung eingehend gewürdigt und von anderen Autoren, wie Binswanger und Jolly, anerkannt worden ist. Die meisten Beobachtungen dieser Art erstreckten sich bisher auf Untersuchungsgefangene, so dass eine Vermischung von Krankhaftem und Simulirtem nicht ganz auszuschliessen war. Unter den 5 Fällen von R. befindet sich neben 4 Untersuchungsgefangenen, eine akut erkrankte Frau, bei der die Beobachtung ein vollkommen objektives Resultat ergab. Es handelte sich in letzterem Fall um eine Erkrankung während der Schwangerschaft, die zuerst in eigenthümlicher Launenhaftigkeit bestand und vom Arzte als „Hysterie und Böswilligkeit" diagnostizirt wurde. Für den Verlauf war bezeichnend ein Wechsel zwischen gesunden und kranken Phasen, der zwischen voller Klarheit und traumartiger Verworrenheit innerhalb kurzer Termine schwankte. Charakteristisch für das Krankheitsbild ist auf körperlichem Gebiete eine Herabsetzung der Sensibilität, auf psychischem eine Neigung zum Widerspruchsvollen, dem entsprechend ein fortwährendes Schwanken der Affektlage: bald äussert die Kranke schwere Angstvorstellungen, bald lächelt sie heiter und vergnügt bei Todesgedanken. R. führt diesen Wechsel des Affektes auf die Einengung des Bewusstseins zurück und eine dadurch bewirkte mangelhafte Verkettung der Vorstellungen, durch die die voraufgegangenen Situationen schnell vergessen werden. Dabei bleibt das Bestehen von wirklichen Halluzinationen zweifelhaft. Sehr eigenthümlich und schwer erklärlich sind die Erinnerungslücken, die derartige Kranke transitorisch hatten. In R.'s Fall konnte die Kranke nicht bis 10 zählen, wusste die Zahl ihrer Hände nicht anzugeben; noch auffälliger bleibt das Ergebniss der Farbenprüfung, bei der die Kranke konsequent — wie absichtlich — falsche Farbenproben wählt. Der Verfasser nimmt für dieses Symptom einen gewissen Negativismus an, der seine Erklärung nach Janet in einer durch die Aufmerksamkeit auf die eigene Person hervorgerufenen Hemmung findet. So haben diese lokalisirten Amnesien ihr Analogon in den lokalisirten Anästhesien. Ein im Wesentlichen gleiches Bild boten die vier übrigen Fälle R.'s, auch bei ihnen trat das Unsinnige der Antworten bei gut erhaltener Auffassung des Gefragten besonders in den Vordergrund; als besonderes, ebenfalls charakteristisches Symptom hebt R. noch eine starke Suggestibilität seiner Kranken hervor. Dass die Haft ganz besonders häufig bei psychisch labilen Individuen Verwirrtheitszustände hervorruft, wird nicht auffallen. Was die gerichtsärztliche Beurtheilung solcher Fälle betrifft, so wird der Nachweis eines bei Begehung einer strafbaren Handlung bestehenden Dämmerzustandes die Zurechnungsfähigkeit ausschliessen; tritt der Anfall in der Untersuchungshaft auf, so bleibt der Gefangene für voraufgehende Delikte zweifellos verantwortlich.

Dr. Pollitz-Münster.

Ueber die Bettbehandlung der akuten Psychosen und über die Veränderungen, welche ihre Einführung im Anstaltsorganismus mit sich bringt. Von Dr. Cl. Neisser, Oberarzt der Provinzial-Irren-Anstalt Leubus. Separatabdruck aus der Zeitschrift für praktische Aerzte; Nr. 18 und 19. München 1900.

Nach der Ueberschrift, die der Verfasser der Abhandlung gegeben hat, ist man geneigt, eine Arbeit über die Behandlung akuter Psychosen zu erwarten; thatsächlich behandelt sie jedoch ein wesentlich umfangreicheres, weitgehenderes Thema, nämlich die prinzipielle Durchführung der Bettbehandlung bei akuten und chronischen Zuständen verschiedener Art (S. 4). Es handelt sich bei dieser Behandlung nicht um eine einfache Frage der Therapie, sondern um eine fundamentale Einrichtung im gesammten Anstaltsregime. Der Verfasser hat um diese Neuerung, wenn man so sagen darf, sich seit Jahren grosse Verdienste erworben, und seine sachverständigen Ausführungen, denen ein Vortrag auf dem Pariser internationalen Kongress zu Grunde liegt, verdienen daher ein weitgehendes Interesse. N. will alle Neuaufnahmen in erster Linie im Bett behandelt sehen; ausser diesen kommen aber „alle psychisch Sieche" in Frage, die früher ohne Verständniss für Umgebung und Lage in den Anstalten ungeordnet umherhockten. Die Bettbehandlung der Neuaufgenommenen oder akut Erkrankten in sogenannten Wachabtheilungen, wie sie jetzt in den meisten Irrenanstalten bestehen, ist daher nur ein Theil dieser prinzipiellen Bettbehandlung. Der Verfasser legt Werth darauf (S. 5), durch die so gewonnene Ruhe und Ordnung auch in der Irrenanstalt das Milieu eines Krankenhauses zu schaffen; ein spezifisches Heilmittel stellt diese Methode nicht dar, aber sie bedeutet doch einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt und muss daher dem Arzte auch für die Praxis empfohlen werden. Mit Recht hebt Verfasser ferner die günstige Wirkung dieser Behandlung ganz besonders bei Paralytikern und erregten Epileptikern hervor. Im Uebrigen ist eine strenge Individualisirung nothwendig, um bei jedem Kranken den richtigen Moment zu finden, in dem die Bettruhe durch leichte Arbeit ersetzt werden muss. Dass eine solche prinzipielle Behandlungsmethode für die ganze Einrichtung der Anstalt von grosser, einschneidender Bedeutung ist und bei Neubauten eine besondere Berücksichtigung verlangt, bedarf keiner weiteren Ausführung. — N. fordert zur leichteren Umgruppirung geeigneter Elemente möglichst viele — nicht grosse — Abtheilungen (S. 22) und berechnet auf 100 Kranke etwa 60 Bettlägerige; es empfiehlt sich daher beim Pavillonbau nicht zu kleine Pavillons herzustellen, so dass im gleichen Gebäude stets mehrere Bettabtheilungen zu Gebote stehen. Zum Schluss wird die finanzielle Seite der Frage erörtert. Verfasser kommt auf Grund eigener Aufstellungen zu dem interessanten Ergebniss, dass die Bettbehandlung eine wesentliche Ersparniss an Bekleidung, Bereinigung und Arzneikosten mit sich brachte, während eine Vermehrung des Personals nicht nothwendig wurde. Dr. Pollitz-Münster.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber Fütterungspest und das Verhalten des Pestbacillus im thierischen Körper nach dem Tod des Organismus. Von St. Sata, Professor aus Osaka (Japan). Aus dem hygienischen Institut der Universität Freiburg i. Br. Archiv für Hygiene; Bd. XXXIX, S. 1 ff.

Das Ergebniss seiner zahlreichen und interessanten Versuche giebt Verfasser hauptsächlich in folgenden Sätzen wieder:

Ratten, Mäuse und Meerschweinchen gehen durch Verfütterung mit Pestmaterial, sei es mit infizirten Organstücken, sei es mit Reinkultur von Pestbazillen, in 2 bis 5 Tagen, oder noch später, unter schweren Symptomen zu Grunde. Merkwürdiger Weise sterben diese empfänglichen Thiere nicht bei jeder Fütterung mit Pestmaterial; das eine Thier stirbt rasch, während das andere munter bleibt, obwohl beide Pestmaterial in reichlicher Menge gefressen haben.

Um Fütterungspest zu erzeugen, ist immer bedeutend mehr Material nöthig, als zur Erzeugung der Injektionspest. Mit dem Leichenmaterial, z. B. Milz, Leber oder Muskel, gelangt man sicherer dazu, die Fütterungspest zu

erzeugen, als mit der Reinkultur von Pestbazillen. Die Krankheitsdauer bei der Fütterungspest ist immer länger als die bei der Injektionspest.

Die Bakteriämie, d. h. die Verschleppung und Vermehrung der Pestbazillen im Blute, tritt bei der Fütterungspest fast jedes Mal und sogar in stärkerem Grade auf, während dieselbe bei der Injektionspest nur theilweise vorkommt, wohl wegen des früheren Eintritts des Exitus letalis durch Toxine. Dagegen kommt die Metastasenbildung in der Milz und Leber bei der Fütterungspest sehr selten vor, während dieselbe bei der Injektionspest oft sehr auffallend hervortritt.

Fütterungspest bildet fast immer typische Darmherde, welche aus den merklich angeschwollenen, zellig infiltrirten und auch ekchymosirten Peyer'schen Plaques bestehen. Diese Herde lokalisiren sich im Jejunum, Darm und im Ileum, sind manchmal zahlreich, oft aber in geringer Anzahl zu finden.

Pestbazillen im Gewebe des todten Körpers fangen vom zweiten Tage ab an, ihre Form etwas zu ändern und am vierten Tage zeigen sie schon sehr deutliche Umgestaltung, während die Zellkerne des Gewebes in dieser Zeit nur stellenweise ihre Färbbarkeit verlieren.

Nach dieser Zeit werden die Bazillen unregelmässig rundlich oder oval, quellen auf, verlieren ihre scharfe Kontur und zeigen nicht selten eine schwächere Färbung im Zentrum. Das letzte Verhalten tritt hier aber nicht so deutlich hervor, wie bei den Bazillen im frischen Gewebe.

Es verdient besonders bemerkt zu werden, dass in späterer Zeit, z. B. nach mehr als zwei Wochen, trotz der starken Umgestaltung der meisten Bazillen, darunter immer doch mehrere gut geformte und gefärbte Bazillen zu bemerken sind. Diese morphologisch gut gestalteten Bazillen könnten vielleicht noch starke Energie besitzen und sich wieder entwickeln, auch starke Virulenz äussern, während die meisten anderen Bazillen zu Grunde gegangen sind. Solche Bazillen könnten möglicher Weise die Stelle der sporentragenden Bazillen anderer Art vertreten. Diese Thatsache steht vielleicht in einem gewissen Zusammenhang mit der Hartnäckigkeit der Pestepidemie.

Noch merkwürdiger ist, dass Bazillen, welche vier Tage nach dem Tode auf das Deckglas und die Nährböden abgestrichen worden sind und morphologisch eine starke Umgestaltung aufweisen, noch lebhaftes Wachsthum auf den Nährböden zeigten.

Auffallend ist die relativ geringe Ueberwucherung durch fremde Bazillen in der Pestleiche, was man aus den Schnittpräparaten schliessen kann. Bis zu 24 Stunden sind alle Pestorgane nur von Pestbazillen durchsetzt, wie direkt nach dem Tode, was man sowohl durch das Kulturverfahren, als auch durch die histologischen Untersuchungen nachweisen kann. Nach einigen weiteren Tagen ist die Ueberwucherung durch fremde Bazillen in der Milz, Leber, Lunge noch gering, dann aber wird sie stärker. Die fremden Bakterien wandern, meist von der Oberfläche der Organe aus, ein. Es scheint, dass die stark gewachsenen Pestbazillen im Innern der Organe einen gewissen Antagonismus auf die fremden Bazillen ausüben. Die Durchwucherung der Pestbazillen in die Haut bis auf die Oberfläche, welche bei mehreren Versuchsthieren nach längerer Zeit nach dem Tode beobachtet wurde, ist besonders zu bemerken.

Die Pestbazillen in der längere Zeit aufbewahrten Leiche rufen eine weit typischere Pest mit hochgradiger Bakteriämie hervor, als die Pestbazillen, welche bald nach dem Tode des Organismus entnommen worden. Diese verursachen oft nur eine einfache Lokalisationspest ohne Bakteriämie.

Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber Gewöhnung von Bakterien an Alexine. Von Dr. Richard Trommsdorf. Aus dem hygienischen Institut der Universität München. Archiv für Hygiene; Bd. XXXIX, S. 31 ff.

Verfasser stellte Folgendes fest:

„1. In inaktivem Blut und Serum gezüchtete Cholera- und Typhusbazillen werden durch die Alexine des Serums ebenso prompt abgetödtet, wie in Bouillon gezüchtete.

2. Züchtet man aber diese Bakterien vorher in aktivem Blut, so tritt beim Uebertragen in frisches aktives Blut nunmehr nur eine geringe Hemmung des Wachsthums ein; das Gleiche ist der Fall bei in aktivem Serum vorge-

züchteten Typhuskeimen beim Uebertragen in frisches aktives Serum. Die Bakterien gewöhnen sich also an die Alexine.

3. Derartig in aktivem Serum an die Alexine gewöhnte Typhuskeime werden vom Pleuraexsudat wieder stärker geschädigt. Die Bakterien gewöhnen sich also anscheinend nur an eine gewisse Konzentration der schädigenden Alexine; steigt diese, so tritt wieder eine kräftigere Wirkung auf die Bakterien zu Tage." Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber die Wirkung künstlicher Abszesse beim experimentellen Milzbrand. Von A. Fochier und Merieux. Comptes rendus de la Soc. de Biol.; 1900, S. 689.

Die Verfasser inokulirten einem Kaninchen eine Milzbrandkultur von hoher Giftintensität und machten gleichzeitig eine Subkutaninjektion von $^1/_4$ ccm Terpentinöl. Während alle Kontrolkaninchen nach etwa 66 Stunden dem Milzbrand erlagen, überstanden die Versuchsthiere die Infektion, oder die Erkrankung zeigte doch wenigatens einen schleppenderen Verlauf.

Wurde die Terpentinölinjektion einen ganzen Tag vor Einimpfung des Milzbrandes ausgeführt, so schien ihre therapeutische Wirkung geringer, als wenn sie gleichzeitig gemacht wurde. Auch der Heilwerth der 8—24 Stunden nach der Impfung ausgeführten Injektion war schwankend.

Ueberlebten die Thiere die Infektion, so fand sich weder bei der Besichtigung, noch bei Kulturen der bei der Autopsie gewonnenen Organe irgend ein Zeichen von Milzbrand. Wurden die genesenen Thiere nochmals mit Milzbrand geimpft, so war die Erkrankung wesentlich schwächer, als gewöhnlich. Es bestand sogar ein räumliches Verhältniss zwischen Terpentinölinjektion und Milzbrandinokulation. Wurde die Einspritzung in die Rückengegend, die Einimpfung in die Bauchgegend ausgeführt, so bildete sich um das typische Milzbrandödem ein gelatinöser Herd oder Ring aus, der mit einem Vertheidigungsprozess des Organismus in Beziehung zu stehen schien.

Zur Erklärung denken die Verfasser u. a. auch an die Möglichkeit, dass im Blute oder im ganzen Organismus in Folge der künstlichen Eiterung ein Reaktionsvorgang einsetze, der sich vielleicht jeder zu bekämpfenden Krankheit anpassen lasse. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die Widerstandsfähigkeit der Aktinomyces-Sporen. Von L. Bérard und J. Nicolas. Comptes rendus de la Soc. de Biol.; 1900, S. 835.

Da für die Verbreitung der Aktinomykose wahrscheinlich die Sporen von grosser Bedeutung sind, prüften die Verfasser die Widerstandsfähigkeit derselben gegen verschiedene Einflüsse. Die Zeit allein vermochte ihnen wenig anzuhaben; Haferkörner, 1893 mit einer aus dem Pasteur'schen Institut stammenden Kultur beschickt, bedeckten sich dauernd mit Sporen; diese waren noch nach 6 Jahren — im November 1899 — vollkommen lebensfähig. 15 Minuten hindurch einwirkende trockene Wärme von 80° tödtet sie ab; feuchte Wärme von 50—75° verlangsamt ihr Wachsthum, von 80° tödtet sie ebenfalls.

Im feuchtem Zustande den Sonnenstrahlen ausgesetzt, starben in Bouillon suspendirte Sporen nach 14 $^1/_2$ Stunden ab. In trocknem Zustande dagegen auf dem Grunde von Petri-Schalen ausgebreitet und den Sonnenstrahlen exponirt, war ihre Lebensdauer noch nach 288 Stunden der Besonnung nicht gemindert.
Dr. Mayer-Simmern.

Zur Diagnose und Behandlung des Pemphigus vulgaris chronicus. Von Dr. P. G. Unna-Hamburg. Die Therapie der Gegenwart; Januar 1901, III. Jahrgang, 1. Heft.

Unna berührt in seiner Besprechung der seltenen Hauterkrankung des gewöhnlichen, chronischen Pemphigus auch kurz die besonders in letzter Zeit brennend gewordene Frage nach der Aetiologie des Pemphigus neonatorum. Der Pemphigus neonatorum ist zu den Impetigoarten zu rechnen, es handelt sich bei ihm um eine besondere, mikroparasitäre, bullöse Impetigoart, während der Pemphigus sich stets durch Abwesenheit von Kokken auszeichnet (vergl. auch ärztliche Sachverständigen-Zeitung; 1901, H. 1, S. 11: Matzenauer: Zur Frage der Identität des Pemphigus neonatorum und der Impetigo conta-

giosa). Die Differentialdiagnose zwischen Impetigo und Pemphigus ist durch die bakteriologische und histologische Untersuchung stets sicher zu entscheiden.

Der Gattungsbegriff Pemphigus ist überhaupt bisher viel zu weit gefasst, da alle mit Blasen einhergehende Hautkrankheiten von verschiedenen Autoren als besondere Pemphigusarten bezeichnet worden sind. In der vorliegenden, knappen und klaren Schilderung Unna's wird der Pemphigus gegenüber einer grossen Reihe äusserlich ähnlicher, aber im Grunde andersartiger Krankheiten, so dem Erythema exsudativum multiforme bullosum, dem Erythantema bullosum, Hydroa, Erythema bullosum vegetans u. a. gegenüber, scharf abgegrenzt.

Dr. Brummund-Uelzen.

Die Augenhygiene am Eingange des 20. Jahrhunderts. Von Dr. Lud. Schmeichler in Brünn. Beiträge zur Augenheilkunde; herausgegeben von Prof. Dr. Deutschmann, 46. Heft, Hamburg und Leipzig 1901. Verlag von Leopold Voss. Gr. 8°, 162 Seiten.

Zur ausführlichen Bearbeitung, auch auf bakteriologischem Gebiete, gelangen die Hygiene der Bindehaut-Erkrankungen (Conjunctivitis catarrhalis, scrophulosa, diphtheritica, Blennorrhoe und Trachom und ihre Prophylaxe), die Erblindung nach Blattern; ferner Myopie und ihre Prophylaxe, die Augenverletzungen, die Schädigungen durch die Beleuchtung (Nystagmus), die idiopathische Hemeralopie, die Intoxikationen, Heredität und Blutsverwandtschaft, endlich die Prophylaxe der Erblindungen.

Als verhütbar unter den Erblindungen werden angesehen 40—41 % in Folge von Blennorrhoe, Trachom, Myopie, Glaukom, Verletzungen, Blattern, Syphilis, und zwar durch möglichst frühzeitige Behandlung eines geschulten Arztes, nach Fuchs durch eindringliche Aufklärung des Volkes selbst durch populäre Vorträge und Schriften, dann durch die Schule. Unterricht in der Hygiene, wie er bis jetzt nur in Frankreich und Ungarn ertheilt wird, müsste überall legal sein, ebenso in allen Volks- und Bürgerschulen. Dann müsste das Land mit einem Netz von Augenheilanstalten überzogen werden, die Behörden hätten Ambulatorien einzurichten. Cohn verlangt sogar einen Augenarzt als Referent in der höchsten Medizinalbehörde.

Einen Theil der Fürsorge für die Verhütung der Blindheit hat in Bonn die Privatwohlthätigkeit übernommen. So der Marien-Verein, der 8 Spitäler gegründet hat und unterhält; er vertheilt Gelder an arme Augenkranke, damit sie in grösseren Städten augenärztliche Hülfe in Anspruch nehmen können. Auch fliegende Kolonnen wurden gebildet, von denen 1897 33 in Thätigkeit waren.

Was das häufige Vorkommen der Hypopyon-Keratitis bei Arbeitern mit Vereiterung der Hornhaut nach Verletzungen anlangt, so hält Verfasser zwar mit Recht als Ursache den Mangel an Reinlichkeit und damit die Folgen: Nasen- und Thränensack-Eiterungen. Die Hauptursache ist jedoch nach des Referenten Meinung, die schmerzlose und damit unbemerkt für den Patienten rasch sich entwickelnde Infektion der Hornhautwunde. Ist der mehr oder weniger heftige Wundschmerz einer Hornhautverletzung nach einigen Stunden vorüber ohne wiederzukehren, dann erinnert den Verletzten nichts an die Gefahr, in der sein Auge schwebt. Der Schmerz ist es stets in erster Linie, der die Kranken zum Arzte treibt. Wir finden dasselbe auch bei inneren Erkrankungen. Der praktische Arzt wird viel häufiger des Nachts zu einer beginnenden Angina tonsillaris gerufen, als zu einer Diphtheritis faucium, weil auch diese sich mit geringeren subjektiven Symptomen entwickelt. Referent sah häufig schon das ganze Pupillargebiet mit Eiter verlegt, dabei das Auge völlig reizlos, wenn die Verletzten sich zum ersten Male vorstellen.

Dr. Ohlemann-Wiesbaden.

Ein Beitrag zur Lehre von der Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis conjunctivale. Von Prof. Dr. A. Vossius in Giessen. Deutsche Praxis; III. Jahrgang, Heft 22. München 1901. Verlag von Seitz & Schauer.

Verfasser meint, dass die Augendiphtherie allein schon deshalb auch für den Praktiker von höchster Wichtigkeit sei, weil von einer jeden durch Diphtheriebazillen veranlassten Bindehautentzündung eine reguläre Epidemie von

Nasen- und Rachendiphtherie ausgehen könne. So könne unter Umständen das Dunkel, das über der Entstehung und Ausdehnung einer Diphtherie-Epidemie liege, auf einfache Weise gehoben werden.

Die gemachten Beobachtungen berechtigen zu folgenden Schlüssen:

1. Diphtheriebazillen verursachen das klinische Bild der tiefen nekrotisirenden Bindehaut-Diphtherie, der oberflächlichen Conj. crouposa und einer eitrigen blennorrhoischen Conjunctivitis. Die Ursache liege in Verschiedenheit der Virulenz und der Disposition; in allen Fällen könne eine Diphtherie anderer Schleimhäute folgen.

2. Dasselbe klinische Bild rufe auch eine Streptokokkeninfektion hervor. Auch diese sei anderen Schleimhäuten gefährlich.

3. In allen Fällen sei bakteriologische Untersuchung geboten; nicht Deckglastrockenpräparate, nur Kulturen und Impfversuche seien massgebend.

4. Die bakteriologischen Untersuchungen seien auch für die Therapie geboten.

Die Prophylaxe verlange Isolirung des Kranken. Bei Anwesenheit des Löffler'schen Bacillus sei Heilserumtherapie geboten; allein auch im Falle des Nichtvorhandenseins könne dieselbe ohne Gefahr für den Patienten Anwendung finden, so auch vor Feststellung durch das Kulturverfahren.

Dr. Ohlemann-Wiesbaden.

Ueber die Berechtigung der Selbstinfektionslehre in der Geburtshülfe. Von Prof. Dr. Fehling. Münchener medizinische Wochenschrift; 1900, Nr. 48 und 49.

Die theoretisch und praktisch gleich wichtige Frage der sogen. Selbstinfektion in der Geburtahülfe ist immer noch Gegenstand lebhafter Fehde unter den Geburtshelfern. Semmelweiss hat bekanntlich den Begriff Selbstinfektion in die Wissenschaft eingeführt. Nach ihm wird das Kindbettfieber durch Selbstinfektion erzeugt: durch Zersetzung des normalen Lochialflusses in Folge längerer, durch irgend eine Ursache bedingter Zurückhaltung, Zurückbleiben der Placenta oder von Plazentartheilen und Eihautresten, Zurückbleiben von Blutgerinnungen in der Gebärmutterhöhle nach Blutungen, Quetschungen der Genitalien in Folge verzögerter Austreibungsperiode oder in Folge nekrotischer Mittelfleischrisse. Ahlfeld geht noch weiter und bespricht unter dem Namen „Selbstinfektion" sogar die Fälle, wo Frauen im Wochenbett sterben, weil die Placenta oder Stücke derselben im Uterus zurückgeblieben sind und faulen, oder wo ein in Folge von Gonorrhoe oder aus anderen Ursachen vorher bestehender Eitersack berstet und zur Entstehung einer allgemeinen Peritonitis Anlass giebt.

Alle diese Fälle schliesst Verfasser im Gegensatz zu Ahlfeld vom Begriffe der Selbstinfektion aus, desgleichen nicht nur all die Entbundenen, bei welchen ein Dammriss entsteht und die Gelegenheit zu äusserer Infektion so klar wie möglich liegt, sondern auch alle die Fälle, welche mit einer vermeintlich keimfreien Hand untersucht worden sind. Er hält es für zweckmässig, zuerst die bakteriologischen Grundlagen und dann die klinischen Beweise der fraglichen Lehre zu besprechen, verbreitet sich dabei über die neueren Resultate verschiedener Händedesinfektionsversuche und -Methoden, ferner über die Untersuchungsbefunde verschiedener Autoren über Keimgehalt der äusseren und inneren Genitalien bezw. der Virulenz dieser Keime und fasst dann das Ergebniss des bakteriologischen Theiles seiner Betrachtung, soweit es als Grundlage für die Möglichkeit der Selbstinfektion dienen soll, in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Eine absolut sichere Händedesinfektion ist heutzutage noch nicht möglich.

2. Es kommen im Genitaltraktus der Schwangeren wahrscheinlich immer saprophytische Keime vor, welche den pyogenen sehr ähnlich sind und damit verwechselt werden können, die aber für gewöhnlich eine Infektion zu veranlassen nicht im Stande sind.

3. Eine Einwanderung von Keimen im Wochenbett von den äusseren Genitalien auf Verletzungen der Vulva, in die Vagina, selbst in den Uterus ist möglich.

Im zweiten Theile seiner Abfassung beantwortet Verfasser die Frage,

ob vorher gesunde Frauen, welche eine glatt verlaufende Geburt ohne äussere Verletzungen durchgemacht haben und bei der Geburt in keiner Weise berührt worden sind, schwer erkranken oder sterben können, dahin, dass Erkrankungen in solchen Fällen möglich und leichte Erkrankungen sogar gar nicht selten sind, dass aber Todesfälle bei solchen Entbindungen nicht vorkommen.

Nachdem Fehling noch die Ergebnisse der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik verschiedener Kliniken, wo dem Standpunkte der Selbstinfektion entsprechend gehandelt wird, mit den andern vergleicht, wo dies nicht der Fall ist und diese Verhältnisse einer breiteren kritischen Besprechung unterzieht, kommt er bei einem Ueberblick der ganzen Reihe der bakteriologisch und klinisch feststehenden Thatsachen zu dem ehrlichen Geständnisse, dass eine klare Erkenntniss der Ursache der leichten, im Wochenbette zuweilen gehäuft auftretenden Fieberbewegungen uns mangelt. Jedenfalls zwingt uns nichts, die Selbstinfektion in dem weitgehenden Sinne Ahlfeld's anzuerkennen, noch weniger kann man anerkennen, dass die Pathogenese des Puerperalfiebers zur Zeit im Begriffe ist, die seit ihrer Begründung durch Semmelweiss wichtigste Umwandlung zu erfahren, ein zweiter Semmelweiss ist leider noch nicht in Sicht.

Weiterer Fortschritt und Aufklärung ist nur zu erwarten, wenn bakteriologische und klinische Untersuchung noch mehr als bisher Hand in Hand gehen. Dieselbe muss uns Klarheit bringen:

1. ob wir im Stande sein werden, unsere Hände keimfrei zur Untersuchung bei der Geburt zu benutzen und besonders in wie kurzer Zeit dies nach vorausgegangener Infektion mit pyogenen Keimen möglich ist;
2. muss sie erweisen, ob die in der Scheide schwangerer Personen vorhandenen saprophytischen Keime thatsächlich unter Umständen virulent werden können und welches die Ursachen dieser Virulenzänderung sind;
3. muss sie feststellen, ob nach der Geburt Keime an die äusseren und in die äusseren Genitalien einwandern können.

Erst wenn diese Fragen zweifellos entschieden sein werden, wird nach Verfasser die Frage der Selbstinfektion entschieden werden und dann unter diesem Titel von der Tagesordnung verschwinden.

Dr. Waibel-Kempten.

Weitere Beiträge zur Bakteriologie der mechanisch-chemischen Desinfektion der Hände. Von Dr. J. Schenk und Dr. G. Zaufal, Assistenten der geburtshülflichen Klinik (Prof. Dr. Sänger) in Prag. Münchener med. Wochenschrift; 1900, Nr. 45.

Die Verfasser haben ihre Versuche behufs Klärung der Händedesinfektionsfrage[1]) fortgesetzt und betonen auf Grund derselben von Neuem die Wichtigkeit einer energischen mechanischen Bearbeitung der Hände vor der chemischen Desinfektion. Diese mechanische Reinigung geschieht durch die Sandseife wirksamer, als durch Schmierseife; für die jedes Mal folgende chemische Desinfektion habe sich Sublimat (1 : 1000), Quecksilber oxycyanid (2 : 1000), Aethylendiamin-Quecksilbercitrat (1 : 1000) am wirksamsten erwiesen. Am besten wird die Desinfektion in der Weise bewirkt, dass nach einer 5 Minuten lang dauernden Waschung mit Sandseife eine 3 Minuten währende Waschung mit einer der genannten chemischen Desinfektionsmittel folgt, und zwar sind diese möglichst heiss zu verwenden. Rpd.

Beeinflusst Glyzerin als Lösungsmittel den Desinfektionswerth von Antisepticis. Von Dr. Oskar von Wunschheim, Assistenten am hygienischen Institut der Universität Innsbruck (Prof. A. Lode). Archiv für Hygiene; Bd. XXXIX, S. 101.

Mit Rücksicht darauf, dass Glyzerin in der Heilkunde als Lösungsmittel und als Träger für antiseptisch wirkende Arzneistoffe vielfach in Verwendung steht, schien es von Werth zu untersuchen, ob nicht das wirksame Antisepticum

---

[1]) Siehe das Referat darüber in Nr. 10 der Zeitschrift, Jahrg. 1900, S. 340.

durch die Berührung mit Glyzerin in eine Veränderung versetzt würde, welche die Wirkung des Mittels einschränkt oder völlig aufhebt.

Als Ausgangspunkt für die Wirkung der in Untersuchung genommenen Antiseptica dienten Lösungen der betreffenden Substanzen im Wasser; analog diesen Lösungen wurden die Lösungen der Antiseptica in Glyzerin hergestellt. Zunächst stellte sich Verfasser die Aufgabe zu ermitteln, ob nicht etwa das Glyzerin an und für sich bakterientödtende oder entwickelungshemmende Eigenschaften besässe. Von vornherein war anzunehmen, dass nur Glyzerin in hohen Konzentrationen irgend einen bakterientödtenden Einfluss haben könnte, da ja Glyzerin in geringem Prozentsatz als Zusatz zu verschiedenen Nährmedien Verwendung findet, um deren Werth für die Züchtung zu erhöhen.

Auf Grund seiner zahlreichen Versuche kam Verfasser schliesslich zu folgendem Ergebniss:

1. Das unverdünnte käufliche Glyzerin ist im Stande, auf den Choleravibrio, den Staphylococcus aureus, sowie auf das Bacterium coli vernichtend einzuwirken.

2. In Glyzerinwassermischungen erhalten sich das Bacterium coli und der Staphylococcus pyogenes aureus am längsten in den am meisten Wasser enthaltenden Gemischen; das Verhalten in Mischungen mit hohem Glyzerin-, also geringerem Wassergehalte scheint je nach der verwendeten Bakterienart individuell verschieden zu sein.

3. Schwefelsäure, Oxalsäure, Aetzkali, Karbol, die drei isomeren Kresole, Kreolin, Saprol, Lysol, Thymol, Formol und Tannin verlieren in Glyzerin gelöst, verglichen mit den gleichen Konzentrationen in wässeriger Lösung, an Desinfektionskraft.

4. Eine Ausnahme bilden Salzsäure, Essigsäure und Aceton, von denen, in Glyzerin gelöst, Essigsäure nicht schlechter, Salzsäure und Aceton besser bakterientödtend wirken, als in wässeriger Lösung.

5. Die Desinfektionskraft des in Glyzerinwassermischungen zu 2,5 % gelösten Karbols wächst mit dem steigenden Wassergehalte von ca. 50 % gleich dem der rein wässerigen, gleichprozentuirten Karbollösung. Für die Praxis empfiehlt Verfasser bei Anwendung von Karbolglyzerin Lösungen von mindestens 10 % Karbol in reinem Glyzerin, geringere Karbolmengen aber nicht in solchem, sondern nur in Mischungen von Glyzerin und Wasser, zu gleichen Theilen gelöst, zu verwenden.

6. Karbol, Orthokresol, Lysol und Kreolin in Glyzerinseifenlösungen gelöst, desinfiziren schwächer als dies bei gleichen Konzentrationen in Seifenwasser gelöst der Fall ist. Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber die Reinigung des Trinkwassers durch das Abkochen. Von Prof. G. Biszozero in Turin. Zentralblatt für Bakteriologie etc. Bd. XXIX, S. 29 ff.

Unter den Methoden, die für die Gesundmachung des Trinkwassers in nicht zu grossen Hausbetrieben in Frage kommen, nimmt das Abkochen die erste Stelle ein. Verfasser prüfte die Einwände, welche gegen die Entkeimung des Wassers durch Abkochen schon von jeher und kürzlich wieder im verstärkten Masse geltend gemacht worden sind, durch geeignete Versuche und Erwägungen. Er kam dabei zu folgendem Ergebniss:

1. Der Einwand, das Wasser verliere durch das Kochen die Luft, die es naturgemäss enthält, und werde dadurch weniger verdaulich, wird durch die Erfahrung hinfällig, dass von Zeit zu Zeit geschütteltes Wasser in weniger als einer Stunde jenes Quantum von Luft wieder erlangt, das es durch dasKochen verloren hat.

2. Die Klage, durch das Kochen verliere das Wasser die freie Kohlensäure, die ihm einen frischen und pikanten Geschmack verleihe, muss mit Rücksicht darauf, dass in dem gewöhnlichen Trinkwasser niemals für den Geschmack erkennbare Mengen von Kohlensäure vorhanden sind, als unbegründet angesehen werden.

3. Wenn darüber geklagt wird, durch das Abkochen gehe das Wasser des kohlensauren Kalkes verlustig, der für die Erhaltung unseres Organismus nothwendig sei, so muss darauf hingewiesen werden, dass im abgekochten Wasser immer noch ein nicht unbeträchtliches Quantum kohlensauren Kalkes

in Lösung bleibt. Es kann im Gegentheil dem Organismus der Verlust des Wassers an kohlensaurem Kalk bisweilen von Nutzen sein, weil, wenn das Wasser an Kalk zu reich ist, es durch das Kochen weicher und vom Magen besser vertragen wird.

4. Den Vorwurf, dass das Kochen zu kostspielig sei, widerlegt Verfasser durch eine entsprechende Rechnung.

5. Der wichtigste Vorwurf, der dem Gebrauche des abgekochten Wassers gemacht wird, ist der des unangenehmen Geschmacks, der dem Wasser durch das Abkochen verliehen wird. Hierin steht, wie Verfasser hervorhebt, das Urtheil des Volkes in Uebereinstimmung mit dem der Wissenschaft, wie es sowohl bei alten, als auch bei neueren Schriftstellern zum Ausdruck gelangt ist.

Durch seine Versuche stellte Verfasser fest, dass ein ohne die nöthigen Vorsichtsmassregeln abgekochtes und später abgekühltes Wasser allerdings einen unangenehmen Geschmack hat, dass aber Wasser, welches unter den nöthigen Vorsichtsmassregeln abgekocht und dann in entsprechender Weise abgekühlt wird, keinerlei unangenehmen Geschmack besitzt. Auf diese Weise richtig behandeltes Wasser kann man nicht einmal von dem der Wasserleitung frisch entnommenen unterscheiden. Insbesondere hebt Verfasser noch folgendes hervor: Bedient man sich beim Abkochen des Holzfeuers, so nimmt das Wasser einen ausgesprochen unangenehmen rauchigen Geschmack an, dagegen erzielt man bei der Benutzung von Holzkohle oder der Gasflamme gute Ergebnisse. In Gefässen aus gewöhnlichem Thon nimmt das Wasser einen sehr unangenehmen erdigen Geschmack an, während Gefässe aus Glas, Porzellan oder emaillirtem Eisen, ebenso auch aus Kupfer eine Geschmacksbeeinträchtigung nicht bedingen. Bei Kupfergefässen kommt es zuweilen vor, dass Personen mit einem besonders feinen Geschmack einen leichten metallischen Beigeschmack bemerken. Die für die Abkochung dienenden Gefässe sollen neu, oder auf das sorgfältigste gewaschen sein.

Die Luft, in der das Wasser abgekocht, abgekühlt und aufbewahrt wird, soll ganz rein sein, weil das Wasser mit der grössten Leichtigkeit den Geschmack der von der Luft beigemengten flüchtigen Substanzen annimmt.

Dr. Dietrich-Berlin.

Neue Methode des Schwimmunterrichts in Elberfeld. Nach einem Berichte der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1900, Nr. 2.

In Elberfeld wird seit einiger Zeit der Schwimmunterricht nach einer neuen Methode ertheilt, die sich zu bewähren scheint. Es ist dies die Benutzung der Schwimmböcke, auf denen der Schüler die Schwimmbewegungen so lange macht, bis sie sicher ausgeführt werden. Erst dann kommen die Schüler zum ersten Male in das Schwimmbad. Nachdem ein erster Versuch mit Erwachsenen geglückt war, wurden 38 Schüler verschiedener Volksschulen zu diesem Unterricht herangezogen. Dieser wurde in einer Turnhalle unter Benutzung der vom Elberfelder Schwimmklub zur Verfügung gestellten Schwimmböcke ertheilt. In durchschnittlich elf Stunden wurden den Schülern nach der neuen Methode die Schwimmbewegungen so weit beigebracht, dass man sich sagen konnte, sie sässen fest. Hierauf wurden die Kinder zum ersten Male in das Schwimmbad der städtischen Badeanstalt zum Probeschwimmen geführt, dem der Stadtschulrath, sowie viele Rektoren und Turnlehrer beiwohnten. Die erste Uebung im Wasser wurde unter Zuhülfenahme des Schwimmgürtels „Aegir“ gemacht, das zweite Versuchsschwimmen ohne denselben. Ewa 16 Schüler hatten Zutrauen zu dem Erlernten und schwammen gleich daher, einige darunter sogar mit einer Sicherheit, die allgemeines Erstaunen hervorrief. Einige andere, recht ängstliche wurden an die kurze Leine genommen, und machten dann auch bald die Schwimmbewegungen, die sie auf dem Bock erlernt hatten.

Der Stadtschulrath war von dem Erfolge so überrascht, dass er den Wunsch aussprach, dass die Schüler in einiger Zeit dem gesammten Schulvorstande vorgeführt werden möchten, um dann zu bestimmen, auf welche Weise der Schwimmunterricht in dieser Form in den Volksschulen allgemein zur Einführung gelangen soll.

Dass der planmässige Schwimmunterricht in den Volksschulen, wie er

durch das Vorgehen des Schwimmklubs in Elberfeld angebahnt ist, von den segensreichsten Folgen für die Gesundheit der Schuljugend sein muss, braucht wohl nicht erst dargelegt zu werden. Dr. Glogowski-Görlitz.

Besprechungen.

Prof. Dr. Emil Kraepelin-Heidelberg: **Einführung in die psychiatrische Klinik.** Leipzig 1901. Verlag von Ambrosius Barth. 323 Seiten. Preis: 8,40 Mark.

Das vorliegende Werk des Heidelberger Klinikers giebt gewissermassen das psychiatrische Kolleg eines Semesters und soll in die Disziplin an der Hand der Krankenvorstellung einführen; es stellt daher weder eine Ergänzung, noch einen Auszug aus dem umfangreichen Lehrbuche des gleichen Verfassers dar. In 30 Vorlesungen, denen Krankenvorstellungen in der Klinik zu Grunde gelegt sind, giebt Kr. eine Uebersicht über die bemerkenswerthesten klinischen Krankheitstypen auf Grund der von ihm festgelegten Eintheilungsprinzipien. Kr. legt in erster Linie Werth darauf, nach der prognostischen Seite bestimmte Krankheitsformen zusammen zu fassen. So wird ein Unterschied gemacht zwischen der einfachen Melancholie, der melancholischen Phase des „manisch depressiven Irreseins", der Depression bei Dementia praecox und bei Paralyse. Für die Dementia praecox wird als wesentliches Merkmal (S. 23) „der Mangel einer Gefühlsbetonung der Lebenseindrücke bei gut erhaltener Fähigkeit, aufzufassen und zu behalten" hervorgehoben; das Ergebniss ist ein „geistiges und gemüthliches Siechthum". Diesem Krankheitsbilde stehen diejenigen nahe, die ebenfalls fast regelmässig in einer eigenartigen Verblödung enden und als katatonischer oder — nach dem charakteristischen Symptom des Negativismus — als negativistischer Stupor und als Katatonie bezeichnet werden. In prognostischer Hinsicht bieten diese Zustände wenig günstige Aussichten, wenn auch die Möglichkeit einer vollkommenen Genesung vom Verfasser neuerdings (S. 88) nicht ganz ausgeschlossen wird. Meist bleibt, falls nicht hochgradige Verblödung eintritt, ein gewisser Grad von Urtheilsschwäche und gemüthlicher Stumpfheit zurück. Einen sehr interessanten Fall einer Paralyse von 11jähriger Dauer mit einer fünf Jahre währenden Remission wird S. 95 und ff. mitgetheilt, der wiederum beweist, dass im Beginn der Krankheit alle körperlichen Symptome fehlen können, während das psychische Bild nichts für den Prozess Charakteristisches bietet. Kr.'s Kranker hat nach seinem ersten Anfall geheirathet und ist später in ein höheres Amt versetzt worden! — In dem Kapitel über alkoholistische Geistesstörung verdient die Abgrenzung des Alkoholwahnsinns vom Delirium tremens besondere Beachtung; bei ersterem ist die Orientirung erhalten, die Gehörstäuschungen überwiegen gegenüber den Gesichtstäuschungen des Deliranten, dessen Anfall wesentlich schneller — in wenigen Tagen — abläuft. — In dem Vortrage über Paranoia hält Verfasser an seinem Standpunkte fest, nur die chronische Wahnbildung der Krankheit zuzurechnen; dass Sinnestäuschungen niemals oder ganz selten vorkommen (S. 153) wird jedenfalls nicht allgemein anerkannt werden; doch zeigt diese Umgrenzung, dass Kr. die Paranoia als eine sehr eng umschriebene Krankheit auffasst. Es wäre redlich zu wünschen, wenn grade hier des Verfassers Standpunkt allgemeiner acceptirt würde. Ein grosser Theil der mit Wahnideen und Sinnestäuschungen einhergehenden Prozesse, wird als „paranoide Form der Dementia praecox" zusammengefasst. — Besonderes Interesse verdienen noch die fesselnden Ausführungen über Irresein nach Kopfverletzungen und die forensisch so wichtigen Betrachtungen über Imbezillität. — Das Kr.'sche Werk wird zweifellos einen grossen Leserkreis finden, neben vielen anderen Vorzügen ist seine Kürze und der mässige Preis zu rühmen. Dr. Pollitz-Münster.

Tagesnachrichten.

Der Reichstag hat gleich nach Wiederaufnahme seiner Verhandlungen den ihn inzwischen zugegangenen Gesetzentwurf betreffend die **Besteuerung des Saccharins** (s. Nr. 6 der Zeitschrift, S. 208) in seiner Sitzung vom 22. d. M. berathen und denselben an eine 21gliedrige Kommission verwiesen. Abgesehen von den Freisinnigen und Sozialdemokraten stimmten sämmtliche Redner der

Vorlage im grossen Ganzen zu, es der Kommission überlassend, an den einzelnen Bestimmungen Abänderungen vorzunehmen.

Die neue Königl. preussische Landesanstalt **für Wasser und Abwässerangelegenheiten** ist in den Räumen der früheren Versuchsstation der Deutschen Landwirthschaftsgenossenschaft (Kochstrasse 73) am 1. April ins Leben getreten. Für die Arbeiten sind 8 wissenschaftliche Mitglieder und 8 Hülfsarbeiter angestellt; die Leitung der Anstalt ist dem Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Schmidtmann übertragen.

Am 1. April ist in Berlin auch eine **staatliche Anstalt zur Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln sowie Gebrauchsgegenständen** beim Berliner Polizeipräsidium eröffnet worden. Die Anstalt ist der Hauptsache nach dazu bestimmt, chemische Untersuchungen vorzunehmen, welche die dem Polizeipräsidium obliegende Ausführung des Gesetzes, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen vom 14. Mai 1879, sowie der später ergangenen Ergänzungsgesetze erheischt. Unter Umständen, besonders wenn ein allgemein wissenschaftliches oder polizeiliches Interesse damit verbunden ist, können auch gegen Erstattung der Gebühren Untersuchungen auf Antrag von ausserhalb befindlichen Behörden und Privatpersonen ausgeführt werden. Anträge auf Vornahme solcher Untersuchungen dürfen nur schriftlich eingereicht werden und können jederzeit ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden.

Die württembergische Kammer hat in ihrer Sitzung vom 28. März d. J. den von der Finanzkommission mit 9 gegen 2 Stimmen gefassten Antrag: „gegenüber der Regierung die Ertheilung eines Lehrstuhls für Homöopathie an der Universität in Tübingen zu befürworten und die Bereitwilligkeit zur Bewilligung der dazu erforderlichen Mittel auszusprechen“ mit 43 gegen 31 Stimmen angenommen.

Im Auftrage des Medizinalministers hat sich Geheimrath Prof. Dr. Koch nach Oberschlesien begeben, um die dortigen Typhusherde zu untersuchen.

Eine schwere Typhusepidemie herrscht zur Zeit bei dem zweiten Bataillon des 8. bayerischen Infantrie-Regiments, dass die Besatzung des Forts Manteuffel bei St. Julien (Kreis Metz) bildet. Bis zum 15. April waren 282 Mann erkrankt und davon 62 gestorben; die beiden Garnisonlazarethe in Metz und Montigny sind in Folge dessen überfüllt. Die durch eine besondere, aus Berlin abgeordnete Kommission über die Ursache der Epidemie an Ort und Stelle angestellten Ermittelungen und Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen, weisen jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Trinkwasser als Vermittler der Infektion hin.

Zur Ehrung Rudolf Virchow's an seinem achtzigsten Geburtstage (13. Oktober d. J.) soll eine Dankesspende zur Verstärkung der Rudolf Virchow-Stiftung dargebracht werden. Es hat sich hierzu ein geschäftsführender Ausschuss, sowie ein Komitee aus Vertretern der verschiedenen Arbeitsgebiete, in denen Virchow selbst thätig ist, insbesondere von Vertretern der medizinischen Wissenschaft, gebildet, das in einem Aufrufe um Einsendung von Beiträgen bittet. Dieselben sind entweder an das Bankhaus Mendelssohn & Co., Jägerstr. 49/50, Berlin W., oder an die Hirschwald'sche Buchhandlung, Berlin NW., Unter den Linden 68, die Buchhandlung Asher & Comp., Berlin NW., Unter den Linden 13 und die G. Reimer'sche Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 107/108; sowie an Herrn Anders im Langenbeckhause, Berlin NW., Ziegelstr. 10/11, zu senden. Ueber dieselben wird später durch Zusendung eines Verzeichnisses der Beitragenden quittirt werden. Sonstige Mittheilungen nimmt entgegen und Auskünfte ertheilt der Schriftführer, Prof. Dr. Posner, Berlin SW., Anhaltstr. 7.

Todesfall. Dem Altmeister der Hygiene ist vor Kurzem auch einer seiner bekanntesten und ältesten Schüler, Prof. Dr. Jos. v. Fodor zu Pest im

Tode nachgefolgt. Er hat in der ungarischen Hauptstadt seit dem Jahre 1874 als Professor der Hygiene und Leiter des hygienischen Instituts eine ungemein segensreiche Wirksamkeit entfaltet und zwar nicht nur als Universitätslehrer, sondern auch als Mitglied des obersten Sanitätsrathes. Seiner Anregung verdankt Ungarn viele Neuerungen in der Hygiene und Sanitätspolizei. Dabei war er unablässig thätig, durch Wort und Schrift in weitere Kreise Verständniss für die öffentliche und private Hygiene zu tragen. Bei seinen zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten und Untersuchungen tritt die Bevorzugung des Experiments im Sinne der Pettenkofer'schen Methode zu Tage. Werthvoll sind besonders seine Arbeiten über Bodenhygiene; auch in dem bekannten Weyl'schen Handbuch hat er diesen wichtigen Abschnitt der Hygiene in vorzüglicher Weise bearbeitet. Ehre seinem Andenken!

Nach einem Erlass des preuss. Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 18. April d. J. wird von jetzt ab unter dem Titel „Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten" vom Kultusministerium ein amtliches Publikationsorgan herausgegeben werden, das nach Bedarf, im Allgemeinen monatlich einmal in dem Verlage der Besser'schen Verlagsbuchhandlung (Berlin W. Linckstrasse 33/34) erscheint und in der Postzeitungsliste unter Nr. 4790a eingetragen ist. Der Preis stellt sich für das Jahr auf 6 Mark, für den 1. Jahrgang auf 4,50 M. Die erste Nummer wird die Ausführungbestimmungen zum Kreisarztgesetz enthalten.

Für die vom 18.—21. September d. J. in Rostock stattfindende **XXVI. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** ist folgende **Tagesordnung** bestimmt: Mittwoch, den 18. September: I. Die örtlichen Gesundheitskommissionen in ihrer Bedeutung für Staat und Gemeinde, sowie für die amtliche Thätigkeit der Medizinalbeamten; Referenten: Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden und Stadtrath Dr. Jastrow-Charlottenburg. II. Hygiene der Molkereiprodukte; Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Löffler-Greifswald. — Donnerstag, den 19. September: III. Fortschritte auf dem Gebiete zentraler Heizungs- und Lüftungsanlagen für Wohnhäuser und öffentliche Gebäude im letzten Jahrzehnt; Referent: Landes-Maschinen-Ingenieur A. Ostender-Düsseldorf. IV. Die Bedeutung der hygienisch wichtigen Metalle (Aluminium, Blei, Kupfer, Nickel, Zinn und Zink) im Haushalt und in den Nahrungsgewerben; Referent: Professor Dr. K. B. Lehmann-Würzburg. — Freitag, den 20. September: V. Strassenbefestigungsmaterialien und Ausführungsarten, sowie ihr Einfluss auf die Gesundheit; Referenten: Stadtbaurath E. Genzmer-(Halle a. d. S.), Privatdozent Dr. Th. Weyl-Charlottenburg. — Alles Nähere, die diesjährige Versammlung Betreffende wird den Mitgliedern mit den von den Herren Referenten aufgestellten Leitsätzen Mitte August mitgetheilt werden.

Der **Geschäftsausschuss der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte**, die vom 22. bis 28. September 1901 in Hamburg stattfinden wird, macht in seiner jetzt ergangenen Einladung bekannt, dass gemäss einem Beschlusse des Vorstandes der Gesellschaft die Organisation der bevorstehenden Jahresversammlung gegenüber den bisherigen Versammlungen nach zwei Richttungen einige Aenderungen erfahren wird. Erstens sind, um einer im Laufe der Jahre eingetretenen zu weit gehenden Zersplitterung der wissenschaftlichen Interessen der Versammlung durch Vereinigung nahestehender Abtheilungen entgegenzuwirken, statt der bisherigen 38 nur noch 27 Abtheilungen in Aussicht genommen sind und zwar für die medizinische Hauptgruppe 16: 1. Anatomie, Histologie, Embryologie und Physiologie, 2. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, 3. Innere Medizin, Pharmakologie, Balneologie und Hydrotherapie, 4. Chirurgie, 5. Geburtshülfe und Gynäkologie, 6. Kinderheilkunde, 7. Neurologie und Psychiatrie, 8. Augenheilkunde, 9. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, 10. Dermatologie und Syphilidologie, 11. Zahnheilkunde, 12. Militär-Sanitätswesen, 13. Gerichtliche Medizin einschliesslich Unfallheilkunde, 14. Hygiene einschl. Bakteriologie und Tropenhygiene, 15. Thierheilkunde, 16. Pharmazie und Pharmakognosie.

Zweitens sollen nicht nur, wie dies schon seit einigen Jahren geschehen

ist, Themata von umfassenderem Interesse in gemeinsamen Sitzungen mehrerer oder aller Abtheilungen einer Hauptgruppe behandelt werden, sondern es sollen auch — abgesehen von den beiden unverändert beibehaltenen allgemeinen Sitzungen bei Beginn und Schluss der Versammlung — Verhandlungen über Fragen von allgemeiner Wichtigkeit, für welche bei allen Theilnehmern an den Jahresversammlungen Interesse vorausgesetzt werden darf, in Aussicht genommen werden. Demgemäss ist für den Mittwoch der Versammlungswoche eine Gesammtsitzung beider Hauptgruppen angesetzt worden, in welcher für dieses erste Jahr ein naturwissenschaftliches Thema, nämlich die moderne Entwickelung der Atomistik, wie sie in der Lehre von den Jonen, Gas-Jonen und Elektronen enthalten ist, von mehreren Referenten dargelegt und zur Erörterung gestellt werden soll. Die Vorstände der einzelnen Abtheilungen werden gebeten, während dieser Gesammtsitzung keine besonderen Abtheilungssitzungen halten zu wollen.

In ähnlicher Weise sind auch für jede der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen für den Donnerstag vorgesehen; in der medizinischen Hauptgruppe soll die Lehre von den Schutzstoffen des Blutes, in der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe der gegenwärtige Stand der Deszendenzlehre behandelt werden. Auch hierfür sind bereits bestimmte Referenten gewonnen worden.

Die einzelnen Abtheilungsvorstände haben ebenfalls bereits ihre Einladungen erlassen, in denen gebeten wird, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — wenn möglich bis zum 15. Mai, anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr kann dafür aber nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammangehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung massgebend.

Etwaige Wünsche für in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen zu behandelnden wissenschaftlichen Fragen von allgemeinem Interesse, sind ebenfalls bis zu jenem Zeitpunkt mitzutheilen.

Die Anmeldungen haben in der Abtheilung für Hygiene einschliesslich Bakteriologie und Tropenhygiene an den Prof. Dr. Dunbar, Direktor des hygienischen Instituts, in der Abtheilung für Gerichtliche Medizin an Physikus Dr. Wahncau (Schwanenwick Nr. 24) zu erfolgen.

Hämatogen ist nach einem Urtheil des Oberlandesgerichts (Strafsenats) zu Breslau vom 26. März d. J. als ein zusammengesetztes, dem freien Verkehr nicht überlassenes Heilmittel anzusehen, da es sich sowohl seiner objektiven Beschaffenheit nach, als seinem Zwecke nach als ein „Heilmittel“ charakterisirt, das nach der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 nur in Apotheken feilgehalten werden darf.

H. Dr. Th. Weyl- Charlottenburg theilt uns mit, dass die Petition für Verbrennung der Pestleichen zur Unterzeichnung für Aerzte bis Ende April bei den medizinischen Buchhandlungen Berlins und bei ihm selbst (Charlottenburg, Carmerstrasse 5) ausliegt.

Pest. In Indien hat die Seuche im Februar und März an Ausbreitung erheblich zugenommen; denn in den drei Wochen vom 16. Februar bis 9. März sind nicht weniger als 6809, 6999 und 7874 Personen der Pest erlegen. In der Präsidentschaft Bombay sind in den fünf Wochen vom 9. Februar bis 15. März: 1931, 1948, 2399, 2431 und 2868 Pesterkrankungen und 1490, 1527, 2112, 2139 und 2315 Pesttodesfälle amtlich gemeldet; in der Stadt Bombay: während der gleichen Zeit: 1019 (867), 1096 (934), 1216 (1242), 1350 (1256), 1309 1209); in der Stadt Karachi vom 22. Februar bis 15. März: 56 (35), 46 (36), 74 (52), 147 (113); also überall eine erhebliche Zunahme.

Auf der Insel Réunion sind seit dem 5. März keine neuen Erkrankungen an Pest mehr vorgekommen und dieselbe daher für seuchenfrei erklärt, ebenso

wie Rio de Janeiro (Brasilien), wo die Seuche seit dem 18. Februar erloschen ist.

Dagegen hat sich die Pest im Kapland, insbesondere in Kapstadt selbst immer mehr ausgebreitet; die Zahl der Erkrankungen betrug bis zum 20. April 486, die der Todesfälle 185. Es scheint, als ob die Ausbreitung der Krankheit sowohl durch schlechte hygienische Verhältnisse, als auch durch zu spätes und mangelhaftes Eingreifen der Behörden begünstigt ist. Das „British Medical Journal" schreibt in dieser Hinsicht:

„Erst jetzt sind die Kreise der obersten Regierung in England darüber aufgeklärt worden, wie es mit der Gesundheitspflege in der südafrikanischen Hauptstadt, und besonders mit dortigen Wohnungsverhältnissen bestellt ist; sie haben daraus die Ueberzeugung gewonnen, dass es ganz unerlässlich ist, die Behörden von Kapstadt unter eine scharfe Aufsicht zu stellen. Die Pest hat ihren Einzug in Kapstadt gehalten und ist von dort in verschiedene Feldlager des britischen Heeres übergegangen. Dass es dazu hat kommen können, kann nur durch die unglaubliche Verlotterung der Zustände in Kapstadt erklärt werden. Wie die niedrigen Klassen der Eingeborenen in den südafrikanischen Städten wohnen, davon scheint man kaum einen Begriff gehabt zu haben, oder man hat sich wenigstens nicht weiter darum gekümmert. Erst eine Epidemie lehrt dann den wahren Stand der Dinge kennen, und jetzt wird man allerdings den überfüllten, elenden und schmutzigen Höhlen der Eingeborenen in Kapstadt Aufmerksamkeit schenken. Die älteren Theile der Stadt haben breite Strassen mit geräumigen Häusern, die von den holländischen Ansiedlern erbaut worden sind. Daneben liegen die Züge der erst kürzlich errichteten Hütten der Eingeborenen mit schlecht gepflasterten, unsagbar schmutzigen, von widerlichen Gerüchen verpesteten Strassen, ohne genügende Entwässerung, eng und sonnenlos, und elend wie das Bild der Häuser, ist das Leben ihrer hungernden Bewohner. . . . Vertreter von allen Nationen drängen sich in dieser kosmopolitischen Stadt zusammen, ausser den Europäer finden sich Inder, Malayen und Chinesen, und dazu kommen die Eingeborenen Zulus, Kaffern und Fingos, die vom Lande her nach der Stadt kommen, um in den Docks, an den Eisenbahnen oder in anderen öffentlichen Werkstätten zu arbeiten und dann nach einem möglichst kärglichen Leben der daheim gelassenen Familie ein Ersparniss mitzubringen. Diese Sorte von Arbeitern nimmt den Armen und Aermsten der in Kapstadt selbst ansässigen Arbeiter noch das Nothwendigste zum Lebensbedarf. Sie schlafen zu 30—40 Männern in kleinen Hütten von je 3 Kammern. Was das Schlimmste ist, diese Hütten liegen nicht in einem besonderen Viertel zusammen, sondern häufig rings um die besseren Häuser der Europäer herum, zu denen auch eine gewisse Beziehung besteht. . . . Die jetzt in Kapstadt eingezogene Pest ist nur die natürliche Folge einer fortgesetzten Vernachlässigung und Umgebung aller, selbst der einfachsten Regeln der Gesundheitspflege."

Notiz für die Abonnenten der Zeitschrift. Da die Veröffentlichung der Dienstanweisung für die preussischen Kreisärzte erst soeben erfolgt ist und sich ein vollständiger Abdruck bei dem grossen Umfange nicht so schnell bewerkstelligen liess, wird die Beilage der Zeitschrift zu den Nummern 7, 8 und 9 vereinigt werden und mit Nummer 9 zur Ausgabe gelangen.

Der heutigen Nummer ist als Sonderbeilage ein genaues Verzeichniss der Medizinalbehörden im Deutschen Reich und im Königreich Preussen unter Berücksichtigung der in diesem Jahre, insbesondere am 1. April eingetretenen Personalveränderungen, für deren Mittheilung die Redaktion den Herren Regierungs- und Medizinalräthen ihren verbindlichsten Dank ausspricht, beigefügt.

Die Mitglieder des preuss. Medizinalbeamtenvereins sowie die sonstigen Abonnenten werden dringend gebeten, etwaige Adressenveränderungen, falls sie nicht schon bei der Absendung dieser Nummer berücksichtigt sind, der Redaktion (nicht der Verlagsbuchhandlung) umgehend mitzutheilen. Bei grösseren Städten ist stets die Wohnung anzugeben; denn trotzdem, dass es in mancher grösseren Stadt nur einen Kreisarzt oder einen Regierungs- und Medizinalrath giebt, sind in jüngster Zeit wiederholt die Zusendungen als „unbestellbar" wegen Mangels einer genaueren Adresse zurückgekommen. Die Redaktion.

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

14. Jahrg. 1901.

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 Annocenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 9. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 1. Mai.

Die Ausführung des preussischen Kreisarztgesetzes, insbesondere die Dienstanweisung der Kreisärzte und die sich daraus ergebende Stellung und Thätigkeit derselben.

Vom Herausgeber.

In Nr. 6 der Zeitschrift haben wir uns eine Besprechung der Ergebnisse der Verhandlungen des Abgeordnetenhauses über die Ausführung des Kreisarztgesetzes bis zum Erlass der Dienstanweisung vorbehalten; diese liegt nunmehr vor, auch ist inzwischen das Gesetz (am 1. April d. J.) in Kraft getreten, eine neue Prüfungsordnung für die Kreisärzte und eine Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommissionen erlassen, so dass sich jetzt wohl ein Urtheil über die ganze Ausführung des Gesetzes und die sich daraus ergebende künftige amtliche Stellung und Thätigkeit des Kreisarztes bilden lässt.

Unsere Besprechung über die im Etat vorgesehene Durchführung des Kreisarztgesetzes (s. Nr. 2 der Zeitschrift, S. 70) schlossen wir seiner Zeit mit dem Wunsche, dass bei den Verhandlungen im Abgeordnetenhause nachstehende Punkte Berücksichtigung finden möchten: Erhöhung des durchschnittlichen Gehaltes, Gehaltsregulirung nach Altersstufen, sowie Gewährung von Wohnungsgeldzuschuss für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und besonderen Gerichtsärzte; Anrechnung der bisherigen Dienstzeit der im Amte befindlichen Medizinalpersonen bei Bemessung des Anfangsgehaltes; Festsetzung der pensionsfähigen Dienstzeit vom Bestehen der amtsärztlichen Prüfung ab; Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach Massgabe des pensionsfähigen Diensteinkommens eines vollbesoldeten Kreisarztes von gleichem Dienst-

JAN 22

alter; Erhöhung der Amtsunkosten-Entschädigung, sowie des in den Etat eingestellten Betrages für Anschaffung von Apparaten u. s. w.; Berücksichtigung begründeter Gesuche der im Amte befindlichen Medizinalbeamten um Stellung auf Wartegeld statt Versetzung in eine andere Stelle; Bemessung des Wartegeldes für die zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten unter Anrechnung der Hälfte aller amtsärztlichen Gebühren, auch der gerichtsärztlichen, sowie Bewilligung der erforderlichen Mittel für kreisärztliche Fortbildungskurse.

Der Wunschzettel war zwar ein ziemlich langer, dass er aber nicht unberechtigt war, zeigte, dass die Abänderungswünsche fast ausnahmslos in den zahlreichen Besprechungen der Fach- und Tagespresse — ohne Unterschied des politischen Parteistandpunktes der betreffenden Tagesblätter —, sowie in den Verhandlungen des Abgeordnetenhauses als durchaus berechtigt anerkannt wurden und ihre Erfüllung sowohl im Interesse der betheiligten Beamten, als im öffentlichen Interesse warm befürwortet wurde. Auch unter den betheiligten Beamten herrschte volle Uebereinstimmung in Bezug auf jene Wünche, wenigstens sind uns nur zustimmende, aber keine abweichenden Ansichten in dieser Hinsicht bekannt geworden. Unter diesen Umständen dürfte somit die Schlussfolgerung zutreffend sein, dass die Berücksichtigung der in Rede stehenden Punkte die Ausführung des Kreisarztgesetzes nicht nur die Medizinalbeamten befriedigt, sondern vor Allem auch der ganzen künftigen Entwickelung unseres öffentlichen Gesundheitswesens zum Vortheil gereicht haben würde.

Wie stellt sich nun das Schlussergebniss? Der pessimistisch angehauchte Medizinalbeamte wird dies vielleicht recht gering schätzen und mit dem Erreichten wenig zufrieden sein; es ist ja überhaupt auffallend, dass der grosse Fortschritt, den das Kreisarztgesetz sowohl in Bezug auf das öffentliche Gesundheitswesen, als in Bezug auf die amtliche Stellung und Thätigkeit der Medizinalbeamten bedeutet, namentlich Fachkreisen nicht genügend anerkannt wird. Die Ursache davon dürfte einerseits darin liegen, dass viele eine weitgehendere Reform für nothwendig erachtet haben und es vorziehen, lieber Alles beim Alten zu lassen, als mit etwas Unvollkommenem, mit Stückwerk zu beginnen. Anderseits drängen sich bei jeder Reform erfahrungsgemäss gerade Anfangs die damit verbundenen Härten in den Vordergrund; dass sich aber solche bei dem Kreisarztgesetz und dessen Durchführung in erheblichem Masse geltend gemacht haben und noch geltend machen, wer könnte das leugnen. Man sieht eben nur die Schattenseiten und übersieht die Lichtseiten, die zweifellos jene ganz bedeutend überwiegen und hoffentlich immer mehr Anerkennung finden werden. Zu diesen Lichtseiten rechnen wir auch das warme Interesse und grosse Verständniss, was sich gerade bei den diesjährigen Verhandlungen des Abgeordnetenhauses und zwar sowohl bei den Vorberathungen in der Budgetkommission, als bei den Verhandlungen im Plenum für die Förderung und Entwickelung unseres Medizinalwesens, wie für die Stellung und die Aufgaben

der Medizinalbeamten kundgethan hat; die Abgeordneten aller politischen Parteien waren nicht nur von der Wichtigkeit des Kreisarztgesetzes für das Allgemeinwohl durchdrungen, sondern auch in jeder Weise bemüht, den Wünschen der Medizinalbeamten Rechnung zu tragen und diese dadurch möglichst zufrieden zu stellen. Der Erfolg dieser Bemühungen ist auch Dank dem entgegenkommenden Verhalten der Staatsregierung nicht ausgeblieben; das letztere hätten wir allerdings noch weitgehender gewünscht; namentlich in Bezug auf drei Punkte: die Gehaltsregelung nach Altersstufen, die Gewährung von Wohnungsgeldzuschuss und eine günstigere Regelung der Pensionirung für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte.

Der erfreulichste Erfolg ist jedenfalls die Erhöhung des durchschnittlichen Gehalts der nicht vollbesoldeten Kreisärzte von 2250 auf 2700 Mark, sowie die Festlegung des Mindestgehaltes auf 1800 Mark; ausserdem soll künftighin der Höchstgehalt (4200 Mark) nicht mehr auf dem Papiere stehen, sondern thatsächlich gewährt werden. Nach den Berathungen im Abgeordnetenhause wird sowohl von Seiten der Staatsregierung, als von Seiten vieler Abgeordneten dieses Durchschnittsgehalt für ausreichend erachtet; denn der Berichterstatter, Abg. v. Loebell, hebt in seinem sehr ausführlichen und sachgemässem Referate in der Schlusssitzung vom 16. März d. J. ausdrücklich hervor, dass das betreffende Gehalt „völlig auskömmlich sei, wenn man berücksichtige, dass der Kreisarzt daneben noch Privatpraxis treiben dürfe.“ Er nimmt aber als Voraussetzung an, dass die amtsärztlichen Gebühren des Kreisarztes durchschnittlich 2000 Mark betragen, eine Voraussetzung, die unseres Erachtens keineswegs zutrifft. Würde dies der Fall sein, dann könnte man wohl das Durchschnittsgehalt als angemessen erachten; die Zukunft wird jedoch lehren, dass die Einnahmen der Kreisärzte aus amtsärztlichen Gebühren weit überschätzt werden. Erweist sich aber jene Voraussetzung als unzutreffend, so wird man auch etwaigen weiteren Bestrebungen auf Erhöhung der jetzt festgesetzten Gehälter nicht als unberechtigt entgegentreten können, insbesondere wenn sich diese Bestrebungen nicht auf eine Erhöhung des Durchschnittsgehaltes, sondern auf eine Regelung des Gehaltes nach Altersstufen innerhalb der in den Etat eingestellten Mittel richten. Eine solche Regelung, die einen der hauptsächlichsten Wünsche der Medizinalbeamten bildet, ist auch bereits im Abgeordnetenhause von verschiedenen Abgeordneten als berechtigt anerkannt; sie scheint sogar immer mehr Freunde unter den Abgeordneten gefunden zu haben, denn in der Schlusssitzung führte der Vertreter des Zentrums, Abg. Schmitz, aus:

„Ich muss gestehen, je mehr ich mir den Vorschlag des Abg. Martens, ein Einkommen mit Dienstalterszulagen zu schaffen, überlegt habe, um so mehr scheint mir derselbe am Platze zu sein. Es ist doch Thatsache, dass für unsere minder wohlhabenden Gegenden, wo die Wirksamkeit des Kreisarztes nur mit einem bescheidenen Einkommen gelohnt werden kann, der Kreisarzt für die Bevölkerung zu einer besonderen Wohlthat werden kann. Tüchtige Kreisärzte

werden nur dann dorthin kommen, wenn die Gehaltsverhältnisse einigermassen leidlich sind. Hat der betreffende Arzt zu gewärtigen, dass er in 9 bezw. 12 Jahren ein gewisses Gehaltsmaximum erreicht, so erleichtert ihm das den Entschluss, an dieser Stelle auszuharren. Wir erhöhen dadurch die Aussichten für Sesshaftigkeit des Arztes. Auch für die betheiligte Bevölkerung würde das einen bedeutenden Gewinn bedeuten. Feste und steigende Gehaltssätze lassen sich selbst mit den gegebenen Mitteln schaffen."

Für weit nothwendiger halten wir aber die Gehaltsregelung nach Altersstufen, damit nicht, wie der Abg. Martens sehr richtig ausführte, derjenige, der die allergeringste amtliche Thätigkeit hat, und vielleicht Gefahr läuft, Maulaffen feilzuhalten, ein höheres Gehalt erhält als derjenige, der eine sehr umfassende Thätigkeit hat, die allerdings mehr Gebühren einbringt, aber auch mit ausserordentlich viel unentgeltlich zu verrichtenden amtlichen Geschäften verbunden ist und ihm absolut keine Zeit übrig lässt, irgend welche Nebenbeschäftigungen zu treiben. Wir halten auch die von verschiedenen Seiten gegen die Individualisirung des Gehaltes lautgewordenen Bedenken in Bezug auf die der Staatsregierung dadurch eingeräumten diskretionäre Befugniss für durchaus gerechtfertigt. Vor allem fordert aber die Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte die Gehaltsregelung nach Altersstufen; denn sonst kann es sich eben ereignen, dass ein abgearbeiteter und früher stark beschäftigter Kreisarzt, der in den letzten Jahren nicht mehr leistungsfähig gewesen ist und in Folge dessen auch erhebliche Einbusse in seinen amtsärztlichen und sonstigen Nebeneinnahmen erlitten hat, eine Pension erhält, die ihm in seinem Alter nicht einmal das Nothwendigste zu seinem Lebensunterhalt gewährt. Das Abgeordnetenhaus hat selbst erklärt, dass es die jetzige Ausführung des Kreisarztgesetzes als eine vorläufige betrachtet, und sich eine endgültige Entscheidung bis zur Vorlage einer umfassenden Denkschrift darüber vorbehält; desgleichen hat die Staatsregierung sich zur Vorlage einer solchen zu dem nächstjährigen Staatshaushaltsetat bereit erklärt; hoffentlich haben sich bis dahin die Ansichten so zu Gunsten der Gehaltsregelung nach Altersstufen geklärt, dass deren Durchführung innerhalb der zu Gebote stehenden Mittel nichts entgegensteht. Die Vortheile, die das Individualisirungssystem in Bezug auf die grössere Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse, der amtsärztlichen Gebühren und sonstigen Nebeneinnahmen bieten soll, sind nur augenblickliche und scheinbare, die gar nicht im Vergleich zu den grossen, vorher erwähnten Nachtheilen stehen. Wenn diese Individualisirung des Gehaltes auch bei anderen Beamtenkategorien eingeführt ist, so gehört dies doch zu den grössten Ausnahmen; es ist aber bedenklich, Ausnahmen als Muster zu nehmen, weil dann nur zu leicht die Gefahr vorliegt, dass sich die betreffenden Beamten benachtheiligt und zurückgesetzt fühlen.

Die Erhöhung des Durchschnittsgehaltes soll nun gleichsam einen Ersatz für die vom Abgeordnetenhause geforderte Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses bilden, deren Ablehnung von der Königl. Staatsregierung damit begründet wurde, dass der nicht vollbesoldete Kreisarzt auch künftighin nicht voll, sondern nur

„nebenbei“ beschäftigt sei und demgemäss keinen Anspruch auf Wohnungsgeldzuschuss habe; ausserdem werde die Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses auf Kosten der bedürftigen Stellen und der bedürftigen Kreise erfolgen, und die in den grösseren Städten angestellten Kreisärzte mit hohen Gebühreneinnahmen bevorzugt werden. Das Bedenken einer Begünstigung der Kreisärzte in den grossen Städten wird aber sofort hinfällig, wenn diese Stellungen, wie sich solches in Zukunft als unausbleiblich erweisen wird, in vollbesoldete umgewandelt werden. Der Schwerpunkt bei der Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses liegt aber keineswegs in dem finanziellen Effekt, sondern wie von den Abgg. Winckler, v. Loebell und Dr. Martens in zutreffender Weise ausgeführt ist, in dem dadurch bestimmt zum Ausdruck gebrachten Grundsatz „dass auch die nicht vollbesoldeten Kreisärzte ihre dienstliche Thätigkeit nicht nebenbei, sondern im Hauptamte ausüben sollen und die ihnen gestattete ärztliche Privatpraxis nicht wie bisher Haupt-, sondern Nebensache sein soll. Die Kreisärzte sollen jeden Augenblick des Winkes der Verwaltungsbehörden gegenwärtig sein und sich nicht damit entschuldigen können, dass sie Kranke zu besuchen haben, wenn sie zu dienstlichen Funktionen herangezogen werden.“ Gerade dies ist der Zweck der ganzen Reform, die sonst lediglich eine finanzielle Aufbesserung der Beamten, aber nicht der Anfang der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege unbedingt nothwendigen Umgestaltung unseres Medizinalwesens bedeuten würde. Von einer nebenamtlichen Thätigkeit der Kreisärzte kann aber überhaupt nicht mehr die Rede sein; man braucht nur einen Blick in die jetzt vorliegende Dienstanweisung zu werfen, um sofort davon überseugt zu werden, dass künftighin auch bei dem nicht vollbesolldeten Kreisarzt erst seine amtlichen Obliegenheiten kommen und dann die Privatpraxis; heisst es doch im §. 27, Nr. 1 Abs. 2 ausdrücklich: „seine amtliche Thätigkeit darf unter der Privatpraxis nicht leiden, der Regierungspräsident ist sogar befugt, eine Einschränkung der letzteren zu fordern“; also genau dieselbe Vorschrift, wie für den vollbesoldeten und im Hauptamte angestellten Regierungs- und Medizinalrath. Thatsächlich wird auch einem gewissenhaften Kreisarzt, wenn er allen ihm nach der Dienstanweisung obliegenden Pflichten gerecht werden will, gar nicht viel Zeit zu anderen Sachen übrig bleiben; er wird sich von dem vollbesoldeten Kreisarzte überhaupt nur dadurch unterscheiden, dass die von ihm eingenommenen amtsärztlichen Gebühren als Theil seiner Besoldung angerechnet werden, während sie jener in die Staatskasse abzuführen hat. Bei beiden bildet eben die amtliche Thätigkeit das Hauptamt, und deshalb ist es nur billig, auch in Bezug auf die Gewährung des Wohnungsgeldzuschusses keinen Unterschied zu machen. Obwohl das Beamtenpflichtgefühl der Medizinalbeamten ein so grosses ist, dass sie durch die Gewährung oder Nichtgewährung des Wohnungsgeldzuschusses keine Rückschlüsse auf ihre Amtspflichten ziehen werden, so muss man den Abgg. v. Loebell und Dr. Martens darin beistimmen, dass die Gewährung desselben unbedingt dazu bei-

tragen wird, in den Kreisärzten das Beamtenbewusstsein und Beamtenpflichtgefühl zu heben und rege zu halten. Allerdings macht sie nicht diese Gewährung zum „vollen“ Staatsbeamten, sondern die ihnen nach dem Gesetz und nach ihrer Dienstanweisung obliegenden amtlichen Aufgaben; diese sind aber derartig, dass sie nicht mehr wie bisher zu $^7/_8$ mit Privatpraxis und zu $^1/_8$ mit amtlicher Thätigkeit beschäftigt sind, sondern sich das Verhältniss selbst in kleineren Kreisen gerade umgekehrt stellen wird, was man im öffentlichen gesundheitlichen Interesse nur mit Freuden begrüssen kann. Mit Recht sagt der Geh. Med.-Rath Dr. Kirchner als Ministerialkommissar: „Von den Kreisärzten hoffen und verlangen wir, dass sie den grössten Theil ihrer Zeit und Arbeitskraft dem Staate zur Verfügung stellen sollen“; diesem Verlangen gegenüber müssen aber auch die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden!

Der Abg. v. Loebell dürfte daher Recht haben, wenn er meint, dass die Frage des Wohnungsgeldzuschusses nicht von der Tagesordnung verschwindeu wird; ein Gleiches dürfte aber auch betreffs der Pensionirungsfrage gelten. So befriedigend wie die Anrechnung der bisherigen Dienstzeit bei den als vollbesoldeten Kreisärzten oder Medizinalinspektoren oder Regierungs- und Medizinalräthen angestellten Medizinalbeamten geregelt ist, so wenig ist den auf die Festsetzung der pensionsfähigen Dienstzeit aller Kreisärzte und auf die Pensionirung der nicht vollbesoldeten gerichteten Wünschen Rechnung getragen; beide Punkte sind aber sowohl für die betreffenden Beamten, als für die im öffentlichen Interesse dringend wünschenswerthe, rechtzeitige Verjüngung des betreffenden Beamtenstandes von grösster Bedeutung. Nach §. 3, Nr. 4 des Kreisarztgesetzes, der mit Recht für die Anstellung eine fünfjährige selbstständige praktische Thätigkeit als Arzt nach erhaltener Approbation vorschreibt, ist gar nicht daran zu denken, dass Jemand vor dem 30. Lebensjahre als Kreisarzt oder Kreisassistenzarzt angestellt wird; im Gegentheil, es wird dies erst in viel höherem Lebensalter der Fall sein, so dass ein Medizinalbeamter weit über 70 Jahre alt werden muss, um die gesetzlich höchste Pension erhalten zu können. Bei allen anderen Beamten ist nun die Möglichkeit eines viel früheren Anfangstermins für das pensionsfähige Dienstalter dadurch gegeben, dass ihre Vereidigung schon bei Beginn oder während des Vorbereitungsdienstes erfolgt. Ein solcher ist für die Kreisärzte leider auch in der neuen Prüfungsordnung nicht vorgesehen; um so mehr sollte darauf Bedacht genommen werden, dass ihnen bei ihrer Anstellung ein Theil der Vorbereitungszeit für ihre Stellung gemäss §. 14. Nr. 4 des Pensionsgesetzes als pensionsfähige Dienstzeit angerechnet wird, wie wir das schon früher betont haben. Nicht minder wichtig ist aber eine anderweite Regulirung der Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte, besonders wenn, was wir zwar nicht hoffen, an der jetzigen Individualisirung der Gehälter festgehalten wird. Allerdings hat nach dem Berichterstatter, Abg. Winckler, die Staatsregierung

die für die betheiligten Beamten äusserst bedeutungsvolle Erklärung abgegeben, dass bei Bemessung des Gehaltes alle Nebeneinnahmen, die mit dem Amt in keiner unmittelbaren Beziehung stehen, ausser Betracht bleiben und nur die amtsärztlichen Gebühren in Anrechnung kommen sollen, aber, selbst wenn daran strikte festgehalten wird, so unterliegt es doch keinem Zweifel, dass jene Gebühreneinnahmen, wie wir dies schon vorher erwähnt haben, bei einem älteren Kreisarzte abnehmen werden und und sich demgemäss auch die Pension erniedrigen wird, da nach §. 28, Abs. 2 der Dienstanweisung nur der Durchschnitt der Gebühren aus den letzten drei Jahren bei Berechnung des pensionsfähigen Einkommens mit in Anrechnung gebracht werden darf. Wir können daher nur wiederholen, dass es gerade im öffentlichen Interesse dringend angezeigt ist, bei der Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte das Gehalt der vollbesoldeten mit gleichem Dienstalter zu Grunde zu legen, damit die Beamten in ihrem Ruhestand nicht wie bisher mit Nahrungssorgen zu kämpfen haben oder womöglich mit Rücksicht hierauf ihre Pensionirung zu lange hinausgeschoben wird.

Auch der Wunsch betreffs Erhöhung der Amtsunkosten-Entschädigung, sowie des Betrages zu Entschädigungen für die Anschaffung von Apparaten ist unerfüllt geblieben, obwohl im Abgeordnetenhause und auch vom Regierungstische seine Berechtigung anerkannt wurde. Man sagte sich aber allgemein und wohl nicht mit Unrecht, dass sich darüber zur Zeit noch gar kein Urtheil bilden und sich die etwa erforderliche Erhöhung im nächsten Jahre sehr leicht durch den Etat bewirken lasse. Den Medizinalbeamten können wir nur daher dringend empfehlen, über ihre Auslagen für Kopialien, Anschaffungen für die Registratur u. s. w. genau Buch zu führen, um jeder Zeit über die entstandenen Amtsunkosten bestimmten Aufschluss geben zu können. Vor allem liegt es aber in ihrem Interesse, wie in demjenigen einer prompten Geschäftsführung, dass sie sich eine geeignete Persönlichkeit zum Abschreiben, Journalführen, Aktenheften u. s. w. engagiren, ohne Rücksicht darauf, ob z. Z. die Amtsunkosten-Entschädigung ausreicht oder nicht; denn sonst wird eben eine massgebende Unterlage für deren spätere Berechnung fehlen.

Betreffs der Berücksichtigung begründeter Gesuche der bisherigen Medizinalbeamten um Stellung und Belassung auf Wartegeld statt Versetzung in eine andere Stelle hat der Herr Minister Berücksichtigung zugesagt; die Frage der Anrechnung der gerichtsärztlichen Gebühren bei der Berechnung des Wartegeldes ist gar nicht weiter zur Erörterung gekommen, dagegen der Staatsregierung die Petition des Kollegen Dr. Heilmann in Krefeld um Gewährung eines Wartegeldes von mindestens 2000 Mark an die ausscheidenden Kreisphysiker zur Erwägung überwiesen. Ob diese Petition Berücksichtigung finden wird, steht dahin; wir glauben aber, dass sich die bei den Wartegeldern anzurechnende Entschädigung für amtsärztliche Gebühren wesentlich niedriger stellen wird, als dies

von der Staatsregierung angenommen ist; vielleicht wird diese dann weit eher zu einer Anrechnung der gerichtsärztlichen Gebühren und zu einer Berücksichtigung der Heilmann'schen Petition bereit sein.

Sehr entgegenkommend lautete endlich die Antwort der Staatsregierung in Bezug auf die Fortbildungskurse für Medizinalbeamte; die in dieser Hinsicht von dem Abgeordnetenhause einstimmig angenommene Resolution, in der die Einrichtung derartiger, auf Hygiene, gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Medizinalverwaltung sich erstreckender Kurse gefordert wird, dürfte schon im nächsten Jahre Berücksichtigung finden.

Sind somit auch von den vorher erwähnten Wünschen verschiedene unerfüllt geblieben, so soll uns dies doch nicht abhalten, den grossen Werth des Erreichten zu unterschätzen. Wir werden diesen Werth aber um so höher schätzen lernen, je mehr wir uns die bisherige nach allen Richtungen hin unzulängliche Stellung der Kreisphysiker in's Gedächtniss zurückrufen. Der Unterschied ist doch ein ganz ausserordentlicher! Der Abg. von Loebell hat ganz Recht, wenn er von den Kreisärzten sagt, „es ist ein völlig neuer, von dem bisherigen Physikat wesentlich verschiedener Stand", und zwar nicht nur in Bezug auf seine Pflichten, sondern auch in Bezug auf seine Rechte und Emolumente.

Und vergegenwärtigen wir uns die in dieser Hinsicht von uns in den Jahren 1886, 1893 und 1897 gestellten Forderungen, so können wir doch nicht leugnen, dass dieselben grösstentheils erfüllt sind. Von jeher ist von uns der Standpunkt vertreten, dass die Umgestaltung des Physikats die dringlichste Seite der Medizinalreform sei; um so mehr muss es uns mit Genugthuung erfüllen, dass thatsächlich auch mit dieser Umgestaltung begonnen und damit der erste und wichtigste Schritt zu weiteren Reformen gethan ist, die nicht ausbleiben können. Von jeher ist weiter von uns die Anstellung nur eines Gesundheitsbeamten für ausreichend erachtet; auch diesem Gesichtspunkte ist Rechnung getragen. Vor Allem aber ist voll berücksichtigt, die hauptsächlichste, schon im Jahre 1886 in Bezug auf die amtliche Stellung und Thätigkeit der Kreisgesundheitsbeamten gestellte Forderung, wonach diese Beamten

> „mit dem Rechte und der Pflicht der Initiative ausgestattet und verpflichtet sein sollen, ihren Bezirk gründlich zu bereisen, sich durch steten Verkehr mit den einzelnen Behörden und Aerzten genaue Kenntniss über alle das Sanitätswesen desselben betreffenden Verhältnisse zu verschaffen und etwa vorgefundene sanitäre Uebelstände bezw. Uebertretungen gesetzlicher Bestimmungen bei den zuständigen Behörden zur Anzeige zu bringen. Auch soll ihnen der Eintritt zu allen denjenigen Räumlichkeiten, wie gewerblichen Anlagen, Schulen, Krankenhäusern u. s. w., deren Besichtigung und Untersuchung im öffentlichen sanitären Interesse geboten erscheint, zustehen und ihnen eine Mitwirkung bei Konzessionirung gewerblicher Anlagen gesichert sein. In dringenden Fällen, z. B. beim Auftreten ansteckender Krankheiten, sollen sie vorläufige Anordnungen treffen, die jedoch der zuständigen Behörde sofort behufs nachträglicher Genehmigung mitzutheilen sind."

Fünfzehn Jahre haben allerdings erst vergehen müssen, ehe dieses Ziel erreicht ist; sie haben den Medizinalbeamten aber auch

die Erfüllung ihres Wunsches in Bezug auf Erhöhung des Gehaltes, auf Pensionsgewährung, auf Gewährung von Amtsunkosten-Entschädigung gebracht; und wenn auch nach dieser Richtung hin vorläufig noch Manches zu wünschen übrig bleibt, so soll man sich doch dadurch nicht die Freude am Ganzen trüben lassen. Das jetzt Erreichte stellt ein günstiges Prognostikon für die Zukunft, das sich um so mehr als richtig erweisen wird, wenn die Medizinalbeamten ebenso wie bisher stets in erster Linie das Allgemeinwohl und nicht ihr persönliches Interesse im Auge haben. Gerade diesem Umstande haben sie es in erster Linie zuzuschreiben, dass ihre Bestrebungen in allen Kreisen, insbesondere auch in den parlamentarischen Kreisen bereitwillige und wirksame Unterstützung gefunden haben. Soweit es an den Medizinalbeamten liegt, werden sie sicherlich durch die grösste Pflichttreue die Hoffnungen rechtfertigen, die in Bezug auf ihre Thätigkeit an das jetzt in Kraft getretene Kreisarztgesetz geknüpft sind; desgleichen werden sie, soweit es in ihren Kräften steht, dazu beitragen, dass das Gesetz der Bevölkerung zum grossen Segen gereichen wird. Und dazu wird ihnen ihre künftige, wesentlich erweiterte Thätigkeit reichlich Gelegenheit geben!

Wer die jetzt erlassene **Dienstanweisung** für die Kreisärzte aufmerksam durchstudirt, wird sich zweifellos sagen, dass diese nicht für einen im Nebenamte, sondern nur für einen im Hauptamte angestellten Kreisarzt gemacht ist, und damit hat er auch thatsächlich den Nagel auf den Kopf getroffen. Die hier dem Kreisarzte übertragenen Obliegenheiten lassen sich selbst in kleineren Kreisen nicht „nebenbei“ erledigen; sie verlangen mehr oder weniger die volle Arbeitskraft eines Mannes; und dass dies der Fall ist, betrachten wir nicht für einen Nachtheil, sondern für einen ausserordentlichen Vorzug der Dienstanweisung, der für die Ausgestaltung der Dienststellung der Kreisärzte nicht ohne günstige Folgen bleiben wird. In zweckmässiger Weise berücksichtigt die Anweisung nicht nur die Dienstobliegenheiten, sondern, ähnlich wie diejenige für die Kreisbauinspektoren, auch die allgemeinen, mit dem Amte verbundenen Rechte und Pflichten der Kreisärzte, ihre Stellung zu den vorgesetzten Dienstbehörden, sowie ihr Verhältniss zu anderen Behörden, Beamten und Privatpersonen. Eine derartige, die amtliche Thätigkeit und Stellung der Kreisärzte nach allen Richtungen hin umfassende Dienstanweisung ist aber ein dringendes Bedürfniss und wiederholt von den betheiligten Beamten als solches bezeichnet worden. Gerade das Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege greift wie kein anderes in fast sämmtliche Verwaltungsgebiete ein; um so mehr bedarf die durch das Gesetz wesentlich erweiterte Thätigkeit der Kreisärzte einer bis in's Einzelne gehende Abgrenzung, damit etwaige Kollisionen mit anderen Behörden oder Beamten vermieden werden. Diesem Gesichtspunkte trägt die Dienstanweisung in jeder Weise Rechnung. Den Bestimmungen des Kreisarztgesetzes gemäss haben einerseits die amtlichen Aufgaben der Kreisärzte eine den heutigen Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechende

Erweiterung erfahren, insbesondere ist der bisherige Grundsatz, wonach das Eingreifen der Medizinalbeamten lediglich von dem Ermessen der zuständigen Ortspolizei- und Verwaltungsbehörden abhängig war, fallen gelassen, anderseits ist aber eine Beeinträchtigung der Befugnisse der Letzteren vermieden und auch dafür Sorge getragen, dass durch die gesteigerte Mitwirkung der Kreisärzte der Geschäftsgang nicht unnöthig erschwert wird. Ueberall tritt in der Dienstanweisung das Bestreben hervor, dem Kreisarzte das Recht und die Pflicht zu übertragen, sich thunlichst auf eigener Anschauung über die gesundheitlichen Verhältnisse seines Amtsbezirkes zu unterrichten und rechtzeitig einzugreifen; damit ist aber der erste und wichtigste Schritt zu seiner erfolgreichen Thätigkeit gethan. Eine solche wird zweifellos durch die vorläufige Dienstanweisung, mit deren Fassung und Inhalt man sich im Allgemeinen nur einverstanden erklären kann, gesichert; dieselbe hat aber noch den weiteren, nicht zu unterschätzenden Vorzug, dass sie die zur Zeit in den einzelnen Regierungsbezirken und Kreisen bestehende Ungleichheit in der Behandlung gesundheitlicher Fragen beseitigt. Ihr Erlass wird daher sicherlich von den Medizinalbeamten mit ungetheilter Freude und grossem Danke begrüsst werden, obwohl, wie wir schon vorher betont haben, der Umfang der ihnen hier übertragenen Obliegenheiten nicht einer nebenamtlichen Stellung entspricht, wie sie die nicht vollbesoldeten Kreisärzte noch haben sollen. Dass dies für die Zukunft aufrecht erhalten werden kann, bezweifeln wir; die Macht der Verhältnisse wird nothwendiger Weise dazu führen, dass jenen Kreisgesundheitsbeamten auch in Bezug auf ihre Emolumente die Rechte eines vollen Staatsbeamten gegeben werden, gerade so, wie ihnen schon jetzt die Dienstobliegenheiten eines solchen übertragen sind; denn diese werden sich späterhin nicht verringern, sondern eher vermehren. Es möge in dieser Hinsicht z. B. nur an die in der heutigen Beilage abgedruckten Erlasse in Bezug auf die Wohnungsfrage erinnert werden.

Das jetzt jedem einzelnen Medizinalbeamten in dankenswerther Weise unentgeltlich zugegangene Dienstexemplar enthält ausser der Dienstanweisung selbst und den dazu gehörigen Formularen auch die hauptsächlichsten Gesetze, Verordnungen u. s. w., auf welche Bezug genommen ist, eine für den praktischen Gebrauch der Anweisung jedenfalls sehr zweckmässige Anordnung. Von mancher Seite wird vielleicht bemängelt werden, dass das Dienstexemplar nicht ebenso wie bei den Kreisbaubeamten eingebunden geliefert ist; wir betrachten dies jedoch nicht als einen Fehler, denn das betreffende Exemplar kann jetzt beim Einbinden noch mit weissem Papier für etwaige Nachträge und Abänderungen u. s. w. durchschossen werden, ein Verfahren, was wir den Kollegen dringend empfehlen.

Auf alle Einzelheiten der Dienstanweisung ausführlich einzugehen müssen wir uns heute versagen, es wird sich dazu voraussichtlich noch öfter Gelegenheit geben. Nur einige, die amt-

liche Stellung, sowie die Obliegenheiten des Kreisarztes im Allgemeinen (Abtheilung I u. II A. — §§. 1—44) betreffende Punkte wollen wir diesmal herausgreifen und hierbei mit der dem Regierungs- und Medizinalrath jetzt ausdrücklich übertragenen Verpflichtung zur Beaufsichtigung der Amts- und Geschäftsführung des Kreisarztes beginnen (§. 10). Dieselbe wird vielleicht von Manchem für überflüssig erachtet oder in ihr sogar eine Herabwürdigung der kreisärztlichen Stellung gesehen werden; wir sind nicht der Ansicht, sondern halten eine derartige Beaufsichtigung, die sich jeder Beamte gefallen lassen muss, für unbedingt nothwendig; und dass diese dem Regierungs- und Medizinalrath übertragen ist, kann den Kreisärzten nur angenehm sein. Dasselbe gilt betreffs der Bestimmung, dass die Einführung eines Kreisarztes in sein Amt durch den Regierungs- und Medizinalrath stattzufinden hat und er durch diesen zu vereidigen ist (§. 6), sowie dass unter dem Vorsitze des Regierungs- und Medizinalraths Konferenzen der Kreisärzte behufs gemeinschaftlicher Berathung über gesundheitliche Fragen stattfinden sollen (§. 44). In dieser Hinsicht soll allerdings noch eine besondere Bestimmung getroffen werden; gleichwohl dürfte nichts entgegenstehen, schon jetzt überall eine derartige Konferenz abzuhalten und in dieser die Dienstanweisung gründlich durchzusprechen, es wird dies deren Durchführung wesentlich erleichtern. Die Kreisärzte sollten hierauf ihrerseits Gelegenheit nehmen, die Landräthe und Ortspolizeibehörden besonders auf diejenigen Bestimmungen der Dienstanweisung aufmerksam zu machen, die für diese Behörden in Betracht kommen, damit sie von denselben in allen durch die jetzigen Bestimmungen vorgeschriebenen Fällen herangezogen und nicht mehr als quantité négligeable betrachtet werden. Die betreffenden Behörden werden dann sehr bald einsehen, dass auch für sie die Dienstanweisung der Kreisärzte unentbehrlich ist, und sich deren Beschaffung zu ihrem dienstlichen Gebrauch angelegen sein lassen. Nicht minder ist es erwünscht, dass die praktischen Aerzte von den sie interessirenden Bestimmungen der Dienstanweisung unterrichtet werden; durch Vorträge in ärztlichen Vereinen wird sich dies am schnellsten und besten erreichen lassen und dadurch gleichzeitig dem §. 23 der Anweisung Rechnung getragen werden.

Wenn es im §. 4, Abs. 2 heisst: „die Titel- und Rangverhältnisse regeln sich nach den hierüber noch zu erlassenden Bestimmungen“, so geht daraus mit Sicherheit hervor, dass nach dieser Richtung hin eine Aenderung im Vergleich zu den bisherigen Vorschriften bevorsteht. Es darf in Folge dessen wohl mit Bestimmtheit angenommen werden, dass demnächst der oft wiederholte Wunsch der Medizinalbeamten, wonach einem Theile derselben nach einer bestimmten Dienstzeit der Rang der Räthe IV. Klasse und der Titel „Medizinalrath“ verliehen werden möchte, in Erfüllung gehen wird.

§. 12 regelt das Verhältniss des Kreisarztes zum

Landrath. Hier hätten wir in Abs. 1 eine Bestimmung gewünscht, dass umgekehrt auch der Landrath dem Kreisarzt in Angelegenheiten des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen hat, wie sich das eigentlich von selbst versteht. Bedenklich finden wir aber die Vorschrift im §. 12, Abs. 2, dass alle Berichte des Kreisarztes an den Regierungspräsidenten oder an eine Abtheilung der Regierung durch die Hand des Landrathes einzureichen sind, während der Landrath seine Berichte nur dem Kreisarzte vor ihrer Absendung zur Kenntniss vorzulegen hat. Unseres Erachtens muss zwischen koordinirten Behörden das gleiche Verfahren beobachtet werden; deshalb sollte auch der Kreisarzt seine Berichte nur dem Landrathe vor ihrer Absendung zur Kenntnissnahme vorlegen, um diesem Gelegenheit zu geben, sich dazu zu äussern. Ausserdem müsste sich diese Bestimmung ebenfalls nur auf Berichte beziehen, welche die gesundheitlichen Angelegenheiten des Kreises betreffen; denn der Kreisarzt hat bekanntlich viele Berichte zu erstatten, die für den Landrath nicht das geringste Interesse haben, z. B. Berichte über rein medizinisch- oder hygienisch-technische Fragen u. s. w.

Sehr zweckmässig sind die im §. 14 gegebenen Vorschriften über das Verhältniss des Kreisarztes zu den Ortspolizeibehörden, insbesondere wird von den Kreisärzten die Bestimmung geschätzt werden, dass die Ortspolizeibehörden verpflichtet sind, seine Vorschläge zur Abstellung von gesundheitlichen Missständen auszuführen, sofern nicht begründete Bedenken entgegenstehen, und ihm über die Entschliessungen auf die Vorschläge und Anregungen Mittheilung zu machen.

Im §. 16 ist am Schluss ausdrücklich bestimmt, dass die Thäthigkeit des Kreisarztes als technischer Beirath des Kreisausschusses und Kreistages eine ehrenamtliche sein soll. Wir halten diese Vorschrift an sich für durchaus gerechtfertigt; nur dürfte eine Einschränkung nach der Richtung hin erforderlich sein, dass von dem Kreisarzt nicht etwa Gutachten verlangt werden können, deren Ausarbeitung ausserordentlich viel Zeit zum Schaden seiner sonstigen Dienstgeschäfte beanspruchen würde.

Für das Verhältniss des Kreisarztes zu den Gesundheitskommissionen (§. 17) kommt auch die unter dem 13. März d. J. erlassene Geschäftsanweisung für diese (s. Beilage, S. 94) in Betracht. In dieser Geschäftsanweisung interessiren besonders die ebenso sachgemässen, als praktischen Bestimmungen über die Aufgaben der Gesundheitskommissionen, die, wenn sie beachtet werden, sicherlich wesentlich zur Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse eines Ortes beitragen werden. Zweckmässig ist auch die Vorschrift in §. 12 dieser Anweisung, dass die Gesundheitskommissionen an den regelmässigen Ortsbesichtigungen des Kreisarztes auf Einladung desselben nach Möglichkeit theilzunehmen haben. Eine solche Theilnahme wird sich aber auch mitunter bei Ortsbesichtigungen empfehlen, die der Kreisarzt in Folge Ausbruchs ansteckender Krankheiten vorzunehmen hat.

Neu ist die im §. 21 den Oberbergämtern eingeräumte Befugniss, in gesundheitlichen Angelegenheiten die Thätigkeit des Kreisarztes in Anspruch zu nehmen, sowie die Anordnung, dass sich dieser mit den Bergrevierbeamten des Kreises über die ihren Wirkungskreis mitberührenden Fragen des Gesundheitswesens in's Benehmen zu setzen hat. Es ist dadurch den Kreisärzten ein ganz neues, aber dankbares Feld ihrer Thätigkeit eröffnet.

Die Bestimmungen des Abschnittes VI über Diensteinkommens- und Pensionsverhältnisse, Ausübung der ärztlichen Privatpraxis und Hinterbliebenenversorgung können wir hier mit Rücksicht auf die vorhergehenden Ausführungen zum Kreisarztgesetz unberücksichtigt lassen; hervorheben wollen wir nur, dass künftighin der nicht vollbesoldete Kreisarzt die Genehmigung des Regierungspräsidenten zur Uebernahme der Stelle eines Krankenkassenarztes einzuholen hat; es soll dadurch jedenfalls verhindert werden, dass er in ärztlicher Hinsicht zu grosse Verpflichtungen übernimmt, durch die seine amtliche Thätigkeit leiden könnte.

Für Art und Umfang der Dienstobliegenheiten des Kreisarztes sind die wichtigsten die im X. Abschnitt gegebenen allgemeinen Vorschriften, die gleichsam die Grundlage für seine amtliche Thätigkeit bilden. Insbesondere kommen hier die Bestimmungen in den §§. 34—40 in Betracht, in denen die Machtbefugnisse des Kreisarztes in Bezug auf selbstständige Anordnungen bei Gefahr im Verzuge, seine Pflichten in Bezug auf die Beobachtung der gesundheitlichen Verhältnisse des Bezirks, auf die Vornahme von einfachen physikalischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen, auf die Anregung zur Beseitigung von Missständen, und auf die Anzeige von Gesetzwidrigkeiten oder Verstössen gegen sanitäre Vorschriften, sowie seine Rechte in Bezug auf die Besichtigung von Anstalten, Anlagen und Oertlichkeiten in klarer und bestimmter Weise festgelegt sind. Gerade in diesen Bestimmungen tritt so recht der ausserordentliche Unterschied gegen die bisherigen Verhältnisse zu Tage; hier ist von keinen Halbheiten die Rede, man vergisst demgemäss gänzlich, dass es überhaupt noch „nicht vollbeschäftigte“ Kreisärzte geben soll. Die Bestimmungen bringen den Kreisärzten betreffs ihrer amtlichen Thätigkeit ein ungemein grosses Vertrauen entgegen; mögen sie sich desselben jeder Zeit bewusst sein und sich vor Allem vor etwaigem „Uebereifer“ hüten, der nicht nur ihnen, sondern dem ganzen Stande und der Sache selbst Einbusse bringen muss. Gerade mit Rücksicht darauf, dass der Schutz des gesundheitlichen Allgemeinwohls sehr oft einschneidende Massregeln verlangt, ist es um so nothwendiger, nur solche anzuordnen, die sich bereits durch die praktische Erfahrung als wirksam erwiesen haben oder deren Wirksamkeit nach den wissenschaftlichen Untersuchungen zweifellos ist. Durch Missgriffe in dieser Hinsicht muss sowohl die amtliche Autorität, als die der öffentlichen Gesundheitspflege überhaupt Schaden erleiden. Sein Vor-

gehen muss der Kreisarzt deshalb stets durch sorgfältig angestellte und alle Gesichtspunkte berücksichtigende Ermittelungen thunlichst unanfechtbar begründen, dann aber auch konsequent und zielbewusst, sowie frei von jeder Unentschlossenheit und ängstlichen Nachgiebigkeit gegen Sonderinteressen eingreifen; insbesondere sollte er niemals vergessen, dass gerade auf gesundheitlichem Gebiete nichts bedenklicher ist als halbe Massregeln, die mehr Schaden als Nutzen stiften. Bei seinen Vorschlägen hat er stets den gegebenen örtlichen Verhältnissen, liebgewordenen Gebräuchen und Gewohnheiten, sowie den zu Gebote stehenden Mitteln der Privatpersonen oder Gemeinden u. s. w. gebührend Rechnung zu tragen und über die Grenzen des unbedingt Nothwendigen nicht hinauszugehen. Desgleichen empfiehlt sich ein taktvolles und schrittweises Vorgehen, das sich ebenso durch Vermeidung jeder überstürzenden Ungeduld und zaghafter Wankelmüthigkeit, als durch ruhige und nachhaltige Ausdauer in dem Betreiben nothwendiger hygienischer Massregeln auszeichnet. Völlig verkehrt würde es sein, sich durch die scheinbare Undurchführbarkeit derartiger Massregeln oder durch die dagegen vorgebrachten zahlreichen Bedenken zurückschrecken zu lassen, da diese bei näherer Betrachtung oft gar nicht so erheblich sind, als man Anfangs geglaubt hat. Umgekehrt soll man aber auch die Durchführbarkeit anscheinend geringfügiger Massnahmen gerade wegen ihrer Unerheblichkeit nicht unterlassen; denn dass aus geringen Ursachen oft die schwersten Folgen entstehen, dafür giebt es auf keinem Gebiete mehr schlagende Beispiele, als auf dem der öffentlichen Gesundheitspflege.

Mit diesen Ausführungen wollen wir unsere heutige Betrachtung schliessen und nur noch mit einigen Worten auf die neue **Prüfungsordnung für die Kreisärzte** eingehen.

Soll der Kreisarzt allen an ihn herantretenden, ebenso umfangreichen und vielseitigen, als wichtigen und verantwortungsvollen Aufgaben genügen, dann muss mit den Erweiterung seiner Rechte und Pflichten auch eine Steigerung in Bezug auf die Anforderungen an seine Vorbildung Hand in Hand gehen. Diesem Grundsatze hatte die bisherige, erst im Jahre 1898 erlassene Prüfungsordnung keineswegs Rechnung getragen; ausserdem war auch hier noch immer der Schwerpunkt auf die gerichtliche Medizin und Psychiatrie gelegt, während die Hygiene und Medizinalgesetzgebung erst in zweiter Linie kam. Die jetzt vorliegende neue Prüfungsordnung hat mit diesem durchaus verkehrten Grundsatze glücklicher Weise völlig gebrochen, sie hat dagegen eine andere äusserst wichtige Forderung zur Geltung gebracht: grössere praktische Vorbildung der Prüfungskandidaten und Erweiterung des praktischen Theils zur Prüfung, namentlich in Bezug auf die Hygiene. Eine praktische, für die künftige Amtsthätigkeit des Gesundheitsbeamten unbedingt nothwendige Ausbildung lässt sich erfahrungsgemäss durch blosse Lektüre der einschlägigen Literatur ohne eigene Uebungen in den verschiedenen Untersuchungsmethoden, ohne eigene Anschauung u. s. w. nicht ersetzen. Denn wenn es

auch keineswegs nöthig ist, dass ein Kreisarzt alle vorkommenden chemischen und bakteriologischen Arbeiten selbst ausführt, sondern es, wie die Dienstanweisung mit Recht vorschreibt, genügt, wenn er mit den einfachen, in jedem Zimmer ohne Laboratoriumeinrichtung auszuführenden physkalischen, chemischen und bakteriologischen Untersuchungen von Luft, Wasser, Boden u. s. w. völlig vertraut ist, so muss er doch in den komplizirten Untersuchungsmethoden insoweit unterrichtet sein, dass er weiss, welche Fragen durch eine solche Untersuchung praktisch gelöst werden können, sowie welches Material den Untersuchungsanstalten zu diesem Zwecke und unter welchen Vorsichtsmassregeln einzusenden ist. Er muss ferner im Stande sein, die zu beantwortenden Fragen richtig zu stellen und das festgesetzte Untersuchungsergebniss für die Erstattung seines Gutachtens richtig zu verwerthen. Nicht minder wichtig sind gründliche, auf eigener Anschauung beruhende Kenntnisse in der allgemeinen und namentlich in der praktischen Hygiene; denn gerade das auf Sachverständniss und praktischer Erfahrung basirte kritische Beobachten ist das Haupterforderniss für seine amtliche Thätigkeit. Und was hier in Bezug auf die Hygiene gesagt ist, gilt in gleicher Weise betreffs der praktischen Vorbildung in gerichtlicher Medizin inclusive pathologischer Anatomie und Psychiatrie. Man kann sich daher nur freuen, dass die neue Prüfungsordnung im §. 4, Nr. 3 nicht bloss eine praktische psychiatrische Vorbildung wie bisher, sondern auch die Theilnahme an je einem mindestens dreimonatigen pathologisch-anatomischen, hygienischen und gerichtlich-medizinischen Kursus verlangt. Leider ist aber die Forderung einer praktischen Vorbildung im Gesundheitsdienst selbst unberücksichtigt geblieben, obwohl sie unseres Erachtens nicht minder nothwendig ist. Der Kreisarzt ist nicht bloss Techniker, sondern im gewissen Sinne auch Verwaltungsbeamter; seine amtliche Thätigkeit greift in alle Verwaltungsgebiete hinein und bringt ihn mit den verschiedensten Behörden in geschäftliche Berührung. Sie stellt daher erhebliche Anforderungen an praktischer und formeller Erfahrung, Takt, Lebensklugheit, Verantwortung u. s. w., Eigenschaften, die am sichersten durch einen entsprechenden Vorbereitungsdienst gewonnen werden. Deshalb wäre es zweckmässig gewesen, die Zulassung zur Prüfung von einer längeren, zuvorigen Bschäftigung bei den Gesundheitsbehörden erster und zweiter Instanz abhängig machen, damit den betreffenden Aspiranten ausreichend Gelegenheit geboten wird, sich mit allen Zweigen der betreffenden Amtsgeschäfte, den Einzelheiten des geschäftlichen Verkehrs, den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen u. s. w. vertraut zu machen, Land und Leute kennen zu lernen und dadurch ein richtiges Verständniss für alle die amtliche Thätigkeit eines Kreisarztes betreffenden Fragen sowie die erforderliche Sicherheit und Urtheilsfähigkeit zum selbständigen Arbeiten, die nöthige Geschäftsgewandtheit im dienstlichen Verkehr mit den Behörden und dem Publikum zu erhalten. Der Nutzen eines solchen praktischen Vorbereitungsdienstes ist für den Kreisarzt nicht geringer zu

schätzen als derjenige eines hygienischen und gerichtlich-medizinischen Universitätskursus; beide ergänzen sich gleichsam. Als Träger der Gesundheitslehre ist der Gesundheitsbeamte allerdings in erster Linie ein streng wissenschaftlich gebildeter Mann, als Träger des Gesundheitswesens, in dem er nicht bloss als Sachverständiger neben Verwaltungs- und Polizeibehörden steht, sondern selbständig eingreifen soll, muss er aber, wenigstens innerhalb seines Gebietes, auch von der praktischen Ordnung des öffentlichen Rechts so viel in sich aufnehmen, dass die zwischen Hygiene und Verwaltung, Jurist und Arzt bestehende Kluft überbrückt wird. Dazu bedarf es gewissermassen einer staatswissenschaftlichen, administrativen Durchbildung des Gesundheitsbeamten, die er sich am besten durch einen derartigen Vorbereitungsdienst aneignet. Auch bei dem praktischen und mündlichen Theil der Prüfung, der jetzt ebenfalls mit Recht namentlich auf dem Gebiete der Hygiene und öffentlichen Gesundheitspflege erweitert ist, hätten wir die Forderung eines freien Vortrages aus den Akten über je eine sanitätspolizeiliche und gerichtlich-medizinische Frage gewünscht, da solche Vorträge einen vorzüglichen Rückschluss darüber gewähren, ob der Prüfungskandidat sein Votum richtig und in freier Rede zu begründen im Stande ist.

Diesen erhöhten Anforderungen gegenüber möchten wir aber anderseits eine Milderung der Bestimmungen insofern befürworten, als statt der Vorschrift im §. 10 Abs. 3, wonach bei ungenügendem oder schlechtem Ausfall auch nur einer Arbeit die ganze schriftliche Prüfung wiederholt werden muss, analog der für die verschiedenen Abschnitte der praktisch-mündlichen Prüfung im §. 22 nur für die eine schlecht oder ungenügend befundene schriftliche Arbeit eine neue anzufertigen und erst, wenn auch diese nochmals den Anforderungen nicht entspricht, die Wiederholung der ganzen schriftlichen Prüfung erforderlich ist. Bei fast allen anderen Examen wird in dieser Weise verfahren; ein besonderer Grund, die staatsärztlichen Prüfungskandidaten anders und zwar rigoröser zu behandeln, dürfte aber nicht vorliegen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten der Provinz Schleswig-Holstein in Neumünster am 24. März 1901.

Anwesend: Reg.- und Med.-Rath Dr. Bertheau (Vorsitzender) und die Kreisphysiker San.-Rath Dr. Asmussen-Rendsburg, Dr. Bockendahl-Kiel, Dr. Bruhn-Segeberg, San.-Rath Dr. Cold-Meldorf, Dr. v. Fischer-Benzon-Flensburg, San.-Rath Dr. Halling-Glückstadt, Dr. Hansen-Hadersleben, San.-Rath Dr. Hansen-Niebüll, San.-Rath Dr. Horn-Tondern, Dr. Hunnius-Wandsbeck, Dr. Knuth-Apenrade, Dr. Neidhardt-Heiligenhafen, Dr. Schmidt-Petersen-Bredstedt, Dr. Reimann-Neumünster, Dr. Rohwedder-Oldesloe, Dr. Schow-Neustadt, Dr. Schütt-Lütjenburg, Dr. Suadicani-Schleswig und Geh. San.-Rath Dr. Wallichs-Altona.

Einleitend gedenkt der Vorsitzende des im Vorjahre verstorbenen Kollegen Kreisphysikus a. D. Dr. Schow-Neustadt und berichtet sodann über die Resultate, welche die Umfrage nach der Versorgungder Hebammen in Krankheits- und Invaliditätsfällen ergeben hat.

1. Dr. Reimann legt den **Taxentwurf über die Hebammengebühren** wieder vor. Derselbe wird durchgesprochen und soll nunmehr dem Herrn Regierungspräsidenten überreicht werden.

2. Dr. Wallichs bespricht die **Verhandlungen über die Einführung des Kreisarztgesetzes** im Abgeordnetenhause und den Entwurf der neuen **Gebührenordnung.** In der Diskussion wird der Wunsch ausgesprochen, dass die Regierung die Eintreibung von amtlichen Forderungen an Privatpersonen übernimmt.

3. Dr. Asmussen erzählt von einem **ehrengerichtlichen Verfahren** aus seinem Bezirk, welches zu hohen Gerichtskosten geführt hat. Es wird seinerseits für billig erachtet, dass die Medizinalbeamten zur Deckung solcher Ausgaben der Aerztekammern nicht mit herangezogen werden, da sie dem Spruch des Ehrengerichts nicht unterständen.

4. Dr. Hansen-Hadersleben empfiehlt die vom Flensburger Aerzteverein im Jahre 1896 zusammengestellten **Schutzmassregeln gegen die Uebertragung und Verbreitung ansteckender Krankheiten** zu allgemeiner Verwendung in der Provinz. Dieselben werden im Laufe des Jahres der Neuzeit entsprechend umgearbeitet werden, in der nächstjährigen Versammlung ihre definitive Fassung erhalten und dann zur Einführung gelangen. Zur Aushändigung an die Kranken empfiehlt sich am meisten die Vermittelung der behandelnden Aerzte, während anderseits unter Mithülfe der Gemeindevorsteher, Pastoren, Hebammen und anderer geeigneter Personen auf eine möglichst weitgehende Verbreitung des Büchelchens hinzuwirken ist.

5. Auf Anregung des Kollegen Dr. Reimann wird über die **Anzeige ansteckender Krankheiten an die Militärbehörden** gesprochen.

Dr. Rohwedder-Oldesloe.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Isolirte Fraktur der Lamina compacta externa des Schädels durch das Anprallen eines Revolverprojektils an der Innenfläche bedingt. Von Prof. Dr. Franz Lucksch, I. Assistent an Prof. Chiari's pathologisch-anatomischem Institute. Prager medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 11.

Ein 37jähriger, mässig stark gebauter, mittelmässig genährter Mann hatte in selbstmörderischer Absicht einen Revolverschuss gegen sein rechtes Stirnbein abgefeuert; er wurde sofort bewusstlos, zeigte eine Lähmung des rechten Facialis und der rechten oberen Extremität und starb nach 2 Tagen. Bei der Sektion, deren Befund vom Verfasser genauer angeführt ist, zeigte es sich, dass das Projektil den Schädel quer getroffen, das rechte Stirnbein und das Grosshirn im Bereiche der Stirnlappen durchbohrt hatte, hierauf an dem gegenüberliegenden linken Stirnbeine angestossen, von diesem aber in einem zum Auffallswinkel gleich grossen Winkel abgeprallt war, nunmehr die Substanz der linken Grosshirnhemisphäre durchsetzt hatte und endlich in dieser hinter der linken Retrozentralwindung liegen geblieben war. Die an der Schädelbasis in den beiden vorderen Schädelgruben, jedenfalls durch Contrecoup entstandenen Knochensprünge interessiren hier nicht weiter; wohl aber ist der Befund am linken Stirnbeine äusserst bemerkenswerth. Nach Abziehung nämlich der Dura von der Schädelbasis fand sich an der geschilderten Abknickungsstelle des Schusskanals (die sich auch durch eine ganz leichte Suffusion in die Dura erkennbar machte) am linken Stirnbeine eine, wenn auch geringe, doch deutliche Verfärbung des Knochens, ohne dass hier irgend eine Fissur oder Impression wahrzunehmen war. Als man jedoch das Periost des Schädels an der dieser Verfärbung aussen entsprechenden Stelle des Stirnbeins abpräparirte, stiess man hier auf eine strahlige, in 5 Schenkeln auseinanderlaufende Fissur in der Lamina externa, welche im Ganzen ein etwa 4cm grosses Terrain der Aussenfläche des linken Stirnbeins einnahm. Auch bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, dass die Fissur die Lamina externa in ihrer ganzen Dicke durchsetzte, während die darunter befindliche Diploeschicht prall mit rothen Blutkörperchen gefüllt war und die Lamina interna sich vollkommen unverletzt erwies.

Verfasser erklärt diesen Befund, wohl mit Recht so, dass das linke Stirnbein durch das anprallende Geschoss eine Dehnung erfahren hatte; die Dehnung der äusseren Lamelle war jedoch eine stärkere gewesen, so dass diese nunmehr zerplatzt oder zerrissen war.

Dieser Fall zeigt also klar, dass die Lamina externa der Schädelkapsel ebensogut isolirt einbrechen kann, wie die Lamina vitrea; dass die grössere Häufigkeit des Vorkommens der isolirten Frakturen der Glastafel nicht auf ihrer grösseren Sprödigkeit, sondern auf der grösseren Häufigkeit der Einwirkung derartig abgestufter Gewalten, welche den Schädel zwar temporär einzudrücken, nicht aber zu durchbrechen vermögen, von aussen her beruht, dass sie also den Namen Tabula vitrea nicht verdient. Letzteres ist auch durch frühere Untersuchungen von Luschka nachgewiesen.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Spontane Uterusinversion nach rechtzeitiger Geburt. Von Distriktsarzt Dr. Josef Mayer in Brüx. Prager medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 5.

Frau W. kam zum vierten Male wieder; die Kinder waren immer ausgetragen und wurden leicht, ohne Kunsthülfe, geboren. Bei der zweiten vor 4 Jahren erfolgten Entbindung musste die angewachsene Nachgeburt vom Arzte entfernt werden; nach Angabe dieses war damals schon der Anfang einer Inversion vorhanden gewesen, indem die am Fundus sitzende Placenta die Gebärmutterwand etwas eingestülpt hatte. Die nächste Niederkunft erfolgte normal. Auch die Geburtsdauer der jetzigen bot, nach Aussage der sie leitenden Hebamme nichts Bemerkenswerthes. Unmittelbar nach der Geburt „sei der Leib der Frau stark aufgetrieben" gewesen, die Gebärmutter habe sich schlaff angefühlt, auch sei etwas Blut abgegangen. Sie — die Hebamme — habe sich um die Frau nicht weiter gekümmert, sondern das Kind besorgt. Etwa eine halbe Stunde nach der Geburt habe sie die Frau einige Mal stark pressen gehört, sei in der Meinung, es komme die Nachgeburt, zu ihr geeilt und habe neben einem mächtigen Blutschwall die Nachgeburt aus der Scheide sich hervordrängen gesehen. Sie erfasste die Placenta und fand diese fest auf einer Unterlage aufsitzend, die sich nun gleichfalls aus der Scheide hervorwölbte. Wegen der fortdauernd starken Blutung habe sie die Nachgeburt, während nach dem Arzte gesandt wurde, selbst gelöst; die Blutung sei aber noch stärker geworden, weshalb sie das Vorgefallene in die Scheide hinaufgeschoben und mehrere Wattetampons nachgestopft habe, die sie mehrere Male wechseln musste. Sie verneint entschieden, zur Beschleunigung der Ausstossung der Placenta an der Nabelschnur gezogen oder an den Fundus uteri gedrückt zu haben. Nabelschnur und Placenta zeigten nichts Abnormes, wie der Verfasser feststellte. Derselbe fand eine totale Inversion uteri, deren Reposition nur mit grösster Sehwierigkeit möglich war; die Art, wie er zum Ziele gelangte, ist für den Gerichtsarzt nicht von Interesse. Trotz sehr ungünstiger äusserer Umstände kam die Wöchnerin ohne Infektion davon und ward gesund. Ueber das Zustandekommen der Inversio macht der Verfasser einige Anführungen, denen man in der Theorie zustimmen kann. Dagegen halte ich seine Behauptung, es habe sich um eine spontane Inversio gehandelt, nicht für schlüssig. Ein derartiges Ereigniss kommt sehr selten vor; unter 190000 Geburten, die in dem grossen Dubliner Gebärhause seit dessen Gründung erfolgt sind, ist es nur 1 Mal beobachtet; es kann also durch sorgfältige Leitung der Geburt verhütet werden, während unzweckmässige Eingriffe — Zug an der Nabelschnur, Druck auf den Uterus und dergl. — es leicht herbeiführen. Die Annahme des Verfassers stützt sich lediglich auf die Aussage der Hebamme, die vielleicht auch die Unwahrheit gesagt haben kann. Eine Hebamme, die sich um die Wöchnerin eine halbe Stunde nach der Geburt, selbst als sie sie pressen hört, nicht kümmert, ist jedenfalls äusserst unzuverlässig. Dazu kommt, dass die Placenta abgelöst war. Könnte nicht die Hebamme bei dieser Ablösung die Inversion herbeigeführt haben? Mit der Diagnose einer spontanen Inversion sei man recht vorsichtig!

Dr. Glogowski-Görlitz.

Ueber den Shock, namentlich nach Kontusionen des Bauches. Von Dr. med. P. Seliger, Kreiswundarzt in Schmiedefeld, Kreis Schleusingen. Prager medizinische Wochenschrift; 1900, Nr. 29 ff.

Eine sehr fleissige Streitschrift, — das Verzeichniss der benutzten Literatur weist 56 Nummern nach, unter denen sich auch 5 frühere Arbeiten des Verfassers befinden —, die um so mehr zum Studium unseren Lesern empfohlen werden darf, als die vorgetragenen Ansichten wohl schwerlich ohne Widerspruch bleiben dürften:

Unter Shock versteht man die nach schweren Verletzungen und Operationen eintretenden nervösen Zufälle, die mit dem Tode endigen können, ohne dass irgend eine ausreichende anatomische oder chemische Veränderung nachweisbar ist. Man erklärt diese Zufälle mit der durch eine heftige nervöse Erregung bewirkten reflektorischen Lähmung der Herz- und Respirationsthätigkeit. Bei Kontusionen des Bauches sind wegen der grossen Ausdehnung der Bauchdecken und bei der Menge der Eingeweidenerven günstige Vorbedingungen für die Entstehung des Shock gegeben.

Mit dem Fortschreiten der wissenschaftlichen pathologisch-anatomischen Differentialdiagnostik ist eine bedeutende Einschränkung des früher den neuroparalytischen Todesarten zugestandenen Gebietes bewirkt, und zwar auch für den traumatischen Shock. Trotzdem bleibt noch eine grosse Reihe forensicher Fälle dunkel genug, um ein Urtheil darüber, ob neuroparalytischer Tod vorliegt, nur unter Zuhülfenahme der Anamnese zu ermöglichen. Die Kontusionen des Bauches kommen hier als die wichtigsten in Betracht, da in nicht ganz seltenen Fällen eine leichte Quetschung, wie Schlag auf die Magengrube und dergl. nicht allein Ohnmacht, sondern auch augenblicklichen Tod im Gefolge haben kann. Mit diesen Kontusionen beschäftigt sich Seliger nun sehr ausführlich. Das Charakteristische für Shock ohne nachweisbare anatomische Läsionen oder auch mit solchen sei das plötzliche Auftreten und ebenso schnelle Verschwinden der Symptome, wenn ein tödtlicher Ausgang nicht eintrete. Trete letzterer später (selbst mehrere Stunden) ein, so müssten wir uns füglich nach anderen Erklärungsursachen umsehen. Zum näheren Verständniss dieser Vorgänge geht Verfasser auf den Symptomenkomplex des reinen Shock, der Verblutung und der septischen akuten Peritonitis (peritoneale Sepsis) des Weiteren ein. Wir wollen nur hervorheben, das Symptome ausgesprochener Peritonitis etwa $1^1/_2$ Stunden nach dem Trauma auftreten können. Gerade die schwersten und am raschesten verlaufenden Formen derselben zeigen auffallend geringe, für Peritonitis massgebende Symptome, verlaufen vielmehr unter dem Bilde akuter Septicaemie oder rasch tödtlichen Kollapses. Es sind dies jene Fälle, die auch anatomisch die Zeichen einer Entzündung des Bauchfelles vermissen lassen, und nur durch massenhafte Mikrobenwucherung auf der Peritonealoberfläche gekennzeichnet sind, wo also die massenhaft resorbirten Giftstoffe den Menschen tödten, ehe das Peritoneum auf den Entzündungsreiz reagiren konnte. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Darmserosa werden Suffusionen, Farben- und vielleicht auch Resistenzveränderungen der Darmwand und der Mesenterien für Entnahme des Untersuchungsmaterials Hinweise geben, wobei es der häufigere Fall ist, dass die Verletzungen am freien Darmrande gegenüber der Mesenterialinsertion sitzen. Bakteriologisch handelt es sich um Staphylococcus und Steptococcus pyogenes, deren Stoffwechselprodukte, die Toxine, in solchen Fällen besonders giftige Eigenschaften gehabt haben. Einer Perforation u. drgl. des Darmes bedarf es zur Erzeugung einer septischen Peritonitis überhaupt nicht, eher scheint es bei einer Gangrän der Darmwand hierzu zu kommen. Der Verfasser präzisirt seine Fragestellung dahin: „Giebt es makroskopisch ganz geringfügige, kaum oder bei der Sektion nicht mehr palpable Darmläsionen, die im Stande sind, akute septische Peritonitis (Diffusionsperitonitis) zu erzeugen, so dass Shocktod auszuschliessen, oder nur als konkurrirende Todesursache mitanzunehmen ist, und welcher Zeitpunkt ist für den tödtlichen Ausgang der peritonealen Sepsis als der früheste, dem Shocktode gegenüber, anzunehmen?“ In foro handelt es sich zuweilen gerade um die Beantwortung der Frage, ob eine tödtlich verlaufene Bauchfellentzündung die Folge eines vorhergegangenen Traumas sein könne, trotzdem weder eine penetrirende Bauchwunde, noch eine nachweisbare Verletzung von Baucheingeweiden vorhanden ist. Verfasser bejaht den ersten Theil seiner Frage und erachtet als den frühesten Zeitpunkt nach vielen Beobachtungen etwa $8^1/_2$ Stunden. Die Bauchfellentzündung bricht aus, weil der Darm durch eine heftige Quetschung sein normales Widerstandsvermögen gegen die Exosmose verliert, gleichsam paralysirt wird, und dann seinen Inhalt exosmotisch heraus-

drängen lässt. Die Residuen dieser Quetschung sind bei der Obduktion nur selten festzustellen, so dass man bei den Darmkontusionen palpable, nicht palpable und nicht mehr palpable Verletzungen zu unterscheiden hat. Für das Zustandekommen der septischen Peritonitis sind aber stets Läsionen der Mucosa und der Serosa des Darmes nothwendig, auch wenn diese so gering sind, dass sie nur mikroskopisch nachweisbar sind. Durch den so beschädigten Darm treten die Gase, Toxine und Bakterien desselben durch Exosmose hindurch und bewirken durch Reizung des Bauchfelles Entzündung desselben; die Möglichkeit dieses Durchtretens hält Seliger durch zahlreiche in der Literatur vorhandene, genau beschriebene Fälle für erwiesen. Die Darmgase spielen dabei eine sehr wichtige Rolle in doppelter Hinsicht; zunächst bereiten sie die Zersetzung der, wenn auch minimalen, Blutergüsse mit vor, und ferner wird bei Ueberfüllung der Därme die Herzkraft reflektorisch gelähmt und in Folge des hohen Druckes die Aufnahme der Toxine in den Kreislauf begünstigt. Für den Durchtritt der Gase u. s. w. ist allerdings Darmparalyse, Auftreibung der Därme und Resistenzverminderung der einzelnen Darmwandschichten erforderlich, die natürlich auch schwere örtliche Zirkulationsstörungen setzen; durch die intakte Wand des Darmes gehen Gase und Bakterien nicht durch.

Falls die Ansichten des Verfassers anerkannt werden sollten, würde die Diagnose „traumatischer Shock" als Todesursache eine bedeutende Einschränkung erfahren müssen.

Von grossem Interesse, auch für den Gerichtsarzt, ist die Angabe des Verfassers, dass bei den Kontusionen der Magengegend, — Schlag auf das Epigastrium, wie man es allgemein bezeichnet — überhaupt nur in den seltensten Fällen der Magen, sondern das Colon transversum in Frage kommt. Der Magen ist seiner anatomischen Lage nach fast absolut vor Quetschungeen geschützt, während der Querdarm die günstigsten Bedingungen nach dieser Richtung hin gewährt. Auch für das Zustandekommen der peritonealen Sepsis, im besprochenen Sinne, seien Läsionen des Magens von geringer Bedeutung, da dieser in seiner physiologischen Eigenschaft, Salzsäure zu produziren, eine hohe antiseptische Kraft gegen Bakterien aller Art besitze, z. B. Typhus-, Cholera- und Milzbrandbazillen nach $^1/_2$—3 Stunden tödte; es könne deshalb hier auch nur schwer zur Bildung von Toxinen kommen, deren Bedeutung für das Zustandekommen der septischen Peritotinis oben dargelegt ist.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Ueber die Bedeutung einer genauen Definition von „Charakter" für die Beurtheilung der Geisteskranken. Von Dr. Tesdorpf, Spezialarzt für psych. und Nervenleiden in München. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 4, 1901.

Die Beantwortung der Fragen, wie weit einerseits der Charakter des Kranken (Charaktereigenheit) und die Krankheit als solche (Geistesstörung) in Betracht kommen, wie weit anderseits Charakter und Krankheit sich gegenseitig beeinflussen und bedingen, erscheint nicht nur psychologisch, sondern auch ätiologisch, diagnostisch und therapeutisch in jedem einzelnen Falle geistiger Störung wichtig.

Der Arzt muss untersuchen und entscheiden, ob es sich im gegebenen Falle um Symptome von Geistesstörung oder um Aeusserungen des Charakters handelt, wie weit die vorhandenen Symptome auf einer krankhaften Anlage oder erworbenen Krankheit beruhen und wie weit sie ausschliesslich mit dem, was wir als individuellen Charakter bezeichnen, zusammenhängen.

Vor Allem ist deshalb eine genauere Definition von Charakter für die Psychiatrie wichtig.

Wir verstehen unter Charakter eines Menschen die Summe oder den Inbegriff seiner psychischen Eigenschaften, soweit dieselben als bewusste Beweggründe oder als unbewusste Ursachen seine inneren psychischen Leistungen, sowie seine äusseren Handlungen zu bestimmen und zu beherrschen pflegen. Diese den Charakter bestimmenden Eigenschaften sind es, die wir als Charaktereigenschaften bezeichnen.

Mit Rücksicht auf die Verschiedenheit, in welcher diese Charaktereigenschaften bei verschiedenen Individuen vorkommen, unterscheiden wir je nachdem

wir die Bezeichnung der Charatereigenschaften zu einander, ferner zu inneren oder äusseren Einflüssen, drittens zu inneren psychischen Zuständen in's Auge fassen, verschiedene Charakterformen: vielseitige oder zusammengefasste, einfache oder einseitige, Stimmungs-, Vorstellungs- oder Verstandes- und Willenscharaktere, bewusste und unbewusste, einheitlich harmonische und widerspruchsvolle unharmonische Charaktere, ferner feste, stark ausgeprägte und schwer beeinflussbare, sowie schwach ausgeprägte, nachgiebige und leicht beeinflussbare Charaktere.

Einerseits mit Hülfe der im Obigen von Charakter gegebenen Definition, anderseits mit Hülfe der in Bezug auf die verschiedenen Charaktereigenschaften bezw. Charakterformen vorgenommenen Klassifikation können wir den pathologischen oder krankhaften Charakter definiren, welcher in allen Fällen vorhanden ist, in denen sämmtliche oder einzelne der bei einem Menschen vorhandenen psychichen Eigenschaften, soweit diese als bewusste Beweggründe oder unbewusste Ursachen die innern psychischen Leistungen und die äussern Handlungen desselben zu bestimmen oder zu beherrschen pflegen, entweder durch eine Krankheit eine Aeusserung erfahren haben oder von vornherein durch eine Krankheit beeinflusst sind.

Diese krankhafte Aenderung bezw. krankhafte Beeinflussung kann sowohl die Zahl, die Stärke, die Veränderungsfähigkeit, das Verhalten der Charaktereigenschaften zum Bewusstsein, als auch die Art und das gegenseitige Verhalten der Charaktereigenschaften betreffen.

Durch diese Definitionen haben wir eine Reihe von Anhaltspunkten gewonnen, nach denen im einzelnen Falle beurtheilt werden kann, inwiefern thatsächlich ein Charakter als ein pathologischer aufzufassen ist.

Die Aufgabe einer weiteren Erörterung wäre es, im Hinblick auf die durch obige Definition und Klassifikation gegebenen Gesichtspunkte die verschiedenen den Psychiatern bekannten Formen von Geistesstörung darauf zu prüfen, inwieweit dieselben einerseits den Charakter krankhaft beeinflussen und inwiefern anderseits die Art der Krankhaftigkeit des Charakters ein integrirendes Symptom der Geistesstörungen selbst ist. Dr. Waibel-Kempten.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks. Von F. Jolly. Archiv f. Psych.; 1900, 33. Bd., 3. H.

Der eingehend beobachtete Fall ist besonders für Unfallbegutachter von grossem Interesse.

Ein dem Trunke ergebener Ehemann brachte seiner Frau mittels eines Dolches einen Stich zwischen achtem Cervical- und ersten Dorsalwirbel linkerseits bei, der zu einer Reihe sensibler und motorischer Störungen von successive wechselnder Intensität und Charakter führte. Etwa einhalb Jahr nach der Verletzung wurde folgendes Bild konstatirt: Linke Lidspalte kleiner als rechte, Atrophie aller vom N. ulnaris versorgten Muskeln links, leichte Kontraktur der Beuger. Nervendruck empfindlich. Spontane Schmerzen. Die Anfangs starke Herabsetzung in der Leistungsfähigkeit der Beine hatte sich soweit gebessert, dass Patientin langsam unter Nachziehen des linken Beines sich bewegen konnte. An dem linken Beine war für Berührung Empfindung vorhanden, das Lagegefühl erschien stark herabgesetzt, während Temperaturgegensätze unterschieden wurden. Stich wurde als schmerzhaft empfunden. Auf der rechten Extremität bestand dagegen keine Schmerzempfindung und keine Empfindung für zarte (Pinsel-) Berührung. Das gleiche Verhalten zeigte der Rumpf aufwärts bis zur zweiten Rippe. Später erschien die Motilität des linken Beines gänzlich aufgehoben, die des rechten nur in geringem Masse aktiv möglich, Reflexe waren erhöht. Die Sektion ergab, wie Verfasser an einer Reihe Zeichnungen nachweist, Veränderungen in der ganzen linken Rückenmarkshälfte, im rechten Seitenstrange, im Hinterhorne und den hinteren Abschnitten des Seitenstranges. Ausserdem fanden sich sekundäre Degenerationen. Von grösster Wichtigkeit für die richtige Beurtheilung des Falles sind die eigenthümlichen, der Brown-Séquard'schen Halbseitenläsion entsprechenden Sensibilitätsstörungen. Es bestand auf der Seite der stärkeren Verletzung (links) Hyperästhesie für

Schmerz und erhaltene Temperaturempfindung, Fehlen dieser auf der anderen Seite. Das Lagegefühl war besonders links gestört. Auf die interessanten, speziell neurologischen Ausführungen, die Verfasser der Mitlheilung anschliesst, kann hier nicht weiter eingegangen werden. Dr. Pollitz-Münster.

Die Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt nicht, um die Berufsgenossenschaft haftbar zu machen; dazu bedarf es mindestens des Nachweises der Wahrscheinlichkeit. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Dezember 1900.

Nach dem Gutachten des vom Kläger selbst in Vorschlag gebrachten und für besonders vertrauenswürdig erachteten Sachverständigen Dr. Sch. ist mit Sicherheit festzustellen, dass die Augenerkrankung des Klägers nicht auf den Unfall vom 30. Januar 1897 zurückzuführen ist. Auch die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges ist nicht anzunehmen und wird, wie Dr. Sch. erklärt, besonders dadurch verringert, das Sanitätsrath Dr. R. bei seiner anatomischen Untersuchung des entfernten rechten Auges als die Ursache der Augenerkrankung des Klägers eine bösartige Neubildung im rechten Auge nachweisen konnte. Der Sachverständige giebt zwar weiter zu, dass es sehr vereinzelt beobachtet sei, dass derartige bösartige Neubildungen sich im Anschluss an eine vorangegangene Verletzung gebildet hätten, und meint, dass sich die Möglichkeit eines Zusammenhanges nicht ganz von der Hand weisen lasse, namentlich, wenn sich erweisen sollte, dass eine Verletzung des rechten Auges von solcher Heftigkeit stattgefunden hätte, dass dem Kläger Blut aus den Augen gekommen sei.

Da sich somit selbst für den Fall, dass eine heftige Verletzung des rechten Auges des Klägers nachgewiesen wäre, nur die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der bösartigen Augenerkrankung und dieser Verletzung feststellen liesse und zwar nur eine entfernte Möglichkeit (denn der Sachverständige sagt, eine Möglichkeit liesse sich dann nicht ganz von der Hand weisen), so kann die Beklagte für diese nur entfernt mögliche Folge der Verletzung nicht haftbar gemacht werden; dazu hätte es mindestens des Nachweises einer Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges bedurft. Nun ist aber auch eine Verletzung und ein Bluten des Auges von keinem der Zeugen bestätigt worden. Selbst abgesehen von dem nicht aufgeklärten Widerspruch zwischen den Aussagen der Zeugen B. und G. kann auch G. davon, dass der Kläger bei dem Unfall eine Verletzung der Augen oder nur eines Auges erlitten hätte oder davon, dass dem Kläger Blut aus einem Auge geflossen wäre, nichts bekunden, und da der Kläger andere Augenzeugen des Unfalls nicht gehabt hat, fehlt es an der Vorbedingung, welche nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Sch. erforderlich ist, um die entfernte Möglichkeit eines Zusammenhanges annehmen zu können.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Unterschenkels an der Grenze des unteren Drittels. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Dezember 1900.

Aus den beiden, bei den Sektionsakten befindlichen Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. R. in Gelsenkirchen ist unbedenklich zu entnehmen, dass der Stumpf des verletzten Beines am 11. Juni 1900 gut verheilt war. Da auch schon eine geraume Zeit seit der Amputation des Fusses verflossen war, so muss die vom genannten Tage ab gewährte Rente von $66^2/_3$ % der Vollrente als ausreichend bezeichnet werden. Denn es ist anzunehmen, dass der Kläger sich seit jener Zeit leidlich gut fortbewegen und leichte Arbeiten nicht nur im Sitzen, sondern wenigstens zeitweise auch im Stehen verrichten kann. An dem Prozentsatz der Rente vermochte daher das Rekursgerichts nichts zu ändern.

Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des §. 5, Absatz 4 des Invalidenversicherungsgesetzes. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 31. Oktober 1900.

Für die Feststellung, ob ein Rentenbewerber erwerbsunfähig im gesetzlichen Sinne ist, bedarf es der Beantwortung zweier, von einander zu trennender

Fragen, nämlich einmal der Frage, wo die Grenze zwischen Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit liegt, wieviel der Antragsteller also noch zu verdienen im Stande sein müsste, um nicht erwerbsunfähig zu sein, und sodann der Frage, wie hoch die Leistungsfähigkeit des Antragstellers zu schätzen ist, wieviel also diese bestimmte Person noch durch Arbeit zu verdienen vermag. Diese beiden Fragen müssen namentlich dann auseinander gehalten werden, wenn, was zwar an sich nicht nothwendig, aber doch sehr wohl zulässig und auch im vorliegenden Falle geschehen ist, die Verdienstgrenze einerseits und die Leistungsfähigkeit des Klägers anderseits im Gelde ziffernmässig ausgedrückt werden, die erstere in Gestalt des sogenannten Mindestlohnes, die letztere in Gestalt des höchsten noch erreichbaren Verdienstes. Den Mindestlohn umschreibt das Invalidenversicherungsgesetz im §. 5, Absatz 4 als „ein Drittel desjenigen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen". Das Mass der eigenen Leistungsfähigkeit des Rentenanwärters aber bildet nach dem Gesetz derjenige Betrag, den Jemand durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, zu erwerben im Stande ist. In beiden Punkten weicht die neue Fassung von der des §. 9, Absatz 3 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes erheblich ab.

Was zunächst die zweite, weniger schwierige Frage nach dem Grade der noch in Wirklichkeit vorhandenen Erwerbsfähigkeit anlangt, so handelt es sich insoweit bei dem neuen Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift im Wesentlichen um eine reine Fassungsänderung. Bereits bei der Auslegung des §. 9, Absatz 3 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes hat das Reichsversicherungsamt ständig daran festgehalten, dass es einerseits nicht auf die blosse Unfähigkeit zu den Arbeiten des bisherigen Berufs ankomme, die Erwerbsunfähigkeit des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes nicht als Berufsinvalidität zu verstehen sei, dass aber anderseits bei der Prüfung der Frage, ob die Lohnarbeit in anderen Erwerbszweigen eine „den Kräften und Fähigkeiten" des Rentenbewerbers „entsprechende" sei, auch auf seine Vorbildung und sonstige Lebensumstände, z. B. sein Lebensalter, billige Rücksicht genommen werden müsse. In Uebereinstimmung hiermit wird in der Begründung des Entwurfs der neuen Vorschrift ausgeführt, die Erweiterung des Gesetzes zu einer Versicherung gegen Berufsinvalidität sei nicht in Aussicht genommen, es komme darauf an, was dem Rentenbewerber an Lohnarbeit auf dem gesammten wirthschaftlichen Erwerbsgebiete füglich noch zugemuthet werden könne, wobei er aber allerdings nicht auf eine ihm völlig fremde, körperlich oder geistig ungeeignete Beschäftigung verwiesen werden dürfe; dies entspreche der bisherigen Rechtsübung. Hiernach ist ein Bergmann, wie bisher, im Allgemeinen noch nicht deshalb invalide im Sinne der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung, weil er zu eigentlichen bergmännischen Arbeiten nicht mehr tauglich ist. Zu denjenigen Arbeiten ferner, die zwar einem anderen Berufszweige angehören, aber gleichwohl dem früheren Bergmann zugemuthet werden können, werden, wie bisher, auch die landwirthschaftlichen zu rechnen sein, welche ebenso wie die Arbeiten im Bergwerk weniger besondere Kenntnisse und Fertigkeiten als die Aufwendung körperlicher Kraft und Ausdauer erfordern. Im vorliegenden Falle ist dies übrigens um so unbedenklicher, als der Kläger einen Kotten besitzt und sich schon bisher neben der Grubenarbeit mit dem Anbau seines Landes beschäftigt hat. Wenn also das Schiedsgericht feststellt, dass der Kläger, wenn auch vielleicht nicht mit bergmännischen, so doch jedenfalls mit landwirthschaftlichen Arbeiten noch mehr als 350 Mark zu erwerben vermöge, so bietet diese Annahme, die hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit des Klägers als solcher durch das eingeholte ärztliche Gutachten hinreichend gerechtfertigt wird, einen Angriffspunkt für die Revision nicht.

Anders verhält es sich dagegen bezüglich der Frage, ob mit den 350 M. die Verdienstgrenze erreicht wird. Hinsichtlich der Höhe des Mindestlohnes bedeutet die neue Begriffsbestimmung nicht nur eine Verbesserung der Fassung, sondern zugleich eine inhaltliche Aenderung, und zwar einmal dahin, dass an die Stelle einer aus festen Grössen zu berechnenden eine nur schätzungsweise zu ermittelnde Ziffer tritt, dann aber auch dahin, dass der Mindestlohn wenigstens für manche Klassen von Versicherten beträchtlich höher gesetzt wird. Dies wird klar, wenn man sich vergegenwärtigt, welche Tragweite es

hat, dass der Mindestverdienst sich nach dem Verdienst einer gesunden Person „derselben Art mit ähnlicher Ausbildung“ bemessen soll.

In den bisherigen Verhandlungen treten hinsichtlich der Auslegung dieser Worte drei verschiedene Auffassungen hervor. Der Bescheid des Beklagten geht davon aus, dass der Kläger zuletzt Zimmerhauer gewesen, und dass daher der Mindestlohn nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines Zimmerhauers auf 350 Mark zu berechnen sei. Der Vorderrichter gelangt zwar zu demselben Betrage, aber gewissermassen nur zufällig, indem er zu Grunde legt, was ein landwirthschaftlicher Arbeiter derselben Gegend zu erwerben pflege. Der Kläger endlich macht geltend, dass er bis auf die letzten beiden Jahre vor seinem Ausscheiden als Hauer beschäftigt gewesen sei, und dass daher das Drittel nach dem gewöhnlichen Verdienst eines Hauers berechnet werden müsse, so dass es sich auf 480 Mark belaufen würde. Keiner dieser drei verschiedenen Standpunkte wird dem Sinne der in Rede stehenden Vorschrift ganz gerecht.

Zur Beseitigung der bisherigen, in §. 9 Absatz 3 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes gegebenen Festsetzung des Mindestlohnes in Gestalt der Summe zweier Sechstel, nämlich eines Sechstels des amtlich bestimmten Durchschnittslohnes gewöhnlicher Tagearbeiter und eines Sechstels des Durchschnittssatzes der Lohnklassen der letzten 5 Beitragsjahre, hat abgesehen von den mehr formellen Schwierigkeiten einer verwickelten, für weite Kreise der Betheiligten unverständlichen Berechnungsart namentlich auch die Erwägung geführt, dass dabei manche Gruppen von Versicherten, beispielsweise hochgelohnte Facharbeiter, für die der Mindestverdienst durch das Tagelohnsechstel in einer ihren Lebens- und Arbeitsverhältnissen nicht entsprechenden Weise herabgedrückt wurde, benachtheiligt waren. Wenn auch im Allgemeinen mit der neuen Fassung nur ein passenderer Ausdruck für dasjenige angestrebt wurde, was nach der Durchführung des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes bereits im Wesentlichen geltendes Recht war, so wird doch schon in der Begründung des Entwurfs zum Invalidenversicherungsgesetz a. a. O. anerkannt, dass künftig in manchen Fällen vielleicht die Grenze der Invalidität etwas leichter als früher erreicht werden würde, und dass bei genauer Beobachtung der älteren Vorschriften vielfach Personen hätten abgewiesen werden müssen, welche nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch und den im täglichen Leben herrschenden Ansichten wohl als erwerbsunfähig zu bezeichnen gewesen wären. Die Erleichterung liegt eben darin, dass an die Stelle des zum Theil von dem Verdienst gewöhnlicher Handarbeiter entnommenen Massstabes der Hinweis auf den Verdienst von Personen „derselben Art“, also in erster Linie von Angehörigen derselben Berufsgruppe trat. Das Letzteres beabsichtigt ist, wurde im Laufe der Kommissionsberathung durch die Hinzufügung der Worte „mit ähnlicher Ausbildung“ noch deutlicher gemacht, auch ergiebt sich dies unter Anderem aus einem von einem Bundesrathsbevollmächtigten vorgebrachten Beispiel, wonach im Sinne des neuen Gesetzvorschlags ein gelernter Setzer Anspruch auf die Invalidenrente haben würde, wenn er nicht mehr ein Drittel des Lohnes eines gelernten Setzers zu verdienen vermöge. Uebrigens ist bei der Verhandlung zweiter Lesung im Reichstage zur Befürwortung der Kommissionsfassung ausdrücklich ausgesprochen worden, dass man an jeden Versicherten den Massstab anlegen müsse, der für seine sonstigen Arbeits- und Lebensverhältnisse massgebend sei. Danach sei es auch selbstverständlich, dass ein hochgelohnter Arbeiter bereits für invalide erklärt werde, wenn er immer noch mehr verdienen könne als Jemand, der sich stets in besonders ungünstigen Erwerbsverhältnissen befunden hat. Dieselbe Auffassung von der Bedeutung der neuen Fassung erhellt weiter aus den von Vertheidigern wie Gegnern der Vorlage gewählten Beispielen.

Hiernach ist es zunächst nicht angängig, wie es das Schiedsgericht gethan hat, den Mindestlohn für den Kläger, der seit etwa 20 Jahren Bergmann war, nach dem Verdienst eines landwirthschaftlichen Arbeiters zu bemessen. Wenn auch die Ausdrücke „derselben Art“ und „mit ähnlicher Ausbildung“ der thatsächlichen Beurtheilung des einzelnen Falles einen gewissen Spielraum lassen und nicht etwa dazu nöthigen, nur genau dieselbe besondere Berufsstellung zu berücksichtigen, die der Rentenanwärter, insbesondere zuletzt eingenommen hat, so unterliegt es doch keinem Bedenken, dass nicht ein ganz anderes Erwerbsgebiet mit wesentlich abweichenden wirthschaftlichen Verhält-

nissen herangezogen werden darf. Unverkennbar bedeutet freilich hiernach die neue Begriffsbestimmung der Erwerbsunfähigkeit, wenn auch nicht, wie bereits erörtert, in Ansehung des dem Rentenbewerber noch erreichbaren Verdienstes, so doch in Ansehung der Verdienstgrenze eine gewisse Annäherung an den Gedanken der Berufsinvalidität. Obgleich auch künftig dem Facharbeiter die Verwerthung der ihm verbliebenen geminderten Arbeitskraft in anderen Beschäftigungszweigen zuzumuthen ist, wird er doch damit den nach seinem bisherigen Beruf bemessenen regelmässigen Durchschnittsverdienst, z. B. wegen ungünstigerer Lohnverhältnisse, weniger leicht erzielen, als nach dem Recht des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, mithin eher als invalide anzuerkennen sein.

Der angefochtene Bescheid des beklagten Vereins bestimmt zwar nun die Verdienstgrenze nach dem bisherigen Berufe des Klägers, indessen lediglich nach der zuletzt von ihm in jenem Berufe eingenommenen Stellung. Damit wird aber der Absicht des Gesetzes noch nicht voll entsprochen. Auch dieser Punkt ist im Laufe der gesetzgeberischen Verhandlungen über den Entwurf des Invalidenversicherungsgesetzes mehrfach berührt worden. Es wurde als ein Mangel der bisherigen Berechnungsart des Mindestlohnes bezeichnet, dass dabei, soweit das Gesetz die besonderen Erwerbsverhältnisse des einzelnen Rentenbewerbers überhaupt zu berücksichtigen gestattete, nur die letzten Jahre in Betracht gezogen werden durften; denn danach gelangten in dem Regelfalle eines allmählichen Niederganges von der höchsten Arbeitskraft zur Erwerbsunfähigkeit nur die Zeiten bereits geminderter Leistungsfähigkeit zum Ansatz. In der That ist es unbillig, wenn einem Versicherten, nachdem er lange Jahre hindurch bei hohem Lohne in der entsprechenden Klasse Beiträge entrichtet hat, bei der Berechnung der Verdienstgrenze diese Beiträge überhaupt nicht oder nur theilweise zu Gute kommen. Zu diesem als Missstand empfundenen Ergebnisse würde man aber nach der Bestimmung des §. 5 Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes wiederum gelangen, wenn man sich allein nach der letzten Berufsstellung des Rentenbewerbers richten wollte. Man könnte geneigt sein, hiergegen einzuwenden, dass eine Person „derselben Art" auch eine Person desselben Lebensalters und entsprechend beschränkter Leistungsfähigkeit sei. Indessen wäre eine solche Annahme mit der Thatsache, dass auch die blosse Altersschwäche eine Invaliditätsursache bildet, unvereinbar, sie würde folgerichtig zu einem ständigen Sinken der Invaliditätsrente mit zunehmendem Alter führen und den, der länger in der Arbeit ausgehalten hat, wesentlich ungünstiger stellen als den, der vorzeitig ausgeschieden ist. Es ist denn auch während der Kommissionsberathung regierungsseitig gegenüber einem Antrage, der alle für die Berechnung der Invalidenrente in Betracht kommenden Lohnsätze zugleich für die Bestimmung der Verdienstgrenze verwerthen, also mit anderen Worten aus sämmtlichen Beiträgen, die im Laufe des ganzen Lebens für den Rentenbewerber entrichtet worden sind, den bei ihm anzuwendenden Durchschnittslohnsatz entnehmen wollte, geltend gemacht worden, es bedürfe eines solchen Antrages nicht, weil es schon nach dem Entwurf geboten sei, die Persönlichkeit des Rentenbewerbers „im Ganzen" in's Auge zu fassen. Wenn also auch jener Vorschlag, als zu schwierig in der Durchführung, nicht Gesetz geworden ist, so liegt doch der ihn beherrschende Gedanke, dass es auf das ganze Arbeitsleben des zu beurtheilenden Rentenanwärters ankomme, auch der jetzigen Fassung des §. 5 Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes zu Grunde.

Ist aber die Persönlichkeit des Rentenbewerbers im Ganzen zu nehmen, so folgt zugleich, dass der Anspruch des Klägers, den Mindestlohn lediglich nach dem Höchstbetrage berechnet zu sehen, den er früher verdient hat, zu weit geht. Das Gesetz verweist auf Personen derselben „Art" und den Betrag, den diese zu verdienen „pflegen". Diese Ausdrucksweise macht es selbstverständlich, dass von den besonderen Verhältnissen des Einzelnen immer nur insoweit auszugehen ist, als es sich darum handelt, in welche Klasse oder Gruppe er einzuordnen ist. Massgebend ist aber nicht etwa sein eigener Verdienst, sondern der regelmässige Durchschnittsverdienst der ganzen Klasse im Wesentlichen gleichartiger Personen.

Aufgabe des Schiedsgerichts, an das die noch nicht entscheidungsreife Sache unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung zurückzuverweisen war, wird es nunmehr sein, auf Grund seiner eigenen sachverständigen Kenntniss oder nach weiteren Erhebungen festzustellen, wie hoch der durchschnittliche

Jahresarbeitsverdienst eines Bergmanns von der Art des Klägers in derselben Gegend zu veranschlagen ist, sowie ob der Kläger ein Drittel davon noch zu verdienen vermag. Bei der Ermittelung des Durchschnittslohnes ist im Sinne der vorstehenden Ausführungen nicht gerade ausschliesslich die Beschäftigung als Hauer, das heisst die schwerste und demgemäss am höchsten bezahlte der eigentlichen bergmännischen Arbeiten, zu Grunde zu legen; es fragt sich vielmehr, wie sich der gewöhnliche Verlauf des Lebens eines Bergmannes hinsichtlich seiner Erwerbsthätigkeit gestaltet. Dabei wird z. B. auch die leichtere und etwas geringer bezahlte Arbeit als Zimmer- (Reparatur-) Hauer mit einzuschliessen sein, sofern es dem gewöhnlichen Gange der Dinge entspricht, dass der Hauer, auch ohne eigentlich krank oder sonst nicht voll erwerbsfähig zu sein, späterhin zur Thätigkeit als Zimmerhauer oder dergleichen übergeht. Zu beachten bleibt aber, dass der Absicht des Gesetzes, welches ja unter Anderem auch die aus der Festlegung des Mindestlohnes in der Gestalt einer festen Ziffer erwachsenen Uebelstände vermeiden will, weniger die peinlich genaue Berechnung eines ganz bestimmten Geldbetrages entspricht, als vielmehr eine billige annähernde Schätzung.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Sammlung von Gutachten über Flussverunreinigung. (Fortsetzung.) Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Beihefte zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes; Siebzehnter Band, zweites — Schluss — Heft, mitzwei Tafeln. Berlin 1900. Verlag von Julius Springer. 4°, 358 Seiten. Preis: 15 Mark.

Gutachten über die Verunreinigung der Haase durch die Piesberger Grubenwässer und deren Folgen. (Hierzu Tafel II.)

Einleitung. I. Die geologischen Verhältnisse. Berichterstatter: Professor Dr. Beyschlag.

II. Einwirkung der Piesberger Grubenwässer auf das Fluss- und Brunnenwasser. Berichterstatter: Geh. Regierungsrath Dr. Ohlmüller.

III. Landwirthschaftliche Beurtheilung der Versalzung der Wiesen im Haasegebiet des Grossherzogthums Oldenburg. Berichterstatter: Geheimer Regierungsrath Prof. Dr. Orth.

Die Untersuchung der geologischen Verhältnisse ergab, dass die Grubenwässer des Piesberges auf Verwerfungsspalten aus einem weiten Umkreise heranfliessen und dass sie ihren Salzgehalt den Salzlagern der Zechsteinformation, die in jener Gegend allenthalben das Karbon bedeckt, entnehmen. Durch ihren Zutritt zur Haase erfährt das Wasser dieses Flusses und der in seinem Gebiete liegenden Brunnen eine starke Anreicherung aller Bestandtheile, namentlich aber des Chlors, das sich zum weitaus grössten Theile als an Natrium gebunden erweist. Als zweithöchster Bestandtheil ergiebt sich Schwefelsäure, dann folgt der Kalk und endlich die Magnesia. Der hohe Kochsalzgehalt des Wassers ist hauptsächlich für die Lederfabriken von Nachtheil, da der Prozess der Auflockerung der Häute sich im salzigen Wasser nur langsam und unvollständig vollzieht. Bei der Speisung von Dampfkesseln macht der konzentrirte Salzgehalt des Flusswassers ein häufigeres Ablassen des Kesselwassers erforderlich; zum Viehtränken ist das salzige Wasser ungeeignet. Der Schaden, den die Landwirthschaft erfährt, liegt in der Ausmagerung und Auslaugung des Bodens, der Verschlammung und Verdichtung seiner Krume, der vermehrten Versäuerung, sowie der Versumpfung durch das Kochsalz und Chlormagnesium führende Wasser.

Ueber die Veränderungen des Fettes beim Reifen der Käse. Von Dr. Karl Windisch, technischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt, Privatdozent an der Königlichen Universität, jetzt Dirigent der Königlichen önochemischen Versuchsstation zu Geisenheim a. Rh. Ibidem.

Die Veränderungen, welche das Fett beim Reifen der Käse eingeht, sind für die Lebensmittelkontrole von grosser Bedeutung, da der Margarinekäse sich vom echten Milchkäse nur durch die Beschaffenheit des Fettes unterscheidet. Eine solche Veränderung findet, wie W. zeigt, namentlich nach der qualitativen Seite hin statt: es kommt zu einer mehr oder weniger weit vorgeschrittenen Spaltung der Glyzeride in freie Fettsäuren und Glyzerin, sowie zu einem Ver-

schwinden der frei gewordenen flüchtigen Fettsäuren. Das Fett reifer Käse besteht demnach im Wesentlichen aus einer Mischung von nicht verändertem neutralen Fette und freien, nicht flüchtigen Fettsäuren. Ob daneben auch nach der quantitativen Seite eine Veränderung vor sich geht, etwa in der Richtung einer Neubildung von Fett aus Eiweissstoffen, hat sich mit Sicherheit nicht feststellen lassen. Eine praktische Bedeutung hat diese Frage indessen nicht, da es nach W. nie möglich sein wird, aus Magermilch durch die Reifung einen fettreichen Käse herzustellen.

Die im Zinkhüttenbetriebe beobachteten Gesundheitsschädigungen und die zu ihrer Verhütung erforderlichen Massnahmen. Nach einem an den Herrn Staatssekretär des Innern unterm 2. April 1898 erstatteten Gutachten. Berichterstatter: Regierungsrath Dr. Wutzdorf. Ibidem.

Das metallische Zink wird vornehmlich durch Verhüttung, und zwar aus der Zinkblende oder aus dem Galmei gewonnen. Erstere enthält ausser der Schwefelverbindung des Zinks fast stets Schwefeleisen, und als gesundheitlich besonders wichtige Beimengungen Bleiverbindungen in wechselnder Menge, und Verbindungen des Arsens. Galmei besteht hauptsächlich aus kohlensaurem Zink. Die im Betriebe beobachteten Gesundheitsschädigungen, welche einerseits auf die Einwirkung der Zinkdämpfe, anderseits auf die sich bildenden Bleidämpfe zurückzuführen sind, bestehen, ausser in schweren Bleivergiftungen, in Magen- und Bronchialkatarrhen, in Durchfällen, in Rheumatismus. Tuberkulose wird dagegen nur selten beobachtet. Die zur Verhütung dieser Schädigungen erforderlichen Massnahmen sind vom Bundesrath unterm 6. Februar 1900 erlassen worden. (Cfr. Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung: Beilage zu dieser Zeitschrift; 1900, Nr. 5.)

Ueber die Hämoglobinurie der Rinder in Finland. Von Reg.-Rath Prof. Dr. Kossel, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts und Dr. Weber, Oberarzt im Grenadier-Regiment König Karl (5. Württemb. Nr. 123), kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt. Ibidem.

Die Hämoglubinurie der Rinder — in Nordamerika Texasfieber genannt — wird durch einen Blutparasiten — Pyrosoma bigeminum — verursacht und von einem Thier auf das andere durch Zecken übertragen. Die Zecken, welche auf krankem Vieh gesessen haben, vererben die Fähigkeit, Hämoglobinurie zu erzeugen, auf ihre Nachkommen, und können so die Seuche verschleppen, wenn ihre Brut auf die Weiden bisher verschonter Gegenden gelangt. Für Deutschland lag diese Gefahr nahe, als im Jahre 1894 bei einem in Hamburg aus Amerika eingeführten Viehtransporte die Parasiten des Texasfiebers in dem Blute dieser Rinder nachgewiesen wurden. Es erhob sich zunächst die Frage, ob die amerikanische Zecke in unserem Klima die nöthigen Bedingungen für ihre Weiterentwickelung finden, oder ob als Zwischenwirth auch eine neuere Zeckenart gelten könne. Anhaltspunkte, um diese Frage zu beantworten, bot die Gelegenheit zur Untersuchung der Hämoglobinurie der Rinder in Finland, einem Lande, dessen klimatische Verhältnisse denen Deutschlands ähnlich sind. K. und W., die mit der Vornahme dieser Untersuchungen beauftragt wurden, stellten zunächst fest, dass die in Finland sehr verbreitete Viehseuche mit dem Texasfieber identisch sei. Ferner stellten sie fest, dass jedes Rind daselbst mit Zecken behaftet ist; jedoch handelt es sich um eine andere Art, als die in Amerika und Afrika als Ueberträger verantwortlich gemachte, nämlich um die Gattung Ixodes. Die Versuche, die Larven dieser Zecke auf Kühen zur Entwickelung zu bringen, schlugen allerdings fehl; trotzdem halten sich K. und W. für berechtigt, dem Ixodes die gleiche Rolle bei der Entstehung der Hämoglobinurie in Finland zuzuschreiben, wie die in Amerika lebende Gattung nachgewiesenermassen bei der Verbreitung des Texasfiebers spielt. Da nun der Ixodes auch in Deutschland vorkommt, so sind, eine Einschleppung des Parasiten vorausgesetzt, auch bei uns wahrscheinlich die erforderlichen Bedingungen zum Auftreten der verderblichen Seuche gegeben. Mit Rücksicht darauf, dass alle Therapie der ausgebrochenen Krankheit gegenüber sich bisher als ohnmächtig erwiesen hat, besteht die einzig empfehlenswerthe Massregel in dem Schutze vor der Einschleppung des Krankheitskeimes.

Ergebnisse der Weinstatistik für 1898. Von Dr. G. Sonntag, Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Ibidem.

Die Mindestwerthe für den Gehalt an Extraktrest nach Abzug der nichtflüssigen Säuren sind in drei Fällen, für den nach Abzug der freien Säuren verbleibenden Extraktgehalt in zwei Fällen unterschritten worden. Der Gehalt an Gesammtextrakt, sowie der Gehalt an Mineralbestandtheilen ist bei allen Weinen höher, als der gefundene Mindestwerth.

Sehr hohe Zahlen für Extrakt und Mineralbestandtheile zeigten neben einem beträchtlichen Säuregehalt, die Rhein-, Mosel- und Nahe-Weine.

Bericht über die gesundheitlichen Verhältnisse der Provinz Schantung. Von Dr. Velde, Königlich Preussischer Stabsarzt, kommandirt zur Kaiserlichen Gesandtschaft zu Peking. Ibidem.

V. schildert zuerst in anschaulicher Weise Land und Leute der 156 000 qkm grossen und ca. 30 Millionen Einwohner zählenden Provinz Schantung, um sodann die wichtigsten Krankheiten, unter denen Lungentuberkulose, Pocken, Typhus, Cholera, Malaria, granulirende Augenentzündungen und Eingeweidewürmer eine Hauptrolle spielen, gruppenweise zu besprechen.

Bericht über die Verbreitung der Lepra in China. Von Demselben. Ibidem.

Lepra kommt in allen Theilen Chinas vor; der Grad der Häufigkeit ist aber ein sehr verschiedener. Während in den nördlichen Provinzen der einzelne Beobachter nur in mehrjährigen Zwischenräumen Lepröse zu sehen Gelegenheit hat, werden in einzelnen Theilen des Südens 1 ‰ der Bevölkerung und mehr als erkrankt betrachtet. Geschlecht und Lebensalter haben auf die Verbreitung keinen Einfluss; dagegen ruft die soziale Stellung einen ziemlich grossen Unterschied hervor; denn die Mehrzahl der Leprösen gehört den allerärmsten Kreisen der Bevölkerung an. Da man allgemein von der Unheilbarkeit der Krankheit überzeugt ist, so beabsichtigen die gesetzlichen Massnahmen nur der weiteren Verbreitung vorzubeugen, indem sie von der Annahme der Uebertragbarkeit der Lepra ausgehen. Der kurze Sinn dieser Vorschriften, die übrigens nur in der Gegend von Kanton Anwendung finden, ist der, dass die Leprösen in hinreichender Entfernung von bewohnten Plätzen abgesondert leben und ihren Unterhalt aus öffentlichen Mitteln erhalten. Die Chinesen vermeiden, so viel sie können, den Verkehr mit Leprösen. In denjenigen Gegenden, in denen die Krankheit häufiger vorkommt, erkundigen sich vor der Aufstellung von Heirathsverträgen beide Familien eingehend, ob unter den Mitgliedern oder Vorfahren der anderen Partei eine Lepra-Erkrankung vorgekommen ist. Stellt sich dies etwa nachträglich noch heraus, so wird jede Verbindung ohne Verpflichtung einer Entschädigung abgebrochen. Lepröse Frauen glauben durch zahlreichen Verkehr mit gesunden Männnern den Verlauf ihrer Krankheit mildern zu können und geben sich daher oft der Prostitution hin. In den öffentlichen Häusern brennen hellleuchtende Lampen, deren Licht Lepröse angeblich nicht vertragen können, sie sollen Lepröse vom Eintritt abhalten.

Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten. (Ostafrika, Westafrika, Togo, Karolinen-Inseln, Marschalls-Inseln).

Die Berichte enthalten Nichts, was für den Medizinalbeamten von Interesse ist.

Ueber den Borsäuregehalt des amerikanischen Trockenpökelfleisches. Von Dr. E. Polenske, technischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte.

Im Laufe der letzten vier Jahre sind im Gesundheitsamte eine Anzahl von Proben amerikanischen Trockenpökelfleisches auf Konservirungsmittel untersucht worden. Es konnte festgestellt werden, dass sämmtliche 51 Proben Kochsalz, Salpeter, Zucker und Borax enthielten. Der Boraxgehalt betrug 0,5 bis 3,86 %, der Kochsalzgehalt 4,8 bis 10,8 %. Von Salpeter wurden Spuren bis zu 0,145 % gefunden.

Ueber das Verhalten des Borax bei der Destillation mit Methylalkohol. Von demselben.

Der alkalisch reagirende Borax giebt bei Destillation mit Methylalkohol Borsäure an das Destillat ab. Die Menge der hierbei frei werdenden Borsäure schwankt nach den Angaben der verschiedenen Autoren zwischen 53,2 und 82 %; sie beträgt nach den zahlreichen Untersuchungen P.'s etwa 50 bis 59 %.

Ueber das Verhalten von Borsäure, schwefliger Säure und künstlichen Farbstoffen in Dauerwurst. Von demselben.

Unter der Aufsicht P.'s wurden in einem Fleischergeschäft Berlins aus dem in üblicher Weise zubereiteten Cervelatwurstgut Wurst mit verschiedenen Zusätzen — Borsäure, Natriumsulfit, Brillant-Beroline (Theerfarbstoff) und Roseline (Karmin) angefertigt, um den Einfluss dieser Zusätze auf die äussere Beschaffenheit der Wurst einer Prüfung zu unterziehen. Die Untersuchung der im Kellerraume aufbewahrten Würste fand nach einer Lagerzeit von 3 bis 24 Monaten statt. Der Borsäuregehalt betrug in 100 g der drei Monate lagernden Wurst bis 0,220 g Borsäure, der Zusatz hatte 0,2 g betragen. Schweflige Säure konnte noch in der 2 Jahre alten Wurst nachgewiesen werden; dabei wirkte das Natriumsulfit einem künstlichen Farbstoff so ähnlich, dass die Wurst der künstlichen Färbung stark verdächtig bezeichnet werden musste. Brillant-Beroline, die die Wurst Anfangs sehr stark färbte, blasst beim Lagern der Würste ab. Die Farbe dieser Wurst war im Alter derjenigen der mit Karmin gefärbten Waare ähnlich. Ganz entgegengesetzt verhielt sich das Karmin. In den ersten Monaten kaum vernehmbar, kam dieser Farbstoff bei zunehmendem Alter der Waare immer mehr zur Geltung.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur Biologie der Milzbrandbazillen: Die Sporenauskeimung. Von Apotheker Dr. Rich. Weil, Volontärassistent an dem Institute für Hygiene und Bakteriologie an der Universität Strassburg. Archiv f. Hygiene; 39. Bd., S. 205—229.

Seitdem Robert Koch in seiner berühmten „Aetiologie der Milzbrandkrankheit" den Prozess der Sporenbildung und Auskeimung des Milzbranderregers klargelegt hat, ist der tiefere Mechanismus der Keimung zum Gegenstand einer besonderen Forschung nicht wieder gemacht worden.

Verfasser machte es sich, mit Rücksicht auf das gleich grosse botanische wie hygienische Interesse der Frage, zur Aufgabe, zu ergründen, wann die Milzbrandsporen bei den verschiedenen Temperaturen auszukeimen beginnen und ob der Keimungsprozess aller Sporen abgelaufen ist, bevor neue Sporen gebildet werden. Er ging von der Ansicht aus, dass es für die Zwecke der Desinfektion von grosser Bedeutung wäre, bei den verschiedenen Temperaturen einen Zeitpunkt festzustellen, an welchem nur die leicht zu vernichtenden Wuchsformen vorhanden sind, also keine alte Sporen mehr und noch keine neue Dauerformen. Das Ergebniss seiner Arbeit fasst er in folgende Sätze zusammen:

1) Wird Milzbrandbazillensporen enthaltendes Material künstlichen Auskeimungsbedingungen ausgesetzt, so keimen innerhalb bestimmter, mit der Temperatur wechselnder Zeit in der Regel wohl die meisten, aber nicht alle Sporen aus; es tritt dabei meist kein Zeitpunkt ein, an welchem nur vegetative Formen vorhanden sind, entweder finden sich darunter noch alte oder schon weiter neugebildete Dauerformen; es wird deshalb auch nur ausnahmsweise gelingen, durch sogenannte fraktionirte Sterilisirung ein solches Material keimfrei zu machen. Es ist dies eine Erweiterung und Bestätigung der Ergebnisse der zahlreichen Versuche, welche Prof. Forster und unter seiner Leitung C. G. Baert vor einigen Jahren im Amsterdamer hygienischen Institut an den Bazillen der Mesentericus-Gruppe und an Anaëroben der Kuhmilch ausgeführt hat.

2) Bringen wir grosse Sporenmengen selbst beim Temperaturoptimum zur Auskeimung, so vermag nur ein geringer Theil davon auszukeimen, sich zu vermehren und neue Sporen hervorzubringen. Ob das Zugrundegehen der meisten Sporen nach der Uebertragung in frisches Nährmaterial durch die Störung ihres derzeitigen Entwickelungsstadiums bedingt ist oder im Zusammenhange mit den Gesetzen der Vererbung steht, konnte mit Sicherheit nicht ermittelt werden.

3) Auskeimung wie Neusporenbildung erfolgen der Hauptsache nach von einem gewissen Zeitpunkt an auf einmal, und nicht nach und nach.

4) Die Auskeimung der Mehrzahl derjenigen Sporen, die sich normal zu entwickeln vermögen, beginnt in der Regel bei 37° und 30° nach etwa 8 Stunden, bei 24° nach etwa 16 Stunden, bei 18° nach 70 Stunden, bei 12° nicht mehr regelmässig.

5) Es giebt Sporenexemplare, die bei 7,°, ja wie es scheint, sogar noch bei 0° auszukeimen vermögen.

6) Die Neusporenbildung erfolgt bei 37° nach nahezu 21 Stunden, bei 29—30° nach nahezu 21—30 Stunden, bei 24° nach nahezu 48 Stunden, bei 18° nach nahezu 96 Stunden, bei 12° nur noch ausnahmsweise, es verhält sich mit der Auskeimung wie Neusporenbildung bei 12° genau so, wie Verfasser durch frühere Versuche, bei welchen er vom Thierblute ausging, dargethan hat.

7) Das Keimungsvermögen der Anthraxsporen wird durch chemische Agentien selbst in hoher Verdünnung stark beeinflusst.

Nach kurzer Einwirkung von 1% Chloroform, 1,5% wässeriger Phenollösung, 1% Formalin oder der mittels Ammoniak daraus gebildeten Urotropinmenge vermochten in den obigen Versuchen die Sporen auf künstlichen Nährmedien sich nicht mehr zu entwickeln.

8) Kaninchenblutserum, das 22 Minuten auf 55° erwärmt wird, besitzt noch sporizide Kräfte. Dr. Dietrich-Berlin.

Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Aus dem Institut für Infektionskrankheiten (Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. R. Koch) und der psychiatrischen Klinik der Charité (Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jolly). Von Dr. Uhlenhut, Stabsarzt, früher Assistent am Institut für Infektionskrankheiten und Dr. A. Westphal, Privatdozent, Assistent an der psychiatrischen Klinik der Charité. Zentralblatt für Bakteriologie, XXIX. Band, S. 233.

Die ausführliche Bearbeitung dieses in dem Institute für Infektionskrankheiten beobachteten Falles von Lepra ist im „klinischen Jahrbuche" veröffentlicht. Verfasser bringen hier nur die wichtigsten bakteriologisch und histologisch interessanten Befunde, welche im Wesentlichen Folgende waren:

Starke Durchwucherung fast sämmtlicher Gewebe mit Leprabazillen, ein Befund, dem nicht immer die Schwere der pathologisch-anatomischen Veränderungen entspricht. Was speziell das Nervensystem anbetrifft, so fanden sich ausgedehnte interstitielle Neuritis und Perineuritis, sowie Veränderungen einer Anzahl von Spinalganglienzellen bei Intaktheit des zentralen Nervensystems. Die Neuritis und Perineuritis ist durch den enormen Bazillenreichthum bedingt, während anderseits hervorgehoben werden muss, dass zellige Elemente des Nervensystems trotz reichlichen Bazillengehaltes histologisch nicht verändert waren. Bei der Beurtheilung der Bedeutung des Befundes am Nervensystem für die Auffassung des gesammten Krankheitsbildes tritt die im Ganzen geringfügige Alternative der Spinalganglienzellen gegen die erhebliche Affektion der peripherischen Nerven durchaus in den Hintergrund. Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber Bacillol. Aus der I. chirurg. Abtheilung (Prof. Dr. Weinlechner) des Wiener k. k. Allgemeinen Krankenhauses. Von Dr. Franz Werner, suppl. Sekundararzt, und Dr. Peter Pajié, Hospitant der Abtheilung. Separatabdruck aus Nr. 5 der Wiener Klinischen Rundschau; 1901.

Bacillol ist eine dunkelbraune Flüssigkeit von öliger Konsistenz, sehr schwachem, kreosotartigem Geruche und alkalischer Reaktion; der Ueberschuss an Alkali ist im Gegensatze zu dem ursprünglichen, für die Grossdesinfektion bereiteten Fabrikate auf ein Minimum herabgesetzt. Es stellt eine Auflösung von Theerölen in Seife dar und besitzt ein ausgezeichnetes Lösungsvermögen; denn es ist in Wasser bei jeglicher Temperatur und in jedem beliebigen Mengungsverhältniss lösbar. Versuche mit Milzbrandsporen und Milzbrandbazillen, Diphtheriebazillen, Bacterium coli, Bacillus pyocyaneus u. s. w. haben weiterhin eine vorzügliche bakterizide Wirkung ergeben; das Absterben der Bakterien erfolgt meist in 1—10 Minuten bei 1—2proz. Lösungen. Mit Eiter imprägnirte Schwämme, Katgut, Seide, Haare von Handbürsten erwiesen

sich, nachdem sie in Bacillol gelegt waren, als steril. Vor Allem ist dasselbe aber auch unschädlich und ungiftig; es hat einen viel geringeren kresolartigen Geruch wie Lysol und stellt sich wesentlich billiger als andere Desinfektionsmittel. Endlich ist es nicht flüchtig oder zersetzbar, sondern eine haltbare Substanz, welche in 1- bis 2proz. Lösungen keine ätzenden und zerstörenden Eigenschaften entfaltet; Instrumente verändern sich auch durch längere Zeit hindurch während des Einlegens nicht, Messer und Scheeren behalten ihre Schärfe. Katgut, Seide, Gummidrains und weiche Katheter werden durch Bacillol auch in stärkeren Konzentrationen nicht brüchig; die geringfügige Glätte wirkt kaum störend. Mit Seife bildet Bacillol keine unlöslichen Verbindungen, wie z. B. Sublimat; es koagulirt nicht Blut enthaltende Flüssigkeiten, wie z. B. Lysol. Es eignet sich nach mehrfacher Prüfung auch zur Desinfektion im Grossen (Ställe, Gruben, Aborte, Fussböden, Wände), zur Desinfektion von Wäsche u. s. w.

Alles zusammenfassend, kommen die Verfasser demnach zu dem Schluss, dass das Bacillol in Folge seiner das Karbol weit übertreffenden und dem Lysol sicher gleichkommenden Desinfektionskraft, in Folge seiner relativen Unschädlichkeit, seiner ausgezeichneten Wasserlöslichkeit, weiter in Folge seiner fast gänzlichen Geruchlosigkeit und desodorisirenden Wirkung und auch mit Rücksicht auf seinen bedeutend billigeren Preis (gegenüber den anderen Antisepticis) als ein sehr gutes Desinfektionsmittel zu bezeichnen und zu empfehlen ist. Rpd.

Tagesnachrichten.

Im preussischen Abgeordnetenhause gelangte am 24. April d. J. der von verschiedenen konservativen Abgeordneten eingebrachte Antrag auf Einführung der obligatorischen Schlachtviehversicherung zur Verhandlung. Danach sollen die Provinzialverbände Schlachtvieh-Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit errichten, um die Versicherten gegen Verluste zu schützen, die durch Beanstandung des Fleisches bei der amtlichen Schlachtvieh- und Fleischbeschau (Gesetz vom 3. Juni 1900) entstehen. Zu den nach Massgabe dieses Antrages zu gewährenden Entschädigungen soll die Staatskasse den provinziellen Viehversicherungsanstalten einen Beitrag von 25 % gewähren. Nach Begründung des Antrages durch den Abg. Ring wurde von Seiten eines Vertreters des landwirthschaftlichen Ministeriums erklärt, dass, ehe die Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz[1]) nicht erlassen seien, die Regierung sich nicht zu dem Antrage einer Schlachtviehversicherung äussern könnte. Von verschiedenen Seiten wurden die schwersten Bedenken gegen den Entwurf geäussert, da ein solches Vorgehen zu unabsehbaren Konsequenzen führen könne. Das Fleischbeschaugesetz mache allerdings eine Schlachtviehver-

[1]) Betreffs des Inkrafttretens des Fleischbeschaugesetzes wird in politischen Blättern gemeldet, dass die Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz im nächsten Monat dem Bundesrath zur Genehmigung zugehen werden. Sie sind in der Hauptsache im Reichsgesundheitsamte entworfen und sehr umfangreich. Es handelt sich dabei u. A. um Anweisungen für die Fleischbeschauer mit Bezug auf die Beurtheilung lebender und todter Schlachtthiere, das Verfahren bei der Untersuchung von Fleisch und Fett, insbesondere bei der Probeentnahme und der chemischen Untersuchung, um die Feststellung einheitlicher Grundsätze für die Beurtheilung des Fleisches beim Vorhandensein bestimmter Mängel, um die Unterscheidung der zulässigen und unzulässigen Konservirungsstoffe und Methoden. Sind die Ausführungsbestimmungen erlassen, so handelt es sich weiter um die Schaffung eines ausreichenden und befähigten Fleischschaupersonals an allen Orten des Reichs, um die Bereitstellung der Räume zur Vornahme der Fleischbeschau und um die Ausstattung dieser Räume mit den nöthigen Einrichtungen. Bei der Schwierigkeit und Umständlichkeit dieser und anderer Vorbereitungsarbeiten, zu denen auch die Gesetzgebung der Einzelstaaten noch in Anspruch genommen werden muss, ist nicht daran zu denken, dass das Gesetz im vollen Umfang bereits vor dem 1. April nächsten Jahres in Kraft gesetzt werden könnte.

sicherung nothwendig, eine solche könne aber erfolgen ohne Staatszuschuss auf privatem Wege. Auch die Durchführung des Gesetzes werde auf Schwierigkeiten stossen, oder aber es müssten alle Bundesstaaten eine Versicherung auf der gleichen Grundlage einführen. Von anderer Seite wurde dagegen der Antrag warm befürwortet und die Nothwendigkeit einer Zwangsversicherung und eines Staatszuschusses anerkannt. Der Antrag wurde schliesslich an eine Kommission von 14 Mitgliedern gewiesen.

In den Mittheilungen aus dem Nahrungsmitteluntersuchungsamte der Landwirthschaftskammer für die Provinz Brandenburg, verfasst von dem stellvertretenden Leiter derselben Dr. Ed. Baier, heisst es betreffs der **Trinkwasserversorgung auf dem Lande**: „Zum Schluss sind noch besonders die untersuchten rund 800 Trinkwasserproben anzuführen, die ein sehr betrübendes Bild von der ländlichen Wasserversorgung vor unseren Augen entrollen; es erwiesen sich nämlich 36 v. H. als in hygienischem Sinne untauglich. Die Veranlassung zu diesen sehr zahlreichen Wasseruntersuchungen bot sich in den meisten Fällen in den sehr verbreiteten Darm- und Typhuserkrankungen. Man braucht sich übrigens darüber nicht zu wundern, wenn man einen näheren Einblick in diese Verhältnisse, namentlich die örtlichen Brunnenverhältnisse nimmt, wie dies entweder durch persönliche Augenscheinnahme oder mittelst Fragebogen geschehen ist. Dass übrigens in Folge der vielfachen ungünstigen Befunde das Bedürfniss zu einer Ausdehnung der Brunnen- bezw. Wasseruntersuchungen gestiegen ist, beweist die starke Zunahme der beantragten Untersuchungen der letzten Jahre.“ Die „Vossi'sche Zeitung“ bemerkt hierzu mit Recht: „Der Bericht bestätigt nur, was schon bekannt war. Seit Jahren dringen die Aerzte und Hygieniker auf eine durchgreifende Ueberwachung der Wasserversorgung auf dem Lande, der preussische Medizinalbeamtenverein hat sich auf die Anregung des Kreisarztes Dr. Schroeder in Wollstein in mehreren Jahresversammlungen eingehend mit der Frage beschäftigt und eine umfassende Brunnenordnung ausgearbeitet. Die Berichte, die Verhandlungen und die Brunnenordnung ruhen als schätzbares Material an irgend einer Amtsstelle. Warum greift aber die Landwirthschaftskammer nicht selbst ein? Ihre Mitglieder haben Einfluss bei den Provinzial- und Kreisbehörden und in den ländlichen Gemeinden. Nachdem auch von ihrem Nahrungsmittel-Untersuchungsamt festgestellt worden ist, dass das „Bild der ländlichen Wasserversorgung“ „sehr betrübend“ ist, kann sich die Landwirthschaftskammer der Pflicht nicht mehr entziehen, das ihrige zur Abstellung des Uebelstandes beizutragen. Und das thut noth, sowohl wegen der verschlungenen und dunkelen Wege, auf denen Ansteckungsstoffe vom Lande in die Stadt verschleppt werden, als auch um der Hebung der ländlichen Gesundheitsverhältnisse willen.“

In der Sitzung der württembergischen Kammer vom 22. April wurde mit 45 gegen 25 Stimmen bei 2 Stimmenenthaltungen ein Antrag auf Zulassung der **fakultativen Feuerbestattung** angenommen. Der Präsident des evangelischen Konsistoriums, Frhr. v. Gemmingen, erklärte, er würde es begreiflich finden, wenn die Regierung die Feuerbestattung zuliesse, sei auch überzeugt, dass die Kirche sich damit abfinden würde. Desgleichen äusserte sich der Prälat v. Sandberger dahin, dass heute auch gut kirchlich gesinnte Kreise der Feuerbestattung freundlich gegenüberstehen.

Der **deutsche Aerztetag** wird am 28. und 29. Juni in Hildesheim gehalten werden. Zur Verhandlung gelangen: 1. Die Stellung des Arztes als Gutachter, Refer.: Prof. Thiem-Kottbus; 2. Ueber Genesungshäuser, Refer.: Bezirksarzt Dr. Mayer-Fürth; 3. Die Gründung einer wirthschaftlichen Unterstützungskasse und die Stellung des Aerztevereinsbundes zu dem Verbande der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen, Refer.: San.-Rath Dr. Windels-Berlin.

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

14. Jahrg. **Zeitschrift** 1901.

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. | 15. Mai.

Entmündigung und Pflegschaft wegen geistiger Mängel.

Von Amtsgerichtsrath Hahn in Berlin.

Nach §. 6, Ziffer 1 B.-G.-B. kann entmündigt werden: „wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.“ Der Entmündigte erhält einen Vormund, der für die Person und das Vermögen des Mündels zu sorgen, insbesondere den Mündel zu vertreten hat (§§. 1896, 1897 mit §. 1793). Dies gilt auch von dem vorläufigen Vormunde, der schon dann, wenn die Entmündigung nur beantragt ist, bestellt werden kann, sofern dies zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens für erforderlich erachtet wird (§. 1906)). — Zweifel sind entstanden über das Verhältniss dieser Bestimmungen zu §. 1910, welcher lautet:

„Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er in Folge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, in Folge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.“

Die Einleitung einer Pflegschaft aus §. 1910 erfolgt durch eine einfache, nur im Beschwerdewege anfechtbare Verfügung des Vormundschaftsgerichts, während die Entmündigung bekanntlich nur auf Grund des in der Z.-P.-O. (§§. 645 ff.) geordneten, unter Mitwirkung der Staatsanwaltschaft stattfindenden Verfahrens nach persönlicher Vernehmung des zu Entmündigenden unter Zuziehung von

Sachverständigen und nach Einholung von Gutachten erfolgen darf durch einen Beschluss, der mittels Klage im ordentlichen Rechtswege angefochten werden kann. Es ist nun in Frage gekommen, ob der einfachere Weg der Pflegschaftsbestellung nach §. 1910 Abs. 1 und 2 auch gangbar ist in solchen Fällen, in denen an sich die Voraussetzungen der Entmündigung nach §. 6, Ziffer 1 gegeben sind, weil die betreffende Person nicht nur zur Besorgung einzelner Angelegenheiten, sondern schlechthin zur Besorgung ihrer Angelegenheiten wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche unvermögend ist. Die Frage ist in der Praxis bejaht worden vom Kammergericht (Deutsche Juristen-Zeitung 1900, S. 142), und diese Auffassung hat auch in der juristischen Literatur Vertretung gefunden durch Dr. Harnier (daselbst S. 336 ff.), welcher ausführt: durch die Worte, „einzelne seiner Angelegenheiten u. s. w." sei die Anwendbarkeit des Abs. 2 nicht etwa auf solche Personen beschränkt, welche einen Theil ihrer Angelegenheiten selbst besorgen können, einen andern nicht; die Pflegschaft könne vielmehr auch dann angeordnet werden, wenn der Pflegling, theoretisch betrachtet, zur Zeit keine seiner Angelegenheiten besorgen könne, sofern sich nur das praktische Bedürfniss der Fürsorge auf vereinzelte Angelegenheiten beschränke. Vielfach aber wird in der Praxis auch der entgegengesetzte Standpunkt eingenommen, und literatisch ist er von einem Arzte, Dr. Kornfeld, vertreten worden (daselbst S. 281). Dieser bestreitet, dass auch bei Geisteskranken eine Pflegschaft angeordnet werden könne, wenn eine Verständigung wegen der geistigen Störung nicht möglich, also deshalb eine Einwilligung nicht zu erlangen ist; ob er hinsichtlich der im Sinne des §. 6 Ziff. 1 Geistesschwachen die Pflegschaft für zulässig erachtet, ist aus seinen Ausführungen nicht zu entnehmen. Ich bin nun der Meinung, dass hinsichtlich der im Sinne des §. 6, Ziffer 1 Geisteskranken und Geistesschwachen in gleicher Weise nur die Entmündigung, nicht die Einleitung einer Pflegschaft aus §. 1910, Abs. 2 stattfinden darf. Zur Begründung dieser Ansicht ist es nöthig, zunächst die thatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen des einen und des andern Falles klarzustellen.

Nach §. 6 kann entmündigt werden, wer wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche „seine" Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Das Reichsgericht, IV. Ziv.-Sen., hat in einem Urth. vom 29. Oktober 1900 (Jur. Wochenschr. S. 848; Deutsche Juristen-Ztg., S. 117) [1]) diese Voraussetzung dahin gedeutet, dass der zu Entmündigende an der Besorgung „aller" seiner Angelegenheiten gehindert sein müsse. Dieser Ausspruch war dadurch veranlasst, dass das Berufungsgericht zur Begründung der Entmündigung wegen Geistesschwäche sich begnügt hatte, die Unfähigkeit des zu Entmündigenden zur selbstständigen vernünftigen Besorgung seiner Vermögensangelegenheiten festzustellen, ohne darauf den Schluss zu gründen, dass eine gleiche Unfähigkeit auch rücksichtlich der Besorgung der übrigen Angelegenheiten bestehe. Das war selbstverständlich ein Mangel der Begründung,

[1]) Siehe auch Beilage zu dieser Nummer der Zeitschrift, S. 123.

eine zu enge Fassung des Begriffs der „Angelegenheiten". Gewiss aber hat das Reichsgericht nicht sagen wollen, dass die Entmündigung ausgeschlossen sei, wenn der zu Entmündigende auf dem einen oder anderen Gebiete einzelne Angelegenheiten oder auch einen Kreis von Angelegenheiten thatsächlich noch ordnungsmässig erledigt. Dies leuchtet ohne Weiteres ein, hinsichtlich der Geistesschwachen[1]) die das Gesetz ja auch nach der Entmündigung zu mancherlei rechtsgeschäftlicher Bethätigung zulässt, womit es nicht zu vereinbaren wäre, wenn eben dieses Gesetz als Voraussetzung der Entmündigung das Unvermögen zur Besorgung aller einzelnen Angelegenheiten aufzustellen beabsichtigte. Allerdings hat das Reichsgericht, II. Ziv.-Sen., in einem Urth. vom 20. November 1900 den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche im Sinne des §. 6 darin gefunden, dass in dem einen Falle der Kranke seine Angelegenheiten absolut nicht zu besorgen vermag, während ihm im anderen Falle nur die Fähigkeit zu selbstständiger Besorgung, nicht aber die Fähigkeit zur Mitwirkung bei dieser Besorgung fehlt (Jur. Wochenschr. 1900, S. 867). Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, dass ein wegen Geistesschwäche Entmündigter, gleich anderen in der Geschäftsfähigkeit nur beschränkten Personen, nach ausdrücklicher Bestimmung des Gesetzes zu einer Reihe von Rechtshandlungen auch selbstständig fähig ist: er kann ohne Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters die von ihm geschlossene Ehe anfechten (§. 1336, Abs. 1), ein Testament widerrufen (§. 2253), einen Erbvertrag anfechten oder vertragsmässig oder durch einseitigen Rücktritt aufheben (§§. 2282, Abs. 1, 2290, Abs. 1, 2296, Abs. 1), auch auf ein gesetzliches Erbrecht vertragsmässig verzichten (§. 2347, Abs. 2). Die wegen Geisteskrankheit Entmündigten freilich erklärt das Gesetz schlechthin für geschäftsunfähig (§. 104, Ziffer 3), aber damit ist doch nur die Rechtswirkung der Entmündigung bestimmt, nicht ihre thatsächliche Voraussetzung dahin definirt, dass der wegen Geisteskrankheit zu Entmündigende zur Besorgung aller einzelnen Angelegenheiten absolut unfähig sein müsse. Es giebt ja bekanntlich zahlreiche Geisteskranke, die mancherlei persönliche Angelegenheiten oder Geschäfte ihres Berufes thatsächlich ordnungsmässig erledigen; sie müssen trotzdem auf Antrag als geisteskrank entmündigt, also für völlig geschäftsunfähig erklärt werden, wenn ihr chronischer krankhafter Zustand ihre Handlungen jederzeit beeinflussen kann, wenn insbesondere, z. B. das Bestehen von Sinnestäuschungen, von Wahn- oder Zwangsvorstellungen, von Neigung zu impulsivem, triebartigem Handeln jede Gewähr für vernunftgemässes Verhalten ausschliesst. Ein Rechtsanwalt litt an Querulantenwahnsinn, der sich vornehmlich mit Bezug auf eine von ihm selbst vermeintlich erlittene Unbill äusserte. Seine Entmündigung wurde abgelehnt, weil er die ihm von Anderen übertragenen Prozesse thatsächlich sachgemäss führte, also keinesfalls unfähig sei, alle seine An-

[1]) Ueber den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche im Sinne des B. G.-B., s. Jahrg. 1900 dieser Zeitschrift, Heft 23, S. 1 ff.

gelegenheiten zu besorgen. Diese Begründung ist ganz verfehlt. Die Wege eines Menschen, dessen Gehirn wahnhafte Vorstellungen produzirt und verarbeitet, sind dunkel; wo er gestern und heute sicher einherzuschreiten schien, strauchelt er morgen. Es ist in keiner Angelegenheit Verlass auf ihn; sein Wille ist dauernd unfrei, weil er unter der Herrschaft eines Wahnes steht, der ihn jederzeit, gleichviel um welche Angelegenheit es sich handle, beeinflussen und missleiten kann. Aehnlich liegt die Sache bei geistigen Störungen, die nur zeitweilig sinnfällig in die Erscheinung treten. Ein entarteter, etwa mit Epilepsie behafteter, geisteskranker Trinker, der periodischen Alkohol-Exzessen verfällt, wird in den anfallsfreien Zeiten nicht selten befähigt erscheinen, seinen hauswirthschaftlichen und gewerblichen Geschäften nachzugehen; dennoch bedarf er wegen der durch seinen chronischen Krankheitszustand bedingten Unverlässlichkeit seines Charakters, die eine dauernde Gefahr vernunftwidrigen Handelns begründet, einer dauernden vormundschaftlichen Fürsorge. In anderen Fällen wiederum können gewisse Fähigkeiten, selbst dauernd und mit einer gewissen Verlässlichkeit bestehen, aber als quantité négligeable. Eine schwachsinnige Person z. B., die unfähig erscheint, sich auch nur in dem beschränkten Maasse der §§. 106 ff. B.-G.-B. (vergl. §. 114) rechtsgeschäftlich zu bethätigen, muss als geisteskrank entmündigt werden, auch wenn sie thatsächlich die für sie sehr wichtige Angelegenheit des Einkaufs von Lebensmitteln in der Nachbarschaft gehörig erledigt. — In allen Fällen der bezeichneten Art sind die thatsächlich bestehenden Reste von Geschäftsfähigkeit rechtlich belanglos. Der §. 6 Ziff. 1 kann, wenn er nicht in der grossen Mehrzahl der seiner Anwendung bedürftigen Fälle versagen soll, nur dahin verstanden werden, dass entmündigt werden kann: wer wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht die verlässliche Fähigkeit zur Besorgung seiner Angelegenheiten im Allgemeinen (im Grossen und Ganzen) besitzt, mag ihm auch die thatsächliche Fähigkeit, einzelne seiner Angelegenheiten zu besorgen, nicht abzusprechen sein.

Genau den umgekehrten Fall betrifft die Bestimmung im §. 1910, Abs. 2. Hier wird ausdrücklich nur Unvermögen zur Besorgung einzelner Angelegenheiten oder eines bestimmten Kreises von Angelegenheiten vorausgesetzt, und zwar als Folge „geistiger (oder körperlicher) Gebrechen“. Schon die Wahl dieses Ausdrucks, im Gegensatze zu §. 6, Ziff. 1 deutet darauf hin, dass nicht an solche Zustände gedacht ist, die der geistigen Persönlichkeit im Allgemeinen die Signatur der „Geisteskrankheit“ oder „Geistesschwäche“ aufdrücken, sondern an mehr oder minder begrenzte, die Persönlichkeit im Uebrigen frei lassende Mängel („Gebrechen“ vom Verbum „es gebricht“ = „es mangelt“), die sich im Rechtsleben nur in der Behinderung an der Besorgung einzelner Angelegenheiten äussern. Deshalb soll der Gebrechliche auch nur einen Pfleger „für diese Angelegenheiten“ erhalten, während seine Geschäftsfähigkeit unberührt bleibt. Unerheblich

ist dabei, ob etwa im Sinne der medizinischen Wissenschaft das Gebrechen auch als Geisteskrankheit zu bezeichnen sein mag. Den Hauptfall dürfte praktisch ein Schwachsinn mässigen Grades bilden, der an der Besorgung der Angelegenheiten im Allgemeinen nicht hindert, aber eine Fürsorge erforderlich macht, wenn einmal besondere, relativ schwierige Angelegenheiten, z. B. die Auseinandersetzung mit Miterben, zu erledigen sind. Alsdann erhält der Schwachsinnige einen Pfleger für diese Auseinandersetzung.

Aus meiner Praxis sind mir zwei Fälle anderer Art, die als gute Beispiele für die Anwendung des §. 1910, Abs. 2 gelten können, gegenwärtig:

Gegen eine Wittwe war das Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche eingeleitet; es schien sich um Dementia senilis zu handeln. Die Vernehmung ergab aber, dass die Frau bei klarem Verstande und von einer für ihre Verhältnisse recht respektablen Intelligenz, auch frei von krankhaften Vorstellungen oder Stimmungen, von Angst, abnormer Erregbarkeit u. s. w. war. Es war ihr nur das Gedächtniss für Zahlen und die Fähigkeit, zu rechnen, abhanden gekommen; sie wusste, dass sie bei einem ihrer Söhne Geld auf Hypotheken hatte und dass sie von den Zinsen dieses Kapitals den Lebensunterhalt für sich und ihre Gesellschafterin gut bestreiten konnte, aber über den Betrag ihres Vermögens, ihrer Einnahmen und Ausgaben konnte sie nicht annähernd zutreffende Angaben machen, und sie hatte in Folge dieses Mangels bei der Verwaltung ihrer Baarbestände einige bedenkliche Schnitzer gemacht, die anscheinend bei einem anderen Sohne Misstrauen gegen den Hypothekenschuldner und gegen die Gesellschafterin erregt und den Entmündigungsantrag veranlasst hatten. Die Frau hatte vollständige Einsicht in ihren Mangel, verwahrte sich aber in verständiger Weise gegen eine Entmündigung und willigte nur in die Bestellung eines Pflegers für ihre Vermögensangelegenheiten. Diese erfolgte auch auf Grund des §. 1910, Abs. 2, nachdem der Antragsteller sich hatte bereit finden lassen, den Entmündigungsantrag zurückzunehmen.

In einem anderen Falle handelte es sich um einen Mann, der früher an Melancholie mit Zwangsvorstellungen und Erregungszuständen gelitten hatte, seit Jahren aber als geheilt galt und trotz einer gewissen Nervosität seine Angelegenheiten zu besorgen vermochte. Als er aber in missliche und verwickelte Vermögensumstände gerieth, steigerte sich jene Nervosität, und die Beschäftigung mit der Ordnung dieser Angelegenheiten versetzte ihn in solche Aufregung, dass er für gut fand, sich in eine Heilanstalt zurückzuziehen. Seine Angehörigen beantragten seine Entmündigung. Er verliess die Anstalt, um sich im Vernehmungstermine an der Gerichtsstelle einzufinden. Hier gab er den Sachverhalt zu, bekundete volle Krankheitseinsicht sowohl in Bezug auf seine frühere Melancholie, als auch in Bezug auf seine gegenwärtige Nervosität und die darauf beruhende Unfähigkeit, seine verwickelten Vermögensangelegenheiten zu schlichten, widersprach aber entschieden seiner Entmündigung. Und das mit Recht; denn er bedurfte einer Fürsorge nur für jene Vermögensangelegenheiten und es konnte ihm überlassen bleiben, hierfür selbst einen Bevollmächtigten zu bestellen oder seine Zustimmung zur gerichtlichen Bestellung eines Pflegers (§. 1910, Abs. 3) zu geben.

Ist nun in Fällen solcher Art (von anders gearteten Fällen wird noch weiterhin die Rede sein) zweifellos nur die Einleitung einer Pflegschaft, nicht die Entmündigung zulässig, so folgt daraus freilich nicht ohne Weiteres, dass umgekehrt in solchen Fällen, in denen an sich die Voraussetzungen der Entmündigung nach §. 6, Ziff. 1 gegeben sind, nur die Entmündigung und nicht die Einleitung einer Pflegschaft nach §. 1910, Abs. 2 stattfinden dürfe. Man könnte in der That urtheilen: die allgemeine Unfähigkeit einer Person zur Besorgung ihrer Angelegenheiten schliesse doch

das Unvermögen zur Besorgung einzelner Angelegenheiten ein, und wenn das praktische Bedürfniss sich auf die Fürsorge für solche vereinzelte Angelegenheiten beschränke, so sei nach der Fassung des §. 1910, Abs. 2 die Bestellung eines Pflegers nicht ausgeschlossen. Dies würde aber der anderweit erkennbaren Absicht des Gesetzgebers widersprechen. Die Absätze 1 und 2 des §. 1910 stehen in einem klaren Gegensatze: Abs. 1 handelt von der auf körperlichen Gebrechen beruhenden Unfähigkeit eines Volljährigen „seine" Angelegenheiten (im Allgemeinen) zu besorgen, Abs. 2 dagegen von der auf geistigen oder körperlichen Gebrechen beruhenden Unfähigkeit zur Besorgung einzelner Angelegenheiten; dieser Gegensatz macht doch klar ersichtlich, dass der §. 1910 die Bestellung eines Pflegers im Falle allgemeinen Unvermögens zur Besorgung von Angelegenheiten nur für körperlich Gebrechliche, nicht auch für Geisteskranke oder Geistesschwache gestattet. Hierfür spricht auch folgende Erwägung: In den Motiven zu §. 1739 des Entwurfs, welcher dem jetzigen §. 1910, Abs. 2 und 3 entspricht, ist hervorgehoben, dass, da die Pflegschaft mit einer Beschränkung der Geschäftsfähigkeit nicht verbunden ist, und der Pfleger nur die Stellung eines von Staatswegen bestellten Bevollmächtigten hat, an sich die Möglichkeit eines störenden Eingreifens des Pflegebefohlenen in die Verwaltung des Pflegers bestehe; diesem Bedenken könne aber erhebliches Gewicht nicht beigelegt werden, da die Anordnung der Pflegschaft doch nur mit Einwilligung des Gebrechlichen erfolgen solle, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist (Mot. IV, S. 1256). Demgemäss ist auch bestimmt, dass eine nach §. 1910 angeordnete Pflegschaft aufzuheben ist, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt (§. 1920). Die Einwilligung des Fürsorgebedürftigen in die Bestellung eines Pflegers ist hiernach eine Willenserklärung von grosser, rechtlicher Tragweite; eine Verständigung darüber mit dem Fürsorgebedürftigen ist nur dann möglich, wenn er nach Massgabe seines Geisteszustandes eine hinreichend klare Vorstellung von der Bedeutung und Tragweite seiner Erklärung haben kann. Dies ist bei Personen, welche für geisteskrank oder geistesschwach im Sinne des §. 6, Ziff. 1 gelten müssen, niemals der Fall. Hinsichtlich der Geisteskranken, die auch ohne vorgängige Entmündigung geschäftsunfähig sind (§. 104, Ziff. 2), bedarf dies keiner Ausführung. Die Geistesschwachen erleiden allerdings eine Beschränkung ihrer Geschäftsfähigkeit erst durch die Entmündigung (§ 114), allein nicht auf die Geschäftsfähigkeit im Rechtssinne, sondern auf die thatsächliche Möglichkeit einer Verständigung kommt es nach §. 1910, Abs. 3 an. Verständigung aber setzt Verständniss voraus, und Verständniss für die Bedeutung der Stellung unter Pflegschaft kann nicht angenommen werden bei einer Person, deren Geisteszustand die Entmündigung wegen Geistesschwäche rechtfertigen würde; sonst hätte das Gesetz — was nicht der Fall ist — die wegen Geistesschwäche Entmündigten auch für fähig erachten müssen zur Bestellung von Bevollmächtigten. Nach alledem käme

es also bei Geisteskranken und Geistesschwachen im Sinne des §. 6, Ziff. 1, falls auf diese der §. 1910, Abs. 2 und 3 überhaupt anwendbar wäre, auf deren Einwilligung in die Bestellung eines Pflegers niemals an, und dementsprechend würde auch ihr Antrag auf Aufhebung der eingeleiteten Pflegschaft nicht zu berücksichtigen sein. Mit anderen Worten: Geisteskranke und Geistesschwache könnten nach §. 1910, Abs. 2 und 3 auf irgend eine Anregung hin ohne rechtliches Gehör, nur etwa auf Grund eines ärztliches Attestes, unter Pflegschaft gestellt werden. Praktisch hätte das in vielen Fällen die Bedeutung einer Entmündigung. Wenn z. B. der Pfleger für die gesammten Vermögensangelegenheiten bestellt, wenn ihm das Vermögen des Pfleglings ausgeantwortet und die Verwaltung übertragen wird dergestalt, dass der Pflegling selbst bei Bestreitung seines Lebensunterhaltes hinsichtlich der Art und des Masses auf das Ermessen des Pflegers angewiesen ist, so wird er diese Entrechtung nicht deshalb weniger peinlich empfinden, weil ein förmlicher Entmündigungsbeschluss, durch den ihm die Geschäftsfähigkeit abgesprochen oder beschränkt wäre, nicht erlassen ist und weil der ihm aufgedrungene gesetzliche Vertreter nicht „Vormund", sondern „Pfleger" genannt wird. Auch dass der Pfleger eben „nur" für die Vermögensangelegenheiten, nicht auch zur Fürsorge für die Person des Pfleglings bestellt ist, wird dieser kaum tröstlich finden, wenn praktisch alles Interesse sich auf jene Angelegenheiten konzentrirt. Verwandte, denen die Erhaltung des Vermögens des angeblich Geisteskranken oder Geistesschwachen weniger um seinetwillen, als in ihrem eigenen Interesse am Herzen liegt, fänden im §. 1910 bei jener ausdehnenden Auslegung eine bequeme Handhabe zur Umgehung des Entmündigungsverfahrens mit all seinen Umständlichkeiten, wie: Mitwirkung der Staatsanwaltschaft, umständliche Vernehmung des zu Entmündigenden, unter Zuziehung von Sachverständigen, Einholung von Gutachten und Beweiserhebungen aller Art in den Prozedurformen der Z.-P.-O., Anfechtung des ergehenden Beschlusses im ordentlichen Prozesswege u. s. w. Und das sollte der Gesetzgeber zugelassen haben zu derselben Zeit, zu der er für geboten erachtete, die Garantieen des Entmündigungsverfahrens (§§. 645 ff. Z.-P.-O.) noch wesentlich zu verstärken? Sicherlich nicht; der §. 1910 erwähnt die Pflegschaft für Personen, welche wegen geistiger Mängel ihre Angelegenheiten im Allgemeinen (im Gegensatze zu einzelnen Angelegenheiten) nicht zu besorgen vormögen, aus dem Grunde nicht, weil hinsichlich solcher Personen nicht die Pflegschaft, sondern nur die Entmündigung nach §. 6, Ziff. 1 statthaft sein soll. Die Praxis kann auch mit solcher Regelung wohl auskommen. Ist das Fürsorgebedürfniss besonders dringlich, so kann ja die Einleitung einer vorläufigen Vormundschaft erwirkt werden, sobald nur die Entmündigung beantragt ist (§. 1906).

Nun ist (von Dr. Harnier a. O.) gegen die hier vertretene Auffassung das Beispiel eines an akutem Delirium tremens Leidenden herangezogen worden, dessen Wiederherstellung in kurzer Frist in Aussicht steht; wenn in derartigen Fällen die schleunige

Besorgung einer Rechtsangelegenheit, z. B. die Ertheilung einer Quittung, erforderlich werde, so sei nur die Bestellung eines Pflegers hierfür, nicht die Entmündigung des Kranken, zweckmässig. Das ist richtig; allein in solchen Fällen ist auch nach meiner Auffassung die Bestellung eines Pflegers zulässig und die Entmündigung nicht nur unzweckmässig, sondern unzulässig. „Die Entmündigung ist für die Zukunft und für eine gewisse Dauer berechnet; Zustände, welche in vorübergehenden Verhältnissen ihren Grund haben, kommen nicht in Betracht" (Mot. z. B. G.-B.; I, S. 61). Dagegen wird man bei solchen vorübergehenden Störungen sagen dürfen, dass der Kranke nicht zur Besorgung seiner Angelegenheiten im Allgemeinen, sondern nur zur Besorgung einzelner Angelegenheiten, nämlich derjenigen, welche während der vorübergehenden Krankheit Erledigung heischen, unvermögend sei, so dass die Voraussetzung für die Bestellung eines Pflegers nach §. 1910, Abs. 2 gegeben ist. Den Begriff der „einzelnen Angelegenheiten" im Sinne einer solchen zeitlichen Begrenztheit zu fassen, ist sprachlich gewiss nicht unzulässig, und angesichts des praktischen Bedürfnisses, dem die Bestimmung genügen will, geboten.

Das Ergebniss der Erörterung ist Folgendes:

Die Einleitung einer Pflegschaft wegen geistiger Gebrechen ist nur zulässig in Fällen der Unfähigkeit zur Besorgung einzelner Angelegenheiten oder eines bestimmten Kreises von Angelegenheiten, wobei der Begriff der „einzelnen Angelegenheiten" nicht nur im Sinne einer sachlichen, sondern auch (bei vorübergehenden geistigen Störungen) im Sinne einer nur zeitlichen Begrenztheit zu verstehen ist. — Die Einleitung einer Pflegschaft ist nicht zulässig, sobald die Voraussetzungen der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche gegeben sind, d. h. sobald anzunehmen ist, dass der Kranke für eine gewisse Dauer (nicht bloss vorübergehend)[1]) seine Angelegenheiten im Allgemeinen (wenn auch mit vereinzelten Ausnahmen) nicht zu besorgen vermag.

Die Aerzte, als Sachverständige, werden diese Rechtslage bei Ausstellung von Attesten behufs Einleitung des Entmündigungsverfahrens oder einer Pflegschaft nicht ausser Acht lassen dürfen. In einer Anstalt ist nach einem dort gebräuchlichen Formular folgendes Zeugniss ausgestellt worden.

„Pflegschaftsattest.

Der .... vermag in Folge von geistigen Gebrechen (Gehirnerweichung) seine Angelegenheiten nicht zu besorgen.

Eine Verständigung mit ihm ist nicht möglich."

Ich fürchte, dass der Aussteller dieses Zeugnisses keine reine Freude in seinem wissenschaftlichen Gemüthe empfand, als

[1]) Die dauernden Zustände, an die hier gedacht ist, müssen selbstverständlich nicht nothwendig unheilbare sein.

er sich herbeiliess, von einem „geistigen Gebrechen“ zu reden, wo es sich um eine der schwersten Formen von „Geisteskrankheit“ handelte, bei der selbstverständlich jede Verständigung mit dem Patienten ausgeschlossen ist. Die ausdrückliche Erwähnung, dass dies der Fall ist, und die Ueberschrift des Attestes weisen auf §. 1910, Abs. 2 und 3 B. G.-B., während die Feststellung, dass der Patient „seine“ Angelegenheiten (im Allgemeinen, also ohne sachliche oder zeitliche Begrenzung) nicht zu besorgen vermöge, dem §. 6, Ziff. 1 entspricht. So ist dies Attest in sich widersprechend. Ich verkenne nicht, dass der Arzt in eine missliche Lage kommt, wenn von ihm in einem Falle, in welchem alle Voraussetzungen der Entmündigung gegeben sind, ein Attest zur Einleitung einer Pflegschaft gefordert wird; er hat ja nur seinen Befund und sein wissenschaftliches Urtheil zu bekunden, nicht zu entscheiden, ob der Fall zur Entmündigung oder zur Pflegschaft sich eignet. Indessen seine Bescheinigung soll doch dem Richter ein Urtheil über diese Frage bilden helfen, und sie sollte daher selbst klare Stellung dazu nehmen, die Voraussetzungen des einen und des anderen Falles säuberlich auseinander halten, nicht aber sie durcheinander wirren. Ein Attest — ohne Ueberschrift — etwa folgenden Inhalts:

„Der .... leidet an Gehirnerweichung und vermag in Folge dieser Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen.“

würde der Sachlage vollkommen gerecht werden.

Wird darauf bestanden, so mag nach der in diesem Falle selbstverständliche Satz hinzugefügt werden:

„Demgemäss ist eine Verständigung mit ihm ausgeschlossen.“

Soll auf Grund eines solchen Zeugnisses, obwohl es die Voraussetzungen der Entmündigung feststellt, die Einleitung einer Pflegschaft beantragt werden und will der Richter darauf eingehen, so hat doch der Sachverständige sein Gewissen salvirt. Für den Fall der Geistesschwäche mag das Zeugniss etwa in folgender Form ausgestellt werden:

„Der .... ist ein Imbeziller, der geistig etwa auf der Stufe eines zwölfjährigen Kindes steht; er vermag in Folge von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen. Eine Verständigung mit ihm ist nicht möglich.“

oder:

„Der .... leidet an Dementia senilis und dadurch bedingter Geistesschwäche; er vermag in Folge dessen u. s. w.“

Handelt es sich aber wirklich nur um eine (sachlich oder zeitlich) begrenzte Unfähigkeit zur Besorgung von Angelegenheiten, wie dies in §. 1010, Abs. 2 vorausgesetzt ist, so mag das ungefähr in folgender Weise zum Ausdruck kommen:

„Der .... hat im Anschluss an einem Schlaganfall eine Schwächung seiner Geisteskräfte (insbesondere der Fähigkeit zum Rechnen) erlitten und vermag in Folge dieses geistigen Gebrechens seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen“

oder:

„Der .... leidet seit dem .... an akutem Säuferwahnsinn. Die Störung ist eine vorübergehende, da die Wiederherstellung des Patienten in naher Zeit zu erwarten ist. Seine bis dahin zu erledigende Angelegenheiten vermag er in Folge des bezeichneten geistigen Gebrechens nicht zu besorgen. Eine Verständigung mit ihm ist nicht möglich.“

Dass die ärztlichen Atteste sachgemäss und klar gefasst werden und ein Urtheil darüber ermöglichen, ob ein Entmündigungsfall oder ein Pflegschaftsfall vorliegt, liegt im dringendsten Interesse der Kranken, oft auch anderer Betheiligter, nicht selten auch im öffentlichen Interesse. Atteste, welche die Voraussetzungen des §. 6, Ziff. 1 B.-G.-B. und des §. 1910, Abs. 2 nicht gehörig auseinanderhalten, können Veranlassung geben, dass zum Schaden der Interessenten ein Verfahren in die Wege geleitet wird, welches sich späterhin als sachwidrig erweist.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die X. Sitzung des Vereins der Medizinal-Beamten des Regierungsbezirks Gumbinnen am Sonntag, den 25. Novbr. 1900, zu Insterburg im Gesellschaftshause.

Anwesend waren: der Vorsitzende, Reg.- und Med.-Rath Dr. Doepner-Gumbinnen und die Kreisphysiker DrDr. Blumenthal-Insterburg, Brettschneider-Angerburg, Cohn-Heydekrug, Dubois-Johannisburg, Forstreuter-Heinrichswalde, Herrendoerfer-Ragnit, Liedtke-Goldap, Ploch-Darkehmen, Schawaller-Pillkallen, Schulz-Stallupönen, Vossius-Margrabowa, Wolffberg-Tilsit, sowie die Kreiswundärzte DrDr. Baudisch-Lasdehnen, Brinn-Szittkehmen, Czygan-Benkheim, v. Decker-Bialla-Kehler-Gumbinnen, Post-Skaisgirren und als Gast Dr. Franz-Insterburg.

Der Vorsitzende eröffnete die Versammlung und spricht den Wunsch aus, dass bis zur nächsten Versammlung die Medizinalreform schon durchgeführt sei und er dann die anwesenden Kreisphysiker als besoldete Kreisärzte begrüssen könne.

Zu Punkt II der Tagesordnung „**Ueber Massnahmen zur Verhütung ansteckender Krankheiten auf dem Lande**“ spricht Dr. Cohn. Derselbe betont, dass auch nach dem Inkrafttreten des sich nur auf Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken beziehenden Reichsseuchengesetzes in Bezug auf die hauptsächlichsten einheimischen Seuchen, wie Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten, Unterleibstyphus und Ruhr, nach wie vor alles beim Alten bleibe. Bindende Vorschriften für die Bekämpfung dieser Krankheiten gebe es bisher nicht, um so mehr empfehle sich eine Erörterung der Frage: „Was geschieht seitens der einzelnen Medizinalbeamten bei ansteckenden Krankheiten auf dem Lande?“ Redner berichtet zunächst in kurzen Umrissen über die Praxis, die er während einer fast 10jährigen amtlichen Thätigkeit beim Auftreten der einzelnen Infektionskrankheiten auf dem Lande auszuüben pflegt. Er geht dabei von dem Prinzip aus, nichts zu verlangen, von dem er sich von vornherein sagen muss, dass es unter den obwaltenden Verhältnissen nicht zu erreichen sei; desgleichen trägt er hinsichtlich der zu stellenden Ansprüche stets den eigenthümlichen — wirthschaftlichen und kulturellen — Verhältnissen der Bevölkerung seines Kreises Rechnung. Als Beispiel wird von ihm eine schwere Scharlachepidemie auf dem Lande gewählt. In denjenigen Fällen, wo wegen der beschränkten Wohnungsverhältnisse die Isolirung eines solchen Kranken nicht möglich und seine Ueberführbarkeit in ein Krankenhaus nicht ausführbar ist, bleibe nichts anderes übrig, als auf die Isolirung im Hause zu verzichten und sich auf die Anordnung zu beschränken, dass Familien, in denen Scharlach herrscht, von Niemanden, namentlich nicht von Kindern besucht werden dürfen. Dieses könne verlangt und bei einigermassen energischem Eingreifen der Polizeiorgane auch durchgesetzt werden, ebenso wie die Zurückhaltung der gesunden Geschwister vom Schulbesuch, eine Anordnung, der übrigens in der Regel gern Folge geleistet werde. Schwieriger gestalte sich dagegen die Desinfektion der mit den Kranken in Berührung gekommenen Gebrauchsgegenstände, insbesondere der Leib- und Bettwäsche; denn abgesehen von der Mittellosigkeit, fehle es der Bevölkerung auch an dem erforderlichen

Verständniss, Desinfektionslösungen u. s. w. zuzubereiten und richtig anzuwenden. Cohn hat deshalb meist auf die Anwendung chemischer Desinfektionsmittel verzichtet und sich auf die Verwendung der grünen Seife, in einer Lösung von einem Pfund auf 5 Liter heissen Wassers, beschränkt. Auch in Bezug auf die Wohnungsdesinfektion hat er von einem eigentlichen Desinfektionsverfahren nothgedrungen Abstand nehmen und sich mit einem grossen „Reinmachen" begnügen müssen. Er betrachtet es schon als einen grossen Vortheil, wenn in den dumpfen, vor Schmutz starrenden Stuben, in denen oft mit den Eltern ein halbes Dutzend Kinder zusammengepfercht liegt und in die, weil die Fenster zugenagelt sind, niemals etwas frische Luft hineinkommt, einmal eine gründliche Reinigung in folgender Weise vorgenommen wird: Aus der betreffenden Stube werden sämmtliche Möbelstücke entfernt, dann die Lehmwände und wo der Fussboden aus einem Lehmstrich besteht, auch dieser mit Wasser besprengt und mit einem festen, kräftigen Kehrbesen sorgfältig und gründlich abgefegt. Wo ein zweiter Wohnraum, in dem die Familie untergebracht werden kann, vorhanden ist, und wo die Wände getüncht sind, sollen diese stets mit frisch zubereiteter Kalkmilch gestrichen werden. Alle hölzernen Bestandtheile der Stube, wie Fenster, Thüren, Rahmen, Pfosten, Balken und Schwellen, sind mit heisser Seifenlauge abzuscheuern. Während Alles dieses geschieht, sind die Fenster offen zu halten; im Winter ist gleichzeitig der Ofen zu heizen. Ausserhalb des Wohnraumes sind die hölzernen Möbelstücke, wie Tische, Stühle, Bänke, Schränke und Bettgestelle mit heisser Seifenlauge zu scheuern. Das Lagerstroh der Bettstellen ist zu verbrennen und durch frisches zu ersetzen.

Besonders schmutzig hat Vortragender bei der ärmeren Bevölkerung stets die Bettstücke, Unterbetten, Kissen und Bettdecken gefunden. Da meist keine weiteren Ueberzüge vorhanden sind, die ausgekocht und gewaschen werden können, so ist leider gerade die dringend nothwendige Desinfektion dieser Stücke, als der wahren Brutstätten für Infektionskeime, fas niemals zu erreichen. An ihrer Stelle muss man sich denn darauf beschränken, die Bettstücke tagsüber im Freien zu lüften und alle zwei Stunden gründlich auszuklopfen.

Einen Schrecken erregenden Anblick gewähren in Folge mangelnder Reinigung oft die Kranken; insbesondere scharlachkranke Kinder; das Gesicht ist häufig vor Schmutz kaum kenntlich, die Umgebung der Nase mit flüssigem und angetrocknetem Eiterschleim besudelt u. s. w. Werden solche Kinder dann aus ihren schmutzigen Pfühlen herausgehoben, so zeigt sich meist am übrigen Theil des Körpers derselbe Unrath und Schmutz wie im Gesicht; dass sie unter derartigen Verhältnissen eine ergiebige Quelle der Ansteckung für die gesunden Kinder sein müssen, leuchtet ein! Um so nothwendiger ist es, darauf hinzuwirken, dass die Kinder in der Woche wenigstens zwei Mal gebadet, abgeseift und mit reiner Wäsche versehen werden. Um dies zu ermöglichen, hat sich Cohn in vielen Fällen hinter die Lehrer gesteckt und sie gebeten, den Leuten klar zu machen, wie schädlich das Vergraben der an Hitze leidenden Kranken in einen Wust von Betten sei und wie gut und nützlich dagegen fleissiges Reinigen der Kranken und ihrer Leib- und Bettwäsche sei.

Begünstigt werde ferner die Weiterverbreitung ansteckender Kinderkrankheiten auf dem Lande besonders durch das Verhalten der Bevölkerung bei Sterbefällen. Allgemein besteht die Sitte, die Leichen über Gebühr lange (meist 5 Tage) unbeerdigt zu lassen und sie während der Zeit in einem Jedem zugängigen Raum aufzubewahren. Das Einsargen der Leiche erfolgt in Anwesenheit der ganzen Familie, vor dem offenen Sarge wird gebetet und gesungen; am Beerdigungstage findet ein lebhafter Besuch im Sterbehause statt und auf dem Kirchhof wird der Sarg, bevor er in's Grab gesenkt wird, noch einmal geöffnet und die Leiche zum letzten Male in Augenschein genommen. Den Schluss bildet namentlich in besser situirten Familien der Leichenschmauss im Sterbehause. Derartige Unsitten muss der Medizinalbeamte durch Beschleunigung der Beerdigung, polizeiliches Verbot der Ansammlung des Leichengefolges und Abhaltung von Leichenschmausen im Sterbehause u. s. w. verbieten.

Ebenso ist bei ansteckenden Kinderkrankheiten dafür Sorge zu tragen, dass vor dem Beginn des Schulbesuches sowohl die erkrankt gewesenen Kinder, als auch ihre gesundgebliebenen Geschwister in Seifenwasser gebadet und mit frischer Leibwäsche versehen, sowie ihre Oberkleider ausgekocht und gewaschen werden.

Vortragender glaubt, dass die Wirksamkeit der Lehrer bei der Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem Lande nicht zu unterschätzen sei und noch werthvoller sein würde, wenn sie in der Erkennung und Unterscheidung der gewöhnlichen Kinderkrankheiten, über die Grundzüge ihres Wesens und ihrer Behandlung unterrichtet würden, was am besten schon auf dem Seminar geschehen könnte. Von einem derartigen Unterricht der Lehrer verspreche er sich namentlich Erfolg in Bezug auf eine sachgemässe Anzeige der ersten Fälle, die jetzt meist zu spät erfolge.

In ähnlicher Weise wie bei Scharlach verfährt Cohn bei Diphtherie, während sich die sanitätspolizeilichen Massnahmen beim epidemischen Auftreten von Masern und Keuchhusten weit einfacher gestalten. Beim Typhus, bei dem es sich meist um vereinzelte Fälle handelte, beschränken sich die Massregeln besonders auf Anordnungen hinsichtlich der Unschädlichmachung der Stuhlgänge und der Desinfektion der Betten.

Zum Schluss wirft Vortragender die Frage auf, was zu geschehen hätte, wenn in kleinen ländlichen Ortschaften, die etwa 3 bis 4 Meilen vom Kreisorte und dessen Krankenhaus entfernt wären, in mehreren Familien Cholerafälle auftreten würden? Nach den im Jahre 1892 und 1893 getroffenen Vorsichtsmassregeln sollen die Cholerakranke, namentlich solche, welche sich in ungünstigen häuslichen Verhältnissen befinden, wenn möglich nach einer Krankenanstalt überführt werden; bleiben sie in der Wohnung, so sollen sie isolirt und die Gesunden aus derselben fortgeschafft werden. Die Durchführung dieser Anordnungen sei aber meist nicht möglich.

Der Vortragende ist sich des Lückenhaften und Unzulänglichen der von ihm geschilderten Massregeln bewusst; er hat aber durch diese Schilderung die Kritik herausfordern wollen und würde es deshalb nur dankbar begrüssen, wenn Einer oder der Andere dies wichtige Thema korrigirend und ergänzend von Neuem behandeln würde.

In der Diskussion führt Dubois noch eine Ansteckungsgelegenheit an, die der Vortragende zu erwähnen vergessen hat, nämlich das Küssen der Verstorbenen von den Angehörigen, auch selbst von fernstehenden Personen. Dagegen anzukämpfen sei schwierig und habe er in einem Fall, als er bei persönlicher Anwesenheit es verhindern wollte, nur durch die Anwesenheit des Gendarms vor unliebsamer Berührung mit der Bevölkerung geschützt werden können.

Doepner macht darauf aufmerksam, dass die Massnahmen bei Cholera durch die in dem neuen Seuchengesetz getroffenen Bestimmungen geregelt seien. Die Desinfektionskraft der Seifenlösungen sei bekannt und auch seiner Zeit zur Bekämpfung der Cholera empfohlen worden. Im Uebrigen sei die Art des grossen Reinemachens, das der Vortragende schildert, auch als eine Desinfektionsmassnahme anzusprechen.

Forstreuter wendet sich gegen die Ausführungen des Vortragenden in Betreff der Lehrer. So wenig er die Mitarbeit derselben bei Einführung hygienischer Massnahmen entbehren möchte, und so überzeugt er ist, dass die Lehrer in erster Linie berufen und befähigt sind, aufklärend auf ihre weitere Umgebung zu wirken und namentlich auch Massnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit den betreffenden Personen als zweckmässig zu veranschaulichen, so sind dieselben anderseits zur Diagnosestellung resp. zur persönlichen Bekämpfung der einzelnen Krankheiten nicht zu verwenden. Der Lehrer soll nicht die Diagnose stellen, sondern nur anzeigen, wenn ihm gemeldet wird, dass ein Kind unter Erscheinungen, die eine ansteckende Krankheit vermuthen lassen, erkrankt ist. Die Diagnose soll der Arzt stellen, der Lehrer aber den Kranken gar nicht besuchen, da er sonst zu leicht die Krankheit in seine Familie resp. in die Schule verschleppen kann. Ferner erscheint ihm die Anordnung des Vortragenden bedenklich, die mit Ansteckungskeimen geschwängerten Betten, die er durch Einwirkung von Sonnenlicht und Luft desinfiziren will, zweistündlich auszuklopfen. Das Licht ist das beste Desinfektionsmittel und dürfte die von Dr. Cohn angedeutete Massnahme bei Mangel anderer Desinfektionsmittel als zweckmässig erscheinen. Unzweckmässig aber ist es jedenfalls die Betten ausklopfen zu lassen, da dann die Infektionskeime vor der Abtödtung nur mobil gemacht werden und hierdurch bei Häusern mit mehreren Familien eine Verstäubung der Keime und damit eine Infektionsgefahr für die anderen nicht erkrankten Familien geschaffen wird.

Wolffberg spricht seine Befriedigung darüber aus, dass der Vortragende gerade an Scharlach angeknüpft habe; denn Scharlach trete in Ostpreussen häufig und fast immer in schweren Epidemien auf, und die hygienische Bekämpfung sei sehr erschwert. Um der Verbreitung des Scharlachs entgegenzuwirken, sei oft ein frühzeitiger Schulschluss oder Schluss einer einzelnen Klasse oder Ausschliessung der Kinder eines Dorfes vom Schulbesuche geboten. Wolffberg hält es daher nicht für richtig — wie gelegentlich verfügt worden ist —, eine Schule wegen Scharlach erst dann zu schliessen, wenn 50% der Kinder oder mehr erkrankt sind. — Die Anordnungen, welche der Vortragende statt einer ordnungsmässigen Desinfektion trifft, sind gewiss, wenn durchgeführt, in hohem Grade wirksam; aber die Durchführung stosse sicher kaum weniger auf Schwierigkeiten als eine methodische Desinfektion. Vor Allem sei vor Wiedereröffnung des Schulunterrichts eine Desinfektion der Schulräume (einschl. der Aborte) erforderlich. Redner hat eine kurze Anleitung hierzu verfasst, welche durch das Tilsiter Kreisblatt in einer Verfügung des Landraths veröffentlicht wurde. Man dürfe in der Regel annehmen, dass im Anschlusse an diese Anleitung der Lehrer eine zweckdienliche Desinfektion ausführen lassen könne. Vor einigen Jahren sind sowohl für die Stadt, wie für den Landkreis einige Desinfektoren ausgebildet, die schon gute Dienste geleistet haben. Es kommen Kalkmilch, Seifen- und Sodalösung, Karbolseifen- und Karbolsäurelösung, Chlorkalk, Kochen und Verbrennen als Mittel zur Beseitigung von Krankheitsgiften zur Anwendung. Grössere Gegenstände werden mit einer Desinfektionsflüssigkeit abgebürstet, nach Möglichkeit gelüftet und belichtet. In den Etat des Tilsiter Landkreises wird seit Jahren ein allmählich steigender Betrag von jetzt annähernd 250 Mark für die Reisen des Desinfektors eingesetzt. Insbesondere werden die Lehrerwohnungen nach ansteckenden Krankheiten regelmässig desinfizirt, dann die Schulräume, ferner Privatwohnungen nach Diphtherie-Todesfällen, nach Darmtyphus, nach Ruhr, gelegentlich nach Scharlach; — Pocken sind in den letzten Jahren nicht vorgekommen. Jedenfalls sind die Anfänge gemacht und Vorbereitungen getroffen, um auch einmal schlimmeren Ereignissen gegenüber treten zu können. — Mit dem Formalin sind in Tilsit noch keine umfangreicheren Versuche gemacht worden. W. erörtert noch die Nothwendigkeit, dass auf dem Lande für die einzelnen Ortschaften, bezw. für je mehrere zugleich Räume bereit gehalten werden, eine Art von Seuchekrankenhäusern, zur Aufnahme der ersten Fälle schwerer epidemisirender Krankheiten. In der Zeit der Choleragefahr habe man die Erfahrung gemacht, wie schwer es sei, im letzten Augenblicke die erforderlichen Räumlichkeiten zu gewinnen. Aber auch die sonstige Verpflegung und Behandlung solcher Kranken sei bei Zeiten vorzubereiten.

Doepner erwähnt, dass die Stadt Tilsit eine neue Desinfektionsordnung auf Grund der Desinfektion mit Formalin einführen will. Er meint, dass das Thema noch nicht erschöpft und schlägt vor auf die nächste Tagesordnung das Thema „Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten" zu setzen. Dieses geschieht und werden Brettschneider und Liedtke zu Referenten ernannt.

Zu Punkt III der Tagesordnung „Ueber die Bekämpfung der Granulose" spricht Reg.- und Med.-Rath Dr. Doepner: Es unterliegt nach den bisher im Regierungsbezirke vorgenommenen Untersuchungen keinem Zweifel, dass die Granulose nicht in allen Kreisen gleichmässig verbreitet ist; während sie z. B. in den Kreisen Johannisburg und Sensburg in sehr hohem Grade herrscht, hat sich im Kreise Goldap nach den Feststellungen des Kreisphysikus nur in verhältnissmässig wenigen Schulen Trachom ausgebreitet bezw. überhaupt Platz genommen. In anderen Kreisen, z. B. in Darkehmen soll sogar, allerdings nach dem stets wiederkehrenden Bericht des Landraths, die Granulose fast gar nicht vorkommen, und im Kreise Insterburg sollen nach den Berichten des Kreisphysikus bald alle Schulen „purifizirt" sein. — Referent steht den zuletzt genannten Mittheilungen allerdings etwas skeptisch gegenüber, will aber zugestehen, dass ein Unterschied in der Verbreitung des Trachoms in den einzelnen Kreisen bestimmt vorhanden ist, zum Theil ist dieser jedoch nach dem Ergebniss der von ihm vorgenommenen Revisionsreisen darauf zurückzuführen, dass der eine Bezirksarzt rigoröser in der Bezeichnung der einzelnen Formen ist, als der andere; eine Beobachtung, die auch wiederholt von den Kreisphysikern in ihren Kreisen festgestellt ist, und die wohl meist dadurch bedingt wird,

dass die einzelnen Krankheitsformen nicht gleichmässig nach den durch die Direktiven gegebenen Bestimmungen bezeichnet werden.

Bekanntlich geben die bis zum Jahre 1892/93 in Kraft gewesenen Direktiven dem dualistischen Standpunkt Ausdruck. Man trennte nach denselben den gewöhnlichen Katarrh (Augen K), den follikulären Katarrh (Augen F. K), den granulirenden Bindehautkatarrh bezw. die Granulationen (Augen Gr.) und unterschied auch noch die primären Granulationen (Augen P Gr.) — Die Direktiven waren speziell für die Untersuchung und Beurtheilung augenkranker Militärpflichtiger aufgestellt. — Nachdem dann sich Mängel in der Uebereinstimmung und Genauigkeit der Listenführung über die vorgekommenen Fälle der kontagiösen Augenkrankheiten herausgestellt hatten, durch welche die Beurtheilung des Umfanges und des Charakters dieser Krankheit erschwert wurden, wurden im Jahre 1893 von Prof. Dr. v. Hippel neue Vorschriften aufgestellt, die fortan nicht nur für die Untersuchung und Beurtheilung augenkranker Militärpflichtiger, sondern nach dem Ministerialerlass vom 24. Mai 1893 auch von allen betheiligten Behörden bei der Untersuchung, Unterscheidung und Bezeichnung der Augenkranken allgemein — also auch bei dem Vorkommen von Augenkrankheiten bei der übrigen Bevölkerung, z. B. unter Schülern oder Anstaltsinsassen, — zu Grunde gelegt werden sollen. Während nun die Jacobson'schen Direktiven auf der dualistischen Auffassung über das Wesen der in der Bindehaut auftretenden Gebilde — Follikel und Trachomkörner — beruhten, haben die neuen Direktiven die Trennung zwischen den follikulären und granulösen Erkrankungen fallen gelassen und damit den unitarischen Standpunkt über das Wesen der Augenkrankheit angenommen. Bisher ist jedoch noch keine Einigung über die anatomische Grundlage des Uebels erzielt, vielmehr nimmt ein Theil der Augenärzte, und zwar nach Kuhnt der bei Weitem grösste Theil der Augenärzte, an, dass follikuläre und granulöse Erkrankungen nur graduell von einander unterschieden sind, während andere, namentlich die in immunen Bezirken wirkenden Ophthalmologen der Meinung sind, dass beide Krankheiten vollständig verschieden von einander sind, so dass Follikel sich nicht zu Körnern umbilden können. Welche Ansicht die richtige ist, wird wohl vorläufig so bald nicht entschieden werden, zumal es gerade in schwer verseuchten Gegenden, in denen die pathologisch-anatomische Untersuchung am besten ausgeführt werden könnte, häufig Erhöhungen in der Bindehaut beobachtet werden, deren Struktur sowohl der Beschaffenheit eines Follikels, wie auch der eines Kornes entsprechen kann, die jedoch in dem einen Falle sich nie verändern, sondern jahrelang gleichmässig bestehen, in dem anderen Falle aber die Vorläufer einer schwer auftretenden Granulose sind. Nach Kuhnt spricht jedoch auch die häufige Entwickelung der Granulose auf dem vorbereiteten Boden des follikulären Katarrhs, bei welchem die Unebenheiten zumal in den Uebergangsfalten, für ein leichteres und längeres Haftenbleiben der Keime prädisponiren, keineswegs für die unitarische Ansicht — zumal da auch häufig in seuchereicher Gegend diese Erhöhungen jahrelang bestehen können, ohne auch nur die geringste Umbildung zu erfahren. Er ist deshalb der Ansicht, dass die Frage, ob der unitarische oder der dualistische Standpunkt der richtige ist, nur in einer seuchenfreien Gegend entschieden werden kann. Jedenfalls muss aber versucht werden, auf Grund der jetzt massgebenden Direktiven einen einheitlichen Modus für die Bezeichnung und Unterscheidung der Formen zu gewinnen. Es ist dies auch unter Berücksichtigung der massgebenden Bestimmungen möglich, gleichgültig, ob man Anhänger der dualistischen oder unitarischen Auffassung ist.

Ein Mangel der Direktiven besteht hauptsächlich darin, dass sowohl für Follikel, als für Körner dieselbe Bezeichnung Gr. eingeführt ist, die dem Augenarzte, welcher der dualistischen Auffassung folgt, nicht einleuchten will. — Es erscheint aus diesem Grunde auch zweifelhaft, oder wenigstens ist es, wie Prof. Dr. Graef in seinen Studien über epidemische Augenkrankheiten sich ausdrückt, in den Regulativen nicht klar genug ausgedrückt, ob Gr. I auch schon Trachom ist, oder ob nur Gr. II als echtes Trachom aufgefasst werden soll. — Auch die Erklärung von Gr. I, dass hierunter diejenigen Bindehautkatarrhe zu verstehen sind, bei welchen vorwiegend oder ausschliesslich die untere Uebergangsfalte und die Bindehaut des unteren Lides Körnerbildung auf gesunder oder höchstens mässig gerötheter, aufgelockerter und absondernder Schleimhaut zeigt, während das obere Lid gesunde oder leicht katarrhalische Bindehaut aufweist,

scheint darauf hinzudeuten, dass Gr. I auch schon zum Trachom gehört. Dieses ist jedoch nur scheinbar. Wenn man überlegt, dass diese Bezeichnung von dem unitarischen Standpunkte ausgeht, so darf die Bezeichnung „Körner" nicht irre führen. Der Unitarier nimmt eben an, dass Follikel und Körner dieselben Gebilde, nur graduell verschieden sind. Es wäre ja entschieden besser gewesen, wenn in der Erklärung für Gr. I nicht der Ausdruck „Körner" gebraucht wäre, sondern dafür Erhöhungen oder etwas ähnliches gesagt wäre, dann würde sowohl dem Unitarier, der Körner sieht, als dem Dualisten, der Follikel sieht, Genüge geschehen sein. Ebenso hätte auch statt der ominösen Bezeichnung Gr. I, weil bei Gr. an Granula-Körner unwillkürlich gedacht wird, eine Bezeichnung, die für beide Richtungen gepasst hätte, genommen werden können, z. B. X. — Aber schliesslich kann es doch dem Dualisten gleich sein, ob der Follikularkatarrh mit F K. oder X. oder Gr. bezeichnet wird, wenn nur festgestellt ist, was darunter zu verstehen ist. Darnach gehört Gr. I nicht zu dem Trachom, wie auch aus den amtlichen Dienstvorschriften, Verfügungen etc. hervorgeht; denn wenn Gr. I schon zum Trachom gehörte, so wäre sicher die Behandlung der an Gr. I leidenden Personen eingeführt, während gerade die Behandlung der daran erkrankten Leute auf Staatskosten verboten ist. Unter Gr. I sind eben nur Bindehautkatarrhe zu verstehen, bei welchen vorwiegend oder ausschliesslich die untere Uebergangsfalte und die Bindehaut des unteren Augenlides Hervorragungen etc. zeigt, und zwar auf gesunder oder höchstens mässig gerötheter Bindehaut. — Es müssen demnach bei Gr. I bläschenartige, rundliche Hervorragungen bei sonst gesunder oder fast gesunder Schleimhaut zu sehen sein, meist auf dem unteren Augenlide, entweder in der Uebergangsfalte, oder auf der anderen Bindehaut, oder an beiden Stellen zugleich. — Nur äusserst selten kommt es vor, dass solche Hervorragungen, die also nicht im pathologisch-anatomischen Sinne als Körner aufzufassen sind, sich auch auf dem oberen Augenlide finden. Nach den Beobachtungen des Vortragenden wird aber von vielen Aerzten mit der Bezeichnung Gr. I viel zu weit gegangen und diese in einzelnen Fällen angegeben, wo sich kaum eine Erhabenheit oder nur eine sehr geringe feststellen lässt. Es kommt daher vor, dass in demselben Kreise einer der Bezirksärzte zahlreiche Fälle von Gr. I in den ihm zugetheilten Schulen führt, während der andere Bezirksarzt in seinen Kreisen gar keine Fälle festgestellt hat. Um die Bezeichnung Gr. I zu rechtfertigen, gehören vor allen Dingen Körner resp. Erhobenheiten und nicht nur ein Korn dazu, und zwar sollen dieselben an den von Kuhnt angegebenen Stellen sitzen, entweder verstreut oder perlschnurartig gereiht.

Unter Gr. II ist dagegen allein Granulose, Trachom, zu verstehen; also Körnerbildung und zwar echte Körner entweder oben, oder unten, oder auf beiden Augenlidern entweder bei relativ gesunder Schleimhaut, oder bei erkrankter, oder bei bereits narbig veränderter Schleimhaut. Nach den Direktiven gehören nun unter Gr. IIa diejenigen Erkrankungen, bei denen vorwiegend oder ausschliesslich die obere Uebergangsfalte und die Bindehaut des oberen Augenlides Körnerbildung zeigt. Hierunter sind nur die leichtesten Fälle von Trachom zu verstehen, bei denen ausser Körnerbildung eine wesentliche Erkrankung der Bindehaut nicht besteht. Es sind eben nur Körner, hauptsächlich auf dem oberen Augenlide vorhanden, dieselben können sich jedoch auch auf dem unteren Augenlide, oder auf beiden Augenlidern zugleich vorfinden, aber in jedem Falle ist die Schleimhaut nicht wesentlich, ausser durch die von den Körnern herrührenden Hervorragungen, verändert; denn in den Direktiven ist bei Gr. IIa nichts von einer Entzündung, Schwellung etc. erwähnt. Unter Gr. IIa fallen somit alle leichten Fälle echter Granulose, unter Gr. IIb dagegen diejenigen Erkrankungen, bei denen auf beiden Lidern zahlreiche Körner vorhanden sind, die Bindehaut in hohem Grade verändert, geschwollen und gewulstet, ihre Durchsichtigkeit hochgradig vermindert oder aufgehoben, ihre Oberhaut unregelmässig und theilweise abgestossen ist und reichliche Absonderung besteht.

Schwierigkeiten scheint die Bezeichnung Gr. IIc zu machen; die Direktiven verstehen darunter Erkrankungen, bei denen sich die Folgen der Granulose, Narben, Entropium, Trichiasis, Pannus zeigen. Zu den Narben sind aber nur die durch die Granulose selbst bedingten narbigen Schrumpfungen mit

ihren Folgen und nicht etwa auch diejenigen zu rechnen, die von Operationen herrühren, die zur Beseitigung der Granulose ausgeführt sind. Sieht man von diesen Operationsnarben ab, so liegen Schwierigkeiten in der Bezeichnung von Gr. IIc kaum vor; es ist dann nur noch eine Unterscheidung zwischen den Fällen von Gr. IIc erforderlich, bei denen noch eine Behandlung unbedingt zu verlangen ist und Erfolg verspricht, und zwischen den abgelaufenen Fällen, die jeder Behandlung unzugänglich und für die Epidemie im Allgemeinen ohne Bedeutung sind.

Unter K. II sind nach den Direktiven die schweren chronischen Bindehautkatarrhe mit Schwellung der Uebergangsfalten und vermehrter Absonderung ohne sichtbare Körnerbildung zu verstehen. Abgelaufene Fälle von Granulose, bei denen Körner nicht mehr zu erkennen sind, sondern die Schleimhaut, namentlich die Uebergangsfalten, Schwellung zeigen, können hiernach selbstverständlich unter K. II eingetragen werden, weil eben Körner nicht gesehen werden. Sind dagegen noch Körner vorhanden, aber erscheint eine Behandlung nicht mehr nothwendig, so kann der Bezirksarzt sich auch helfen, wenn er unter Bemerkungen die Angabe machen lässt, „nicht behandlungsbedürftig". — Man muss eben an die Entstehung und den ursprünglichen Zweck der Direktiven denken; wenn damals schon in Aussicht genommen wäre, dass alle unter Gr. II aufgeführten Fälle ärztlich behandelt werden sollen, so hätte v. Hippel auch darin wohl einen Unterschied zum Ausdruck gebracht.

Damit auch bezüglich der operirten Augenkranken eine Gleichmässigkeit der Bezeichnung durchgeführt wird, hebt Referent weiter Folgendes hervor: Wenn eine vollständige, glatte, körnerlose Schleimhaut vorhanden ist, so sind diese Fälle überhaupt nicht mehr unter die Erkrankungen zu rechnen; denn die Augen sind gesund. — Da es jedoch wünschenswerth ist, dass diese Augenkranken noch eine Zeitlang behandelt werden und im Bezirke nur solche Kranke behandelt werden sollen, die an Granulose leiden, oder als verdächtig der Granulose zu gelten haben, oder nach der Operation sich befinden, und für die letztere Kategorie in den Listen Spalten nicht vorgesehen sind, so ist es am besten, wenn solche Fälle, so lange sie noch der Behandlung bedürftig erscheinen, unter Gr. Is geführt werden und unter Bemerkungen die Bezeichnung „operirt" hinzugefügt wird. Streng genommen gehören sie allerdings, wenn sie geheilt sind, nicht in die Spalte hinein, aber mit Rücksicht darauf, dass sie noch als verdächtig gelten können, erscheint die Bezeichnung unter Gr. 1s am zutreffendsten. Sobald wieder Körner festzustellen sind, müssen diese operirten Fälle natürlich wieder in die Spalte Gr. II einrücken. Ist dagegen eine gehörige Zeit nach der Operation, deren Dauer zu bestimmen dem behandelnden Arzte überlassen bleiben muss, verflossen, ohne dass Körnerbildung eingetreten ist, so scheiden die Fälle überhaupt aus den Listen aus.

Erfahrungsgemäss ist es nicht immer leicht, Fälle von Gr. I und Gr. II zu unterscheiden; mit anderen Worten zu sagen, sind die Erhabenheiten in der That die unschädlichen Follikel, oder sind es Granula (Körner), die nur nicht von den Follikeln unterschieden werden können? Diese Schwierigkeit wird von allen Ophthalmologen hervorgehoben, und um falsche Bezeichnungen zu verhüten, hat Kuhnt die Bezeichnung Gr. Is vorgeschlagen, eine Bezeichnung, die auch von anderen Augenärzten in ihre Regulative übernommen ist und die im Regierungsbezirk Gumbinnen als richtig anerkannt ist. — Es sollen demnach alle solche Erkrankungen, bei denen Erhobenheiten hauptsächlich auf dem unteren Augenlide zu erkennen sind, die jedoch nicht ganz harmlos, sondern verdächtig, d. h. als Vorläufer von Körnern (mithin Gr. II) erscheinen, mit Gr. Is bezeichnet werden.

Nachdem Referent noch kurz die von Feuer in Budapest und Hirschberg in Berlin für die Unterscheidung epidemischer Augenkrankheiten eingeführten Schemata, die nicht trachomatöse und trachomatöse Erkrankungen, und von den letzteren 4 Abstufungen: v. verdächtig (entsprechend Gr. Is der Direktiven Hippel's), l. (leichtes Trachom), m. (mittlere Fälle) und s. (schwere Fälle) unterscheiden, erwähnt und betont hat, dass diese Eintheilung keine Vorzüge gegenüber den Hippel'schen durch die Ministerial-Verfügung von 1893 als bindend vorgeschriebenen Direktiven biete, geht er zur Besprechung der ambulatorischen Behandlung der Granulosekranken über, die entweder von den Bezirksaugenärzten selbst, oder unter ihrer Aufsicht von

den dazu instruirten Lehrern, oder vorgebildeten Diakonissinnen ausgeführt wird. Erfolgt die Behandlung durch die Aerzte selbst, so bleibt diesen die Art derselben überlassen, während sie den Lehrern und Diakonissinnen nur unter gewissen in der Dienstinstruktion aufgeführten Bedingungen übertragen werden darf und hierbei stets an dem Bestreben, einen positiven Erfolg zu erzielen, festgehalten werden muss. Um dieses zu erreichen muss der Bezirksarzt gemäss seiner Instruktion die Lehrer kontroliren, und zwar mindestens in jedem Monat ein Mal gelegentlich der Revisionsreisen. Der Bezirksarzt soll aber nicht nur revidiren, sondern auch behandeln und kann sich hierbei der Hülfe der Lehrer event. der Diakonissinnen nach eingehender Untersuchung und bei dauernder Ueberwachung ihrer Thätigkeit bedienen. Im Allgemeinen wird er selbst nur an den Revisionstagen, also monatlich ein Mal ärztlich eingreifen können; dies scheint an sich für eine ordentliche Behandlung zu wenig, ist jedoch ausreichend, weil die Behandlung in der Zwischenzeit durch die Lehrer, wenn auch nicht so intensiv wie durch den Arzt selbst ausgeführt wird, und es sich bei der ambulatorischen Behandlung meist um leichtere Fälle von Trachom handelt, bei denen sich durch einmalige ärztliche Behandlung im Monate sicher viel gute Erfolge erreichen lassen, wenn nur die passende Behandlung gewählt wird. Handelt es sich z. B. um einen Kranken mit wenig zahlreichen Körnern, so wird der Bezirksarzt ohne Anstrengung und ohne Belästigung für den Kranken bei der Besichtigung einzelne Körner auspressen, vielleicht gelegentlich auch die Schleimhaut abreiben, in ganz besonderen Fällen auch eine kleine Beizung vornehmen können. In anderen Fällen kann er ergiebige Ausspülungen der Bindehautsäcke machen, Atropin anwenden, Augensalben einreiben u. s. w., kurz und gut, man darf nicht von vornherein sagen, ein Mal ist kein Mal. — Am Revisionstage soll der Bezirksarzt auch unter seiner Aufsicht den Lehrer behandeln lassen, dabei sowohl die Augenflüssigkeit kontroliren, als namentlich auch die Instrumente, die zum Einträufeln benutzt werden, in Augenschein nehmen, damit nicht etwa verdorbene Flüssigkeit zum Einträufeln, oder schmutzige Flaschen oder Pipetten benutzt werden. Durch diese Kontrole wird der Lehrer zur Ordnung erzogen und angehalten, von selbst darauf zu achten, dass Augentropfen sowohl, als die von ihm benutzten Instrumente sauber sind. Referent hat in diesem Jahre sehr viele Schulen revidirt, sehr viele Aerzte und Lehrer in ihrer Thätigkeit bei der Bekämpfung der Granulose gesehen, und dabei gefunden, dass dort, wo die Aerzte Acht geben, auch die Lehrer meist brauchbarer und die Erfolge bei der Bekämpfung der Seuche hervorragender waren als dort, wo der Arzt selbst kein Interesse zeigte und demzufolge auch der Lehrer selbst nachlässig war. Er empfiehlt bei der Behandlung der Augenkranken durch Lehrer und Diakonissen zu den Einträufelungen gut tropfende Tropfflaschen allgemein zu verwenden, da in diesen einmal die Flüssigkeit viel längere Zeit klar und brauchbar bleibt, als bei der Verwendung von Pipetten, die mitunter in beschmutztem Zustande in jene eingetaucht werden, und anderseits die Gefahr der Uebertragung von Krankheiten bei Benutzung von Tropfflaschen eine viel geringere ist. Die Pipetten bleiben häufig offen in den Spinden liegen, werden da schmutzig und stauben ein; sie sind auch nicht so leicht zu handhaben, wie gut tropfende Tropfflaschen, ausserdem kommen die Lehrer, die zum grössten Theil trotz vieler Uebung etwas unbeholfen bleiben, mit den Pipetten oft an die Wimpern, manchmal sogar bis an die kranken Bindehäute heran, so dass jene ungereinigt bei dem nächsten Kranken Verwendung finden. Alles dies fällt fort, wenn eine Tropfflasche benutzt wird, da diese beim Tropfen höher gehalten werden kann, und in Folge dessen mit dem Auge nicht in Berührung kommt.

Ferner haben die Bezirksärzte bei Beaufsichtigung der Lehrer ihr Augenmerk darauf zu richten, ob diese ihre Hände desinfiziren. Auch hierfür gilt der Spruch: „Wie der Herr, so das Geschirr.“ Ist der Arzt sauber, so wird auch der Lehrer dazu gebracht. Referent hat in dieser Hinsicht ganz wunderbare Verschiedenheiten beobachtet: Einzelne Aerzte machten zwar eine Desinfektionsflüssigkeit zurecht, benutzten sie aber nachher gar nicht, oder nur ganz vereinzelt, während sich die Lehrer regelmässig vor und nach jeder Berührung der Augen der kranken Schulkinder die Hände desinfizirten. Endlich sind bei der Behandlung der Kranken durch die Lehrer diese dahin zu instruiren, dass die Flüssigkeit auch ordentlich in die Bindehautsäcke und zwar bis zu den Uebergangsfalten hineingelangt.

Wenn auch noch viele Schwierigkeiten zu überwinden sind, bis ein Aufhören der Granulose zu erwarten steht, so sind durch die eingeführte Behand-

Laufde. Nr.	Kreis	Zahl der Schulkinder am 1. April 1899	Von den Schulkindern litten am 1. April 1899 an						
			K. I	Gr. I	K. II	Gr. II			Summa
						a	b	c	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.	Gumbinnen	6617	318	494	17	422	223	1	646 = 9,8%
2.	Johannisburg	9464	336	593	74	429	933	16	1378 = 14,6 „
3.	Loetzen	7070	378	678	38	593	237	4	834 = 11,8 „
4.	Lyck	9681	912	1117	36	271	289	14	574 = 5,9 „
5.	Niederung	8818	756	1058	94	210	348	15	573 = 6,5 „
6.	Pillkallen	7414	398	782	46	103	321	4	428 = 5,8 „
7.	Sensburg	8750	287	774	36	368	517	6	891 = 10,2 „

Bei den Kreisen Johannisburg und Lyck ist für das Jahr 1899 der Stand der Krankheit am 1. April, bei den übrigen Kreisen der Stand der Krankheit

Darnach ist in allen Kreisen, für welche die Zusammenstellungen gemacht werden konnten, die Krankheit in den Schulen zurückgegangen. — Solche Listen auch für Erwachsene oder nicht schulpflichtige Kinder aufzustellen, ist auf Grund der von den Bezirksärzten eingereichten Listen nicht möglich, weil erfahrungsgemäss das Publikum von Monat zu Monat, und noch mehr von Vierteljahr zu Vierteljahr wechselt, während die Zusammenstellungen für die Schulen in der That ein sehr wahrscheinliches, fast sicheres Bild über die Veränderungen der Augenkrankheiten unter denselben Kindern ergiebt, da im Laufe eines Jahres die Kinder nur verhältnissmässig wenig wechseln. Aus den im April 1901 eingehenden Berichten der Bezirksärzte werden wiederum Zusammenstellungen und zwar für noch mehr Kreise gemacht werden, so dass hierdurch ein ungefähres Bild über den Zustand der Augenkrankheiten in den Schulen des Bezirks gewonnen wird, was um so sicherer sein wird, wenn alle Bezirksärzte genau den Direktiven entsprechend die Bezeichnungen der einzelnen Formen der epidemischen Augenkrankheiten machen. Um eine solche einheitliche und gleichmässige Bezeichnung zu erreichen, bedarf es vor allen der Mitarbeit der Medizinalbeamten.

An den Vortrag schliesst sich eine lebhafte Debatte, an der sich Wolffberg, Forstreuter und Doepner betheiligen.

Ueber Punkt IV der Tagesordnung: **Besprechungen der in letzter Zeit ergangenen Verfügungen**, referirt der Vorsitzende, Reg.- und Med.-Rath Dr. Doepner. Unter Anderem macht er auf die Verfügung des Königlichen Regierungspräsidenten vom 14. Mai 1900 J.-Nr. I M. 1575 II aufmerksam, in der die Medizinalbeamten darauf hingewiesen werden, dass sie in den Befundattesten das thatsächlich und wissenschaftlich motivirte Urtheil über die Krankheit und die sonst gestellten Fragen aufnehmen müssen, und dass motivirte Gutachten, für welche liquidirt werden kann, nur dann auszustellen sind, wenn dieselben ausdrücklich gefordert werden. Hält der betreffende Medizinalbeamte ein solches Gutachten seinerseits für geboten, ohne dass es verlangt wird, so hat er mit einem dahingehenden Antrag sich vor Ausstellung desselben an die ersuchende Behörde zu wenden. Ferner bespricht er die Verfügung des Königlichen Regierungspräsidenten, sowie der Königlichen Regierung, Abtheilung für Kirchen und Schulen, vom 24. Mai und 8. Juni 1900, J.-Nr. VI A 802 und I. M. 2103, betreffend Reinigung und Instandhaltung der Schulklassen.

Vom Kreise Pillkallen ist die Einführung neuer Tabellen für die Granuloseambulatorien beantragt worden. Herr Kreisphysikus Dr. Cohn übernimmt die Prüfung derselben und Berichterstattung zur nächsten Sitzung.

lung der Kranken doch recht gute Erfolge erzielt, wie sich aus der nachstehenden Zusammenstellung ergiebt:

Zahl der Schulkinder am 1. April 1900	Von den Schulkindern litten am 1. April 1900 an:						
	K. I	Gr. I	K. II	Gr. II			Summa
				a	b	c	
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
6827	118	426	5	220	74	—	294 = 4,3%
9517	263	697	49	362	562	16	940 = 9,9 „
6830	89	529	62	203	144	2	349 = 5,1 „
9906	441	901	9	185	205	5	395 = 3,9 „
9112	636	1379	58	127	331	12	470 = 5,2 „
7336	246	1525	11	176	145	5	326 = 4,4 „
9184	252	730	12	327	359	3	689 = 7,5 „

am 1. Juli zu Grunde gelegt worden, weil die ziffermässigen Angaben für ersteren Zeitpunkt fehlten.

Nach Schluss des wissenschaftlichen Theils hielt ein gemeinsames Mahl die Theilnehmer bis zum gemeinsamen Abgang der Züge zusammen.

Dr. Forstreuter-Heinrichswalde.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Experimentelles Studium der Wirkung des Kaliumkantharidats auf die Placenta des Meerschweinchens. Von Pinoy. Aus dem Laboratorium des Prof. Cornil. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1900, S. 1022.

Verfasser schliesst aus seinen Versuchen mit Kali cantharidat, denen er solche mit verwandten reizenden Stoffen angeschlossen hat, dass eine Substanz, die auf die Nieren wirkt, von Wirkung ist auch auf die Placenta.

Die Dosis toxica des Stoffes für das Meerschweinchen ist 0,0014 auf das Kilogramm. Die Läsionen an der Niere sind ähnlich den von Cornil für das Kantharidin selbst gefundenen Veränderungen. Injizirt man einem graviden Meerschweinchen subkutan $^1/_2$ mg Kalikantharidat, so stirbt es in 3—4 Stunden.

Die Placenta weist ecchymotische Partien auf; andere Befunde lassen auf Entzündung der Placenta schliessen.

Bei Injektion weniger starken Dosen — in 24 Stunden 2 Dezimilligramm — trat der Tod am 2.—4. Tage, noch schwächerer Dosen — im Tage $^1/_2$ Dezimilligramm — abortirten einige Weibchen nach 10—12 Tagen. In anderen Fällen tritt Gewöhnung ein. Dr. Mayer-Simmern.

Wirkung der kantharidinsauren Kalis auf die Nervenzelle. Von Pinoy und Frl. Densusiann. Ibidem; 1901, Seite 101.

Während der Mensch und von Thieren Hund, Kaninchen und Meerschweinchen für Kantharidin empfänglich sind, sind gegen dieses Gift Igel und Huhn immun. Die Verfasser sehen als Grund für diese Thatsache nicht die bekannte spezifische Beeinflussung der Niere an; die Nierenläsion reiche nicht zur Erklärung aus, dass ein 600 g schweres Meerschweinchen nach Subkutaninjektion von 1 mg Kali-Kantharidat nach 3—4 Stunden stirbt. Dagegen betonen sie eine spezifische Beeinflussung der Nervenzelle durch dieses Gift.

Sie untersuchten zunächst das Gehirn von Meerschweinchen, die durch Subkutaninjektion des Salzes vergiftet wurden, nach der Neissl'schen Methode und fanden alle Phasen der Zerstörung der Nervenzelle: Vakuolenbildung, kör-

nige Dissolution der Nissl-Körper, Verschwinden des Kernes. Die Läsionen waren um so intensiver, je stärker die injizirte Dosis des Kantharidats war und je rascher der Tod erfolgte.

Roux und Borrel hatten an Kaninchen die Wirkung des Morphins nach intrazerebralen Injektionen studirt. Die Verfasser wandten dieselbe Methode beim Kantharidin an.

Sie beobachteten nach Anwendung von $^1/_{10}$ mg des Salzes Tod in zwei Stunden. Das Meerschweinchen zeigte Stupor, Prostration, Zittern, dann Exzitation, Krämpfe, Coma.

Bei der Autopsie fanden sich die Nieren frei, aber starker Blutgehalt aller Organe. Nach intrazerebraler Injektion von $^1/_{100}$ mg zeigten sich dieselben Symptome und derselbe Befund; der Tod trat aber erst nach 8 Stunden ein.

Injizirten dagegen die Verfasser dem Huhne 4 mg Kalikantharidat in das Gehirn, so blieb das Thier vollständig symptomenfrei.

Auf die Nervenzelle führen sie daher die Empfänglichkeit oder die Immunität eines Thieres dem Kantharidin gegenüber zurück.

Dr. Mayer-Simmern.

Die weissen Blutkörperchen bei einigen Vergiftungen. Von Ch. Achard und M. Loeper. Ibidem; 1901.

Die Verfasser untersuchten die Leukozytenformel an Kranken, welche einer Intoxikation mit Blei, Alkohol, Quecksilber, Aether, Antipyrin unterlegen waren.

Es ergab sich Vermehrung des Leukozytengehaltes und insbesondere der polynukleären Zellen in Fällen akuter Vergiftung, dagegen Leukopenie, Hypopolynukleose bei chronischem Charakter der Vergiftung.

Da zusammen 38 Fälle untersucht wurden, von denen allerdings auf Alkohol 24, auf die übrigen Gifte nur wenig entfallen, so kommt den Studien eine wesentliche Bedeutung zu.

Die Verminderung der polynukleären Zellen bei chronischer Vergiftung erklären die Verfasser durch mehrfache Gründe. Da die Milz oft in solchen Fällen vergrössert gefunden wird, so nehmen sie zunächst auch eine Zunahme ihrer Fähigkeit an, in Fällen chronischer Vergiftung die polynukleären Zellen zu zerstören.

Ferner kommt in Betracht, dass Leber, Niere und andere bei Blei-, Quecksilber- und Alkoholwirkung in Sklerose übergehende Organe eine lokal lymphozytische Wirkung entfalten, und schliesslich, dass das Knochenmark und andere blutbildende Organe, ihre Fähigkeit, Blutzellen neu zu bilden, durch Sklerosirung verlieren.

Dr. Mayer-Simmern.

Enthält das Blut normaler oder narkotischer Thiere Kohlenoxyd? Von M. Nicloux. Biologie. Mémoires; T. 52, 8. März 1901.

Aus den Arbeiten des Verfassers, die wegen der Ingenuosität der Experimente von der biologischen Gesellschaft preisgekrönt wurden, geht hervor, dass bei Hunden, die in Paris leben, das normale Blut eine bestimmte Menge (0,15% im Mittel) Kohlenoxyd enthält.

Werden die Thiere asphyktisch gemacht, so vermindert sich der CO-Gehalt; lässt man dann die Thiere wieder frische Luft athmen, so geht er wieder zum primären Prozentsatz zurück. Der Organismus selbst erzeugt das Kohlenoxyd des Blutes, da die Laboratoriumluft zu geringe Spuren des Gases enthält, um dem Blute die Absorption irgendwie messbarer Mengen zu ermöglichen.

Den Gerichtsarzt interessirt ferner, dass im Blute von Hunden, die der Chloroformnarkose unterworfen waren, ein beträchtlich gesteigerter Prozentsatz des Gases gefunden wurde; derart, dass im Liter Blut 5,2 ccm CO enthalten sind.

Wahrscheinlich zersetzt sich unter dem Einfluss der alkalischen Körperflüssigkeiten das Chloroform theilweise unter Bildung von Kohlenoxyd, eine Zersetzung, die eine bestimmte Anzahl unglücklicher Zufälle nach langdauernder Chloroformnarkose erklärlich machen würde.

Dr. Mayer-Simmern.

Spätgenesungen bei Geisteskrankheiten. Von Direktor Dr. H. Kreuser-Schussenried. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 1900, 57. Bd., VI. H.

Kr. hat sich der dankenswerthen Arbeit unterzogen, aus eigenen und fremden Beobachtungen aus der Literatur eine Reihe Fälle zusammenzustellen, in denen noch nach 3 Jahren eine Heilung eintrat. Eine solche wurde angenommen, wenn offenkundige Krankheitssymptome zurücktraten und Krankheitseinsicht bestand. Verfasser konnte aus der Literatur nur 13 derartige Fälle, aus der eigenen und anderen Anstalten noch weitere 22 zusammenstellen. Es zeigte sich, dass diejenigen Fälle, die an sich als akute, prognostisch günstige, von vornherein zu erachten waren, am häufigsten noch einer späten Heilung zugeführt wurden, während die spezifisch chronischen Psychosen nur ganz selten (insgesammt in 5 Fällen) zur Heilung gelangten. Von grosser Bedeutung für den Eintritt der Spätgenesung erwies sich das Klimakterium, während in den ätiologischen Faktoren, speziell der Heredität, kein verwerthbarer Anhaltspunkt gefunden wurde. In einzelnen Beobachtungen zeigten sich dagegen Versetzungen in andere Anstalten oder Rückkehr in die Familie von heilsamer Wirkung. Aus dem Studium der eingehend mitgetheilten Fälle wird man nicht stets den Eindruck vollkommener Heilung, sondern einer solchen mit Defekt gewinnen; ein Theil der Fälle dürfte auch den periodischen Psychosen angehören, in welchen erfahrungsgemäss oft spät plötzlich längere freie Intervalle eintreten. Immerhin bieten die mitgetheilten Fälle ein bedeutendes Interesse.

Dr. Pollitz-Münster.

Ueber drei Fälle von Hysteria magna. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie. Von Dr. Paul Steffens. Aus der II. mediz. Abtheilung des Hamburger Krankenhauses (Oberarzt Dr. Nonne). Archiv für Psychiatrie; 1900, 33. Bd., III. H.

Unter den im Ganzen vier Fällen machte der erste der Diagnose nicht geringe Schwierigkeiten. Die 16jährige Kranke bot anfänglich die Symptome einer beginnenden Wirbelkaries, später erschien die Diagnose Hirntumor (hyperämische Papille, erhöhte Reflexe, Fussklonus, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, zerebellarer Gang, Krampfanfälle) auf Grund des Befundes wohl berechtigt. Erst die eigenthümlichen, mit viel Affektirtem und Albernem gemischten Anfälle und die starke Suggestibilität der Kranken bei gleichzeitigem Verschwinden der bisherigen und Auftreten neuer Symptome führten zur Diagnose Hysteroepilepsie. Erwähnt sei noch, dass die erste Diagnose auf Wirbelkaries besonders motivirt erschien durch Fieberanfälle, die nachträglich auch als hysterisches Fieber angesprochen werden mussten.

In den beiden anderen Fällen, die unter besonders hervortretenden Symptomen akuter Verwirrtheit verliefen, war das wechselnde Verhalten der Pupillen, die während der Anfälle bald reagirten, bald nicht reagirten, von Interesse. Verfasser hat seinen Beobachtungen eine Gegenüberstellung der Symptome des epileptischen und hysterischen Anfalles beigefügt, in der sehr zutreffend hervorgehoben wird, dass der hysterische Anfall leicht suggestiv ausgelöst werden kann, dass er oft stundenlang unter Delirien, Schreien, Lachen u. s. w. sich hinzieht, während jener unter tiefer Bewusstlosigkeit in wenigen Minuten verläuft.

St. kommt schliesslich zu der Annahme, dass Hysterie wie Epilepsie auf Erkrankungen der Hirnrinde beruhen und daher eine scharfe differentialdiagnostische Scheidung weder berechtigt, noch möglich sei.

Dr. Pollitz-Münster.

Beitrag zur Kenntniss des induzirten Irreseins und des Querulantenwahns. Von Dr. E. Meyer. Aus der psychiatrischen Klinik zu Tübingen. (Prof. Siemerling.) Archiv für Psychiatrie; 1901, 34. Bd., 1. H.

Das induzirte Irresein, d. h. die Uebertragung einer Geistesstörung durch psychische Infektion von einem Kranken auf einen Gesunden, kann, wie Lasègue und Falret zuerst nachgewiesen haben, in drei verschiedenen Formen auftreten. Ein Mal kann bei zwei prädisponirten Individuen die gleiche Ursache ein gleiches Wahnsystem hervorrufen (folie simultantée), zweitens werden einem geistig schwächeren Individuum die Wahnideen eines anderen aufgedrängt (folie imposée). Eine dritte Modifikation ist die Uebertragung der Wahnideen

und Halluzinationen eines Kranken auf einen Disponirten (folie communiquée). Am häufigsten finden sich diese verschiedenen Formen der „folie à deux" bei geisteskranken Paranoischen mit Querulantenwahn, indem der kranke — meist sehr energische, halbgebildete — Ehegatte dem anderen die Ueberzeugung von der ihm widerfahrenen dauernden, böswilligen Rechtsschädigung so vollkommen aufdrängt, dass auch der bisher gesunde Ehegatte von dem Beeinträchtigungswahn des anderen beherrscht wird. M. bringt eine Reihe Fälle dieser Art, von denen der erste, sehr eingehend berichtete, ein Ehepaar betrifft, das in einem ununterbrochenen Kampf um sein vermeintliches Recht stand. M. führt aus, dass bei beiden Ehegatten in gleicher Weise „krankhafte einseitige Betonung des persönlichen Interesses, Unbelehrbarkeit und Uneinsichtigkeit, eigenartige Beziehungsideen der Verfolgung und Grösse, mangelnde Reproduktionstreue und gesteigerte gemüthliche Erregbarkeit" bestanden. Auch der Inhalt der Wahnideen war der gleiche. In einem zweiten Falle, in dem neben den beherrschenden Wahnideen der Beeinträchtigung eine Reihe religiöser Wahnvorstellungen auftraten, geht die geistige Infektion von der intelligenteren Frau auf den geistig beschränkten Mann über. Sehr interessant ist die letzte Beobachtung des Verfassers, in der es sich um die Uebertragung von Sinnestäuschungen mit erklärenden Wahnideen vom intelligenteren Bruder auf den geistig schwächeren handelt. M. machte zu seinen Fällen eine Reihe Bemerkungen, in denen er sehr zutreffend hervorhebt, welche übertriebene und oft unverständliche Geduld Behörden und Gerichte solchen kranken Querulanten gegenüber zeigen, ohne dass, trotz jahrelanger unsinniger Rechtskämpfe ein Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Kranken entsteht.

Dr. Pollitz-Münster.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Eigenart des Blutkuchens und des Blutserums bei der primären Variola haemorrhagica. Mechanismus der Blutungen. Von G. Hayem und R. Bensaude. Comptes rendus de la soc. de biol; 1901, S. 45.

Die Arbeit stellt eine Ergänzung der Aufsätze von Courmont und Montagard, E. Weil, H. Roger und E. Weil (Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901, S. 99 und 100) dar.

Hayem hatte bei der Purpura haemorrhagica des Menschen und der experimentellen Purpura angenommen, dass sich die Blutungen dadurch erklären, dass toxische Stoffe in's Blut eindringen, dass sich alsdann die Haematoblasten zusammenballen, und Anlass zu einer Thrombenbildung im Gefässe geben. Durch embolischen konsekutiven Verschluss kleiner Gefässe sollen alsdann Infarkte und Blutungen durch die Schleimhaut hindurch einsetzen. Berücksichtigt man, dass die Thrombosen ausserordentlich zahlreich sind, so erklärt es sich, dass durch diese Gerinnselbildung das Blut seiner Haematoblasten beraubt wird.

Die skizzirte Theorie hat ihre experimentelle Grundlage in den Befunden, die bei Injektion von Ochsenserum beim Hunde beobachtet sind. Man findet als eigenartige Blutveränderung sehr grosse Seltenheit der Haematoblasten, mangelnde Retraktion des Blutkuchens und fehlende Transsudation des Serums. Im Blute des Thieres findet man kleine Thromben, deren Kern wesentlich durch zusammengeklebte Haematoblasten gebildet wird.

Aehnliches kann man durch Schlangengift erreichen. Da dieses Gift bestimmten Toxinen am meisten gleicht, so lässt es sich leicht verstehen, dass toxische Produkte irgend welchen Ursprungs beim Menschen ähnlich wirken können, wie Ochsenserum beim Hunde.

Dieselbe Blutveränderung wie bei der Purpura haemorrhagica findet sich nun auch bei der primären Variola haemorrhagica, so dass der Name Purpura varioloica ausser durch den klinischen Verlauf der Erkrankung auch durch den Blutbefund seine Berechtigung erlangt.

Diese Theorie embolischer Gefässverstopfung durch Thromben halten die Verfasser für besser begründet, als jene von Weigert, dass es sich um Bakterienembolien handle. In zwei Fällen akuter infektiöser Purpura haemorrhagica, die mit der Variola haemorrhagica grosse Aehnlichkeit aufwiesen, fanden sie im Niveau der Blutungen keine oder fast keine Keime. Sie nehmen an, dass

die vom Blute verschleppten Keime im Niveau solcher Herde angehalten werden und sich wie an einem locus minoris resistentiae vermehren, nicht aber, dass die Blutungen auf bakterielle Embolien hin entstehen.

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Behandlung der Melaena neonatorum. Von Dr. Lahmer in Marschendorf. Prager medizinische Wochenschrift; 1900, Nr. 16.

Hochsinger (Zur Kenntniss des nasalen Ursprunges der Melaena neonatorum. Wiener medizinische Presse; 1897) hat als Ursache dieses Leidens eine Blutung aus der Nasenhöhle in den Rachen gefunden; das Kind liege in der Rückenlage, das Blut fliesse längs der hinteren Rachenwand in die Speiseröhre, komme in den Magen und werde theils erbrochen, theils durch den Darm entleert. Verfasser beschreibt einen hierher gehörigen Fall, bei dem ein vor etwa 6 Stunden geborenes Kind in Folge der Blutabgänge schon ganz wachsgelbe Haut hatte. Er fand im Rachen einen Streifen rothen Blutes, das offenbar aus der Nase kam, und tamponirte die blutende rechte Nasenhöhle; die Blutung stand, der blutige Stuhlgang hörte auf, und das Kind blieb am Leben.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Giebt es eine Melaena vera. Von Dr. Norbert Swoboda in Budweis. Ebenda; 1900, Nr. 49.

Verfasser erwähnt zunächst, dass er schon vor Hochsinger vier Fälle von Melaena beschrieben habe (Zur Aetiologie der Melaena. Wiener klinische Wochenschrift; 1896, Nr. 41) bei welchen als Quelle der tödtlichen Blutung die Nasenhöhle nachgewiesen wurde. Wissenschaftlich unterscheidet man jetzt Melaena spuria, welche durch wohl charakterisirte lokale oder allgemeine Erkrankungen verursacht werden, und Melaena vera, bei der ohne nachweisbare anatomische Ursache scheinbar ganz gesunde kräftige Kinder in den ersten Tagen nach der Geburt von einer schweren Blutung befallen werden.

Verfasser behauptet nun, dass bisher noch nicht ein einziger einwandfreier Fall von Melaena vera veröffentlicht worden sei. Allen in diese Gruppe gezählten Fällen liegen unvollständige anatomische Untersuchungen zu Grunde. In der ganzen ihn zugänglichen Literatur findet sich nicht ein einziger Fall, in welchem die Sektion vollständig durchgeführt worden sei. Die Beschreibung der Nasenschleimhaut fehle regelmässig. Wir hätten also auch nicht das Recht, diese Krankheitsgruppe als bestehend anzuerkennen. Wenn es nun aber keine Melaena vera gebe, dann gebe es auch keine Melaena spuria. Die wichtigsten Punkte, die ein betreffendes Sektionsprotokoll enthalten müsse, werden im Aufsatze eingehend besprochen.

Bei dieser Gelegenheit weist der Verfasser auf die eminent praktische Bedeutung hin, die eine regelmässige Untersuchung der Nasen- und Paukenhöhle bei allen Säuglingssektionen hätte. Als Arzt der Wiener Findelanstalt hatte er hierzu in einer grossen Anzahl von Fällen Gelegenheit — das Resultat war ein überraschendes. In vielen Fällen fanden sich unerwartet Erkrankungen der Nasenschleimhaut, in der überwiegenden Mehrzahl aber Eiterung in der Paukenhöhle, oft in nachweisbarem Zusammenhange mit dem Tode. Es ist sicher, dass jetzt viele Todesfälle als Magendarm- und Bronchialkatarrh geführt werden, die an Otitis media mit unbeachteten unauffälligen Symptomen zu Grunde gegangen sind.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Experimentelle Mastitistuberkulose des Meerschweinchens. Von L. Nattan-Larrier. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1900; S. 1024.

Zum Studium verdächtiger tuberkulöser Prozesse empfiehlt Verfasser direkte Impfungen in die Milchdrüse der graviden Meerschweinchen. Nach Injektion tuberkelbazillenhaltiger Flüssigkeit entsteht eine lokale, schnell verlaufende Tuberkulose. Nach 4—5 Tagen treten in der Drüse verhärtete Partien auf. In der dritten Woche bildet sich ein echter, kalter Abszess aus, der alsdann wie ein quer von der Brustwarze zur Vulva verlaufender kleiner Zylinder erscheint. Bei Druck auf die Drüse tritt ein Tröpfchen käsigen Eiters aus, in dem Tuberkelbazillen enthalten sind. Später wird die Haut adhaerent, dann zerfällt sie, während die Lymphdrüsen ergriffen werden.

Im Gegensatz zu dieser durch lokale Inokulation erzeugten Tuberkulose giebt es auch Milchdrüsentuberkulose durch Fernwirkung. Im Verlaufe einer Reihe von Subkutaninjektionen von Pleuraergüssen beim graviden Meerschweinchen fand Verfasser in etwa $^1/_3$ der Fälle drei Wochen nach der Injektion die Entwickelung einer tuberkulösen Mastitis, die lokal nicht in direktem Zusammenhang zu der entfernt davon gelegenen Injektionsstelle stand.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Beschlagnahme und Verwerfung tuberkulösen Fleisches. Von J. Mitchell Wilson, J. Wrigt Mason und F. W. Martin. Public Health; Februar 1901.

In seiner Arbeit: „Die Tuberkulose-Frage in England" berichtete Oebbecke-Breslau[1]) über die im Dezember 1898 von William Broadbent gestellten Forderungen auch in Bezug auf die Kontrole von tuberkulösem Fleisch. Inzwischen hat eine staatliche Kommission getagt, an welcher nicht bloss Aerzte und Thierärzte, sondern auch Metzger theilnahmen, die den kaufmännischen Theil der Angelegenheit in's rechte Licht setzten. Zwischen den Besitzern von Vieh und den Medizinalbeamten brachen in der Kommission bedeutende Friktionen aus; eine vom „Local Government Board" aufgestellte Instruktion suchte zwischen diesen Ansichten zu vermitteln und wurde den einzelnen Medizinalbeamten-Vereinen zur Berathung und Aeusserung mitgetheilt.

Auch hier wurden in der Diskussion die verschiedensten Ansichten geäussert. Während Wilson als Grundgedanken betont, dass jede gesetzliche Massnahme so sicher auf wissenschaftlicher Forschung beruhen müsste, dass auch der intelligente Laie von der Berechtigung der sanitätspolizeilichen Forderung überzeugt sei und einen Mittelweg zwischen den Ansprüchen der Gesundheitspflege und jenen der Viehbesitzer für das Beste hält, ferner die behördliche Instruktion als Richtschnur empfiehlt, vermag der zweite Redner die Instruktion nicht als Ideal anzusehen.

Er fordert eine allgemeine und systematische Fleischbeschau, besondere Ausbildung der Beschauer, die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser auch auf dem Lande, Besichtigung aller geschlachteten Thiere, Sterilisation zweifelhaften Fleisches, Einführung der Freibanken, wie in Deutschland, Einführung der Tuberkulinprobe.

F. N. Martin, der dritte Redner, berichtet über die Schwierigkeiten, die sich heute einer Beanstandung thatsächlich ungesunden Fleisches in den Weg stellen.

Auf Veranlassung des zuständigen Medizinalbeamten und des Thierarztes hatte eine Ortsbehörde die Anordnung gegeben, einen Thierkörper zu vernichten. Nach dem bestimmten Paragraphen der „Public Health Acts" wurde der Auftrag ausgeführt; gleichzeitig aber wurde der Metzger verklagt, dass er im Besitze eines zur Nahrung für Menschen untauglichen Thierkörpers gewesen sei. Da indessen die einzige Busse in einem solchen Falle nach dem Gesetze die Konfiskation und die Unschädlichmachung des betreffenden Fleisches sein durfte, lehnte das Gericht die Verfolgung ab. Der Magistrat aber wurde zu 20,000 Mark Schadenersatz verurtheilt, und das Urtheil wurde in der zweiten Instanz bestätigt.

Interessant ist, dass Martin, der im Vorjahre einer Festfeier der Metzgerinnung beiwohnte, angiebt, dass die Reden offensiven Charakter hatten und von einer durch die Gesundheitsbeamten im Bezirke ausgeübten Tyrannei sprachen. In anderen Bezirken würden bessere Grundsätze befolgt. Wenn der Beschauer Gelegenheit habe, ein verdächtiges Thier vor dem Schlachten zu besichtigen, gebe er den Gehülfen Instruktionen, um ein möglichst gutes Aussehen des geschlachteten Thieres zu erzielen und: „er prüft es nachher wieder".

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Desinfektionswirkung des Alkohols, insbesondere der Alkoholdämpfe. Von Dr. Georg Frank in Wiesbaden.

Verfasser fand bei seiner Suche nach einem geeigneten Desinfektions-

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1899, S. 747.

mittel der Milzbrandsporen in den Borsten und Haaren, dass nicht nur der Alkohol als ein sehr energisches und für die verschiedensten Zwecke geeignetes Desinfektionsmittel sei, sondern besonders auch den Alkoholdämpfen und zwar nicht den reinen, sondern mit Wasserdampf gemischten Alkoholdämpfen eine grosse Desinfektionskraft zuzuschreiben sei.

Für die Thatsache, dass die reinen Alkoholdämpfe nicht desinfiziren, Mischungen von Alkohol- und Wasserdampf aber sehr energisch wirken, führt Verfasser an, dass alle Bakterien, insbesondere aber die Sporen eine Hülle besitzen, welche den Körper gewissermassen gegen alle äusseren Einflüsse und Schädigungen schützt. Soll also ein Desinfiziens die Bakterien vernichten, so muss dasselbe die Hülle durchsetzen und in den Körper derselben eindringen können. Der absolute und auch der hoch konzentrirte Alkohol ziehen mit Energie Wasser an, sie trocknen organische Substanzen aus. Wirken diese also auf Bakterien ein, so schrumpft die Hülle der Bakterien zusammen und bildet so einen Schutz derselben. Diese Hülle muss vorher angefeuchtet und aufgeweicht werden, damit das schädigende Agens, z. B. die Alkoholdämpfe in den Körper eindringen und wirken können.

Ahlfeld hat zuerst festgestellt, dass verdünnter Alkohol stärker wirkt als hoch konzentrirter. Auffällig ist dem Verfasser, dass alle Forscher, welche den flüssigen Alkohol prüften, angeben, dass 40—70 proz. Alkohol am wirksamsten sei, während Verfasser fand, dass diejenigen Dampfgemische am wirksamsten sind, welche zu etwa 12 Volumprozent aus Wasser und 90 Volumprozent aus Alkohol bestehen. Dieser Unterschied ist nach Verfasser vielleicht darin begründet, dass der Wasserdampf energischer auf die Hülle der Bakterien wirkt, als das kalte oder nur angewärmte Wasser thut.

Diese Thatsache, dass ein Anfeuchten der Desinfektionsobjekte dem Wirken des eigentlichen Desinfektionsmittels vorausgehen, oder doch zum Mindesten gleichzeitig mit ihm statthaben muss, trifft ebenso wie für den Alkohol, auch für die anderen gasförmigen Desinfektionsmittel zu. Nach Verfasser verdienen die Alkoholdämpfe sicherlich auf dem Gebiete der Hygiene eine weite Verwendung.

Die Dämpfe des Alkohols vernichten Milzbrandsporen innerhalb weniger Minuten und schädigen nach Ansicht des Verfassers die Borsten durchaus nicht. Sie entsprechen also vollkommen den Anforderungen, welche man an ein für diese Zwecke geeignetes Desinfektionsmittel zu stellen berechtigt ist, und es wäre nur noch weiter zu prüfen, in welcher Weise diese Desinfektion durch Alkohol am zweckmässigsten vorgenommen werden könnte. Auch auf dem Gebiete der Wohnungsdesinfektion hält Verfasser eine weitere Verwendung des Alkohols für möglich, vielleicht durch direkte Verspritzung des flüssigen Alkohols gegen die zu desinfizirenden Objekte, Wände etc. (ähnlich wie es früher mit Sublimat geschah).

Mit Unrecht ist der Alkohol als obsolet durch andere Mittel verdrängt worden; denn der Alkohol, der flüssige sowohl, wie der dampfförmige ist im Stande, sehr widerstandsfähige Bakterien und deren Sporen in kurzer Zeit zu vernichten und verdient sicherlich eine häufigere Anwendung auf dem Gebiete der Chirurgie und der öffentlichen Gesundheitspflege als er bis jetzt hat.

Dr. Waibel-Kempten.

Frauenasyle, eine hygienische Studie. Von Dr. med. J. S. Loeblowitz in Olmütz. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1900, Heft 4, 1. Hälfte.

Der Aufsatz ist nicht nur für Aerzte, sondern auch für Laien, z. B. Beamte, denen die Regelung der Prostitution zufällt, geschrieben und enthält daher Vieles, was den Lesern dieser Zeitschrift bekannt ist. Immerhin bietet er aber auch für Medizinalbeamte manches Lesenswerthe. Er verficht die Ansicht, dass, ebenso wie für Tuberkulöse und Lepröse eigene vortrefflich wirkende Anstalten eingerichtet seien, auch solche, natürlich entsprechend modifizirt, für Bekämpfung der Syphilis gute Dienste leisten würden. Da die Syphilis als Volkskrankheit hauptsächlich durch die Prostituirten verbreitet werde, so verlangt er die Errichtung von Anstalten, in welchen die mit Syphilis behafteten Prostituirten für die Zeit ihrer Ansteckungsfähigkeit zurückzuhalten wären — Frauenasyle.

Die derzeit geübte Kontrole der Dirnen hat bezüglich der Bekämpfung der Syphilis nach Ansicht des Verfassers deswegen so geringe Erfolge gehabt, weil die Prostituirten, die an Syphilis leiden, nur so lange in den Krankenhäusern bleiben, bis die sichtbaren Symptome geheilt seien, während sie doch, wie die Rezidive beweisen, noch krank seien und ihre Krankheit übertragen könnten. Die Prostituirte müsse während des ganzen infektiösen Stadiums ihrer Krankheit von der Ausübung ihres Gewerbes abgehalten werden, und dies könne eben nur in gesonderten Asylen geschehen. Diese sollten durchaus nicht Besserungsanstalten für gefallene Mädchen sein, wenigstens dürfte dies nicht der Hauptzweck sein, sondern es sollte unter entsprechender ärztlicher Leitung eine zweckmässige Behandlung des Leidens stattfinden, und zwar eine genügend lange Zeit — ungefähr zwei Jahre, die das sekundäre oder infektiöse Stadium etwa andauere.

Es würde zu weit führen, die ausführlich entwickelten Ansichten des Verfassers über die Ausführbarkeit des Planes genauer wiederzugeben. Radikal genug ist der Vorschlag, und sicherlich würde auch, wenn er sich durchführen liesse, die Erkrankungsziffer der Syphilitischen ganz bedeutend sinken.

Die Behandlung der Prostituirten wegen Gonorrhoe in ähnlichen Asylen hält Verfasser für nutzlos und zwar wegen der stets drohenden Neuinfektionen. Dr. Glogowski-Görlitz.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 8. d. Mts. ist das **Weingesetz** noch zur Verabschiedung gelangt. Obwohl von fast sämmtlichen Rednern das Gesetz nicht als etwas Vollkommenes und nur als eine Abschlagszahlung bezeichnet wurde, so wurde es doch anderseits als ein so wesentlicher Fortschritt gegenüber den jetzigen Bestimmungen, namentlich in Bezug auf den Schutz des Naturweins, anerkannt, dass demgegenüber die meisten Redner erklärten, ihre sonstigen Bedenken, insbesondere betreffs der Kellerkontrole, fallen zu lassen. Die Annahme erfolgte demgemäss fast einstimmig; auch die in der Kommission zu dem Gesetz beantragte Resolution (s. S. 273), wonach die verbündeten Regierungen ersucht werden, dem Reichstage baldmöglichst den Entwurf eines Reichsgesetzes, das die Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln und Genussmitteln durch Bestellung besonderer Beamten hierfür einheitlich regelt, fand fast einstimmige Annahme mit dem Zusatze, dass die Ueberwachung im ganzen Reiche nach einheitlichen Grundsätzen zu geschehen habe, da gerade auf diesem Gebiete eine solche unbedingt nothwendig sei.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. Durch die am 3. d. Mts. erfolgte plötzliche Vertagung des Abgeordnetenhauses ist leider der Gesetzentwurf, betreffend die den **Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen** ebenso wenig zur Verabschiedung gelangt, wie das in der Thronrede angekündigte, aber noch nicht an das Abgeordnetenhaus gelangte **Seuchengesetz**. Hoffentlich werden beide Gesetze bei der nächsten Tagung so frühzeitig eingebracht, dass sie nicht wieder von dem gleichen Missgeschick betroffen werden.

In der Sitzung vom 2. Mai fand die Berathung über den von den Abgeordneten Dr. Langerhans, Dr. Barth und Gen. gestellten **Antrag behufs Einführung der fakultativen Feuerbestattung in Preussen** statt. Derselbe wurde ebenso wie in früheren Jahren von den Vertretern der konservativen Partei und des Zentrums (den Abgg. Schall und Dr. Dittrich) lediglich aus religiösen Rücksichten bekämpft, von den Vertretern der liberalen Parteien (Abgg. Dr. Langerhans, Dr. Endemann und Dr. Barth) dagegen warm befürwortet unter Hinweis auf die hygienischen Vorzüge der Feuerbestattung, sowie auf die Schwierigkeit, in den grossen Städten ausreichende Begräbnissplätze in ihrer Nähe zu erwerben, und auf die grossen Kosten, die jetzt durch den weiten Transport nach den in anderen Bundesstaaten befindlichen Krematorien ent-

stehen. Der Abg. Dr. Langerhans wies ausserdem in seiner Rede wiederum auf die Nothwendigkeit der Einführung einer obligatorischen Leichenschau hin. Die Berathung, die übrigens sehr unter dem Eindruck der an das Abgeordnetenhaus gelangten Nachricht betreffs seiner bevorstehenden Vertagung litt, endete, wie vorauszusehen war, mit Ablehnung des Antrages.

Die **neue ärztliche Prüfungsordnung** wird nach einer in den politischen Blättern gebrachten Mittheilung vom Bundesrath voraussichtlich noch vor den Pfingstferien genehmigt werden und zwar unter Zulassung der Realschulabiturienten zum Studium der Medizin.

Zur neuen **Dienstanweisung für die Kreisärzte** äussert sich die „Vossische Zeitung" in Nr. 221 (vom 12. d. Mts.) wie folgt:

„Sie umfasst nicht weniger als 125 Paragraphen. Insgesammt lehrt sie vor Allem uns: wie viel der preussische Kreisarzt von Staatswegen thun soll. Man kann getrost sagen, es giebt sicherlich kein Gebiet der Wohlfahrtspflege und öffentlichen Gesundheitspflege, von der Medizinalpolizei ganz zu schweigen, um das er sich, wenn er die Dienstanweisung genau nimmt, nicht zu bekümmen hätte. . . . . Die Dienstanweisung macht die Kreisärzte zu wahren Aposteln der sozialen Medizin. . . . . Trotz der vielfältigen sozialhygienischen Arbeit, zu welcher die Kreisärzte angeregt werden, ist die ihnen zugewiesene medizinal- und sanitätspolizeiliche Leistung aber nicht verkürzt worden. Sie bezieht sich auf viele und weite Gebiete: die Verzeichnung des Medizinalpersonals, die Kurpfuscherei, die Ueberwachung der Apotheken und des Drogenhandels, das Hebammenwesen, die Desinfektion und Leichenbeschau, Wasserversorgung, die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, Krankenfürsorge, Schulhygiene, Volksbäder u. a. m. Geblieben ist dabei dem Kreisarzt die Besorgung der gerichtsärztlichen Geschäfte. Von Interesse ist dabei, dass von dem Kreisarzte noch vermehrte technische Arbeit im Vergleich zu früher verlangt wird. In §. 37 der Dienstanweisung heisst es nämlich: „Einfache physikalische, chemische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen hat der Kreisarzt selbst auszuführen." Angesichts der Fülle der Aufgaben des Kreisarztes ist es geradezu verwunderlich, dass die Kreisarztstellen, bis auf wenige, nicht voll besoldet sind. Der Kreisarzt, der allen ihm zugewiesenen Aufgaben gerecht werden soll, behält für die private Praxis mit ihren vielfältigen und auf Tag und Nacht sich vertheilenden Störungen kaum Zeit und Stimmung genug übrig."

Die vorstehenden Ausführungen decken sich fast genau mit denjenigen in unserer Besprechung der Dienstanweisung (s. vorige Nummer der Zeitschrift, Seite 307).

Todesfall. Am 6. d. Mts. ist der Reg.- und Medizinalrath Dr. Möbius in Berlin an Hirnhautentzündung gestorben. In verhältnissmässig frühem Lebensalter (40 Jahre) hat ihn der Tod aus einer ebenso verantwortungs- als ehrenvollen Stellung gerissen, die ihm in Folge seiner hervorragenden Arbeitskraft und Tüchtigkeit erst wenige Tage zuvor endgültig übertragen war. Der preuss. Medizinalbeamtenverein verliert in ihm ein eifriges und bei allen Kollegen durch sein liebenswürdiges Wesen und durch seinen edlen Charakter beliebtes Mitglied; die Zeitschrift einen fleissigen und treuen Mitarbeiter. Ehre seinem Andenken!

Trichinosis. In Podgorz bei Thorn sind zahlreiche Personen an Trichinosis erkrankt, einige darunter lebensgefährlich. Die amtlichen Feststellungen ergaben, dass die Erkrankungen durch Genuss von Fleischwaaren aus einem bestimmten Geschäft verursacht waren. In den Restbeständen eines Mitte April geschlachteten und damals vom Fleischbeschauer für den Verkauf freigegebenen Schweines wurden bei erneuter Untersuchung Trichinen gefunden.

Der betreffende Fleischer ist selbst erkrankt und in seinem Hause elf Personen. Täglich werden neue Erkrankungen bekannt. Die Untersuchung ist eingeleitet.

Der **Allgemeine Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege** hält am Freitag, den 31. Mai d. J., im Kurhause zu Wiesbaden seine zweite Jahresversammlung ab. Die Tagesordnung lautet: I. Begrüssungsansprachen. — II. Geschäftliches. — III. Vorträge: 1) Die neue preussische Schulreform in Beziehung zur Schulhygiene. Referenten: Ober-Realschul-Direktor Dr. H. Schotten-Halle, Dr. med. Korman, praktischer Arzt in Leipzig. 2) Ueber Einführung einer einheitlichen Schreib- und Druckschrift. Referenten: Rektor Müller-Wiesbaden, Augenarzt Dr. Gerloff-Wiesbaden. 3) Die schulhygienischen Einrichtungen der Stadt Wiesbaden. Referenten: Stadt-Schulinspektor Rinkel-Wiesbaden, Schularzt Dr. F. Cuntz-Wiesbaden, Baurath Genzmer-Wiesbaden. 4) Schulhygiene un Schwindsuchtsbekämpfung. Referent: Sanitätsrath Dr. Obertüschen-Wiesbaden. — IV. Gemeinsames Mittagsmahl mit Damen im Kurhause, 6 Uhr Abends. — V. Gartenfest im Kurhause, 8 Uhr Abends, zu Ehren der Versammlung gegeben von der städtischen Kurverwaltung. — Am Sonnabend, den 1. Juni, bei genügender Betheiligung Ausflüge in die Umgegend von Wiesbaden. — Es wird gebeten, bezüglich der Wohnungsbeschaffung sich rechtzeitig an das Burcau J. Schottenfels u. Co., Theater-Kolonnaden 36/37, Wiesbaden, zu wenden. — Der Jahresbeitrag für den Verein beträgt 3 M., wofür die Mitglieder das jährlich in sechs Heften erscheinende Vereinsorgan „Gesunde Jugend“ erhalten. Anmeldungen behufs Erlangung der Vereinsmitgliedschaft nehmen die B. G. Teubner'sche Verlagsbuchhandlung, Leipzig, Poststrasse 3, und der Schatzmeister, Direktor F. S. Archenhold, Treptow-Berlin, entgegen. Mitgliedskarten werden noch am Vorabend und am Sitzungstage im Geschäftsbureau des Kurhauses in Wiesbaden ausgegeben. Ein besonderer Beitrag für den Besuch der Versammlung wird nicht erhoben.

Pest. In Indien hat die Seuche während der letzten Wochen des März an Ausbreitung etwas abgenommen. Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in den Wochen vom 15. März bis 15. April: in der Präsidentschaft Bombay: 2703 (2158), 1958 (1662), 1783 (1503) und 1947 (1632), in der Stadt Bombay: 1273 (1069), 798 (737), 773 (691), 771 (715); nur in Karachi, wo während jener Zeit 226 (174), 208 (175), 207 (166), 230 (209) Pest-Erkrankungen bezw. Todesfälle angemeldet sind, macht sich eine solche Abnahme nicht bemerkbar.

In Hongkong sind in den 5 Wochen vom 6. Februar bis 16. März 3, 5, 7, 14 und 14 zusammen 43 Personen an der Pest erkrankt und 40 (3, 5, 6, 15, 11 davon gestorben; auf der Insel Formosa während der Monate Januar, Februar und März: 29, (19), 99 (64) und 69 (61).

Auf der Insel Mauritius sind vom 8. Februar bis 7. März 48 Pesterkrankungen mit 31 Todesfällen vorgekommen. Zwei vereinzelte, von auswärts eingeschleppte Pestfälle wurden im April in San Franzisko festgestellt.

In Kapland scheint die Seuche nicht mehr im Steigen, sondern in der Abnahme begriffen zu sein. In den letzten Tagen wurden täglich nur 2—3 neue Pesterkrankungen amtlich gemeldet. Interessant ist die Mittheilung, dass bei den Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten in fast allen Häusern in Kapstadt, in denen Pestfälle vorgekommen sind, beim Aufnehmen der Dielen verendete Ratten in grosser Menge gefunden sind und deren bakteriologische Untersuchung das Vorhandensein von Pestbazillen ergeben hat.

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

J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

14. Jahrg. 1901.

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. | 1. Juni.

Unterleibstyphus und Molkereien.

Von Kreisarzt Dr. Ricken in Malmedy.

Nach einem in der hygienischen Sektion der vorjährigen Naturforscherversammlung in Aachen gehaltenen Vortrage.

Die ausserordentliche Zunahme der genossenschaftlichen Molkereien, deren wirthschaftliche Bedeutung wohl von allen Kreisen der Bevölkerung anerkannt wird, ist zweifellos als ein namhafter Fortschritt auf milchhygienischem Gebiete zu begrüssen; denn die Molkereien sind mit Hülfe ihrer überlegenen technischen Einrichtungen und ihrem in jeglicher Hinsicht vollkommeneren Betriebsverfahren in der Lage, ein Produkt zu liefern, welches in Bezug auf Reinheit und Haltbarkeit die von den nach altväterlicher Weise betriebenen kleinbäuerlichen Milchwirthschaften gelieferte Butter weit übertrifft. Zudem sind für die Einrichtung dieser Molkereien keineswegs nur wirthschaftliche Gesichtspunkte massgebend gewesen, sondern man hat sich auch anerkennenswertherWeise bemüht, hygienischen Ansprüchen Rechnung zu tragen. Fehlt es doch weder in den kleinen, noch in den grösseren Betrieben mehr an Apparaten, in welchen Milch oder Rahm erforderlichen Falls sterilisirt resp. pasteurisirt werden kann; in den meisten ist die Rahmpasteurisirung sogar die Regel.

So gern wir nun den Werth dieser Einrichtungen anerkennen, so können wir uns, wenn wir die Handhabung des Molkereibetriebes mit einiger Aufmerksamkeit betrachten, der Erkenntniss nicht verschliessen, dass dadurch die Gefahr, welche mit der früheren Form der Milchwirtschaft verknüpft waren, nicht nur nicht beseitigt, sondern dass neue Gefährdungen der Gesundheit, welche

JAN 22 1900

sich in grösserem Umfange und unheilvollerer Weise geltend machen können, entstanden sind.

Dies wird uns sofort klar, wenn wir die Möglichkeit der Uebertragung der Infektionskrankheiten in Betracht ziehen.

Nach wie vor ist die Gefahr vorhanden, dass im Hause des Lieferanten durch die schmutzigen Hände solcher, die mit ansteckender Krankheit behaftet sind oder derartige Kranke pflegen, oder durch unreines Wasser oder schlecht gereinigte Gefässe Krankheitskeime in die Milch hineingelangen. Da nun in der Molkerei diese Milch der übrigen angelieferten Menge beigemischt wird, so folgt mit Nothwendigkeit, dass die Infektionskeime sich auch in dem Restprodukt dieser Mischmilch, der Magermilch, wiederfinden. Dasselbe trifft zu für die aus Molkereien stammende Vollmilch, falls diese nicht genügend pasteurisirt ist.

Diese Infektionsmöglichkeit steht, wie sich von selbst ergiebt, in gleichem Verhältniss zu der Grösse des Molkereigebietes und der Zahl der Genossen, oder was dasselbe sagt, die Molkereimilch wird um so eher pathogene Keime enthalten, je grösser die Zahl der möglichen Infektionsquellen, d. i. der Haushaltungen, ist, aus welchen der Zentrale infektiöses Material zufliessen kann.

Vorab ist zu bemerken, dass in solchen Betrieben, in welchen Vollmilch und Rahm nicht unmittelbar an den Konsumenten abgegeben werden, also in der grösseren Mehrzahl der Molkereien, nur der Magermilch eine Bedeutung bei der Verbreitung der ansteckenden Krankheiten zukommen kann. Was sie für diese Rolle besonders geeignet macht, ist der Umstand, dass sie als unmittelbares und an Masse weit überwiegendes Nebenprodukt unverändert und in regelloser Weise an die Lieferanten vertheilt wird.

Es ist dies alles keineswegs eine auf willkürlichen Voraussetzungen und Kombinationen beruhende Schlussfolgerung, sondern eine für die Epidemiologie des Typhus durch die Erfahrung vielfach bewiesene Thatsache, welche uns erst neuerdings durch die in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege erschienene Abhandlung „Die Bedeutung der Molkereien für die Verbreitung des Unterleibstyphus“ von Reg.- und Med.-Rath Dr. Schlegtendal[1]) wieder näher vor das Auge gerückt ist. Unter den vom Verfasser zusammengestellten 17 Fällen von Verbreitung des Typhus durch Molkereien finden sich auch zwei Epidemien aus dem Kreise Malmedy, welche als neueste Beobachtungen dieser Art ein besonderes Interesse beanspruchen und einer ausführlichen Darstellung werth sein dürften. Merkwürdigerweise ist mir auch in diesem Jahre wichtiges Material zugeflossen, über welches ich ebenfalls berichten möchte. Hieran anschliessend werde ich noch kurz einige, die vorliegende Frage berührenden Beobachtungen aus anderen Kreisen erwähnen.

Die Fälle sind folgende:

I. Im Orte Reuland war im Jahre 1897 eine Sammelmolkerei gegründet worden. Im Februar 1898 traten plötzlich 4 Typhusfälle in 2 weit von einander gelegenen Häusern des Dorfes Bracht auf, nachdem, wie nachträglich

[1]) Referat darüber in Nr. 21 der Zeitschrift, Jahrg. 1900, S. 700.

festgestellt wurde, in dem $^1/_2$ Stunde entfernten Lascheid im Januar eine Person an typhösem Fieber gelitten hatte. Sämmtliche 3 Haushaltungen gehörten zur Molkerei und hatten Magermilch erhalten. Im folgenden Monat wurden Erkrankungen gemeldet aus den Ortschaften Steffeshausen, Maspelt und Stoubach, im April ausserdem aus Weweler und Reuland und im Mai auch aus Oudler und Auel. Von da an bis zum Erlöschen der Krankheit im Monat Oktober tauchte dieselbe bald hier bald da in dem von den genannten Ortschaften gebildeten Bezirke auf, niemals häuften sich die Fälle, sodass auf die Monate April bis Oktober beinahe eine gleiche Anzahl entfiel. Da die Anmeldungen Anfangs sehr spärlich einliefen und eigentlich nur ein Theil der Erkrankungen, nämlich die ärztlich behandelten, zur Kenntniss kamen, so wurde auch in der ersten Zeit gegen einen Zusammenhang mit der Molkerei kein Verdacht geschöpft; dieser wurde aber rege, als die eigenthümliche Vertheilung auf die im Allgemeinen einen Molkereibezirk bildenden Ortschaften auffiel und weitere Nachforschungen den wirklichen Umfang und die Schwere der Epidemie festgestellt hatten.

Die Epidemie betraf 73 Erkrankungen mit 10 Todesfällen.

Die 73 Fälle entfielen auf 36 Haushaltungen, von diesen gehörten zur Molkerei 22, 14 standen zu derselben in keiner Beziehung. Letztere Zahl vermindert sich um 1, da dieser Fall darauf zurückzuführen war, dass die betr. Person im Hause des erkrankten Bruders infizirt wurde.

Es war zunächst auffällig, dass

1. sämmtliche Ortschaften, in welchen Molkereigenossen wohnten, mit einer Ausnahme, von der Krankheit ergriffen wurden,
2. mit einer Ausnahme alle Dörfer, welche Typhuserkrankungen hatten, zur Molkerei gehörten,
3. im weiteren Umkreise das ganze Jahr hindurch Typhus nicht beobachtet worden ist,
4. in den mit der Molkerei in Beziehung stehenden Ortschaften die ersten Fälle stets bei Genossen vorkamen.

Dass ein Dorf (Steffeshausen), obgleich der Molkerei vollständig fernstehend, in 4 Haushaltungen 12 Kranke aufwies, stand der Annahme einer gemeinschaftlichen Ursache, nämlich der infizirten Magermilch, entgegen. Dieser Widerspruch verlor aber an Wichtigkeit dadurch, dass es gelang, diese 12 Fälle auf dieselbe Infektionsquelle zurückzuführen. Die 4 betroffenen Häuser hatten nämlich einen Brunnen benutzt, dessen offener Zufluss beständig verunreinigt, besonders auch zum Wäschespülen benutzt wurde.

In ähnlicher Weise konnten in einem anderen Dorfe (Oudler) mehrere Fälle in Häusern von Nichtlieferanten mit Sicherheit erklärt werden.

Wenn wir jene 12 Fälle in 4 Haushaltungen in der einen an der Molkerei nicht betheiligten Ortschaft als selbstständige Epidemie gelten und aus der Gesammtrechnung von vornherein ausscheiden lassen, so gilt für die übrigen vom Typhus heimgesuchten Dörfer Folgendes:

Es gab Haushaltungen von Molkereigenossen 74, von nicht Betheiligten 217. Von ersteren wurden befallen 22 = 29,7 %, von letzteren 9 = 4,1 %.

Für die einzelnen Ortschaften ergiebt sich folgendes Verhältniss:

Lascheid	betheiligt:	7,	befallen:	1,
	nicht betheiligt:	28,		1,
Bracht	betheiligt:	12,		5,
	nicht betheiligt:	24,	"	4,
Maspelt	betheiligt:	12,		5,
	nicht betheiligt:	9,	"	1,
Stoubach	betheiligt:	1,		1,
	nicht betheiligt:	7,	"	0,
Weweler	betheiligt:	3,		1,
	nicht betheiligt:	6,	"	1,
Reuland	betheiligt:	29,		5,
	nicht betheiligt:	90,	"	1,
Oudler	betheiligt:	7,		2,
	nicht betheiligt:	55,	"	8.

II. Die zweite viel umfangreichere Epidemie spielte sich im folgenden Jahre (1899) innerhalb der Bürgermeisterei Büllingen ab. Hier war im April

eine Molkerei eröffnet worden, an welcher sämmtliche Ortschaften der Bürgermeisterei ungefähr in gleicher Weise betheiligt waren.

Kurz vor Beginn des Betriebes im März und April waren im Dorf Büllingen 2 Fälle von Typhus aufgetreten. Im Mai kamen noch 2 Fälle, und zwar der eine aus Hünningen, der andere aus Mürringen hinzu. Sämmtliche 4 Haushaltungen lieferten zur Molkerei und erhielten auch Magermilch aus derselben. Sobald dies bekannt geworden, wurden den im Vorjahre gemachten Erfahrungen gemäss Gegenmassregeln ergriffen und schon am 21. Mai angeordnet, dass die Magermilch in der Molkerei sterilisirt werde. Aber es war schon zu spät. Denn schon Ende Mai und im Anfange des folgenden Monats setzte die Epidemie ein, welche mit wechselnder Heftigkeit bis zum Schlusse des Jahres anhalten sollte. In den ersten Tagen des Juni gab es schon eine Anzahl Kranker in Mürringen und mehrere in Hünningen. Wenige Tage später tauchte die Seuche in Honsfeld auf, am 10. Juni erkrankte als erster in Krinkelt ein in der Molkerei beschäftigter Junge, der täglich Magermilch getrunken hatte, und nachdem 8 Tage später die Krankheit auch in Rocherath bei verschiedenen Genossen festen Fuss gefasst hatte, waren sämmtliche zur Molkerei gehörige Ortschaften bis auf Wirtzfeld infizirt. Bis zum 1. Juli waren im Ganzen 35 Fälle aufgetreten, und zwar 32 in 18 Häusern von Lieferanten der Molkerei, 3 in 3 Häusern von Nichtlieferanten. Von diesen 3 Ausnahmefällen konnte der eine mit Bestimmtheit darauf zurückgeführt werden, dass der Brunnen eines Hauses benutzt war, in welchem 14 Tage vorher der Typhus geherrscht hatte, während von den anderen 2 allerdings nur gesagt werden konnte, dass die betroffenen Wohnungen nicht weit von vorher infizirten Häusern gelegen waren. Auf dieses erste Stadium der Epidemie folgte ein kurzer Stillstand, auch konnte man beobachten, dass während dieser kurzen Zeit das Auftreten des Typhus bei Molkereigenossen nicht mehr in dem Masse überwog wie bisher. Dies änderte sich aber sofort, als gegen den 15. Juli die letzte Ortschaft des Bezirks, Wirtzfeld, ergriffen und dadurch ein zweites Höhestadium der Epidemie eingeleitet wurde. Hier wurden zuerst die Frau und 3 Kinder eines Molkereimitgliedes ergriffen, fast gleichzeitig der Milchfuhrmann des Dorfes.

Von den bis zum 15. September infizirten 12 Gehöften dieses Dorfes gehörten allein 8 Milchlieferanten an, 4 nicht. In 3 von diesen 4 Fällen handelte es sich zweifellos um Sekundärinfektion; denn ein Mal war der Brunnen eines Nachbarhauses benutzt worden, in dem ein Typhuskranker lag, ein ander Mal befand sich der eigene Hausbrunnen unweit der Düngerstätte des Nachbarn, dessen 2 Kinder vorher krank darnieder gelegen hatten, und im dritten Fall war das Trinkwasser einem Laufbrunnen entnommen, in welchen Entleerungen von Typhuskranken direkt hineingelangen konnten. Der vierte Fall betraf ein nicht weit davon gelegenes Haus, seine Entstehungsursache konnte aber nicht genauer festgestellt werden.

Der Juli brachte insgesammt etwa 18 Krankheitsfälle. Der August 30, September und Oktober etwa je 12 und November und Dezember 3 bezw. 6.

Genaue Erhebungen am Schlusse des Jahres ergaben 116 Erkrankungen in 68 Haushaltungen, d. h. Häusern. Hiervon gehörten 48 zur Molkerei, die übrigen 20 hatten zu ihr keine Beziehung. In Wirklichkeit haben diese Zahlen eine grössere Beweiskraft, da sich wenigstens in einzelnen der Weg der Infektion von Häusern der Molkereigenossen zu solchen der anderen Kategorie auffinden liess; ich bin überzeugt, dass dies auch in vielen anderen gelungen wäre, wenn in dieser Richtung rechtzeitig Nachforschungen stattgefunden hätten.

Vergleicht man obige Ziffern mit der Gesammtzahl der Haushaltungen der infizirten Ortschaften, so ergiebt sich folgendes Verhältniss:

a. Von 316 Haushaltungen von Molkereigenossen wurden ergriffen: 48 = 15,2 %,
b. von 210 Haushaltungen Nichtbetheiligter wurden ergriffen 20 = 9,5 %.

Aehnlich gestaltete sich das Verhältniss z. B. für das Dorf Wirtzfeld:

Von 34 Betheiligten 10 = 29,5 %,
„ 50 Nichtbetheiligten 8 = 16,0 %.

Es ist ferner zu bemerken, dass von den 116 Erkrankungen 35 auf Kinder bis zu 15 Jahren, 48 auf Personen bis zu 30 Jahren entfielen. Insgesammt gab es 6 Todesfälle. Die mittlere Krankheitsdauer betrug etwa 3—3½ Wochen.

III. Meine letzten Beobachtungen über Typhusverbreitung durch Molkereimilch datiren aus allerletzter Zeit, und dürften wohl deshalb besondere Wich-

tigkeit haben, weil sie mit der unter den Truppen des Lagers Elsenborn jüngst ausgebrochenen Epidemie, welche bekanntlich auf den Genuss infizirter Molkereimilch zurückgeführt wird, im engsten Zusammenhang stehen. Die beschuldigte Molkerei zu Nidrum, im Kreise Malmedy gelegen, lieferte dem Lager den ganzen Milchbedarf, etwa 800 Liter Vollmilch pro Tag, während die übrige zu Butter verarbeitet wurde. Jene Milch wurde aber vorher zentrifugirt und dann durch einen Pasteurisirungsapparat mit einfachem Rührwerk geführt, in welchem sie angeblich eine Minute lang einer Temperatur von 90° ausgesetzt war. Es wird nun angenommen, dass die den Apparat fliessend passirende Milch nicht gleichmässig auf 90° erhitzt worden ist und eine vollständige Abtödtung der in ihr enthaltenen Typhusbazillen nicht stattgefunden hat. Denn gerade diejenigen Truppentheile, von denen diese Milch in den sehr heissen Tagen vor dem 27. Juli getrunken war, wurden fast ausschliesslich von der Seuche ergriffen, während andere, denen der Milchgenuss verboten war, verschont blieben. Die ersten Massenerkrankungen unter den Truppen, welche bereits am 27. Juli das Lager verlassen hatten, traten vom 12. bis 14. August auf. Fast gleichzeitig, nämlich den 16. August, wurden auch mehrere Erkrankungen aus den dem Lager benachbarten Ortschaften gemeldet, und zwar 1 aus Elsenborn und 3 aus Nidrum. Als erster Krankheitstag wurde für den ersten Fall der 27. Juli, den zweiten und dritten der 3. August und für den vierten den 5. August ermittelt.

Die letzten 3 betrafen 3 Häuser von Molkereigenossen, während der erste zu Niedrum in einem Hause auftrat, das nicht zur Molkerei gehörte. Es liegt also zwischen dem Auftreten der ersten Erkrankungen unter den Molkereigenossen und denjenigen unter den Truppen ein Zeitraum von 9 Tagen; man könnte etwa hieraus, obschon die Zeitdifferenz sehr kurz ist, folgern, dass von den ersteren (Fall 2, 3 und 4) die Infektion der Molkereimilch ausgegangen sei, welche unter den Lagertruppen die Typhusepidemie hervorgerufen hat. Ich neige mehr der Ansicht zu, dass bereits die erwähnten 3 Fälle, die gleichzeitig und unabhängig vom ersten Fall auftraten und für welche ein Zusammenhang und eine Erklärung nicht gefunden wurde, der Molkereiinfektion ihre Entstehung verdanken, und dass die Typhuskeime von einem anderen, unbekannten Infektionsherd aus in die Milch gekommen sind. Diese Auffassung ist deshalb sehr berechtigt, weil in den Ortschaften des Molkereibezirks der Typhus noch im letzten Jahr häufig, in der einen (Bütgenbach) seit Jahren endemisch gewesen ist.

Zu jenen 4 kamen vom 14.—21. August noch 6 Erkrankungen aus Nidrum hinzu und zwar wiederum nur in Häusern von Molkereigenossen. Fast alle Kranken, meistens Kinder, hatten Magermilch getrunken.

Bis zum 25. September waren aus verschiedenen Ortschaften des Molkereigebietes insgesammt 22 Fälle angezeigt. Von diesen kamen

19 auf 17 Haushaltungen von Molkereigenossen,

2 auf 1 Haushaltung eines Nichtbetheiligten, und 1 war auf Einschleppung von aussen zurückzuführen. Letzterer trat in Weywertz auf. Von den übrigen Ortschaften des Bezirkes hatte Nidrum 17, Elsenkorn und Berg je 2 Kranke. Typhusfrei blieb Bütgenbach.

Für Nidrum galt folgendes Verhältniss:

Von 48 zur Molkerei gehörigen Gehöften wurden befallen 15, von 37 anderen nur 1. Auf dieses entfielen jene oben erwähnten 2 Fälle, von denen der erste ohne bekannte Ursache am 27. Juli, der zweite am 25. August auftrat.

Die Magermilch ist in der Molkerei Nidrum vom 18. August an sterilisirt worden. Da nun für sämmtliche 22 Fälle ein erster Krankheitstag ermittelt wurde, der vor dem 16. September lag, so können alle diese Erkrankungen, eine Inkubationszeit von höchstens 4 Wochen vorausgesetzt, auf eine vor Beginn der Sterilisirung stattgehabte Infektion mit Magermilch zurückgeführt werden.

Mit dem 25. September war das epidemische Stadium der Krankheit erloschen. Die Umstände, unter denen der Ausbruch dieser in ihrer Ausbreitung aussergewöhnlichen Epidemie erfolgte, illustriren so recht deutlich die Gefahr, die über den Theilhabern und Abnehmern von Molkereien schwebt; sie lehren, dass die bis jetzt angewandten Massregeln, sowie die Aufmerksamkeit der Behörden eine Epidemie nicht verhindern können. Interessant ist in diesem Falle, dass Infektionen durch Vollmilch und Magermilch nebeneinander vorkamen.

IV. Innerhalb des Molkereibezirkes Auro (Kreis Prüm) kam es im Jahre 1898 zu einer umfangreichen Epidemie. Es erkrankten 60 Personen. Da die Grenzen der Epidemie mit denen des Molkereigebietes zusammenfielen, so wurde die an die Genossen abgegebene Magermilch als Infektionsquelle angesehen.

V. Im Jahre 1899 gruppirte sich eine Epidemie um die Molkerei Bleialf (Kreis Prüm). Die Zahl der Erkrankten war etwa 40. Alle umliegenden Ortschaften wurden verschont.

Wenn wir das beigebrachte Beweismaterial einer Prüfung unterziehen, so müssen wir Fall I und II für die wichtigeren halten, gleichwohl dürften diese zu kritischen Bemerkungen am meisten Anlass geben.

Was die Epidemie zu Büllingen anbetrifft, welche Ende Mai begann und Dezember aufhörte, so kann der Einwurf gemacht werden: Wie war eine Uebertragung des Typhus durch Magermilch möglich, da diese doch schon vom 22. Mai an sterilisirt worden ist? Es ist aber zu beachten, dass bereits am 10. Juni die Krankheit in mehreren Ortschaften (Hünningen, Mürringen und Honsfeld) weit ausgebreitet, und dass in anderen (Büllingen, Krinkelt und Rocherath) schon einige Fälle aufgetreten waren. Diese Ortschaften können somit schon um diese Zeit als infizirt gelten. Es steht ferner nichts entgegen, alle bis zu dem genannten Tage aufgetretenen Fälle mit der unsterilisirten Magermilch in ursächlichem Zusammenhang zu bringen. Auch für die späteren, bis 1. Juli bekannt gewordenen können wir diese Erklärungsweise gelten lassen, wenn wir eine mehrwöchige Inkubationsdauer annehmen und berücksichtigen, dass die Kranken meistens erst nach längerer Krankheitsdauer zur Behandlung kamen. Aber nicht alle Kranken haben eingestanden, dass sie Magermilch getrunken hatten. Obschon solche Aussagen der Kranken nach meiner Erfahrung stets mit Vorsicht aufzunehmen sind, werden sie doch in einer Anzahl von Fällen zutreffend sein. Noch schwieriger wird die Frage, wenn man berücksichtigt, dass in dem zuletzt ergriffenen Dorfe (Wirtzfeld) der erste Kranke vielleicht am 25. Juni, frühestens am 15. Juni infizirt sein kann. Dass aber die dortige Epidemie sich unabhängig vom Molkereibetrieb abgespielt habe, ist nach ihrem ganzen Verlaufe nicht anzunehmen.

Es entsteht die Frage: Giebt es andere und zwar indirekte Wege, auf welchen die mit der Magermilch nach allen Seiten hin verschleppten Keime zur Ansteckung von Menschen geführt haben?

Am nächsten liegt es, hier an eine Verunreinigung des Trinkwassers zu denken. Nicht selten nämlich werden die Kannen, in welchen die Magermilch zurückgebracht oder sonstige Gefässe, in welchen dieselbe aufbewahrt wird, an Brunnen gespült; Milchreste werden hier ausgegossen, so dass sie sich leicht dem Trinkwasser mittheilen können; oft sogar dürfte es vorkommen, dass ungereinigte Milchgefässe zum Schöpfen in den Brunnen hinabgeführt werden. Ebenso häufig gelangen Reste der infektiösen Milch mit dem Spülwasser auf Düngerhaufen oder auf sonstigen der Weiterentwickelung der Typhusbazillen sehr günstigen Boden. Die Wanderung der Infektionsstoffe von der Düngerstätte zum meistens sehr nahe gelegenen Brunnen ist alsdann die zweite Etappe auf dem

Infektionswege. Dass hiermit die Reihe der Möglichkeiten keineswegs erschöpft ist, wird jeder zugeben, der die kleinbäuerliche Wirthschaft mit seinen eigenartigen Begriffen von Reinlichkeit aus eigener Anschauung kennt. Jedenfalls gestatten diese Erwägungen, auch spätere, auf den ersten Blick mit der Molkereiinfektion ausser Zusammenhang stehende Erkrankungen auf diese gemeinschaftliche Ursache zurückzuführen.

Dass in der Molkerei Büllingen in Folge eines Personalwechsels im Oktober einige Zeit irrthümlicher Weise die Magermilch nicht sterilisirt wurde, sei hier nur beiläufig erwähnt, obschon hierdurch sich manches erklärt, für das wir nach ferner liegenden Gründen suchen zu müssen glaubten.

Es erübrigt noch zu untersuchen, ob andere Ursachen für die Entstehung und Ausbreitung der Epidemien ausgeschlossen werden konnten?

Man könnte auf den ersten Blick glauben, dass man, von vornherein überzeugt, dass es sich um eine Verbreitung des Typhus durch Molkereimilch handelte, es versäumt habe, in anderer Richtung Untersuchungen vorzunehmen. In den von mir selbst beobachteten Fällen sind umfangreiche Nachforschungen angestellt worden, in Fall I und II allerdings vornehmlich in der ersten Periode der Epidemie; niemals aber gelang es, eine andere gemeinschaftliche Ursache festzustellen, oder die Uebertragung von Fall zu Fall, von Ausnahmen abgesehen, nachzuweisen. Im Uebrigen lassen auch die örtlichen Verhältnisse des Dorfes zu einander und die Vertheilung der Krankheitsfälle keineswegs die Deutung zu, dass die Uebertragung von Ort zu Ort oder innerhalb der einzelnen Ortschaft ausschliesslich oder zum grossen Theil auf dem Wege des Verkehrs oder auf andere Weise erfolgt sei.

Zu Fall I und II, die hier vorwiegend in Betracht kommen, handelte es sich um Dörfer, die alle, $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde von einander entfernt, in eigenem Wassergebiet, gewöhnlich in bedeutender Höhe gelegen, durch mehr oder weniger tief einschneidende Thäler getrennt, durchaus keine Beziehung zu einander hatten. Der Verkehr zwischen ihnen ist naturgemäss gering, zumal da jedes Dorf eigene Kirche und Schule hat; er ist nur zur Zeit der Kirmessen ein regerer, welche im Sommer stattfinden. Möglich ist es, dass diese zur Verbreitung der Krankheit in einzelnen Fällen beigetragen, haben meine Nachforschungen sprechen jedoch nicht dafür. Die Ortschaften sind nichts weniger als eng gebaut, die Gehöfte liegen meistens weit auseinander, durch Gärten und Wiesen getrennt. Hier nun traten die Typhusfälle, besonders die ersten, regellos zerstreut auf, bald in der Peripherie, bald im Zentrum des Dorfes, zuweilen nur zu kleinen Gruppen vereinigt, wo gemeinschaftliche Brunnen vorhanden waren, im Uebrigen aber ohne ersichtlichen Zusammenhang.

Diese Erscheinung war gerade im ersten Stadium der Epidemien sehr auffällig und fand keine andere Erklärung. Später, als es überall zahlreiche Erkrankungen und ebenso viele Seuchenherde gab, bedurfte die Epidemie zu ihrer Weiterentwickelung

nicht mehr der Vermittelung der mit Infektionskeimen beladenen Molkereimagermilch, sondern die Verbreitung der Krankheit erfolgte nunmehr auf Grund der meistens sehr mangelhaften sanitären Verhältnisse in den betroffenen Ortschaften. Von entscheidendem Einflusse waren besonders die Zustände der Abort- und Düngergruben und die schlechte Beschaffenheit der Brunnen, die Unzulänglichkeit der Wasserversorgung überhaupt. Daraus erklärt sich vor Allem die lange Dauer der unter II beschriebenen Epidemie.

Noch mehr gewann die Auffassung, dass eine gemeinsame Krankheitsursache vorlag, dadurch an Wahrscheinlichkeit, dass, besonders in Fall I und II, die Epidemie in ein Gebiet einfiel, in dem der Typhus bis dahin nicht endemisch gewesen war. Die Bürgermeisterei Reuland wies im Jahre 1883 nur 3, im Jahre 1884 allerdings 10 Fälle auf, war aber dann bis 1898 so gut wie typhusfrei. Was die Bürgermeisterei Büllingen angeht, so sind aus dem Jahre 1886—1887 eine Epidemie von 30 Erkrankungen, nämlich 20 aus Wirtzfeld, 10 aus Büllingen selbst, in den folgenden Jahren nur ganz einzelne Fälle zu verzeichnen. Zu erwähnen ist noch, dass hier im Jahre 1898 2 Erkrankungen in Hünningen und 1 in Mürringen vorgekommen sind.

Es dürfte schwer sein, dem Vorstehenden gegenüber triftige Gründe geltend zu machen und gegen die von mir dargelegte Auffassung über die Entstehungsursache des Typhus begründete Bedenken zu erheben. Wir haben nach meiner Ansicht mit der Verbreitung des Typhus durch Sammelmolkereien als einer Thatsache zu rechnen, deren Wichtigkeit für die öffentliche Gesundheitspflege in Anbetracht der grossen Zahl der Molkereien und des häufigen Vorkommens dieser ansteckenden Krankheit auf dem Lande nicht zu verkennen ist.

Welche Massregeln sind nun von diesem Gesichtspunkte aus im hygienischen Interesse zu ergreifen?

Es würde uns zunächst die Aufgabe erwachsen, im Hause des Lieferanten diejenigen Massregeln zu treffen, welche geeignet sind, zu verhüten, dass Typhuskeime in die Milch hineingelangen können. Zu diesem Zwecke wäre zu fordern, dass alle erkrankten oder mit der Pflege der Kranken beschäftigten Personen sich ganz von der Milchwirthschaft fernhalten oder eine regelmässige Desinfektion ihrer Hände vornehmen, und dass ferner alle Milchgeräthschaften sorgfältig gereinigt und auch, um sie vor zufälliger Verunreinigung zu schützen, entsprechend aufbewahrt werden.

Solche Vorschriften sind auch s. Z. im Kreise Malmedy erlassen worden, haben sich aber als vollständig unzulänglich erwiesen, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Die Ausführung derselben in der kleinbäuerlichen Wirthschaft stösst auf grosse, oft unüberwindliche Schwierigkeiten, weil es an Pflegepersonal, an Raum für vollständige Trennung der Kranken von den Gesunden, vor Allem auch an unverdächtigem Wasser fehlt.

2. Diese dem Milchproduzenten überlassenen Obliegenheiten,

von deren peinlicher Erfüllung das Wohl und Wehe eines weiten Bezirks abhängt, können polizeilich nicht kontrolirt werden.

3. Sie werden nur da angewandt, wo der Typhus ärztlich konstatirt und angezeigt ist. Nichts geschieht jedenfalls bis zur Ankunft des Arztes; ganz ausgeschlossen bleiben die sogenannten verdächtigen Fälle, sowie solche, die überhaupt nicht behandelt werden.

Ebenso wenig Schutz gegen die Infektionsmöglichkeit gewährt das Verbot der Milchlieferung aus verseuchten Häusern; denn dies tritt ebenfalls erst nach Erstattung der Anzeige, also viel zu spät in Wirksamkeit und bereits ausser Kraft, sobald der betreffende Typhusfall abgelaufen ist. Wer könnte aber im Hinblick auf die so häufigen erst nach Wochen und Monaten auftretenden Sekundärinfektionen behaupten, dass nach Ablauf der Krankheit alle Gefahr beseitigt ist? Entwickelt sich doch in einem solchen Hause auf Grund der schlechten gesundheitlichen Verhältnisse ein wirklicher Seuchenherd, der für lange Zeit eine öffentliche Gefahr bilden kann. Ausserdem führt die Ausschliessung der Molkereigenossen leicht zur Verheimlichung der Krankheit.

Mit denselben Schwierigkeiten und der gleichen Unsicherheit würde man zu rechnen haben, wollte man von den Molkereigenossen verlangen, dass diese ihrerseits für regelmässige Abkochung aller Magermilch Sorge tragen; denn der Landmann wird nur in seltenen Fällen der Erkenntniss zugänglich sein, dass der Genuss der rohen Milch seiner Gesundheit schaden könne; auch würden Manche, besonders Kinder, der Versuchung von der frischen kühlenden Milch zu trinken, nicht immer widerstehen.

Möglich dagegen ist eine wirksame Bekämpfung der Gefahr in der Molkerei. Die uns hier zur Verfügung stehenden Mittel bestehen darin, dass

1. die Magermilch pasteurisirt wird,
2. sämmtliche Kannen nach der Entleerung durch heissen Dampf keimfrei gemacht werden.

Diese Massnahmen wären wohl geeignet, sicheren Erfolg, nämlich die Vernichtung der in die Milch gelangten Keime, zu gewährleisten, wenn das Verfahren der Magermilchsterilisirung mittelst des in jeder Molkerei vorhandenen Apparates, der bestimmungsgemäss nur bei Seuchengefahr, besonders beim Auftreten der Maul- und Klauenseuche in Thätigkeit gesetzt wird, ein für alle Mal obligatorisch gemacht würde. So lange es nur in Ausnahmefällen Anwendung findet, kann es nur bedingten Werth haben, was ja wohl hinlänglich aus den von mir erbrachten Beispielen ersichtlich ist.

Wenn wir nun aber der Ueberzeugung sein können, dass neue und ausserordentliche Massnahmen nöthig sind, wenn ferner als sicher gelten kann, dass deren Schwerpunkt in die Molkerei zu verlegen ist, so ist nur das Verfahren in Erwägung zu ziehen, welches durch die Sicherheit und den Umfang seiner Schutzwirkung allen Ansprüchen der Hygiene allein gerecht zu werden vermag,

d. i. die Pasteurisirung der gesammten Milchmenge vor der Entrahmung.

Die Frage der Milchsterilisirung in Molkereien ist nicht neu. Ist doch schon wiederholt im Hinblick auf die enorme Verbreitung der Tuberkulose unter den Milchkühen gefordert worden, dass nur sterilisirte Milch in den Handel gebracht werden dürfte. Dieser Forderung ist noch grösserer Nachdruck gegeben worden, nachdem bakteriologische Untersuchungen aus früherer und letzter Zeit (Bollinger, Bang, Obermüller, Lydia Rabinowitsch) ergeben haben, dass Rahm, Butter, Buttermilch und Magermilch Tuberkelbazillen enthalten, wenn sie in der Vollmilch zu finden sind. Dass sich auch Typhusbazillen in der Buttermilch vorfinden, erscheint demnach nicht unwahrscheinlich, um so mehr als Fränkel und Köster (Ref. i. d. Zeitsch. f. Medizinalbeamte, 1898, S. 188) nachgewiesen haben, dass in ihr die Bazillen mindestens mehrere Tage lebensfähig bleiben.

Ist nun vollständige Pasteurisirung der Gesammtmilch in Molkereien durchführbar?

Um dies zu prüfen müssen wir uns die Fragen vorlegen:

1. in welchem Grade die Erhitzung stattfinden muss, damit eine hinreichende Schutzwirkung erzielt wird und

2. welche technischen oder wirthschaftlichen Schwierigkeiten der allgemeinen Durchführung entgegenstehen, im Besonderen, ob bei diesem Verfahren die Qualität der Milchprodukte nicht beeinträchtigt wird?

Bei Bemessung der Temperatur und der Dauer der Erhitzung ist die Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbazillen, der Typhusbazillen und des Virus der Maul- und Klauenseuche in gleicher Weise zu berücksichtigen.

Tuberkelbazillen sterben ab nach den Untersuchungen Förster's durch Erhitzung auf 70° in 10 Minuten, auf 90° in 2 Minuten.

Bang dagegen ist bei seinen zahlreichen Versuchen zu dem Resultat gelangt, dass eine kurzdauernde fast momentane Erhitzung auf 85° hinreicht, um Tuberkelbazillen in der Milch selbst einer eutertuberkulösen Kuh abzutödten. Was das Kontagion der Maul- und Klauenseuche anbetrifft, so hat Professor Schütz neuerdings nachgewiesen, dass dasselbe ebenfalls durch eine Temperatur von 85° unschädlich gemacht wird. Prof. Weigmann (Vortrag auf der Generalversammlung des Deutschen milchwirthschaftlichen Vereins am 13. Februar 1900) hält darum eine solche Pasteurisirung der Vollmilch in Rücksicht auf Tuberkulose und Maul- und Klauenseuche für vollständig ausreichend, während K. B. Lehmann, welcher die für Rahmpasteurisirung konstruirten Pasteurisirungsapparate prüfte, vorschlägt, die Erhitzung bei guter Durchmischung während 10 Minuten auf 80° zu bringen. Typhusbazillen werden durch eine $1^1/_2$ Minute dauernde Erhitzung der Milch auf 70° zwar meistens, aber nicht immer getödtet; wirkt diese Temperatur aber 10 Minuten lang ein, so ist die Tödtung sicher (Finkler). Nach Analogie der Tuberkelbazillen dürfen wir annehmen,

dass eine kurz dauernde Erhitzung der Milch auf 85° auch für Typhusbazillen genügt.

Es würde Aufgabe der Bakteriologen und der milchhygienischen Sachverständigen sein, diejenige Temperatur festzustellen, welche bei möglichst kurz dauernder Einwirkung die Milch in gedachter Weise noch keimfrei zu machen vermag.

Auf kurze Erhitzungsdauer wird von sachverständiger Seite deshalb grosser Werth gelegt, weil bei längerer Einwirkung höherer Wärmegrade die Butter einen leichten Kochgeschmack annimmt. Diese Geschmacksveränderung kann durch sofortige und starke Abkühlung, event. unter Anwendung von Eis auf ein Minimum reduzirt werden. Eine andere Bedingung für die Durchführung der Milchpasteurisirung ist die Anlieferung völlig süsser Milch, welche aber leider wenigstens bei kleinen Lieferanten nicht hinreichend gesichert erscheint. Weigmann dagegen ist der Ansicht, dass das Verfahren der Pasteurisirung der Vollmilch durch Erhitzung auf 85—90° ohne sehr bemerkbare Beeinträchtigung der Qualität der Butter allgemein durchgeführt werden kann, dass dadurch sogar eine grössere Haltbarkeit der Butter und eine Steigerung ihrer Qualität als Marktwaare erzielt werde. Ein Hinderniss ist nach seiner Ansicht, die Schädigung der Käsefabrikation; er hofft jedoch, dass es mit der Zeit der Technik gelingen würde, auch aus pasteurisirter Milch Käse zu fabriziren. Die Veränderung der Buttermilch verdient weniger Berücksichtigung.

Was die Pasteurisirungsapparate angeht, so ist vom hygienischen Standpunkte zu fordern, dass in denselben die Milch bei möglichst guter Durchmischung in allen ihren Theilen in gleicher Weise erhitzt wird, damit nicht Krankheitskeime der Abtödtung entgehen. In dieser Richtung erscheint eine sorgfältige Prüfung der bis jetzt von der Technik gelieferten Apparate vom bakteriologischen Standpunkte aus, so schwierig sich das auch gestalten mag, als durchaus nothwendig. Weigmann glaubt, dass die bisher für Rahmpasteurisirung gebrauchten Apparate, zumal die nach neuestem System mit „getrennter und zwangsweiser Führung und Regenerativwirkung“ verfertigten den hygienischen Ansprüchen genügen.

Wichtige Bedenken stehen der Durchführung des Verfahrens allerdings in wirthschaftlicher Hinsicht entgegen. Es ist nicht zu leugnen, dass durch die Umgestaltung des Betriebes, die Beschaffung neuer Apparate grössere Kosten erwachsen und dass durch den Mehrverbrauch an Dampf zur Sterilisirung auch eine Steigerung der fortlaufenden Ausgaben die Folge sein wird. Mithin wird voraussichtlich geltend gemacht werden, dass durch solche Mehrausgaben die Existenz mancher Betriebe ernstlich in Frage gestellt werde.

Demgegenüber ist zu bemerken, dass der Marktwerth der Butter, sofern sie aus pasteurisirter Milch bereitet wird, nicht unerheblich steigen wird, anderseits muss aber betont werden, dass da, wo wichtige hygienische Interessen auf dem Spiele stehen,

diesen doch wohl die grössere und entscheidende Bedeutung vor keineswegs unüberwindlichen wirthschaftlichen Schwierigkeiten zuzuerkennen ist.

Zum Schlusse fasse ich den Inhalt meiner Darlegungen wie folgt zusammen:

1. Epidemien von Unterleibstyphus werden häufig durch Sammelmolkereien verursacht.

2. Die regelmässige Pasteurisirunng der gesammten Milchmenge in Molkereien ist das beste Schutzmittel gegen diese Art der Verbreitung des Typhus, sowie anderer Infektionskrankheiten, der Menschen sowohl, als der Thiere.

3. Vom hygienischen Standpunkte ist es wünschenswerth, dass dies Verfahren so bald als möglich allgemein und gleichmässig durchgeführt wird.

Zur Impftechnik.

Von San.-Rath Dr. Weichardt, Bezirksarzt in Altenburg.

Auf Seite 286 in Nr. 8 dieser Zeitschrift werden Nickelinimpfspatel als für Massenimpfungen sehr geeignet empfohlen. Es sei mir gestattet, meine eigenen übeln Erfahrungen mit derartigen Instrumenten hier mitzutheilen. Vielleicht wird dadurch so mancher der Herren Kollegen vor Unannehmlichkeiten bewahrt.

Bei meinen ziemlich umfangreichen Versuchen im Frühjahr 1894 zwecks Auffindung einer zweckmässigen und leicht ausführbaren, den Anforderungen der bei chirurgischen Operationen damals schon längst üblichen strengen Asepsis voll genügenden Impfmethode kam ich zu der Ueberzeugung, dass vor Allem die durch das Impfen selbst, durch das Reinigen resp. Sterilisiren der Instrumente, durch die Ueberwachung des zumeist recht schwer lenkbaren Publikums u. s. f. allzu sehr zersplitterte Thätigkeit des Impfarztes unbedingt vereinfacht werden müsste. Sehr zeitraubend und doch dabei recht überflüssig erschien mir vor Allem das Reinigen resp. Sterilisiren der Impfinstrumente inmitten des Impfaktes. Konnte der Impfarzt von dieser widrigen und dabei verantwortungsvollen Thätigkeit, die überdies im Drange des Impftermins zumeist viel zu flüchtig ausgeführt wird, vollkommen frei bleiben, so war für ihn kostbare Zeit gewonnen, so war entschieden leichter Ordnung in das dem chirurgisch geschulten Arzt geradezu abstossende Chaos stark frequentirter Impftermine zu schaffen. Die Lösung dieser Aufgabe schien mir sehr einfach bei aussergewöhnlich reichlichem Impfinstrumentarium. Das konnte vor dem Termin, zu Haus, ganz gelegentlich sterilisirt und steril mit zum Impfort genommen werden.

Leider gab es damals im Handel nur schwierig sterilisirbare Impfinstrumente, die noch dazu empfindlich theuer waren. Ich sah mich daher genöthigt, besser für diesen Zweck geeignete Instrumente herstellen zu lassen. Die ersten erwiesen sich als voll-

kommen unbrauchbar, es waren stählerne Lanzetten; diese rosteten nach mehrfachem Auskochen. Hierauf wurden Nickelinspatel angefertigt. Diese zeichneten sich durch ihren Glanz aus, aber nach mehrfachem Sterilisiren durch Auskochen zeigten die Schneiden hie und da kleine grünliche Fleckchen, herrührend von dem zu Grünspanbildung neigenden Kupfer im Nickelin. Natürlich sah ich sofort ab von der Verwendung dieser bedenklichen Legirung. Nunmehr liess ich vernickelte Stahlnadeln mit zwei Schneiden anfertigen und habe darüber, da sie sich zu bewähren schienen, in Heft 6 des Korrespondenzblattes des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen, Jahrg. 1894, berichtet. Doch nach vielfachem Sterilisiren, in mehrjährigem Gebrauch, zeigten die Schneiden auch dieser Instrumente Veränderungen. Hie und da waren mittelst der Lupe deutliche Rostfleckchen erkennbar.

Daher veranlasste ich den Fabrikant O. Seyffart in Altenburg, zweischneidige und einschneidige Impfinstrumente aus Reinnickel anzufertigen und so billig in den Handel zu bringen, dass die Impfärzte ohne besonders grosse pekuniäre Opfer ihre öffentlichen Impfungen mit Hülfe derselben zweckmässig zu vereinfachen im Stande sind.[1])

Dass durch das Armiren dieser aus dem edeln, unverrostbaren Nickelmetall gefertigten, auch nach wochenlangem Liegen im Wasser silberblank bleibenden Impfinstrumente mittelst kurzen Eintauchens in die mit Lymphe erfüllte Rinne einer Lymphemensur eine weitere Vereinfachung der öffentlichen Impfungen möglich ist, habe ich bereits in Heft 8 dieser Zeitschrift Jahrg. 1898 gezeigt. Da jedoch die Lymphemensur jetzt, um der reichsgesetzlichen Vorschrift voll zu genügen, nach meiner Angabe aus Glas gefertigt und mit Milligrammskala geliefert wird, so fällt die in jener Veröffentlichung aufgestellte Umrechnungstabelle weg. An den sterilen und, damit die Lymphe gleichmässig bis zur äussersten Schneidenspitze hatten bleibt, zu Hause vor dem Termin mit den Schneiden durch eine Spiritusflamme gezogenen Reinnickelinstrumenten bleibt daher beim Eintauchen am 1. Theilstrich der mit Lymphe gefüllten Rinne der gläsernen Lymphemensur genau 1 mg Lymphe hängen, beim Eintauchen am 2. Theilstrich 2 mg u. s. f.

Dass mit dieser überaus einfachen Methode der Lymphedosirung das Armiren der Impfinstrumente exakter ausfallen muss, als mit dem unzuverlässigen Augenmass, bedarf wohl keines besonderen Nachweises, dass aber die Schutzblatternimpfung selbst sehr wesentlich, und zwar auf das Günstigste beeinflusst wird durch genaues Beachten von Mass und Gewicht, ist nicht ohne Weiteres einleuchtend und bedarf der Begründung:

---

[1]) Cf. Nr. 28 der Deutschen med. Wochenschr., Jahrg. 1897 und Nr. 33 desselben Jahrg. d. Zeitschr.; woselbst über Vergleichimpfungen mit dem Platiniridiummesser berichtet wird. Letzteres für einzelne Privatimpfungen sehr geeignete Instrument ist zu öffentlichen Impfungen um so weniger zweckmässig, je mehr Impflinge vorhanden sind. Natürlich lassen sich auch Massenimpfungen ohne Assistens mit Platiniridiummessern durchführen, aber in mehr als der doppelten Zeit und mit unsäglich grösserer Mühe wie nach obigem Impfmodus.

Schon die Probeimpfung der von der staatlichen Anstalt gesandten Vorrathslymphe mit staffelförmig steigenden kleinen Gewichtsmengen derselben ausgeführt, hat nicht mehr den Charakter planlosen Tastens von mit dem unsicheren Augenmasse ausgeführter Probeimpfungen und nähert sich trotz seiner Einfachheit dem streng wissenschaftlichen physiologischen Experiment.

Ich selbst pflege folgendermassen probezuimpfen:

In einem kleinen Vorimpftermine werden zwei von den sterilisirten Reinnickelimpfspateln, deren Schneiden vorher zu Hause kurz durch eine Spiritusflamme gezogen worden, durch Quereintauchen am 2. Milligrammtheilstrich armirt und mit diesen 2 Erstimpflinge unblutig geimpft durch 2—3 mm lange Schnittchen, in welche diese geringe Menge Lymphe bei einmaligem Einstreichen sofort vollkommen aufgenommen wird.

Dasselbe wird wiederholt mit zwei am 3. Milligrammtheilstrich und mit zwei am 4. Milligrammtheilstrich eingetauchten Nickelinstrumenten.

Es ist klar, dass der Wirkungswerth der betreffenden Lymphesorten beim Revisionstermin, nach 8 Tagen, mit grosser Genauigkeit zu erkennen ist:

Werden 4 gut entwickelte Impfblattern nur bei den zwei mit je 4 mg Lymphe Geimpften gefunden, so liegt die Schwelle des Wirkungswerthes der betreffenden Lymphesorten bei 4 mg. Bei den während der nächsten 8—14 Tagen auszuführenden öffentlichen Impfungen sind die Nickelinstrumente also stets am 4. Milligrammtheilstrich der während des Impftermins sorgfältig gefüllt zu erhaltenden Lymphemensurrinne einzutauchen.

Werden dagegen 4 gut entwickelte Impfblattern bei den sowohl mit 4, als auch bei den mit 3 mg Geimpften gefunden, so liegt die Schwelle des Wirkungswerthes der Lymphe bei 3 mg. Die sterilisirten Nickelinstrumente, deren Schneiden vorher zu Hause durch eine Spiritusflamme gezogen worden sind, welche Prozedur die blanken Schneiden auf ca. 10 Stunden in einen für das Daraufhaften von Flüssigkeiten vorzüglich geeigneten physikalischen Zustand bringt, werden daher während der öffentlichen Impfungen stets am 3. Milligrammtheilstrich eingetaucht.

Ist aber bei allen 6 Probeimpflingen voller Impferfolg eingetreten, so handelt es sich um eine überaus kräftige Lymphesorte. Sämmtliche Impfinstrumente sind daher während der nächsten Wochen stets mit 2 mg Lymphe zu armiren.

Reichlicheres Implantiren dieser kräftigen Lymphe wäre geradezu fehlerhaft und brächte manchem Impfling unerwünschte Impfnebenerscheinungen.

Das lässt sich schon aus theoretischen Gründen vermuthen: Es ist eine jedem Chirurgen bekannte Thatsache, dass in Wunden gerathende Saprophyten und Kokken in geringer Zahl harmlos sind, in grösseren Mengen für die Wunden unbedingt schädlich. Dasselbe kann der Impfarzt beobachten. Angenommen, die Probeimpfungen einer Lymphesorte mit 10000 Keimen im Kubikzentimeter, also mit 10 im Milligramm hätten ergeben, dass 2 mg zur

vollen Impfwirkung vollkommen hinreichen, so würden in je 4 Impfschnittchen $2 \times 10 = 20$ unerwünschte Lymphekeime mit hineingerathen, in ein Schnittchen also nur 5, die, da es sich um Saprophyten und Staphylokokken handelt, ohne jede unliebsame Nebenerscheinung im Kreislauf des Impflings verschwinden.

Ganz anders würde dagegen die Rechnung ausfallen, wenn eben dieselbe kräftige Lymphesorte ohne vorherige Probeimpfung und, um Fehlimpfungen zu vermeiden, recht reichlich implantirt worden, dem Einzelimpfling etwa 10 mg. Dann wären in je 4 Impfschnittchen 100 Keime gerathen, die in dieser Anzahl sicherlich nicht für jeden Impfling harmlos bleiben dürften.

In Folge des Implantirens zu grosser Lymphemengen kommen namentlich bei den Wiederimpflingen vielfach unangenehme Impfnebenerscheinungen vor.

Ich selbst habe davon nichts mehr erlebt, seit ich jedem Wiederimpfling genau die Erstlingsimpfdosis implantire. Hierzu glaube ich voll berechtigt zu sein seit meiner Beobachtung, dass grössere Kinder, selbst 12jährige, die zufällig noch nicht geimpft waren, durch das Implantiren der Erstlingsdosis stets vollen Impferfolg zeigten. Streng genommen ist daher die Erstlingsimpfdosis bei 12jährigen schon ein Mal geimpften Kindern sogar überreichlich!

Zweifellos wird somit die Zahl der unerwünschten Impfnebenerscheinungen durch exaktes Armiren der Instrumente mit bestimmten Gewichtsmengen von einer Lymphe, deren Wirkungswerth genau bekannt ist, wesentlich vermindert; absoluten Schutz vor Impfnachkrankheiten gewährt freilich auch die grösste Sorgfalt nach dieser Richtung hin nicht. Besteht doch noch nicht entfernt die Möglichkeit, öffentliche Impfungen in der Weise abzuhalten, dass ein chirurgisch geschulter Arzt davon befriedigt sein könnte!

Was z. B. die Asepsis des Impfarztes selbst anlangt, so ist derselbe zumeist nicht im Stande, sich für die öffentliche Impfung so vorzubereiten, wie für seine Thätigkeit im Operationssaal.

Je mehr er freilich die bei der Ausübung seiner operativen Thätigkeit gewonnenen Erfahrungen beachtet, um so besser für die Impflinge!

So verlege ich selbst z. B. gemäss dieser Erfahrungen die öffentlichen Impfungen wenn möglich auf eine Tageszeit, zu der ich Kranke überhaupt noch nicht besuchen konnte, also auf den frühen Vormittag, und reihe, ähnlich wie der Chirurg, der seine Asepsis benutzend zumeist mehrere Operationen nach einander vornimmt, eine ganze Anzahl von Impfterminen aneinander.

Doch trotz solch' peinlicher Massnahmen erlebte auch ich einst die Invasion von Streptokokken in die Impfwunden zweier Impflinge. Genaue Nachforschungen ergaben, dass diese gefährlichen Mikroorganismen mit hoher Wahrscheinlichkeit durch eine Frau dem Impftermine zugeschleppt worden waren, die kurz vorher mit einer sterbenden septischen Puerpera in Berührung gekommen war.

Dieser unglückliche Zufall hat mich gelehrt, dass in den

„Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge“ der Passus fehlt:

Personen, die mit Kranken in Berührung gekommen sind, dürfen das Impflokal nicht betreten!

Litteratur:

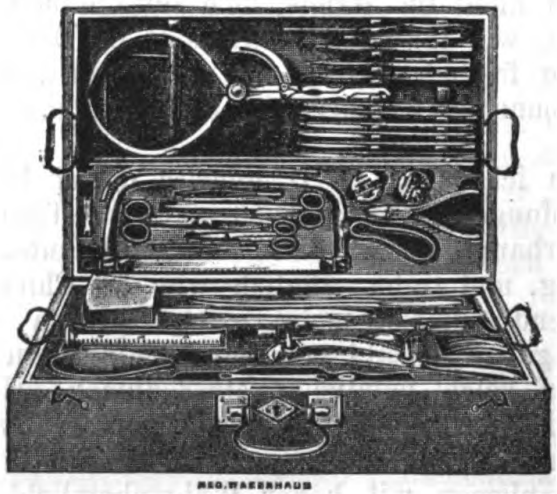
Witte: Deutsche med. Wochenschrift; 1896, Nr. 20.
Niemeier: Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1896, Nr. 16.
Schröder: Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, Nr. 15.
Rapmund: Die gesetzlichen Vorschriften über die Schutzpockenimpfung, bei J. Thieme, 1900, S. 32.
2. Bericht der Kommission zur Prüfung der Impfstofffrage. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1899, Heft 1.
L. Voigt: Impftechnik. Beiheft des Deutschen Reichsmedizinalkalenders.
Peiper: Schutzpockenimpfung; 3. Aufl., 1901, S. 107.
Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes; 1900, S. 652.

Ein gerichtsärztliches Obduktionsbesteck

nach Gerichtsphysikus Privatdozent Dr. Puppe

hat das medizinische Waarenhaus, Berlin N., Friedrichstrasse 108, hergestellt, was wir Interessenten hierdurch zur Kenntniss bringen.

Die bisher gebräuchlichen Obduktions-Bestecke hatten den Mangel, dass einerseits der Inhalt derselben nicht ausreichend genug war, anderseits erwiesen sich einige Instrumente in der Praxis als nicht zweckmässig. Das neue Obduktions-Besteck entspricht sowohl in der Zusammenstellung, als in der Art der Instrumente allen Anforderungen, so dass man mit Hülfe dieses Bestecks alle nothwendigen Obduktionen, insbesondere auch Eröffnungen sämmtlicher, in Betracht kommenden Körperhöhlen ausführen kann, ohne über Mangel an Instrumenten oder über Unzweckmässigkeit der Form Veranlassung zu Ausstellungen zu



haben. Ein weiterer wesentlicher Vortheil ist der, dass man dasselbe gut transportiren kann. Der Ueberzug, welcher demselben beigegeben wird, gestattet Unterbringung von Sektionsschürze und anderen Utensilien, z. B. Gummi-Fingerlingen,

Sublimatpastillen. Das Besteck wird mit nachstehendem Inhalt versehen und kostet komplet 195 Mark.

Inhalt: 3 Sezirmesser, geballt, 3 dito, spitz, 3 Knorpelmesser, 1 Rasirmesser, 2 geknöpfte Scheeren, 1 gerade, grosse Scheere, 1 Darmscheere mit Knopf, 1 doppelten Tubulus mit Hahn, 1 starke und 2 feine Sonden, 1 Sonde von Zinn, 30 cm lang, 1 Bogensäge, 1 Doppelsäge, 1 Stichsäge, 1 Kreuzmeissel, 1 flacher Meissel, 1 Holzhammer, 1 Rippenscheere, 1 Tasterzirkel, 2 Pinzetten, 1 Lappenzange (Durazange), 1 Meissel mit Pinzette, 1 Katheter, 2 doppelte Muskelhaken, 6 verschiedene Nadeln, 1 Waage, 1 Maassstab, 50 cm lang, 1½ cm breit, 1 Mensur 150 gr, 1 Lupe, 1 Schöpfmaass, 2 Büchsen Reagenzpapier, 8 Gummi-Fingerlinge in Holzbüchse, 10 Sublimat-Pastillen in Glasflasche, 1 Schwamm, 1 Sezirschürze mit Aermel, 1 Kasten, ganz aus Holz mit Ueberzug aus Segeltuch und Tragriemen. Grösse des Bestecks, 55 cm lang, 37 cm breit und 13½ hoch.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die VII. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cöln zu Cöln am 4. November 1900.

Es waren sämmtliche Medizinalbeamten des Bezirks erschienen. Nachdem der Vorsitzende Reg.- u. Med.-Rath Dr. Telke dies schon früher angeregt hatte, wurde die Gründung eines „Vereins der Medizinalbeamten des Regierungs-Bezirks Cöln" beschlossen und im Anschluss daran gleich in die Berathung der Statuten eingetreten, zu denen bereits durch eine Kommission ein Entwurf unter Anlehnung an die Satzungen des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins ausgearbeitet worden war. Dieser Entwurf fand im Grossen und Ganzen schnelle Annahme. Nur über die Stellung der pro physikatu geprüften prakt. Aerzte im Verein entspann sich eine längere Debatte. Schliesslich wurde die Aufnahme derselben als ausserordentliche Mitglieder beschlossen. Die erste konstituirende Versammlung des Vereins soll im Frühjahre 1901 stattfinden.

Sodann hielt Kreisphys. Med.-Rath Prof. Dr. Ungar aus Bonn einen Vortrag: „Zur Lehre der gerichtsärztlichen Beurtheilung von Verletzungen" betitelt. Derselbe brachte vor allem kasuistisches Material aus seiner reichen Erfahrung als Dozent, Gerichtsarzt und als Referent im Königl. Medizinal-Kollegium der Rheinprozinz; eine Inhaltswiedergabe im Rahmen eines kurzen Referats ist nicht möglich.

Bei einem gemeinsamen Mittagessen blieben schliesslich die Theilnehmer noch einige Stunden gemüthlich beisammen.

Dr. Meder-Cöln.

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bezirks Oppeln in Kandrzin am 14. April 1901.

Anwesend sind: der Vorsitzende Reg.- u. Med-Rath Dr. Seemann, die Kreisärzte Dr. Dr. Broll-Pless, Cimbal-Neisse, Flatten-Oppeln, Graetzer-Gr. Strehlitz, Hoppe-Gleiwitz, Klose-Oppeln, Kuehn-Ratibor, La Roche-Beuthen, Ostmann-Rybnik, Tracinski-Zabrze, Wolff-Cosel; die bisherigen Kreiswundärzte Dr. Kley-Cosel und Dr. Kochel-Königshütte.

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung, stellt den von Düsseldorf nach Oppeln als Hülfsarbeiter bei der Königlichen Regierung versetzten Medizinalinspektor Dr. Flatten vor und heisst ihn herzlich willkommen.

Nach einer kurzen freien Aussprache über das in Kraft getretene Kreisarztgesetz wird in die Tagesordnung eingetreten.

1. **Diskussion** über den Vortrag in der Sitzung vom 10. Oktober 1900: **Die Typhusepidemie in Oberschlesien.**

Der Referent, Dr. La Roche fasst noch einmal kurz den Inhalt seines Vortrages etwa in folgender Weise zusammen.

Es handelt sich nicht um eine von einem Herde ausgehende Epidemie; es bestanden vielmehr verschiedene Herde und dementsprechend auch verschiedene Infektionsquellen.

Die fiskalische Wasserleitung traf kein Verdacht. Die Paulus-Gruben

Wasserleitung erschien dagegen verdächtig und infizirt durch Abortmassen, die in der Nähe der Klär-Teiche lagerten.

Betreffs der Infektionsquelle der Godullahütter Epidemie ist zu bemerken, dass Orzegov keine Wasserleitung besitzt, aber etwa 40 Brunnen, auf welche die grosse Verseuchung zurückzuführen ist; eingeschleppt ist der Infektionskeim von Godullahütte. In Lipine und Chropaczow sind keine Infektionsquellen gefunden.

Schwientochlowitz bekam Abwässer aus Typhusorten; es hat viele Vorfluthsgräben, die aus verseuchten Orten und alten Herden aus den Vorjahren gespeist werden. In Heyduk sind nur vereinzelte Fälle ohne weitere Verbreitung vorgekommen.

Verschleppung durch Marktverkehr, Nahrungsmittel, Handel mit Kleidern spielen überall mit; eine grosse Rolle spielt nach La Roche's Ansicht auch die Staubentwickelung im Hochsommer. Nachdem er noch auf die grossen Gefahren der Verbreitung des Typhus durch Harn hingewiesen hat, betont er die Nothwendigkeit der Erweiterung des Rohrnetzes der staatlichen Wasserleitung.

Seemann hebt die hohe Bedeutung der Widal'schen Reaktion hervor indem er eine in Alt-Rosenberg gemachte Beobachtung mittheilt. Hier war es bei 32 genesenen Menschen fraglich, ob diese an Typhus erkrankt gewesen waren. Die Widal'sche Reaktion erwies sich wiederum als wichtiges Hülfsmittel der sanitätspolizeilichen Untersuchung; sie fiel in 18 Fällen positiv, in 14 negativ aus.

Tracinski glaubt, dass die Ursache des endemischen Typhus in Oberschlesien nicht im oberirdischen, sondern im unterirdischen Oberschlesien zu suchen sei. Darauf deuten schon die häufigen Erkrankungen unter den Bergleuten, Kohlen- und Koaksarbeitern. In den Gruben finden sich alle Bedingungen, um die Typhusmikroben am Leben zu erhalten. In den letzten Jahren haben sich hier die sanitären Verhältnisse allerdings gebessert, aber es liegt doch vieles noch im Argen. Wohl wird gutes Trinkwasser in die Gruben gebracht, aber getrunken wird doch das Wasser aus den Wasserrinnen, und ebenso werden diese durch Defäkation und Uriniren infizirt. Bei diesen Uebelständen sei der Hebel anzusetzen.

La Roche erwähnt, dass bei der Epidemie selbstredend die Arbeitsstätte den ersten Angriffspunkt darbot; auffallender Weise gab dieselbe nie einen sicheren Nachweis für die Infektionsquelle.

Tracinski erzählt von einer Typhusepidemie in Antonienhütte 1894. 37 Fälle waren zurückzuführen auf die Verunreinigung der Wasserleitung von der Arbeitsstätte in den Gruben aus.

Broll bemerkt, dass im Plesser Kreise 1900 etwa 100 Fälle an Typhus vorkamen. Ursache war Einschleppung; zur Weiterverbreitung trugen schlechte Brunnen, Grabenwässer, letztere besonders zur Zeit der Düngung der benachbarten Felder, bei.

Seemann empfiehlt zur Vereinfachung der Berichterstattung Typhusfragebogen einzuführen. Tracinski und La Roche werden beauftragt, mit einer Frist von 14 Tagen dieselben zu entwerfen; den Kreisärzten soll dann auf Vereinskosten der Bedarf zugestellt werden.

2. **Ueber den Einfluss der Medizinalbeamten auf den Verkehr, insbesondere den Eisenbahn-Verkehr.** Der Referent, Dr. Cimbal-Neisse, bezeichnet es als nöthig, dass auch auf diesem Gebiete dem Kreisarzt, unbeschadet der Thätigkeit des Bahnarztes, sein Sollen und Können zugewiesen werde. Während dem Bahnarzt die Behandlung der Erkrankten und die Untersuchung bei Anstellungen und Pensionirungen gewahrt bleiben solle, komme dem Kreisarzt Alles zu, was für die allgemeine Wohlfahrt auf dem Gebiete nöthig sei: die gesammte Kontrole über den Transport von Kranken, besonders von an ansteckenden Krankheiten leidenden, über den Leichentransport, über die gesundheitsschädlichen Einrichtungen der Bahnhöfe, und so weit dies abzugrenzen sei, des rollenden Materials. Die bestehenden gesetzlichen Vorschriften, soweit sie nicht auf besondere Fälle, epidemische Krankheiten Bezug haben, sind spärlich und reichen nicht aus; die wirklichen Vorkommnisse lassen sich schlecht darunter unterbringen. — Die polizeilichen Vorschriften und Bestimmungen der Betriebsordnungen sollten allgemein besser bekannt und für den Medizinalbeamten zusammengefasst sein.

3. **Schutzmassregeln gegen Infektionskrankheiten.** Der Referent, Dr. Tracinski-Zabrze, führt aus: Der Kampf gegen die Infektionskrankheiten sei so lange resultatlos, als es nicht gelingt, ein Verständniss für die Gefahren in die breiten Massen zu tragen. Von Gründung der Vereine für Volkshygiene verspricht er sich wenig, ebenso empfiehlt er nicht die Presse. Guten Erfolg verspricht er sich auf Grund seiner Erfahrungen durch Vertheilen von kurzen Belehrungen durch die Medizinalbeamten, sowie durch Belehrungen im Unterricht der letzten Jahrgänge der Schulen. Tracinski hat dort, wo solche Unterrichtsstunden eingeführt waren, einer Probelektion beigewohnt; der gewonnene Eindruck war ein günstiger. Er vertheilt einige Exemplare der Schriftchen des Potsdamer Medizinalbeamtenvereins „Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten".

Der Vortrag, der allgemeinen Beifall fand, rief einen längeren Meinungsaustausch hervor.

Mit Rücksicht auf den erweiterten Wirkungskreis der Kreisärzte wurde beschlossen, nunmehr öfters Sitzungen abzuhalten und zwar mindestens jährlich vier.

Nach Schluss der Sitzung hielt ein gemeinsames Essen die Kollegen noch einige Zeit zusammen. „Ein Willkommen" den neu in den Bezirk getretenen Kollegen, „ein Wiedersehen" den durch die Neugestaltung aus unseren Reihen Geschiedenen gaben Veranlassung öfters die Gläser zusammenklingen zu lassen.

Kreisarzt Dr. Klose-Oppeln.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Quantitative Blutuntersuchung. Von Prof. Dr. F. Strassmann und Dr. E. Ziemke. Vierteljahrsschrift für ger. Medizin und öffentl. Sanitätswesen; III. F., Bd. XXI, 2. H., S. 211.

Aus Anlass des Polnaer Mordprozesses war von den medizinischen Sachverständigen die nicht näher begründete Behauptung aufgestellt, dass das von ihnen ausserhalb der Leiche wahrgenommene Blut viel geringer sei, als die Menge, die sich aus dem Körper entleert haben müsse. Das Blut müsse daher aufgefangen sein und wäre wohl zu rituellen Zwecken verwandt worden. Die Verfasser entnahmen hieraus die Anregung, zu prüfen, ob es möglich sei, in exakter Weise eine ausserhalb des Körpers gefundene Blutmenge quantitativ zu bestimmen. Zu diesem Zweck wurde zunächst versucht, in einem wässerigen Auszug von Blutflecken mit Hülfe des Gower'schen Hämoglobinometers den Hämoglobingehalt zu bestimmen und daraus die Blutmenge zu berechnen. Diese Methode ergab für frische Fälle, in denen das Hämoglobin noch unversehrt vorlag, brauchbare Resultate; war dagegen Umwandlung in Methämoglobin eingetreten, so versagte sie. In solchen Fällen gelang es durch Bestimmung der Trockensubstanz eines bestimmten Gewichts- oder Flächentheils des blutgetränkten Gewebes und des blutfreien Gewebes die Trockensubstanz des Blutes und hieraus seine Menge zu finden. Die Fehlergrenze lag innerhalb 20%. Endlich wurde versucht, durch Wägung des getrockneten Stoffes vor und nach dem Auswaschen des Blutes die Blutmenge aus dem Gewichtsverlust zu berechnen. Hier waren die Abweichungen etwas grösser. Die Berechnung der Blutmenge aus dem Eisengehalt wurde wegen der geringen Mengen Eisen, welche im Blut enthalten sind, und wegen der wahrscheinlich erheblichen Fehlerquellen, welche in der Kompliziertheit der Eisenbestimmung im Blut liegen, nicht berücksichtigt.

Dr. Ziemcke-Berlin.

Untersuchungen über Häminkrystalle. Von Prof. Dr. Wachholz in Krakau. Ibidem; 2. H., S. 227.

Verfasser verfolgte mit seinen Untersuchungen den Zweck, festzustellen, ob und welche anderen Säuren mit Blut und Chlor-, Brom- oder Jodsalzen Häminkrystalle liefern und ob beim Austrocknen faulen Blutes stets eine Spontanbildung der Häminkrystalle eintritt. Er konnte auf Grund seiner Versuche Folgendes ermitteln: Häminkrystalle lassen sich mit allen starken Mineral-

säuren und organischen Säuren gewinnen, wenn diese mit Alkohol vermischt werden. Am besten ist eine Mischung von Alkohol mit dünner Schwefelsäure oder mit Milch- bezw. Essigsäure zu gleichen Theilen. Dit Alkoholmischung verbietet auch ein zu brüskes Aufkochen, weil der Alkohol bei niedrigster Temperatur siedet, wie die reinen Säuren. Aus faulem Ochsenblut konnte Verfasser weder spontan noch in der gewöhnlichen Weise Häminkrystalle erhalten. Aus einem in Boraxlösung konservirten Kohlenoxydblut gelang die Darstellung, jedoch waren die Krystalle klein und hatten abgerundete Wetzsteinform. Eine Anzahl Stoffe, welche bei den Versuchen anderer Autoren sich als störend erwiesen hatten, so namentlich Eisenverbindungen, vermochten die Häminreaktion nicht zu schädigen. Dr. Ziemke-Berlin.

Florence's Krystalle und deren forensische Bedeutung. Von N. Bocarius. Ibidem; 2. H., S. 255.

Auch die vorliegenden Untersuchungen beweisen, dass die Florence'sche Reaktion nicht spezifisch ist. Nach Verfassers Versuchen erhält man dieselbe ausser mit Menschensperma auch mit dem Samen der Thiere und mit andern Objekten pflanzlicher wie thierischer Natur. Die Reaktion ist für Menschensperma sehr empfindlich, auch die kleinsten Mengen geben noch Krystalle, selbst wenn das Sperma durch Bakterien verändert ist. Thiersperma und ähnlich wirkende Objekte reagiren viel schwächer. Zur Erreichung der Reaktion sind verschiedene Jodlösungen, nicht allein die Florence'sche Zusammensetzung, möglich. Lange Aufbewahrung, Fäulniss, hohe Temperaturen beeinflussen die Reaktion nicht ungünstig, dagegen wird sie negativ durch Beimengung grösserer Mengen Absonderungsstoffes des Menschen, Blut, durch zu starken Wasser- oder Jodzusatz. Die Substanz, welche die Krystalle liefert, ist in vielen organischen Produkten enthalten; ihre chemische Natur ist noch nicht bekannt.

Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber postmortale Verdauung. Von Carlo Ferrai. Ibidem; 2. H., S. 240.

Verfasser kam auf Grund einer Reihe von experimentellen Untersuchungen über die postmortale Verdauung zu folgenden Ergebnissen: Eine Fortsetzung des Verdauungsgeschäftes nach dem Tode ist möglich. Dasselbe kann für geronnenes Eiweiss beim Hunde den Tod 7—8 Stunden überdauern. Die postmortale Verdauung wird verlängert durch eine erhöhte Temperatur der Umgebung; noch stärker wird die Intensität des Verdauungsprozesses hierdurch beeinflusst. Beträgt die Aussentemperatur mehr als 28—30° C, so kann der Magen des todten Hundes in 10 Std. soviel verdauen, wie der Magen des lebenden Hundes in 1 Std. Erfolgt die Tödtung nach Beginn der Verdauung, so bleibt die Intensität die gleiche, gleichgültig in welchem Stadium sich die Verdauung befand; erfolgte die Tödtung vor Beginn der Verdauung, so ist die postmortale Verdauung weniger intensiv. Je grösser der Mageninhalt, desto geringer die postmortale Verdauung.

Dr. Ziemke-Berlin.

Ein weiterer Beitrag zur Strophantinwirkung. Von Dr. A. Schulz-Berlin. Ibidem; 2. H., S. 293.

In Ergänzung seiner späteren Versuche hat Verfasser weitere Untersuchungen über die Wirkung des Strophantins angestellt mit einem von Prof. Dr. Thoms in krystallinischer Form dargestellten Präparat. Es ergiebt sich aus denselben, dass das Strophantin bei subkutaner Injektion ein Gift von ausserordentlicher Heftigkeit ist. Die tödtliche Dosis, auf 1 kg Thier berechnet, liegt bei 1 bis 2 dmg. Grössere Dosen werden per os vertragen; hier entfielen auf 1 kg Thier 2 mg Strophantin. Der Unterschied in der Schnelligkeit der Giftwirkung war bei der verschiedenen Art der Applikation nicht so erheblich. Eine Gewöhnung an das Mittel scheint nicht einzutzeten.

Dr Ziemke-Berlin.

Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. Von F. von Winckel. Leipzig 1901.

Gegenüber dem juristischen Verlangen im Interesse der Sicherung des Familienverbandes und seines Friedens, der Reinheit der Ehe die obere Grenze der Schwangerschaftsdauer gesetzlich festzulegen, ist stets, und besonders wieder bei Ausarbeitung des Bürgerlichen Gesetzbuches die ärztliche Forderung verfochten worden, von einer Reglementirung der Natur Abstand zu nehmen, die ihre eigenen Wege gehe, und die Schwangerschaftsdauer von Fall zu Fall sachverständig beurtheilen zu lassen.

Diese Mahnungen, auch die Olshausens, wenigstens 310 Tage als längste Schwangerschaftsdauer anzunehmen, sind unberücksichtigt geblieben und 302 Tage als Maximum mit der Motivirung gesetzlich normirt worden, dass damit auch die Ausnahmen ungewöhnlich langer Schwangerschaft gebührend Rechnung getragen sei.

v. Winckel weist nun in der in der Ueberschrift genannten Arbeit auf Grund seines mit denkbar grösster Genauigkeit und kritischer Sichtung bearbeiteten Geburtsmaterials, das aus zwei grossen Kliniken mit 30500 Geburten im Zeitraum von 1872—1900 stammt, unter Zuhilfenahme der absolut sicher gestellten Geburtsverspätungen anderer Autoren nach, dass

1. das regelmässige Vorkommen von Verlängerung der Schwangerschaftsdauer resp. Spätgeburten sicher erwiesen ist und in grossen Kliniken einer Frequenz von 3,15% entspricht;
2. auf je 233 Geburten ein Kind nach einem intra-uterinen Dasein von über 302 Tagen zur Welt kommt;
3. die Frequenz aller Spätgeburten überhaupt im Ganzen 2,8% beträgt;
4. die untere Grenze intra-uterinen Daseins für Neugeborene von 4000 gr und mehr 240 Tagen, die obere 336 Tagen entspricht;
5. die mittlere Verlängerung der Schwangerschaftsdauer bei 31 Neonati bei einer mittleren Länge von 53,8 cm und einem mittleren Gewicht von 4276 gr nach dem Menstruationstermine 31 Tage, nach dem Konzeptionstermine 22,9 Tage, die Differenz zwischen diesen nur 8,1 Tage betrug.

Die Art der Untersuchung und ihre Ergebnisse sind so interessant und wichtig, dass das Referat nur den Hinweis auf die v. Winckel'sche Arbeit dienen kann. Selbststudium ist unerlässlich, um so mehr, als der Verfasser, der in jedem praktischen Arzt einen Mitarbeiter gewinnen will, auseinandersetzt, wo die todten Gleise der Untersuchungen über die Schwangerschaftsdauer liegen, und welche Anhaltspunkte für eine aussichtsreiche Forschungsbahn sich ergeben haben.

Fürwahr eine anregende und der Gerechtigkeit dienende Arbeit!

Dr. Schwabe-Hannover.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen einer Erkrankung und einem Unfall genügt nicht, um die Berufsgenossenschaft haftbar zu machen; dazu bedarf es mindestens des Nachweises einer Wahrscheinlichkeit. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 3. Dezember 1900.

Auch die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges ist nicht anzunehmen und wird, wie Dr. Sch. erklärt, besonders dadurch verringert, dass Sanitätsrath Dr. N. bei seiner anatomischen Untersuchung des entfernten rechten Auges als die Ursache der Augenerkrankung des Klägers eine bösartige Neubildung im rechten Auge nachweisen konnte. Der Sachverständige giebt zwar weiter zu, dass es sehr vereinzelt beobachtet sei, dass derartige bösartige Neubildungen sich im Anschluss an eine vorangegangene Verletzung gebildet hätten, und meint, dass sich die Möglichkeit eines Zusammenhanges nicht ganz von der Hand weisen lasse, namentlich, wenn sich erweisen sollte, dass eine Verletzung des rechten Auges von solcher Heftigkeit stattgefunden hätte, dass dem Kläger Blut aus den Augen gekommen sei.

Da sich somit selbst für den Fall, dass eine heftige Verletzung des rechten Auges des Klägers nachgewiesen wäre, nur die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der bösartigen Augenerkrankung und dieser Verletzung fest-

stellen liesse und zwar nur eine entfernte Möglichkeit (denn der Sachverständige sagt, eine Möglichkeit liesse sich dann nicht ganz von der Hand weisen), so kann die Beklagte für diese nur entfernt mögliche Folge der Verletzung nicht haftbar gemacht werden; dazu hätte es mindestens des Nachweises einer Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges bedurft. Nun ist aber auch eine Verletzung und ein Bluten des Auges von keinem der Zeugen bestätigt worden. Selbst abgesehen von dem nicht aufgeklärten Widerspruch zwischen den Aussagen der Zeugen B. und G., kann auch G. davon, dass der Kläger bei dem Unfall eine Verletzung der Augen oder nur eines Auges erlitten hätte, oder davon, dass dem Kläger Blut aus einem Auge geflossen wäre, nichts bekunden, und da der Kläger andere Augenzeugen des Unfalls nicht gehabt hat, fehlt es an der Vorbedingung, welche nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Sch. erforderlich ist, um die entfernte Möglichkeit eines Zusammenhanges annehmen zu können.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Unterschenkels an der Grenze des unteren Drittels. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Dezember 1900.

Aus den beiden bei den Sektionsakten befindlichen Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. R. in Gelsenkirchen ist unbedenklich zu entnehmen, dass der Stumpf des verletzten Beines am 11. Juni 1900 gut verheilt war. Da auch schon eine geraume Zeit seit der Amputation des Fusses verflossen war, so muss die vom genannten Tage ab gewährte Rente von $66^2/_3$ Proz. der Vollrente als ausreichend bezeichnet werden. Denn es ist anzunehmen, dass der Kläger sich seit jener Zeit leidlich gut fortbewegen und leichte Arbeiten nicht nur im Sitzen, sondern wenigstens zeitweise auch im Stehen verrichten kann. An dem Prozentsatz der Rente vermochte daher das Rekursgericht nichts zu ändern.

Bei einer bisherigen Erwerbseinbusse von 15 Proz. ist eine eingetretene Besserung von nur $7^1/_2$ Proz. als eine wesentliche anzusehen und die Einstellung der Rente gerechtfertigt, da eine nennenswerthe Schädigung nicht mehr vorliegt. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1900.

Das Rekursgericht hat keine Bedenken getragen, auf Grund des Gutachtens des Dr. H. vom 24. April 1900 für erwiesen zu erachten, dass in dem Zustand der verletzten Hand des Klägers gegen früher eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Es handelt sich, wie auch aus dem vom Kläger beim Schiedsgericht eingereichten Gutachten des Sanitätsrath Dr. R. vom 9. Mai 1900 hervorgeht, zur Zeit nur noch um eine Verkürzung des Ringfingers der linken Hand und eine Steifigkeit des Endgliedes dieses Fingers in dem Grade, dass der Finger beim Handschluss etwa um Fingerbreite vom Handteller zurückbleibt. Da die linke Hand in Frage steht und der Kläger auch vor dem Unfall nur gewöhnliche Arbeiten verrichtet hat, die eine besondere Geschicklichkeit der Hände nicht erfordern, so hat das Rekursgericht in Uebereinstimmung mit der Beklagten angenommen, dass durch die zur Zeit noch bestehenden geringfügigen Unfallfolgen eine nennenswerthe wirthschaftliche Schädigung des Klägers nicht mehr bedingt wird. Danach aber war die von der Beklagten vorgenommene Einstellung der Rente gerechtfertigt. Die schiedsgerichtliche Entscheidung ist übrigens auch insofern verfehlt, als bei einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um 15 Proz. eine Besserung um $7^1/_2$ Proz. zweifellos als eine wesentliche angesehen werden muss.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Berechtigen experimentelle oder klinische Erfahrungen zu der Annahme, dass pathogene oder nicht pathogene Bakterien die Wand des gesunden Magendarmkanals durchwandern können. Von Dr. A. Schott, Tübingen, zur Zeit Assistent der psychischen Klinik. Zentralblatt für Bakteriologie XXIX. Band, S. 239—255 und S. 291—297.

Auf Grund einer sehr eingehenden Literaturübersicht — das Literatur-

verzeichniss enthält 95 Quellenangaben, — sowie eines reichen klinischen und experimentellen Materials kommt Verfasser zu dem Ergebniss, dass pathogene oder nicht pathogene Bakterien die Wand des gesunden Magendarmkanals nicht durchwandern können. Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber die Lebensdauer von Bacillus pestis hominis in Reinkulturen. Aus dem Kaiserlichen Institute für experimentelle Medizin in St. Petersburg. Von N. K. Schultz. Zentralblatt f. Bakteriologie XXIX. Bd., S. 169.

Verf. hatte im Jahre 1899 Gelegenheit, vier alte Kulturen von Bacillus pestis hominis zu untersuchen und sich dabei zu überzeugen, dass das Leben und die Virulenz dieser Bakterien sich sehr lange erhalten hatte, in einem Falle sogar 4 Jahre. Der Bacillus pestis hominis erleidet dabei unter gewissen Umständen eine starke Verkleinerung des rundlich gewordenen Leibes. Diese wie Körnchen aussehenden Gebilde sind jedoch nicht echte Sporen, da sie z. B. nicht einmal eine geringe Erhöhung der Temperatur ertragen. Die Erhaltung des Lebens während vier Jahren beruht nicht auf endogenen Sporen, sondern vielmehr auf einer Zusammenziehung, Einschrumpfung und Verdichtung des Protoplasmas.

Die Versuche gewähren jedenfalls einen interessanten Einblick in die Lebenseigenthümlichkeiten des Pestbacillus und lassen die Annahme berechtigt erscheinen, dass die Hartnäckigkeit von Pestepidemien in der beobachteten Widerstandsfähigkeit der Pesterreger ihre Erklärung finden und die Pestbekämpfung in neue wirksame Bahnen geführt werden wird.

Dr. Dietrich-Berlin.

Alkoholdämpfe als Desinfektionsmittel. Von Dr. W. v. Brunn, z. Z. Volontärassistent am pathologischen Institut in Göttingen. Aus dem Institut für Hygiene und medizinische Chemie in Göttingen; Direktor: Prof. Dr. v. Esmarch. Zentralbl. f. Bakteriologie etc.; 1900, Bd. XXVIII, S. 309 ff

Während Robert Koch 1881 auf Grund einiger Versuche mit absolutem und 50%igem Alkohol die desinfizirende Kraft desselben glaubte verneinen zu können, Fürbringer ihn 1888 wenigstens für ein werthvolles Hilfsmittel bei der Desinfektion erklärte, da er die Haut vom Fett befreie und den nachfolgenden Desinfiziens die Einwirkung auf die dort lagernden Keime erleichtere, und Krönig wiederum die desinfizirende Kraft des Alkohols anzweifelte, ist Ahlfeld seit Jahren mit aller Entschiedenheit für eine bakterizide Kraft des Alkohols eingetreten.

Neuerdings ist auch von Epstein, Salzwedel und Elsner bestätigt worden, dass der Alkohol nicht nur eine wasserentziehende, sondern auch eine bakterientötende Kraft besitzt.

Verfasser prüfte seinerseits in einer Reihe von Versuchen die Frage, wie sich der Alkohol in Dampfform den Bakterien gegenüber verhalte. Er fand dabei, dass die keimtödtende Kraft der Alkoholdämpfe — wenigstens für Milzbrandsporen — je nach der Konzentration des Alkohols sehr verschieden ist. 10% Alkohol ist trotz relativ hoher Siedetemperatur recht geringwerthig, 25% schon besser, der 50% und erst recht der 75% Alkohol kommen in Dampfform fast dem strömenden Wasserdampf gleich. Dagegen ist der 95% Alkohol offenbar ganz unwirksam. Verfasser kommt zu folgendem Ergebniss:

75 und 50% Alkohol wirken auf Milzbrandsporen am intensivsten vermöge ihres genügend hohen Wasser- und Alkoholgehaltes.

Weitere Verminderung des Alkoholgehaltes führt wegen zu geringer Alkokolmenge zur Verringerung der bakteriziden Kraft. Geht der Alkohol auf Null herab, so erfolgt plötzlich eine Steigerung bis zur Wirksamkeit des 50 und 75% Alkohols und darüber gemäss der bekannten Wirkung des strömenden Dampfes. Anderseits führt eine Verringerung des Wassergehaltes unter den des 75% Alkohols sehr schnell bis zum völligen Verschwinden der bakteriziden Eigenschaft, weil die ungequollenen Sporenmembranen wahrscheinlich undurchgängig für Alkohol sind. Dr. Dietrich-Berlin.

Zur Frage nach der Entstehung von Fleischvergiftungen. Von Privatdozent Dr. Oskar Bail. Prager medizinische Wochenschr.; 1901, Nr. 7.

Nicht jede nach Genuss von Fleisch oder Fleischwaaren auftretende Erkrankung ist als Fleischvergiftung (Botulismus, Allantiasis) anzunehmen. Diese Bezeichnung kommt vielmehr nur derjenigen kleinen, aber scharf gekennzeichneten Gruppe zu, bei der sich in den animalischen Nahrungsmitteln ein Bacterium ansiedelt, welches im Stande ist, spezifisch wirksame heftige Gifte zu bilden, ohne dabei die Fähigkeit zu haben, sich selbstständig im Menschen zu vermehren.

Nicht hierher gehören also die Fälle von Erkrankungen mit Darm- und selbst Nervenerscheinungen nach dem Genusse eines mehr oder weniger in Fäulniss übergegangenen Fleischproduktes und diejenigen Fälle, wo sich in der genossenen Fleischspeise, die deswegen noch kein verdorbenes Aussehen haben muss, ein Mikroorganismus befindet, der im Innern des Menschen zuwachsen und sich zu vermehren vermag.

Die echte Fleischvergiftung wurde durch die Untersuchungen von Ermenghems bekannt, — nach dem Genusse eines Schinkens trat eine kleine Epidemie auf, von der die Verzehrer des übrigen Fleisches verschont blieben. Als ätiologisches Moment wurde ein streng anärobes Stäbchen gefunden, das in flüssigen Nährmedien ein ganz ausserordentlich wirksames Gift bildete. Kontrolversuche mit filtrirten Kulturen dieses Bacillus botulinus an Thieren erzeugten dieselben Krankheitssymptome. Dieser giftbildende Organismus kann auf verschiedenen Wegen in die Nahrungsmittel gelangen, namentlich auch, wie Verfasser durch Versuche feststellte, durch Fliegen, die thierische Abfälle, besonders angefaulte, benagen. Er stellt deshalb folgende Forderungen:

1. Im Verkehr mit Nahrungsmitteln muss peinliche Sauberkeit herrschen (das Fliegennetz verdient im Sommer weiteste Verbreitung). Das Aushängen von Fleisch und Fleischwaaren in der heissen Jahreszeit ohne Schutz vor Fliegen und Staub ist zu verhindern.

2. In der Nähe bewohnter Orte darf nichts geduldet werden, was eine Anlockung von Fliegen begünstigen, oder gar eine Vermehrung dieser Insekten herbeiführen könnte. Es dürfen deshalb Unrathshaufen nicht geduldet werden, gleichviel, ob man solche aus Nachlässigkeit entstehen lässt, oder ob man sie künstlich anhäuft, um sie dann industriell weiter zu verarbeiten, wie bei den Fabrikationssorten thierischer Abfälle (Dünger-, Leim-, Poudrettefabriken).

Dr. Glogowski-Görlitz.

Ueber den natürlichen Farbstoff der rothen Wurstwaaren. Inaugural-Dissertation von Paul Kalkbrenner.

Bei dem aktuellen Interesse, welches die Erhaltung des natürlichen Fleischrothes unserer Fleischwaaren für die betheiligten Kreise — konsumirendes Publikum — beansprucht, erscheint es angezeigt, auch auf die genannte Arbeit hinzuweisen.

Sie ist noch unfertig, ergiebt namentlich für die Praxis noch keine verwerthbaren Resultate, bietet aber Wissenswerthes und ist vielleicht geeignet, den Weg zu weisen, auf den wir ohne Anwendung schädlicher Chemikalien zur Erhaltung der ästhetisch nothwendigen Fleischsorten gelangen können.

Kalkbrenner hat unter Prof. Dr. Lehmann-Würzburg Leitung Untersuchungen über das von Lehmann und Kisskalt in Fleischwaaren vermutheten Blutfarbstoffderivat, das er Hämarhodin — αἱμα-ῥοδός — nennt, angestellt; dabei seine Verwandschaft zum Hämatin, den hohen Grad einer Zersetzlichkeit, seine künstliche Darstellung u. s. w. gefunden.

Die Lektüre der kleinen Schrift sei empfohlen.

Dr. Schwabe-Hannover.

Die Nothwendigkeit der Errichtung von Trinkerheilstätten. Von Dr. Paul Schenk in Berlin. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; XXXII. Bd., H. 3.

Die verderbliche Wirkung, die der Alkoholismus auf das körperliche und geistige Wohlsein der ihm Verfallenen ausübt, ist bekannt. Allgemein aner-

kannt ist auch die schwere Schädigung, welche die Volkswohlfahrt durch den Missbrauch geistiger Getränke erfährt.

Die Zahl der Trunkenbolde in ganz Deutschland wird auf 300000 geschätzt, die Zahl der an Alkoholismus in den allgemeinen Heilanstalten Preussens behandelten Personen erreichte 1897 die erstaunliche Höhe von 12256; ferner wurden 1895 in den Irrenanstalten Preussens 1356 Fälle von Säuferwahnsinn behandelt, wobei die zahlreichen Fälle von Geisteskrankheiten, deren Hauptursache im Alkoholismus zu suchen ist, ohne dass gerade Säuferwahnsinn vorliegt, ausser Betracht geblieben sind.

Die Gesetzesbestimmungen des §. 361,5 des Reichsstrafgesetzbuches und des §. 6, 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches (Entmündigung wegen Trunksucht) genügen den vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege in der Trinkerfrage zu stellenden Forderungen nur theilweise, wie Verfasser ausführlicher darlegt. Der Trunksüchtige ist in erster Linie ein Gegenstand ärztlicher Fürsorge, die nur in einer Trinkerheilstätte ausgeübt werden kann. Das Bedürfniss für diese ist schon dadurch erwiesen, dass während in Deutschland 1896 erst 15 Trinkerheilanstalten bestanden, 1900 dem Verfasser schon 27 bekannt waren. Die bisherige Art der Einrichtung von Trinkerheilstätten für die niederen Stände in Deutschland ist durchaus keine einheitliche und bedarf der Verbesserung. Verfasser giebt seinen Ansichten hierüber in folgenden Sätzen Ausdruck:

1. Die schweren krankhaften Schädigungen, welche die chronische Alkoholvergiftung am Gehirn und damit in der geistigen Thätigkeit hervorbringt, sind in den erblich nicht zu stark belasteten und nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen heilbar.

2. Dauernde Heilung von derjenigen Form der Alkoholvergiftung des Gehirns, welche als Trunksucht in die Erscheinung tritt, ist nur möglich bei lebenslänglicher Enthaltsamkeit von allen alkoholischen Getränken.

3. Trinkerheilstätten sind nothwendig, weil ein grosser Theil von geistig geschädigten Gewohnheitstrinkern und von Trunksüchtigen nur in zweckentsprechenden Anstalten vom Alkohol entwöhnt werden können.

4. Zu entmündigen sind im Allgemeinen nur diejenigen Trunksüchtigen, welche unheilbar sind, oder nach ausgiebiger Behandlung in einer Heilstätte rückfällig werden.

5. Die Zulässigkeit der zwangsweisen Detention auch nicht entmündigter Trinker in einer Heilstätte ist gesetzlich festzulegen.

6. Die bisher im Deutschen Reiche vorhandenen Trinkerasyle und Trinkerrettungsanstalten genügen nicht dem Bedürfniss und entsprechen zum grossen Theile nicht den an Trinkerheilstätten vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege zu stellenden Anforderungen.

7. Alle Trinkerheilstätten in Deutschland sind nach einheitlichen Grundsätzen einzurichten und zu leiten.

8. Die Trinkerheilstätten sind der staatlichen Aufsicht und ärztlicher Oberleitung zu unterstellen.

9. Für Männer und Frauen sind gesonderte Heilstätten nothwendig.

10. In den Heilstätten sind sämmtliche besserungsfähige Trinker, also auch Alkoholdeliranten und Alkoholepileptiker unterzubringen.

11. Die geheilt Entlassenen bleiben noch für einige Jahre unter der Kontrole der Anstalt.

12. Für unheilbare Trinker sind besondere, zweckmässig an die Arbeiterkolonien anzuschliessende Trinkerasyle einzurichten.

(Die Begründung dieser Leitsätze muss im Original nachgelesen werden.)

Dr. Glogowski-Görlitz.

Die Bescheinigung der Todesursachen und die Registrirung der Todesfälle. Von E. Walford. Public. Health; Januar 1901, S. 262.

Die Ordnung der Todtenschau in England, die bereits 1894 von R. Wehmer als „recht unvollkommen“ bezeichnet wird, bedarf dringend der reformirenden Hand. Von sämmtlichen Todesfällen des Jahres 1898 sind 6% ohne Feststellung der Todesursache registrirt; 6 weitere Prozent wurden nach der Untersuchung des Coroners bescheinigt. Aber auch das Verdikt der Jury ist häufig recht mangelhaft; von 55 Todesfällen, die in einem Jahre in einer

grösseren Stadt auftraten, wurde nur in 18 die tödtliche Erkrankung durch den Coroner festgestellt; in den übrigen 42 lautete das Verdikt: „An natürlichen Ursachen gestorben.“ Das Ergebniss kann noch ungünstiger sein und das Urtheil lauten: „Todt im Bett gefunden“, „Gestorben durch göttliche Heimsuchung“, oder wie in einem besonders eklatanten Falle: „Der Verstorbene starb an einem Stein in der Niere, den er verschluckt hatte, als er in der Trunkenheit an einem steinigen Pfade lag.“

Genügen so die Coroners nicht der Aufgabe, die Todesursache zu finden, bei Erwachsenen, so ist bei Kindern das Endergebniss noch schlimmer.

In Schottland starben unter 1 Jahre: von unehelichen Kindern 27½ %; 21,6 % der Todesfälle waren ohne Todtenschein, bei den ehelichen waren diese Zahlen nur 13,7 % bezw. 10,9 %. Wie viele Verbrechen hier ungesühnt bleiben, lässt sich aus diesen Zahlen leicht entnehmen.

Auch die Aerzte stehen nicht makellos da. Heute kann der Arzt in England den Tod bescheinigen, ohne dass vielleicht ein Todesfall stattgefunden hat.

Ein Arzt wurde zu einer an Bronchitis leidenden Kranken gebeten und machte seinen Besuch. Am nächsten Tage kam derselbe Bote und theilte dem Arzte mit, die Mutter sei in der vergangenen Nacht gestorben. Dem Ersuchen um einen Todtenschein willfahrte der Arzt. Der Registrar stellte daraufhin seinerseits einen Schein aus und eine Versicherungsgesellschaft zahlte eine Lebensversicherungssumme, ohne dass in Wirklichkeit die Patientin gestorben war.

Die Registrare schliesslich sind nicht unseren Standesbeamten gleichwerthig, sondern durch Vorbildung und Erziehung — es sind sogar in London Photographen, Fischhändler, Diener der Paptistengemeinde, Tabakhändler — zu dem wichtigen Vertrauensposten der Beurkundung der Sterbefälle unzureichend. Vom Registrar hängt es ab, ob er den Fall für verdächtig hält, ob ob er den Coroner zuzieht, oder ob er einfach sagt: Die Todesursache ist unbekannt.

Verfasser, ein Medizinalbeamter, verlangt zur Reform:

1. Die Bescheinigung der Todesursache durch einen Arzt oder einen Coroner nach vorheriger Untersuchung.
2. Wird das Zeugniss eines behandelnden Arztes nicht vorgelegt, so ist die Todesursache durch eine öffentlich bestellte Medizinalperson zu bescheinigen.
3. Der behandelnde Arzt hat vor Ausstellung des Todeszeugnisses die Leiche zu besichtigen.
4. Die Aerzte müssen sich eines vorgeschriebenen Formulars bedienen und das Zeugniss nicht an die Angehörigen, sondern direkt an den Registrar übersenden.
5. Der Tod 7monatlicher oder älterer Frühgeburten darf nur auf ärztliches Attest hin registrirt werden. Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Kurt von Rohrscheidt, Regierungsrath: **Die Gewerbeordnung für das Deutsche Reich** in der Redaktion vom 26. Juli 1900 mit sämmtlichen Ausführungsbestimmungen für das Reich und für Preussen. Leipzig, Verlag von C. L. Hirschfeld 1901. Lieferung I, II, III, jede Lieferung 240 S. Preis broschirt 3,80 Mark für jede Lieferung. Erscheint vollständig in 6 Lieferungen.

Die Reichsgewerbeordnung vom 21. Juni 1869 ist seit ihrem Bestehen durch 32 Gesetze und Bundesrathsbeschlüsse ergänzt, verändert und umgestaltet worden. Die nach der Novelle vom 30. Juni 1900 stattgehabte Neuredaktion des Textes, welche durch die Bekanntmachung vom 26. Juli 1900 veröffentlicht worden ist und der Entwickelung des Gewerberechts einen gewissen Abschluss gegeben hat, gab die äussere Veranlassung zu dem länger geplanten grossen Kommentar, dessen erste Lieferung vorliegt. Der Vorzug dieses fleissigen und erschöpfenden Sammelwerkes liegt in der Vollständigkeit der angefügten, mit der Gewerbeordnung in Verbindung stehenden Ausführungsbestimmungen, der zugehörigen Gesetze und Verordnungen, sowie in der Genauigkeit, mit der die einzelnen Paragraphen mit Hülfe des sorgfältig verwendeten ungeheueren

Materials an gerichtlichen, verwaltungsgerichtlichen und Verwaltungs-Entscheidungen erläutert worden sind. Ein Nachschlagen anderer Gesetzessammlungen oder Bücher ist hierdurch dem Besitzer dieses Kommentars für die Fragen des Gewerberechts erspart. Durch die eingehende Berücksichtigung der Gesundheits- und Medizinalgesetzgebung Preussens und des Deutschen Reiches hat der Kommentar einen ganz besonderen Werth für die preussischen Medizinalbeamten, denen er auf das Wärmste empfohlen werden kann.

Dr. Dietrich-Berlin.

Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medizin und öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigenthätigkeit. Herausgegeben von **Dr. med. Placzek**-Berlin unter Mitwirkung einer grossen Anzahl von Fachmännern. Leipzig 1901. Verlag von Georg Thieme. Preis: 18 Mark. Gr. 8°, 707 Seiten.

Der vorliegende, am 1. April d. J. zum ersten Mal herausgegebene Jahresbericht umfasst auf 693 Seiten Text die Kapitel: Arzt und Arbeiterversicherung (Regierungsrath Dr. Laas-Berlin), der Einfluss der neuen Unfallversicherungsgesetze auf die Entschädigungsansprüche und das Verfahren (Amtsgerichtsrath Wolff-Berlin), Sachverständigen-Thätigkeit im Allgemeinen (Oberstabsarzt Dr. Paalzow-Spandau), Unfall und spezielle Krankheits- und Verletzungszustände (idem), Schädel und Wirbelsäule (Dr. O. Stolper-Breslau), Frakturen und Luxationen der Extremitäten (Prof. Dr. Hoffa-Würzburg), Verletzungen an Hals, Brust und Bauch (Privatdozent Dr. Frhr. v. Lesser-Leipzig), Unfall und innere Krankheiten (Prof. M. Litten u. Dr. R. Lennhoff-Berlin), Rückenmark (Hofr. Prof. Dr. Fürstner-Strassburg), Unfall und Neurosen und peripherische Nerven (Dr. M. Lähr-Zehlendorf), Unfall und Auge (Prof. Dr. Silex-Berlin), Unfall und Gehörorgan, Nase und Kehlkopf (Dr. H. Haike-Berlin), Geburtshülfe und Gynäkologie (Dr. Brösе-Berlin), aus dem Gebiete der Krankheiten der Harn- und Sexualorgane (Dr. Hugo Guth-Breslau), Röntgenstrahlen (Dr. Levy-Dorn-Berlin), Unfallversicherungsgesetze und die literarischen Erscheinungen auf diesem Gebiete in Italien (Prof. M. Carrara-Cagliari), Unfallheilkunde (Stabsarzt Dr. Deknadel-Breda in Holland), Militärsanitätswesen und unteres Sanitätshülfspersonal (Oberstabsarzt Dr. Paalzow-Spandau), forensische Psychiatrie und Kriminalanthropologie (Dr. A. Kellner-Hubertusburg), Alkoholismus (Dr. Bratz-Wuhlgarten), Epilepsie (idem), Zivilrechtliche Psychiatrie (Prof. Dr. v. Krafft-Ebing), Hypnotismus (Dr. Placzek-Berlin), sexuelle Psychopathologie (idem), gerichtliche Medizin in acht Abschnitten (Prof. Dr. Haberda-Wien), Neuerscheinungen auf kriminalantropologischem Gebiet in Italien (Prof. M. Carrara-Cagliari), Sanitätspolizei in 10 Abschnitten (Dr. Arthur Schulz-Berlin), Prostitution und venerische Krankheiten (Dr. A. Blaschko-Berlin), Fortschritte auf dem Gebiete der Bakteriologie (Prof. Dr. W. Kolle und Dr. E. Friedberger-Berlin), Fortschritte auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten (Privatdozent Dr. Friedrich-Budapest), Fortschritte auf dem Gebiete der Hygiene (Privatdozent Dr. Weyl-Charlottenburg).

Schon diese nackte Aufzählung des Jahresbericht-Inhaltes, an den sich ein ausführliches und übersichtliches Autoren- und Sachregister schliesst, lässt die Reichhaltigkeit des dem Leser dargebotenen vermuthen. Und in der That: die gesammte in- und ausländische Literatur ist mit hervorragendem Fleiss und Geschick zu diesem vorzüglichen Sammelwerk verarbeitet worden, das an Vollständigkeit, Uebersichtlichkeit, Sonderung der Spreu vom Korn, flüssiger und anregender Diktion m. E. das denkbar Beste leistet. — Beschränkt sich der Jahresbericht auch im Wesentlichen auf die literarische Ausbeute des Jahres 1900, so haben die Herren Mitarbeiter es sich gleichwohl angelegen sein lassen, ihren Aufsätzen jeden fragmentarischen Charakter zu benehmen; alle stellen vielmehr ein abgerundetes Ganze dar.

Dem ärztlichen Sachverständigen für Unfallheilkunde, gerichtliche Medizin und öffentliche Gesundheitspflege ist in dem genannten Jahresbericht ein vortrefflicher Berather für seine verantwortungsvolle und oft ungemein schwierige Gutachterthätigkeit entstanden. Und er wird diesen Berather um so höher schätzen und von nun ab um so weniger vermissen wollen, als es geradezu unmöglich geworden ist — physisch und pekuniär —, die Unsumme von ein-

schlägiger Literatur zu bewältigen und last not least überall die richtige Kritik an dem Gelesenen zu üben.

Die Anschaffung des trotz seines Umfanges nur 18 Mark kostenden Jahresberichtes kann den interessirten Kollegen aus voller Ueberzeugung angelegentlichst empfohlen werden. Dr. Schwabe-Hannover.

Tagesnachrichten.

Nach Mittheilung in den politischen Blättern hat der Bundesrath auf die Resolution des Reichstages: „Angesichts der zunehmenden **Verunreinigung der Flussläufe** durch Einleitung von Fäkalien, Schmutzwasser u. s. w. eine Reichskommission einzusetzen, welche den Zustand der mehreren Bundesstaaten gemeinsamen Wasserstrassen im allgemeinen sanitären Interesse und rücksichtlich der Fischzucht zu beaufsichtigen hätte", beschlossen, dem Reichsgesundheitsrathe bezüglich der aus gesundheits- und veterinärpolizeilichen Rücksichten gebotene Reinhaltung der das Gebiet mehrerer Bundesstaaten berührenden Gewässer nachverzeichnete Obliegenheiten zu übertragen: A. Der Reichsgesundheitsrath hat bei wichtigen Anlassen eines der betheiligten Bundesstaaten in Fragen, die sich auf die vorbezeichnete Angelegenheit und die dabei in Betracht kommenden Anlagen, Einrichtungen, Zuführung der Kanal- und Fabrikwässer und sonstigen Schmutzwässer, Grubenwässer, Aenderungen der Wasserführung u. s. w. beziehen, eine vermittelnde Thätigkeit auszuüben und gutachtliche Vorschläge zur Verbesserung der bestehenden Verhältnisse und Verhütung drohender Missstände zu machen; B. der Reichsgesundheitsrath hat auf Grund vorgängiger Vereinbarung unter den betheiligten Bundesregierungen einen Schiedsspruch über Streitigkeiten auf dem vorbezeichneten Gebiete abzugeben; C. der Reichsgesundheitsrath ist in wichtigeren Fällen befugt, auf dem bezeichneten Gebiete durch Vermittelung des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) die Anregung zur Verhütung drohender Missstände und Verbesserung vorhandener Zustände zu geben. Ausserdem ist unter den verbündeten Regierungen eine Vereinbarung getroffen, dass wichtige Fragen der bezeichneten Art, insbesondere über die Zuleitung von Fäkalien und häusslichen und gewerblichen Abwässern, falls nach Auffassung eines anderen Bundesstaates innerhalb dessen Staatsgebietes die Reinhaltung eines Gewässers gefährdet wird und eine Einigung nicht erzielbar ist, nicht endgültig erledigt werden, bevor der Reichsgesundheitrath gutachtlich gehört worden ist.

Der Bundesrath hat in seiner Sitzung vom 23. Mai die Vorlage, betreffend die **ärztliche Prüfungsordnung**, im Wesentlichen unverändert angenommen, desgleichen in seiner Sitzung vom 17. Mai eine Abänderungsvorlage zu den Vorschriften vom 29. November 1894, betreffend den **Verkehr mit Giften**, wonach arsenhaltiges Fliegenpapier wieder freigegeben werden soll, zugestimmt. Der Entwurf einer neuen Verordnung, betreffend den **Verkehr mit Arzneimitteln**, liegt jetzt dem Bundesrathe vor.

Das von dem Reichstag angenommene **Weingesetz** hat nach Zustimmung des Bundesraths die Kaiserliche Genehmigung erhalten und ist unter dem 24. Mai im Reichsgesetzblatt veröffentlicht.

Im Grossherzogthum Hessen ist jetzt den Landesständen ein Gesetzentwurf, betreffend **Standesordnung und Ehrengerichte für die Aerzte**, zugegangen.

In Bremen hat der Senat in der Bürgerschaftssitzung am 22. Mai einen Gesetzentwurf, betreffs **Bildung einer Deputation für das Gesundheitswesen** vorgelegt, die als verwaltende und begutachtende Behördn für das gesammte Gesundheitswesen fungiren soll.

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

14. Jahrg. 1901.

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.

Spontaner Gebärmutterriss unter der Geburt bei Querlage; Verschulden der Hebamme durch Verkennung der Kindeslage und Unterlassung der Zuziehung eines Arztes.

Von Dr. O. Möbius, weil. Reg.- u. Med.-Rath beim Polizeipräsidium in Berlin.

Die Lehre der Uterusruptur wurde von Bandl[1]) in ihrer modernen Form begründet, von Schröder[2]) modifizirt und später durch andere Autoren [Rheinstädter,[3]) Fritsch,[4]) Löwy[5])] in ihren Beziehungen zur gerichtlichen Medizin erörtert. Seither ist immer wieder über Fälle von Uterusruptur berichtet worden. Einmal finden sich eingehende und zahlreiche klinische Mittheilungen in fast jedem Bande des Archivs für Gynäkologie; anderseits sind von Gerichtsärzten über bemerkenswerthe Obduktionsbefunde und zu diesen erstattete Gutachten mitgetheilt, u. a. von Schiller,[6]) Rapmund,[7]) v. Dittl,[8]) Schlecht,[9]). Da in

[1]) Bandl: Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Wien 1875.
[2]) Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe. Bonn 1884.
[3]) Rheinstädter: Die Uterusruptur in forensischer Beziehung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1882, Bd. XXXVII.
[4]) Gerichtliche Geburtshülfe. Handbuch der Geburtshülfe von Müller; Bd. III und XII. Die Uterusruptur in foro. Offizieller Bericht der VIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins 1891.
[5]) Ueber die forensische Bedeutung der Uterusrupturen. Inaug.-Diss. Breslau 1888.
[6]) Schiller: Gebärmutterriss. Schuld der Hebamme. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1890, Bd. VIII, S. 278.
[7]) Rapmund: Tod durch Scheidenruptur bei der Geburt. Fahrlässige Tödtung seitens der Hebamme. Diese Zeitschrift; 1891, IX. Jahrgang.
[8]) v. Dittl: Zur Uterusruptur. Archiv für Gynäk.; 1893.
[9]) Schlecht: Fragliche Schuld der Hebamme an dem Verblutungstode einer Wöchnerin aus einem unvollkommenen Gebärmutterrisse. Diese Zeitschr.; 1896.

dieser Zeitschrift innerhalb der letzten Jahre eingehende Mittheilungen über Gebärmutterzerreissungen nicht gemacht sind, sei es mir gestattet, einen Fall mitzutheilen, der nicht nur durch seine Entstehung und den Obduktionsbefund, sondern auch durch die Beurtheilung, welche er vor dem Kriminal- und Verwaltungsgericht fand, einiges Interessante bietet. Bei der Wichtigkeit, welche für den einen solchen Fall beurtheilenden Gerichtsarzt die Lehre der Uterusruptur hat, möge eine kurze Darstellung derselben die Beschreibung des Falles einleiten.

Verzögert sich in der Austreibungsperiode der Austritt des Kindes durch das Becken, so kann, wenn der Uteruskörper nicht genügend auf dem Beckeneingang fixirt ist, durch die sich immer stärker zusammenziehende kräftige Muskulatur des Körpers das untere Uterinsegment und der Gebärmutterhals derart gedehnt werden, dass er schliesslich dem gegen ihn andrängenden Kindestheile nachgiebt und einreisst. Dies ist in kurzen Worten die Mechanik der spontanen Ruptur.

Ursachen der Verzögerung der Austreibung sind: abnorme Widerstände, bedingt entweder durch Enge des mütterlichen Beckens, oder abnorme Lage oder Grösse des Kindes. Ursachen mangelhafter Fixirung der Gebärmutter auf dem Becken sind: Dehnung und Schwäche der Bauchdecken, sowie Schlaffheit und Verlängerung der Ligamenta rotunda. Beide Ursachen zusammen finden sich am häufigsten bei Mehrgebärenden mit mässig verengtem Becken. Bei sehr engem Becken wird in der Regel bald zur Kunsthülfe geschritten, so dass es zu keiner Geburtsverzögerung kommt, und bei Erstgebärenden mit mässig engem Becken wird gewöhnlich durch die noch ungeschwächte Kraft der straffen Bauchdecken und die unversehrte Spannung des noch gut fixirten Uterus der Durchtritt des Kopfes, wenn auch langsam, noch erzwungen, wenigstens bis zu einem Punkte, an welchem mit Erfolg die Zange schliesslich angelegt werden kann. Bei Erstgebärenden sind ferner regelwidrige Kindeslagen und abnorm grosse Früchte selten. Die ersten Geburten bei Frauen mit mässig engem Becken hinterlassen dagegen häufig durch die starke Inanspruchnahme der erwähnten austreibenden Kräfte Schlaffheit der Bauchdecken und Dehnung der Ligamenta rotunda; beim Wiedereintritt von Schwangerschaft tritt dann, da ausserdem ein Herabtreten von Kindestheilen in das enge Becken erschwert ist, leicht die Bildung von Hängebauch ein; dieser bedingt seinerseits oft falsche Kindeslagen oder doch Verlagerung der Längsachse des noch regelrecht zur Geburt sich stellenden Kindes; alles Zustände, welche einer Verzögerung des Durchtrittes durch das Becken Vorschub leisten. Fritsch bezeichnet daher treffend das enge Becken und seine Folgezustände als besonders zu Uterusrupturen prädisponirende Momente.

Die spontane Uterusruptur hat ihren Sitz in der Regel, oder wohl stets, an der Stelle der grössten Spannung, also in dem durch die stärkere Muskulatur des über die Frucht sich emporziehenden Körpers gedehnten, unteren Uterin- und Cervixtheile; sie kann die

Wand vollkommen durchdringen oder nur unvollständig sein; nicht selten setzt sie sich auch in die Scheide hinein fort. Sie kommt auf derjenigen Seite zu Stande, auf welcher der am tiefsten stehende Kindestheil andrängt.

Die violenten Rupturen können auf verschiedene Art zu Stande kommen. Zunächst kommt es vor, dass durch Hände und Instrumente unvorsichtig operirender Geburtshelfer oder Hebammen die Wand von Scheide und Gebärmutter direkt durchbohrt wird; ferner kann durch einen auch sachgemäss ausgeführten Kunsteingriff ein Einriss am Ort der stärksten Spannung entstehen, wenn durch den seitherigen Geburtsverlauf eine spontane Ruptur bereits vorbereitet war. Durch die unter solchen Umständen noch so vorsichtig eingeführte operirende Hand wird das Volumen des Uterusinhalts plötzlich vermehrt und kann dadurch leicht ein Einriss an der bereits zum äussersten gedehnten Stelle zu Stande gebracht werden. Eine solche Ruptur wird sich anatomisch in keiner Weise von der spontanen unterscheiden, obgleich sie zu den violenten zu rechnen ist; auch bei violenter Ruptur durch direkte Verletzung mittelst Händen oder Instrumenten wird sich sehr häufig aus dem anatomischen Befunde allein kein Urtheil bilden lassen darüber, auf welche Weise der Riss entstanden ist. Und gerade diese Frage wird dem Gerichtsarzt vom Richter in der Regel vorgelegt. Es gilt dann alle Momente des Geburtsverlaufes zur Beurtheilung heranzuziehen, um die schwierige Frage zu entscheiden, ob seitens der für die Leitung der Entbindung verantwortlichen Person bewusste oder fahrlässige Schuld vorliegt oder nicht. Der Gerichtsarzt muss wissen, dass in dem einen Falle die Unterlassung, in einem anderen die Ausführung einer Operation den Geburtshelfer mit Schuld beladen kann. Die Hebamme, welche den Grund der Verzögerung einer Entbindung durch eine regelwidrige Lage in Folge ungenauer Untersuchung verkennt, der Arzt, welcher trotz der häufig wohl erkennbaren Vorzeichen einer drohenden Ruptur — Unruhe der Kreissenden auch während der Wehenpause, Hochstand des Kontraktionsringes, straffe Spannung der Ligamenta rotunda — nicht zur Einleitung der Narkose und zur Zerkleinerung des Kindes schreitet, kann ebensowohl in fahrlässiger Weise zu dem Tode der Kreissenden beitragen, wie eine Hebamme, die rohe Wendungsversuche macht oder ein Arzt, der mit Instrumenten verletzt, oder bei zu befürchtender Ruptur behufs Wendung seine Hand in den Uterus einführt und so die Katastrophe herbeiführt. Der Sachverständige hat sich daher stets die Fragen vorzulegen (Fritsch):

War ein ärztlicher Eingriff indizirt?

Hätte die vorgefundene Ruptur auch ohne einen Eingriff eintreten können?

Er muss ferner stets die Möglichkeit im Auge behalten, dass ein spontaner Einriss schon eingetreten sein konnte, als ein Kunsteingriff vorgenommen wurde, und die Erwägung nicht ausser Acht lassen, ob nicht die Unterlassung eines Eingriffes als schuldhaft zu erachten war.

Bei gerichtlichem Verfahren geben die dem Tode einer an Ruptur Verstorbenen vorgegangenen, durch die Zeugenaussagen erhärteten oder durch Vernehmungen beigebrachten Umstände meist nur wenig zur Beurtheilung brauchbare Anhaltspunkte. Es ist ja bei dem von Minute zu Minute sich ändernden Geburtsverlaufe ausser dem eventuell Beschuldigten in der Regel kein Sachverständiger zugegen, und aus den Aussagen der anwesenden Laien wird man sich kaum ein richtiges Bild machen können. Die wichtigste Zeugin, die Kreissende hat ihren Mund auf ewig geschlossen, und die vernommenen Verwandten werden nur zu leicht geneigt sein, aus den Klagen der Kreissenden und den Anstrengungen des Geburtshelfers oder der Hebamme auf unsachgemässes, gewaltsames Vorgehen dieser Personen zu schliessen. Arzt und Hebamme sind die einzigen Zeugen, welche den Geburtsverlauf zu beobachten und zu beurtheilen im Stande waren, und die Aussagen beider werden sich oft genug widersprechen, da sich der Eine auf Kosten des Anderen der Schuld an dem üblen Ausgange zu entledigen leicht bestrebt sein wird. So bleibt dem Gerichtsarzte als einzig positiver Anhalt oft nur der Leichenbefund. Es ist deshalb bei jedem Falle von Uterusruptur von ganz besonderem Werthe, den vorliegenden Obduktionsbefund auf das Genaueste im Protokoll festzulegen. Nicht nur die vorgefundene Verletzung ist nach Lage, Grösse, Beschaffenheit ihrer Ränder genau zu beschreiben, sondern es sind auch bestimmte Angaben über die Dicke und Konsistenz der Uteruswand in ihren verschiedenen Abschnitten aufzunehmen; es sind ferner die Masse des knöchernen Beckens zu erheben, auf eventuell raumbeschränkende Tumoren desselben zu achten, und, wenn irgend möglich, eine Untersuchung des wohl meistens todten Kindeskörpers vorzunehmen. Auch an diesem sind Messungen des Kopfes und der Schulter wichtig; zur Entscheidung, in welcher Lage das Kind sich zur Geburt gestellt hatte, ist eine genaue Beschreibung der Blutgeschwulst nach Lage und Grösse nicht zu vergessen.

An der Hand eines derartig exakten Obduktionsprotokolles zusammen mit den Aussagen der bei der Entbindung Anwesenden wird dann der Gerichtsarzt im konkreten Falle doch häufig in der Lage sein, über die Entstehung einer Ruptur ein bestimmtes oder nahezu bestimmtes Urtheil abzugeben. Ist ihnen dies jedoch nicht möglich, so wird er gewiss mit gutem Gewissen sich an den Spruch halten: in dubio pro reo, wenn er erwägt, unter wie ungünstigen äusseren Verhältnissen, namentlich auf dem Lande, Arzt und Hebamme oft zu arbeiten haben und wie oft dieselben ermüdet durch ihren kraft- und schlafraubenden Beruf in der Geburtshülfe schweren Problemen gegenüberstehen, deren Lösung dem Geburtshelfer von Fach, ja selbst dem Gelehrten unter Umständen Schwierigkeiten bereitet.

Sicher haben Arzt und Hebamme — schon im eigensten Interesse — die beste Absicht zu helfen, wenn sie an ein Kreissbett gerufen werden, und, falls daher nicht direkt ein Mangel an Sorgfalt in der Untersuchung und an der nöthigen Vorsicht bei Aus-

führung von Eingriffen nachzuweisen ist, soll es da ihre Schuld sein, wenn die Fähigkeiten und das Können nicht hinreichten, um die schwierigen vorliegenden Verhältnisse rechtzeitig zu übersehen?

Wird es nun auf Grund dieser Erwägungen oft mit Mitgefühl zu begrüssen sein, wenn in dem nach dem Tode einer Kreissenden an Uterusruptur eingeleiteten Strafverfahren der Spruch des Gerichts die beschuldigte Person der fahrlässigen Tödtung freispricht, so tritt doch für die Verwaltung und den die Aufsicht über die Hebammen führenden Medizinalbeamten die wichtige medizinalpolizeiliche Frage hervor, ob es mit dem Interesse des Publikums vereinbar ist, dass eine solche Person unter dem Schutze ihres staatlichen Prüfungszeugnisses ihres Amtes fernerhin noch walte.

Auf Grund des §. 53 der Reichs-Gewerbeordnung kann Hebammen jeder Zeit das Prüfungszeugniss entzogen werden, „wenn aus Handlungen oder Unterlassungen der Mangel der erforderlichen und bei der Ertheilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzten Eigenschaften klar erhellt".

Die Entziehung des Prüfungszeugnisses trifft eine fahrlässige Hebamme oft viel härter, wie eine gerichtliche Bestrafung, und ohne Zweifel sichert die Zeugnissentziehung das Publikum besser vor der Wiederholung gefahrbringender beruflicher Hebammenthätigkeit, als die Abbüssung einer Gefängnissstrafe, während deren Verlauf die noch vorhandenen Berufskenntnisse nur zu leicht ganz in Vergessenheit gerathen.

In dem nachstehend mitgetheilten Falle lagen die Verhältnisse so, dass die Strafkammer die Schuldfrage der fahrlässigen Tödtung verneinte, der nunmehr angerufene Bezirksausschuss und das Oberverwaltungsgericht auf Grund desselben Vorfalles auf Entziehung des Prüfungszeugnisses erkannten.

Der Fall bringt somit von Neuem den Beweis, dass der Medizinalbeamte durch ein freisprechendes Gerichtsurtheil sich nicht abschrecken zu lassen braucht, in seinem pflichtgemässen Bemühen, das Publikum vor der weiteren Thätigkeit einer unfähigen und nachlässigen Hebamme zu schützen.

Geschichtserzählung.

Am Morgen des 12. Januar d. J. liess die verehelichte P. in S. ihren Ehemann vom Felde holen, da ihre Entbindung, welcher sie entgegensah, zu beginnen schien. Sie theilte dem Manne mit, dass ihr das Geburtswasser abgegangen sei und dass er die Hebamme holen sollte.

Es wurde die Hebamme Frau W. aus S. geholt; dieselbe untersuchte die Frau P. und gab ihr, da die Frau keine Wehen hatte, ein Klystier und ein warmes Bad. Auf Grund einer vorgenommenen Untersuchung sagte sie, dass die Entbindung erst am Sonntag (also drei Tage später) vor sich gehen werde und entfernte sich wieder. Nachmittags um 4 Uhr verlangte die Kreissende abermals nach der Hebamme, dieselbe war um 6 Uhr zur Stelle. Sie untersuchte die Frau P. und stellte das baldige Ende der Entbindung in Aussicht. Sie sagte, es sei Alles gut und erklärte, es würde ohne Doktor gehen. Als sich die Sache trotzdem bis in die Nacht hinzog, wurde die Kreissende ungeduldig; jetzt veranlasste Frau W. den Ehemann nach S. zum Dr. v. P. zu gehen, um von diesem Wehenpulver verschreiben zu lassen; sie liess diesem mittheilen, dass Alles in Ordnung sei und dass das Kind bald kommen werde. Der Arzt verschrieb auf diese Meldung hin 10 Pulver Secale cornut. à 0,2 g. Von diesen

Pulvern soll Frau W. der Kreissenden innerhalb drei Stunden 5 Pulver gegeben haben. Nach dem ersten Pulver sollen mässige, nach dem zweiten so heftige Wehen eingetreten sein, dass sich die Frau vor Schmerzen im Bette wand. Die Kreissende wurde ängstlich und verlangte nach ärztlicher Hülfe. Frau W. wurde ungehalten, erklärte, der Arzt könne das Kind auch nicht herausreissen und bei der Nachtzeit würde seine Herbeiholung sehr theuer werden. Auch als die Kreissende sagte, es sei ihr einerlei, was es koste, erklärte die Hebamme die Zuziehung eines Arztes für überflüssig. Erst als die Frau sich unruhig hin und her warf, über Herzbeklemmung klagte, erklärte, sie werde sterben und nach dem Geistlichen verlangte, willigte Frau W. endlich in die Herbeiholung des Arztes ein. Ehe jedoch derselbe zur Stelle war, verschied die Frau P. unentbunden am 13. Januar früh 6 Uhr. Darüber, ob die Frau während der Entbindung viel Blut verlor, wissen die Zeugen nichts anzugeben; beide, Ehemann und Mutter, bezeugen, dass Frau W. die Lage als richtig bezeichnete, beide berichten nichts darüber, dass die Hebamme künstliche Entbindungsversuche durch Eingehen mit der Hand in die Geburtstheile der Kreissenden gemacht habe. Der Mann gab auf Befragen an, dass jedenfalls seine Frau nicht sonderlich bei Eingriffen der Hebamme geschrieen habe.

Frau W. blieb sowohl bei der gerichtlichen Vernehmung, wie auch bei einem von dem unterzeichneten Kreisphysikus vorher angestellten Verhöre dabei, dass der Kopf vorgelegen habe und dass die Frau an einem Magenkrampf gestorben sei.

Am 15. Januar nun wurde Dr. v. P. nach S. geholt, um das Kind aus dem Unterleibe zu entfernen, er that dies indem er zunächst die Bauchdecken und dann die Gebärmutter durch einen Schnitt eröffnete; über die Lage des Kindes in der Gebärmutter sagte derselbe aus: „Ich fand den Steiss des Kindes im Becken fest, den Kopf oben und die Kniee rechts."

Da der unterzeichnete Kreisphysikus inzwischen von den Vorgängen vor dem Tode durch Hörensagen gehört hatte und ihm auch aus den Aussagen der Hebamme hervorging, dass dieselbe möglicherweise fahrlässig gehandelt haben könnte, machte er dem Amtsgerichte Mittheilung, das die Leichenöffnung der P. anordnete.

Die zur Klärung des Thatbestandes wesentlichen Punkte des Sektionsbefundes waren folgende:

A. Aeussere Besichtigung.

Die grossen Schamlippen sind blauroth gewulstet; aus der Scheide sickert wenig blutige Flüssigkeit. Die Umgebung der Geschlechtstheile, sowie die Innenseiten der Oberschenkel sind leicht mit anhaftendem Blute besudelt.

B. Innere Besichtigung.

I. Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle.

. . . . Der obere Theil der Bauchhöhle wird von den zum Theil geblähten Darmschlingen, die untere Hälfte von der vergrösserten Gebärmutter eingenommen. Dieselbe zeigt eine glatte, glänzende Oberfläche, in der Mitte einen glatten Längsschnitt, aus welchem die grünlich gefärbte, geschlängelte Nabelschnur hervortritt. Die rechte Hälfte der Gebärmutter ist an ihrer vorliegenden Vorderseite grauröthlich, in der linken unteren Partie, soweit sie ohne Verlagerung der Organe sichtbar ist, von dunkelrother Farbe. Bei näherer Betastung der Theile zeigte sich, dass dieser dunkelroth gefärbte Theil nicht der Gebärmutter, sondern dem linken breiten Mutterbande angehört. Das kleine Becken war von diesem ungeheuer aufgetriebenen Mutterbande fast vollkommen erfüllt. Aus der Bauchhöhle werden 100 g flüssigen Blutes geschöpft. . . . . .

. . . . Nachdem die Gebärmutter vorsichtig nach vorn aus der Bauchhöhle gehoben ist, zeigt sich rechts das breite Mutterband zart, glatt glänzend und nicht vergrössert, während das linke unter der glatten Oberhaut derart verdickt ist, dass es, mit dem Tastenzirkel gemessen, einen Querdurchmesser von 8 cm aufweist. Ein in das Mutterband jetzt gemachter Einschnitt zeigt, dass diese Verdickung durch frei ausgetretenes, geronnenes, schwarzes Blut bedingt ist.

Es werden hierauf vorsichtig die Geschlechtstheile im Ganzen aus der Leiche herausgenommen. Beim Einschneiden der Scheide entleert sich hierbei theils geronnenes, theils flüssiges Blut. Die Gebärmutter hat, auf den Tisch gelegt, eine Breite von 25, eine Höhe von etwa 20, eine Dicke von etwa 5 cm.

An ihrer Vorderwand findet sich ein glattrandiger Schnitt von 16 cm Länge. Herr Dr. v. P. erklärt: „Es ist der von mir zur Entfernung des Kindes gemachte Schnitt.“ Es wird hierauf vorsichtig von der Scheide aus die Gebärmutter eröffnet, indem in den bestehenden Schnitt mit der Scheere hineingegangen wird. Es zeigt sich nun, nachdem die Theile vorsichtig auseinander geklappt sind, dass der äussere Muttermund und untere Theil der Gebärmutter stark gedehnt sind. Nach dem Aufschneiden zeigt der flach ausgebreitete äussere Muttermund eine Länge von 24 cm. Die Schleimhaut des Mutterhalses ist uneben gewulstet, sie zeigt an der rechten Seite einen Einriss von 9 cm Höhe und 5 cm Breite. Die Ränder dieses Einrisses sind unregelmässig zackig, nicht gewulstet. Der Riss führt in das linke breite Mutterband, welches vollkommen mit schwarzgeronnenem Blut erfüllt ist. Das geronnene Blut wird vorsichtig entfernt, seine Menge beträgt über 250 cbcm. Ein senkrecht zum Rande des Einrisses gemachter Einschnitt zeigt unter der Schleimhaut seiner Umgebung frei ausgetretenes Blut.

Im oberen Theile der Gebärmutter sitzt noch mässig fest die 20 zu 14 cm grosse Nachgeburt, an welcher die 70 cm lange Nabelschnur fast in der Mitte eingelassen ist. Die Nachgeburt zeigt ein hellbraunes Aussehen, ist auf dem Durchschnitte trocken und von rothbrauner Farbe.

Die Schleimhaut der Gebärmutter ist von brauner, an der Stelle des Sitzes der Nachgeburt von hellgrauer Farbe; sie ist glatt und ohne Eiterauflagerung. Die Muskulatur der Gebärmutter zeigt sich auf dem Durchschnitte grauweisslich und von einer Dicke von fast 2 cm.[1])

Die Gefässe am Magen sind nicht ausgespritzt.

Die Leber .... auf dem Durchschnitt tritt aus den Gefässen kaum Blut hervor. Die Durchschnittsfarbe ist ebenfalls sehr hellbraun. ...

Die Schleimhaut des Dünndarms ist weisslich, sie zeigt keine Gefässausspritzung.

Die grossen Gefässe vor der Bauch-Wirbelsäule enthalten ganz geringe Mengen flüssigen Blutes.

Die Entfernung des oberen Randes des Schambeines bis zum Vorberg des Kreuzbeines beträgt 9,5 cm. Es zeigt sich auch der Querdurchmesser des Beckeneinganges nicht wesentlich verengt.

.... Die Lungen zeigen sich von fast weisser, schwarz marmorirter Oberfläche.

Das Mittelfell ist blass, die Gefässe ausserhalb des Herzens fühlen sich schlaff und leer an.

Das Herz ... fühlt sich schlaff an. Die Kreuzgefässe sind leer. Ebenso zeigen sich beim Eröffnen alle Herzabschnitte leer.

Die grossen Gefässe sind leer. ...

Die linke Lunge ... auf dem Durchschnitt tritt erst auf Druck Blut hervor, einzelne durchschnittene feine Luftröhrenästchen enthalten etwas weissen Schaum. ... Die Lungengefässe sind leer.

Die rechte Lunge verhält sich ... wie die linke.

Die grossen Gefässe am Halse sind leer. ...

II. Eröffnung der Schädelhöhle.

... Die Längsblutleiter enthält nur wenig flüssiges Blut. Die innere Fläche der harten Hirnhaut ist glatt, trocken ...

Die weiche Hirnhaut ... zeigt nur in ihren hinteren Theilen schwache Gefässfüllung.

In den Querblutleitern haftet etwas flüssiges Blut.

... Die Adergeflechte sind rosa, ungefüllt und trocken.

---

[1]) Die Beschreibung der Gebärmutter hätte eine noch genauere sein müssen. Es fehlen Angaben über die Konsistenz der Gebärmutterwand und die Dicke ihrer verschiedenen Abschnitte. Die von dem Dr. v. P., welcher allerdings nur als Zeuge der Obduktion beigewohnt und die Leichentheile nicht berührt hatte, bei der Hauptverhandlung erhobenen Behauptung, die Gebärmutter sei ihm besonders brüchig erschienen, konnte daher nur durch die gegentheilige Erklärung des Obduzenten, nicht durch das Protokoll entgegengetreten werden. Der Verf.

Durch die Hirnhalbkugeln geführte Schnitte zeigen das Gewebe . . . von weisser Farbe und ohne Blutpünktchenaustritt.

Das Kleinhirn . . . auch hier treten auf dem Durchschnitte Blutpunkte nicht zu Tage.

Die im Anschluss an die Obduktion der Mutter vorgenommene Leichenschau des Kindes ergab im Wesentlichen Folgendes:

1. Die Leiche des männlichen Kindes ist 53 cm lang und 3400 g schwer.

2. Der Kopf ist regelrecht geformt, hat einen Umfang von 37 cm, der Längsdurchmesser ist 12, der vordere quere 8, der hintere quere 10, der diagonale 13 cm gross. Die grosse Fontanelle ist 5 cm lang, 3 cm breit. . . . Die Knorpel von Ohren und Nasen sind ziemlich fest.

4. Der Durchmesser der Schultern beträgt 12 cm; auf den Schultern sind Wollhaare nicht vorhanden.

6. Die Nägel der Hände überragen die Kuppen der Finger, diejenigen der Zehen erreichen dieselben.

7. An der linken Seite des Brustkorbes von der Achselhöhle herab bis zum unteren Rippenrand, und von der Warzenlinie bis herum zur Wirbelsäule ist die Haut dunkelblauroth gefärbt, zum Theil der Oberhaut beraubt und geschwollen. Mehrere hier gemachte Einschnitte zeigen frei in das Gewebe ausgetretenes Blut und feuchte Durchtränkung des Gewebes.

8. Eine ähnliche Veränderung der Haut findet sich weder am Kopfe, noch am Steisse des Kindes.

Gutachten.

Auf Grund dieser Befunde haben wir unser vorläufiges Gutachten wie folgt abgegeben:

I. 1. Die Verblichene ist unter einer Entbindung an Verblutung gestorben.
   2. Die Verblutung war die Folge eines im unteren Abschnitte der Gebärmutter entstandenen Einrisses.

II. 1. Das Kind war ausgetragen.
   2. Das Kind hat unter der Geburt in Querlage gestanden.

Dieses Gutachten müssen wir auch nach Kenntnissnahme der Untersuchungsakten aufrecht erhalten.

Dass der Tod der Verblichenen unter einer Entbindung eingetreten ist, geht schon mit genügender Sicherheit aus den Aussagen der Zeugen und der Beschuldigten hervor; immerhin bietet auch die Leichenuntersuchung sichere Zeichen dafür dar. Die starke Vergrösserung der Gebärmutter, die Dehnung ihres unteren Abschnittes, sowie der in ihr noch fest anhaftende Mutterkuchen weisen mit Sicherheit darauf hin, dass der Tod unter einer Geburt erfolgt ist.

Die Leiche zeigt eine auffallende Blutleere; die Blutgefässe aller drei Körperhöhlen sind fast vollkommen leer, alle Herzabschnitte leer, die Organe haben durchweg eine helle Farbe und trockene Beschaffenheit; nur auf Druck tritt Blut in geringer Menge auf den Schnittflächen durch dieselben zu Tage, in der Gehirnmasse fehlen die bei normalem Blutgehalte auf der Durchschnittfläche hervortretenden Blutpunkte. Ausserdem findet sich frei ausgetretenes Blut in erheblicher Menge in dem zu einer Höhle erweiterten linken Mutterbande; desgleichen ist, da der Tod eine Kreissende ereilt hat, die Annahme berechtigt, dass Blut den Geschlechtstheilen in grösserer Menge entflossen ist. Beim Fehlen einer anderen Todesursache erscheint somit die Annahme, dass die Frau P. an Verblutung gestorben sei, vollommen begründet.

Die Blutung hat, wie schon angedeutet, durch einen grossen Einriss im unteren Theile der Gebärmutter stattgefunden; ein Theil des vergossenen Blutes fand sich im breiten linken Mutterbande, ein anderer dürfte nach aussen abgeflossen sein. Die Stärke der Blutleere des ganzen Körpers zwingt zu dieser Annahme, da durch den Verlust der 250 cbcm in dem Mutterbande enthaltenden Blutmasse, dieselbe nicht genügend erklärt scheint. Wenn auch die Zeugen über starke Blutverluste der Kreissenden nichts anzugeben vermögen, so ist zu bemerken, dass Blutungen unter der Geburt nicht auffallen, dass der Ehemann in Aufträgen nach der Stadt stundenlang vom Kreissbette entfernt war, und dass die Mutter der Verstorbenen angiebt, dass sie sich um die Reinigung der Leiche und des Bettes nicht gekümmert habe. Da übrigens die Entstehung des Gebärmutterrisses und die denselben veran-

lassenden Vorgänge mit grossen Schmerzen verbunden gewesen sein dürften, konnte die Blutleere bei der, durch die vorangegangene Geburtsthätigkeit und die erlittenen Schmerzen erschöpften Frau, um so eher zum Tode führen.

Wie ist nun der Einriss in den unteren Gebärmutterabschnitt, welcher zur Todesursache durch die begleitende Blutung wurde, entstanden? Wir müssen hier, da zum Verständniss der Schuldfrage die Kenntniss der betreffenden Verhältnisse unerlässlich ist, etwas weiter ausholen. Die Geburt eines Kindes wird bewerkstelligt dadurch, dass die Gebärmutter mittelst periodischer, krampfartiger Zusammenziehungen — der Wehen — sich ihres Inhaltes, d. i. des Kindes mit sammt den Eihäuten, des Mutterkuchens und des Fruchtwassers zu entledigen sucht. Die Zusammenziehungen bewirken, dass sich zunächst der bis zum Beginn der Geburt festgeschlossene Muttermund so weit erweitert, dass die Frucht durch ihn hindurchtreten kann. Bei regelrechtem Geburtsverlaufe wird diese Eröffnung des Muttermundes dadurch herbeigeführt, dass sich der untere Gebärmuttertheil an der mit Fruchtwasser prall gefüllten Eihautblase emporzieht. Ist der Muttermund genügend erweitert, so springt durch den Druck der Wehen die Eihaut und das Wasser fliesst aus den äusseren Geschlechtstheilen ab. Nun tritt ein Theil des Kindes, in der Regel der Kopf, in den Gebärmuttermund ein; derselbe wird durch die immer weiter wirkenden Wehen und die nun zur Hülfe eintretenden Bauchpresse durch das Becken hindurch aus den äusseren Geschlechtstheilen hinaus getrieben. Tritt nun diesem regelrechten Verlaufe ein Hinderniss in den Weg, etwa dadurch, dass der Kopf durch den zu engen Beckenring nicht hindurchgeht, oder dass sich das Kind nicht in der Längsachse, sondern quer zur Entbindung stellt, so wird durch die immer fortdauernden Zusammenziehungen des oberen Theiles der Gebärmutter, welcher dicker und muskelstärker ist, wie der untere, dieser immer mehr gedehnt, über den vorliegenden nicht nach abwärts tretenden Kindestheil immer mehr auseinandergezerrt, bis schliesslich, wenn nicht vorher aus einem anderen Grunde die Wehen aufhören, oder durch Kunsthülfe die Lage des Kindes so geändert wird, dass es durch die Wehen oder die Kunsthülfe aus dem Mutterleibe entfernt werden kann, dieser untere Gebärmuttertheil einreisst. Geschieht dies, so hören die Wehen auf, ein Theil des Kindeskörpers tritt durch den Einriss aus der Gebärmutter heraus und die Kreissende geht durch Verblutung sicher zu Grunde, wenn keine ärztliche Hülfe naht; aber auch bei sachgemässer Kunsthülfe gehört es zu den grössten Seltenheiten, dass eine Wöchnerin, die einen Gebärmutterriss erlitt, mit dem Leben davon kommt.

Wir wiederholen nochmals, dass ein solcher Riss zu Stande kommt, wenn ein unüberwindliches, mechanisches Geburtshinderniss vorliegt; ein solches kann bedingt sein, durch abnorme Grösse des Kindskopfes, Enge des mütterlichen Beckens oder eine Querlage. Ein ausgetragenes Kind in Querlage bildet stets ein unüberwindliches Geburtshinderniss, es kann ohne Kunsthülfe niemals geboren werden!

Die Masse des mütterlichen Beckens und des kindlichen Kopfes haben in dem vorliegenden Falle ergeben, dass ein Missverhältniss zwischen ihnen nicht bestand. Dagegen hat die Besichtigung der Kindesleiche mit Sicherheit feststellen lassen, dass dasselbe zur Geburt in Querlage und zwar nur in Querlage gestanden hat. An demjenigen Kindestheile nämlich, welcher durch den Muttermund zuerst hindurchtritt, oder ihm dauernd gegenüberliegt, bildet sich stets eine Durchtränkung der Haut und des Unterhautzellgewebes mit Blut und Blutflüssigkeit. Eine solche, sogenannte Kopf- oder Blutgeschwulst, bleibt nur aus bei ganz leicht und abnorm schnell verlaufenden Geburten; bei jeder normalen Geburt findet sich eine solche am Kopfe, dem regelrecht vorliegenden Kindestheile. Wenn ein Kind unter der Geburt seine Lage wechselt — was wohl ab und zu vorkommen kann — so findet man Blutgeschwülste an den beiden vorliegenden Theilen. Bei dem Kinde der P. fand sich eine Blutgeschwulst lediglich an der linken Brustseite; es geht daraus mit Sicherheit hervor, dass nur diese dem Muttermunde angelegen, dass also das Kind sich nur in Querlage zur Geburt gestellt hat. Da es in dieser unmöglich geboren werden konnte, so führte diese regelwidrige Lage, welche durch Kunsthülfe nicht geändert wurde, zu dem todtbringenden Einrisse. Die Herbeiführung des Einrisses wurde begünstigt dadurch, dass die Gebärmutter durch Wehenpulver zu neuen kräftigen Zusammenziehungen angereizt wurde, als sie ermattet ihre

Wehenthätigkeit eingestellt hatte. Es braucht nämlich nicht bei jeder Querlage zu einem Einrisse zu kommen; sehr häufig hören die Wehen auf und die unglückliche Kreissende liegt so lange unentbunden, bis durch die auch in diesem Zustande noch aussichtsvolle ärztliche Hülfe das Kind aus dem Mutterleibe entfernt und so der Mutter das Leben gerettet wird.

Die Zeugenaussagen machen es uns wahrscheinlich, dass die Zerreissung der Gebärmutter erst nach Eingabe der Wehenpulver zu Stande kam, während vorher immer nur davon die Rede war, dass es an Wehen gefehlt habe, berichtet die Mutter, dass die P. nach dem zweiten Pulver grosse Wehen bekam und sich im Bette vor Schmerzen wand und der Ehemann bezeugt, dass nach Einnahme der Pulver die Frau unruhig wurde, wimmerte und Todesahnungen bekam.

Was die Todesursache des Kindes betrifft, so ist zu bemerken, dass dasselbe erst drei Tage nach dem Tode der Mutter durch Schnitt aus dem Mutterleibe entfernt ist, also nach der allgemeinen Auffassung eigentlich nicht gelebt hat. Desshalb ist eine Oeffnung seiner Leiche nicht für nothwendig erachtet. Das Kind ist — medizinisch aufgefasst — vor der Geburt gestorben und zwar dadurch, dass seine Ernährung durch das mütterliche Blut mit dem Tode der Mutter aufhörte. Da es ausgetragen und wohl gebildet war, liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass bei glücklichem Geburtsverlaufe es nicht zum Athmen, also zum Leben im gewöhnlichen Sinne gekommen wäre; die frische, unveränderte Beschaffenheit seiner Haut wies darauf hin, dass es bis kurz vor dem Tode der Mutter in hinreichender Weise ernährt, also lebensfähig gewesen ist.

Betreffs der Schuldfrage der die Geburt leitenden Hebamme fällt zunächst in's Gewicht, dass ihr Verhalten von Anfang an ein leichtfertiges war. Es liegt nach dem Verlaufe der Geburt kein Grund vor, die Angabe des Mannes der Kreissenden, dass dieser bereits am Morgen des 12. das Geburtswasser abgegangen sei, zu bezweifeln; auch bei der Vernehmung der Beschuldigten, welche der unterzeichnete Kreisphysikus am 13. vornahm, gab dieselbe an, dass das Wasser bereits vor ihrem Eintreffen abgegangen gewesen sei. Wenn das Fruchtwasser abgegangen ist, pflegt in der Geburt nicht, wie es Frau W. prophezeite, ein tagelanger Stillstand einzutreten; sie hätte die Pflicht gehabt bei der Kreissenden zu bleiben.

§. 5 der Instruktion für die Hebammen im Königreich Preussen besagt: (Preussisches Hebammenlehrbuch von 1892, S. 263): „Ueberhaupt sollen die Hebammen eine Gebärende, welche sich in Kindesnöthen befindet, nicht verlassen, um einer anderen zu helfen, es sei denn, dass eine andere, mit Einwilligung der Gebärenden herbeigerufene Hebamme die Stelle der weggehenden vertreten könnte. Jede Abweichung von dieser Verpflichtung kann aber nur durch ausserordentliche und dringende Nebenfälle entschuldigt werden.“ . . . . . Der weitere Verlauf zeigt, dass die Geburt bereits am Morgen im Gange gewesen ist. Früh wie Nachmittags kann Frau W. die Gebärende nur sehr oberflächlich untersucht haben, sonst hätte sie feststellen müssen, dass das Kind in Querlage stand. Eine Querlage ist schon bei äusserer Untersuchung unschwer zu erkennen und kann bei nur mittlerer Aufmerksamkeit einer Hebamme nicht entgehen. Die Thatsache jedoch, dass die Geburt nicht vorwärts ging, hätte die Hebamme zur besonders gründlichen Untersuchung veranlassen müssen, und dann musste sie die Querlage erkennen, wie man es von jeder geprüften Hebamme verlangen kann und muss; sobald sie aber die Querlage erkannte, hatte sie die Pflicht, zum Arzte zu schicken (Hebammenlehrbuch, §§. 194, 198). Sie hat die Herbeiholung des Aerztes nicht nur unterlassen, sondern sie sogar hintertrieben, als die Angehörigen und die Kreissende selbst darnach verlangten. Sie hat unentwegt in ihrem durch Leichtfertigkeit entstandenen Irrthum beharrt, als auch die Frau im Laufe der Nacht schlechter wurde und dringlich nach ärztlicher Hülfe verlangte. Immer wieder betonte sie, es sei alles in Ordnung und der Arzt könne auch nichts machen.

Sie griff inzwischen auch noch zu verbotenen Hülfsmitteln; sie suchte sich durch eine Lüge vom Arzte Wehenpulver zu verschaffen. Während sie den Anverwandten sagte, die Oeffnung sei für ärztliches Eingreifen noch zu klein, liess sie dem Arzte, wie dieser angiebt, sagen, es sei Alles in Ordnung und das Kind werde bald kommen. Sie wusste ausserdem sehr wohl, dass es den

Hebammen unter allen Umständen verboten ist, einer Gebärenden Wehen erregende Mittel zu geben. Der §. 267, welcher über die Massnahmen bei Wehenschwäche handelt, sagt ausdrücklich: „Niemals unterfange sich auch die Hebamme, einer Kreissenden Wehenpulver zu geben.

Dass möglicher Weise der Einriss durch die Verabreichung der Wehenpulver schliesslich herbeigeführt ist, haben wir bereits angeführt; die Frau erhielt innerhalb drei Stunden 1 g Secale cornutum, eine Menge, welche wohl geeignet ist, in einer ermüdeten Gebärmutter einer Kreissenden von Neuem Wehen anzuregen. Jedenfalls erscheint es uns nicht unmöglich, dass ohne die Verabreichung der Wehenpulver die Frau P. noch bis zum anderen Morgen gelebt hätte, und dass dann durch Zerstückelung des Kindes ihr Leben noch hätte gerettet werden können.

Mehrfach also handelte Frau W. bei Leistung der Entbindung in schuldhafter Weise fahrlässig; sie steigerte die Fahrlässigkeit fast bis zur bewussten Schuld, als sie sich gegen die Herbeiholung des Arztes mehrfach sträubte und durch die direkt verbotene Verabreichung der Wehenpulver die Katastrophe beschleunigte.

Wir fassen unsere Ausführungen nochmals zusammen:

Frau P. ist in Folge eines Gebärmutterrisses unter der Geburt an Verblutung gestorben; der Tod der Mutter zog denjenigen des neugeborenen Kindes nach sich.

Der Gebärmutterriss war die Folge einer verschleppten Querlage des Kindes.

Die Querlage hätte durch rechtzeitige sachgemässe Kunsthülfe geändert und so möglicher Weise das Leben des Kindes, mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit das Leben der Mutter erhalten werden können.

Die Kunsthülfe konnte rechtzeitig nur eingreifen, wenn die zugezogene Hebamme die Querlage erkannte; dass sie dies nicht that, ist nur durch unverantwortliche Leichtfertigkeit ihrer Untersuchungen zu erklären; es ist unter keinen Umständen entschuldbar.

Es ist demnach der Tod der P. und ihres Kindes der fahrlässigen Handlungsweise der Hebamme W. zur Last zu legen.

Ihre selbstverschuldete Fahrlässigkeit wurde dadurch, dass sie die Angehörigen trotz ihres Drängens verhinderte, den Arzt zu holen, und durch die verbotene Verabreichung der Wehenpulver fast zur bewussten Schuld.

Die zu diesem Falle ergangene Erkenntnisse der zuständigen Strafkammer und des Oberverwaltungsgerichts sind in der Beilage zur heutigen Nummer (s. S. 139) abgedruckt.

Kasuistischer Beitrag zur Frage der Organrupturen nach Kontusion des Bauches: Ruptura Ilei, Ruptura Venae cavae asc.

Auszug aus einem in der Versammlung des Medizinalbeamten-Vereins zu Danzig gehaltenen Vortrage.

Von Dr. med. C. **Berg**-Danzig.

Aus einer Reihe von Todesfällen nach Quetschung des Bauches, welche ich gemeinsam mit den Herren Kreisphysikern Dr. Steger und Dr. Eschricht zu obduziren hatte, wähle ich zwei Fälle von Organruptur aus, weil sie durch die Eigenart der festgestellten Verletzung weitere Kreise interessiren dürften.

I. Darmriss nach Fusstritt.

Von Rupturen nach Bauchquetschung werden am häufigsten die grossen Unterleibsdrüsen: Leber, Milz, Nieren betroffen, seltener

die Hohlorgane und am wenigsten die grossen Blutgefässe. Geill[1]) weist an rund 500 Fällen von Zerreissung innerer Organe durch stumpfe Gewalt, die im Wiener gerichtlich-medizinischen Institut zur Sektion kamen, nach, dass die Leber in 60 %, Milz in 33 %, Nieren in 21 %, Darm in 19 %, Magen in 7 %, Blase in 4 %, Vena cava asc. in 3 % rupturirt waren.

Die Darmrisse im Besonderen haben eine ausgezeichnete Bearbeitung aus der Wölfler'schen Klinik durch Petry[2]) erfahren, welcher so ziemlich die ganze bis 1896 erschienene Literatur mit 232 Fällen statistisch verwerthet hat. Nach Petry's Ermittelungen führt weit häufiger als eine diffus den Unterleib treffende Gewalt eine an umschriebener Stelle einwirkende zu einer Darmverletzung; als häufigste Ursache fand er Hufschläge gegen den Bauch (58 Fälle), oft auch Fusstritte (21) und Ueberfahrenwerden (32). Hiermit stimmen auch die neuesten Erfahrungen überein. Geill[3]) zählt unter seinen 32 Fällen von isolirten Darmrissen 13 durch Schlag (Auftreffen von Huf, Eisenstück, Stein, Balken, Hammer, Deichsel), 5 Fälle durch Sturz aus der Höhe, 6 durch Ueberfahrenwerden. Schmitt[4]) beschreibt aus der Münchener chirurgischen Klinik 8 Fälle von Darmrissen; davon waren 7 durch umschriebene Stosswirkung verursacht. Aehnliches berichtet auch R. v. Hippel aus eigener Praxis.[5])

Die Art, wie der Darmriss im einzelnen Falle zu Stande gekommen ist, wird der Gerichtsarzt bisweilen aus dem Leichenbefunde nach Lage, Umgebung und Beschaffenheit der Perforationsstelle, sowie aus der Eigenthümlichkeit der einwirkenden Gewalt ableiten können. Die neuesten Autoren[6]) unterschieden dabei drei Arten:

1. Durch Zermalmung oder Quetschung des Darmes zwischen der einwirkenden Gewalt und einer knöchernen Unterlage (Wirbelsäule, Darmbein). In solchen Fällen sind die Ränder der Rupturstelle stark gequetscht, zuweilen kommen zwei sich gegenüberliegende Löcher in demselben Querschnitt des Darmes vor.

2. Durch Platzen oder Bersten: Der Innendruck der mit Flüssigkeit oder Gas stärker gefüllten Darmschlingen wird durch eine plötzlich einwirkende Gewalt derart vermehrt, dass die Wandung platzt. Schmitt setzt dabei als wahrscheinlich voraus,

---

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1899, Heft 4. Aehnliche Prozentzahlen auch bei Strassmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 1895, Seite 396.

[2]) E. Petry: Ueber die subkutanen Rupturen und Kontusionen des Magen-Darmkanals. Beiträge zur klinischen Chirurgie; 1896, Bd. 16, H. 2, 3.

[3]) L. c.; Seite 51.

[4]) Schmitt: Ueber Verletzung des Unterleibes durch stumpfe Gewalt. Münchener medizinische Wochenschrift; 1898, H. 28, 29.

[5]) R. v. Hippel: Ueber Verletzungen des Bauches durch Einwirkung stumpfer Gewalt. Deutsche Aerzte-Zeitung; 1900, H. 14.

[6]) Stern: Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Klinische Studien. Jena 1900, S. 223. — Schmitt, l. c., S. 884. — Wittzack: Gerichtsärztliche Beurtheilung der Darmverletzungen. Wiener Klinik, 1898, H. 8 und 9. — Vergl. auch Beck: Ueber Darmzerreissung u. s. w. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie; 1879, Bd. XI.

dass der Darminhalt nicht rasch genug, vielleicht durch plötzliche Abknickung seitens der quetschenden Einwirkung, nach oben oder unten hin ausweichen kann.

3. Durch gänzliches Abreissen des Darmes in Folge starker Dehnungin seiner Längsachse, besonders häufig an den fest angehafteten Darmtheilen: Abreissung des Dünndarms vom Jejunum und Coecum.[1])

Der Sitz der Perforation richtet sich nach der Einwirkungsstelle der angreifenden Gewalt. Die geringere Länge und geschütztere Lage des Dickdarms erklären die Thatsache, dass Rupturen desselben nach Petry nur in 12 % der Fälle vorkommen; auf den Dünndarm dagegen entfallen 74 %.

Am häufigsten liegt die Perforation am freien Rande des Darms, nicht selten auch an der Anhaftungsstelle des Mesenteriums mit Einriss in dasselbe.

Als begünstigende Momente für das Zustandekommen eines Einrisses lassen sich aus den veröffentlichten Fällen anführen: Vorlagerung eines Darmtheiles in einen Bruchsack,[2]) pralle Füllung,[3]) krankhafte Veränderungen der Wand,[4]) Anhaftung durch Verwachsungen.

Die klinischen Symptome bei Darmverletzungen übergehe ich hier, weil ich nur zur leichteren Beurtheilung des nunmehr zu schildernden Falles obige anatomische Daten anführen wollte. Dieser Fall hatte folgenden Verlauf gehabt:

Auf einem zwischen zwei Gewässern hinführenden schmalen Fahrwege stand am 11. August 1900 Abends der 46jährige Knecht K., als ein Reiter auf ihn zutrabte. Bei ihm angekommen scheute das Pferd, und beim Versuche, dasselbe vorwärts zu bringen, stiess der Reiter dem Knecht mit dem im Steigbügel befindlichen Fuss gegen den Bauch, angeblich ohne selber von dem Stosse etwas gespürt zu haben. K. rief dem Davonreitenden noch nach: „Hättest mir auch ausweichen können!“ Dann brach er vor Schmerz zusammen und musste in seine Kate getragen werden. Er sagte, er hätte sogleich nach dem Stoss das Gefühl gehabt, als ob ihm alle Eingeweide aus dem Leibe fielen. Nachdem er die Nacht unter grossen Schmerzen verbracht hatte, starb er 16 Stunden nach erlittener Verletzung.

Die Leiche war in der Augusthitze bis zur Obduktion stark gefault, indessen hatte der Befund in der Bauchhöhle dadurch an Deutlichkeit nichts eingebüsst. Aeusserlich ist die Bauchhaut ohne Blutunterlaufung, desgleichen das Peritoneum parietale. In der Bauchhöhle sind die vorliegenden Därme stark gebläht, ohne Glanz und stellenweise mit einem gelben fadenziehenden Belag bedeckt, von gelbröthlicher Farbe. Im kleinen Becken 300 ccm braunrothe, trübe, mit Fibringerinnseln durchsetzte Flüssigkeit. Es fällt sofort auf, dass inmitten der gleichmässig geblähten Dünndärme eine Schlinge zusammengefallen ist und zwar in der Mitte zwischen Nabel und Spina dextra. Beim Vorziehen entdeckt man an ihr sofort ein bohnengrosses Loch, umgeben von einer fingerbreiten Blutunterlaufung unter der Serosa. Nach Herausnahme des Darms zeigt sich, dass das Loch 2,15 m von der Ileo-Coecalklappe entfernt

---

[1]) v. Hoffmann: Lehrbuch der ger. Medizin; S. 484.

[2]) Rehm: „Darmruptur durch Fusstritt gegen einen Leistenbruch.“ Friedreich's Blätter; 1891, S. 43.

[3]) Hierfür sind wichtig die Versuche von Longuet; Bull. de la Soc. anatom. Paris 75.

[4]) Hyrtl bei Hofmann; l. c., S. 484.

an der freien Darmrundung gegenüber dem Gekröseansatz liegt.[1]) In dem aufgeschnittenen und gleichmässig ausgebreiteten Darmstück hat das Loch etwa eirunde Gestalt von 7 : 5 mm Grösse; seine Ränder sind fast ganz glatt, nicht verdickt oder zackig, zwischen Schleimhaut und Muskelschicht erstreckt sich rings ein dünner Bluterguss. Der Darm weist im Uebrigen nirgends krankhafte Veränderungen auf. Der sonstige Leichenbefund ist ohne Besonderheiten.

Wie so häufig, hat auch in diesem Falle ein verhältnissmässig geringfügiger Stoss gegen den Bauch bei einem völlig Gesunden zu einer Ruptur des Darmes geführt. Wenn wir uns vorstellen, wie der im Bügel befindliche Fuss des Reiters den am Wege Stehenden getroffen haben mag, so wird der Fusstritt immerhin nur eine geringe Gewalt gehabt haben, weil bei der Unabsichtlichkeit des Stosses der Steigbügel einen Theil der Stosskraft abgefangen haben wird. Diese Annahme wird noch unterstützt durch die Thatsache, dass die Bauchdecken unverletzt und die Sugillationen am Darmriss gering waren. Nach den zahlreichen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen genügt eben schon eine unbedeutende Gewalteinwirkung zur Hervorbringung eines Darmrisses. Man denke nur an die Selbstverletzung jenes Paralytikers,[2]) der sich in viertelstündlichen epileptiformen Anfällen mit den Fäusten gegen den Bauch schlug und sich so 4 Verletzungen am Colon (Peritonitis, Exitus) beibrachte.

Dementsprechend glaube ich nicht, dass in unserem Falle der Darm zwischen stossendem Fuss und Wirbelsäule zerquetscht worden ist, sondern nehme auf Grund der glatten Beschaffenheit der Rissstelle, sowie ihrer Lage in der Bauchhöhle jene zweite oben bezeichnete Entstehungsart der Berstung an.

II. Zerreissung der Vena cava ascendens.

Verletzungen der grossen Bauchgefässe kommen dem Chirurgen verhältnissmässig selten zur Beobachtung, weil der Verblutungstod eintritt, ehe seine Hülfe erreicht wird. Meist handelt es sich um Schusswunden. Nach Nussbaum[3]) kamen im grossen amerikanischen Kriege auf 3717 penetrirende Bauchwunden nur 54 Gefässverletzungen. Neudörfer[4]) giebt an, dass der Tod in derartigen Fällen nach 3—15 Minuten eintrat. Die Schnelligkeit der Verblutung wird sich natürlich nach Art und Grösse der Verletzung richten. So vermochte der Verwundete Maschka's,[5]) dem 2 Schrotkugeln Colon und Vena cava durchbohrt hatten, noch etwa 600 Schritt auf unebenem Wege weiterzugehen, bis er an der Stelle umsank, wo er am nächsten Tagen todt aufgefunden wurde. Die uns hier vornehmlich angehenden Ruptnren der Hohlader nach Quetschung des Bauches sind vielleicht noch seltener

[1]) Eine ganz ähnliche Perforation beschreibt Friedberg: „Darmzerreissung durch Fusstritte." Gerichtsärztliche Praxis; 1881, S. 301; ferner Landahn: Traumatische Darmruptur. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1872, S. 235.

[2]) Chiari; Prager med. Wochenschrift; 1893, Nr. 49 und 1894, Nr. 1.

[3]) Die Verletzungen des Unterleibes: Deutsche Chirurgie. Stuttgart 1880, Seite 163.

[4]) Handbuch der Kriegschirurgie. II. Aufl., I. Th., S. 681.

[5]) Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten; IV., S. 126.

als die Schussverletzungen. Geill[1]) zählt 17 Fälle (12 Erwachsene, 5 Kinder), davon waren 2 Fälle auf Sturz aus der Höhe, 10 auf Ueberfahrenwerden, 5 auf Zusammenpressung zurückzuführen. Von älteren Autoren haben schon Morgagni, Velpeau und Bourguignon über traumatische Rupturen der Hohlvene berichtet. Netter, Ashurst und Schwarz beschrieben Fälle, die mit ihren Venenverletzungen viele Stunden, ja Tage gelebt haben;[2]) ferner hat Fesq[3]) wichtige Beispiele isolirter Verletzung der Vena cava zusammengestellt.

Ja nach dem Sitz des Venenrisses wird man, wenn die Entstehung des Traumas unbekannt geblieben ist, selbst beim Fehlen von sonstigen charakteristischen Nebenverletzungen, im Stande sein, auf die Art der Gewalteinwirkungen zu schliessen. Sitzt der Riss am oberen Venenende, so wird es sich um eine indirekte Ruptur handeln z. B. Sturz aus grosser Höhe, indem die mit der Hohlvene fest verwachsene Leber eine solche Zerrung ausübt, dass die Gefässwand einreisst. So war es bei dem Maurer Casper-Limans[4]), der von einem Neubau herunterstürzte und sofort todt blieb: Ruptur der Vene dicht am Herzen, ausserdem Leberriss am Lig. suspensorium, äusserlich keine Verletzungen. Gegen direkte Quetschungen wird die Vena cava asc. in ihrem oberen Theile hinreichend durch die überlagerten Weichtheile geschützt. Anders ist es dagegen in ihrem untern Abschnitt, wo sie nur vom Dünndarm bedeckt ist. Hier kann sie, fest angeheftet an die stark vortretende Wirbelsäule, von einer heftig auftreffenden Gewalt, wenn die Darmschlingen ausweichen, auch isolirt getroffen und verletzt werden. Dafür ist der folgende Fall ein geeignetes Beispiel:

Aus einem Keller der Brodbänkengasse in Danzig wurde auf einem Schlipp (2 quer verbundene Gleitbalken) ein rund 200 kg schweres Firnissfass mittelst zweier umgelegten Seile auf die Strasse emporgezogen. Der 18jährige Kuhnke wollte nun das Hinaufrollen erleichtern und stemmte sich, hinter und unter dem Fasse im Keller stehend, mit einer Schulter gegen das Fass. Dadurch glitt aber von der einen Seite das Seil ab, das Fass rollte zurück, riss dem Kuhnke zu Boden und legte sich ihm quer über den Leib. Der solchermassen Gequetschte wurde sofort ins chirurgische Stadtlazareth geschafft und wurde alsbald zur Laparotomie vorbereitet. Jedoch nahm man von einem Eingriff Abstand, weil der Verletzte sichtlich verfiel; nach wenigen Minuten starb er, etwa eine Stunde nach der erlittenen Quetschung.

Bei der Leichenöffnung fanden sich äusserlich an der blassen Haut ausser einer thalergrossen, braunrothen, lederartigen Stelle am rechten Unterbauch keine Verletzungen. Aber schon beim Einschneiden der Bauchhaut bot sich ein grosser flächenhafter Bluterguss zwischen Haut und Faszie von 1 cm Dickendurchmesser dar, der sich vom Schambein bis zum Rippenbogen und seitlich bis in die Lumbalgegend erstreckte. Der Musculus rectus dexter war in seiner Mitte quer durchrissen; die beiden Stumpfe lagen, fingerbreit von einander zurückgewichen, in der unversehrten Muskelscheide, eine m. E. aktive Ruptur durch übermässige Kontraktion der Bauchmuskulatur.

In der Bauchhöhle lag eine Menge flüssiges und klumpig geronnenes

---

[1]) L. c., S. 217.

[2]) Albert: Lehrbuch der Chirurgie; Bd. III, S. 47.

[3]) Essai sur les ruptures traumatiques des gros vaisseaux intraabdominaux sans lésions de la paroi abdominale et des viscères. Thèse de Paris 1878.

[4]) Handbuch, VIII. Aufl; Bd. 2, S. 169.

Blut; aus dem Becken und den Hypochondrien wurden 1500 ccm herausgeschöpft. Die grossen drüsigen Organe: Leber, Milz, Nieren, welche als muthmassliche Quelle der Blutung zunächst abgesucht wurden, erwiesen sich als unverletzt, desgleichen Magen und Darm. Als aber die gesammten Dünndarmschlingen nach rechts aus der Bauchhöhle herausgewälzt wurden, klaffte im rechten Mesenterialblatte der Radix Mesenterii ein breiter, 12 cm langer, schräg in der Richtung von der linken Niere nach dem Blinddarm laufender Riss. Wenngleich durch denselben eine Anzahl von Aesten der Art. mesenterica und der Pfortader durchrissen waren, so war damit doch nicht die Schnelligkeit des eingetretenen Verblutungstodes erklärt, es musste ein Hauptgefäss verletzt sein.[1]) Und richtig, nach Ablösung des Bauchfells der Rückwand und Wegräumung des massenhaften bis zu den Nieren weichenden Hämatoms wurde in der Vena cava ascendens ein fingerbreit klaffendes Loch gefunden. Dieses Loch hatte die Vene 5 cm oberhalb ihrer Theilung in die Venae iliacae in der Höhe des dritten Lendenviertels quer geöffnet, sodass nur ein $^1/_2$ cm breiter Streifen der hintern Venenwand den Zusammenhang des Gefässes erhielt. Die Organe der Kopf- und Brusthöhle waren blutleer und blass, die der Bauchhöhle von mittlerem Blutgehalt und im Uebrigen unversehrt.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Danzig am 24. November 1900.

Anwesend waren: Dr. Borntraeger-Danzig, Vorsitzender, Dr. Bremer-Berent, Dr. Birnbacher-Putzig, Dr. Berg-Danzig, Dr. Deutsch-Elbing, Dr. Eschricht-Danzig, Dr. Heyer-Elbing, Dr. Hochmann-Marienburg, Dr. Kaempfe-Carthaus, Dr. Steger-Danzig.

Zuerst wurde das Volksbrausebad und ein feuchtes Haus besichtigt.

Sodann referirte Dr. Berg-Danzig über **5 Fälle von Quetschung des Bauches mit tödtlichem Ausgang.** Der Vortrag ist in der heutigen Nummer (s. S. 405) veröffentlicht.

In der Diskussion erwähnte Kreisphys. Dr. Eschricht einen von ihm mitbeobachteten Fall von Fettembolie in die Lungen, der unter den Erscheinungen des Shoks gestorben war.

Kreisphys. Dr. Steger warnte davor, den Ausdruck Shok im vorläufigen Gutachten vorzubringen und gab zu erwägen, ob nicht in dem vom Vortragenden als Shok gedeuteten Fällen die Grösse der Blutung aus den zahlreichen Knochenbruchflächen und Weichtheiltrennungen zur Erklärung des Todes genügt.

San.-Rath Dr. Deutsch-Elbing besprach einen Fall, wo ein Stoss mit der Deichsel gegen den Bauch zu einem langwierigen Leiden geführt hatte; bei der Sektion fand er ein faustgrosses Aneurysma der Bauchaorta.

Dr. Heyer-Elbing brachte einen von ihm beobachteten Fall von Darmruptur nach Misshandlung, und Dr. Hochmann-Marienburg einen Fall von tödtlicher Bauchquetschung in Folge Anfahrens seitens der Eisenbahn zur Sprache.

In einem Schlusswort ging der Vortragende noch auf die vorgebrachten Fälle ein.

Dr. Steger-Thorn.

Bericht über die XI. Sitzung des Vereins der Medizinal-Beamten des Regierungsbezirks Gumbinnen am Sonntag, d. 12. Mai 1901, in Insterburg im Hôtel „Rheinischer Hof".

Anwesend sind: Reg.- und Med.-Rath Dr. Doepner und die Kreisärzte DrDr. Behrendt-Tilsit, Brettschneider-Angerburg, Cohn-Heydekrug, Czygan-Goldap, Dubois-Johannisburg, Forstreuter-Heinrichswalde, Herrendoerfer-Ragnit, Heyer-Loetzen, Krause-Sensburg, Liedtke-Insterburg, Ploch-Darkehmen, Raetzell-Gumbinnen, Schawaller-Pill-

---

[1]) In einem von Rapp in Henkes Zeitschrift, (Jahrg. 1895, S. 168) beschriebenen Fall von Verblutung aus den Mesenterialgefässen des Coecum nach einem Messerstich trat allerdings der Tod schon nach $^3/_4$ Stunde ein.

kallen, Schulz-Stallupönen, Stumm-Lyck, Vossius-Marggrabowa, sowie die Kreisassistenzärzte v. Decker-Bialla, Lemcke-Prostken und als Gäste Franz-Insterburg, Kehler-Gumbinnen.

Auf der Tagesordnung steht:

1. Geschäftliches.
2. Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten: Brettschneider-Angerburg und Liedtke-Insterburg.
3. Einführung neuer Tabellen für Granuloseambulatorien: Cohn-Heydekrug.
4. Besprechung der in letzter Zeit ergangenen Verfügungen: Reg.- und Med.-Rath Dr. Doepner-Gumbinnen.

Der Vorsitzende eröffnete die Versammlung und begrüsst die anwesenden Medizinalbeamten, die nach Einführung des Kreisarztgesetzes in ihrer Stellung als Kreisärzte einer weit ausgedehnteren und verantwortungsvolleren Thätigkeit entgegensehen. Die Ausführungen zum Kreisarztgesetz hätten jedem Betheiligten wohl schon zum Bewusstsein gebracht, dass bei den, auch an den nicht vollbesoldeten Kreisarzt gestellten Anforderungen, die Privatpraxis nur in verschwindendem Masse wird ausgeübt werden können und die amtliche Thätigkeit die Arbeitskraft desselben voll in Anspruch nehmen wird. Er gedenkt dann des kurz vor Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes verstorbenen Mitgliedes, des Sanitätsraths Dr. Leistner-Eydtkuhnen, sowie der in Folge der Einführung des Gesetzes zur Disposition gestellten, sowie ausgeschiedenen und versetzten Mitglieder. In erster Linie spricht er sein Bedauern aus über den Abgang des Vorstandsmitgliedes und früheren Vorsitzenden, Kreisphysikus in Lyck, Sanitätsrath Dr. Surminski, und bringt ein Schreiben desselben zur Verlesung, in dem derselbe seinen Austritt aus dem Verein mittheilt und sich von den Kollegen verabschiedet.

Es wird beschlossen, von der Wahl eines dritten Vorstandsmitgliedes abzusehen.

Zu Punkt 1 der Tagesordnung: **Geschäftliches**, berichtet Forstreuter, dass zu der heutigen Versammlung sämmtliche bisherigen Mitglieder des Vereins, auch die in Folge des Kreisarztgesetzes ausgeschiedenen und zur Disposition gestellten eingeladen worden seien, da dieselben ihren Austritt aus dem Verein nicht erklärt hätten. Nach einem früheren Beschluss sollten dem Verein aber nur die Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Gumbinnen angehören, während die anderen pro physicatu geprüften Aerzte als Gäste an den Versammlungen theilnehmen können. Er werde in Folge dessen späterhin die Einladungen nur an die im Amte befindlichen Medizinalbeamten senden und sei es dann Sache der Betreffenden, den in ihrem Kreise ansässigen pro physicatu geprüften Aerzten und den ausgeschiedenen Kollegen von der Sitzung Mittheilung zu machen resp. dieselben einzuladen. Die Versammlung erklärt sich hiermit einverstanden.

Punkt 2 und 3 der Tagesordnung werden abgesetzt und referirt Herr Reg.- und Med.-Rath Dr. Doepner zu Punkt 4 der Tagesordnung über die **Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901**, indem er dieselbe paragraphenweise zur Diskussion stellt und neben eigenen Ausführungen die von den Anwesenden gewünschten Aufklärungen giebt und Zweifel erörtert.

Zum Absatz 2 des §. 80 wird von einzelnen Mitgliedern ausgeführt, dass die Beaufsichtigung und Prüfung der Trichinenbeschauer mehr in's Gebiet der beamteten Thierärzte falle und namentlich nach Einführung des Fleischschaugesetzes diese Thätigkeit wohl zweckmässig den Letzteren zu übertragen sei. Ein Widerspruch erfolgte nicht.

Nach Schluss des wissenschaftlichen Theils vereinte ein gemeinsames Mahl die Theilnehmer bis zum Abgange der Züge. Hierbei wurde noch für diesen Sommer ein gemeinschaftlicher Ausflug mit den Familienangehörigen verabredet und die Ausführung desselben den Kollegen Liedtke-Insterburg, Krause-Sensburg und Forstreuter-Heinrichswalde übertragen.

Dr. Forstreuter-Heinrichswalde.

Bericht über die II. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Osnabrück in Osnabrück am 28. Mai 1901.

Anwesend waren: Der Vorsitzende, Reg.- und Med.-Rath Dr. Grisar, die Kreisärzte: Dr. Bitter-Osnabrück, San.-Rath Dr. Heilmann-Melle, San.-Rath Dr. Schirmeyer-Osnabrück, Dr. Strangmeier-Osnabrück, San.-Rath Dr. Többen-Osnabrück, San.-Rath Dr. Tholen-Papenburg, Dr. Quentin-Bentheim, die Kreisassistenzärzte: Dr. Holling-Sögel, Dr. Petermöller-Meppen, sowie die pro physicatu geprüften Aerzte: Dr. Dieckmann-Schüttorf, Dr. Schirmeyer in Osnabrück, Dr. Schürmeyer-Iburg und Dr. Weithoener-Buer.

Vor Eröffnung der Sitzung hatten die Versammelten die Ehre, von dem Herrn Regierungspräsidenten v. Heydebrand und der Lasa begrüsst zu werden.

Sodann wurde, nach einigen geschäftlichen Mittheilungen des Vorsitzenden, in die Berathung der Tagesordnung: **Durchsprechung der Dienstanweisung für die Kreisärzte** vom 23. März 1901, eingetreten. Eröffnet wurde diese durch den Vorsitzenden mit einem Zitat aus dem Leitartikel des vorletzten Heftes (Nr. 9) der Zeitschrift für Medizinalbeamte, in welchem der Herausgeber dieser Zeitschrift in kurzen, scharfen Umrissen die Art und den Umfang der Dienstobliegenheiten des Kreisarztes beschreibt und hierbei allgemeine goldene Regeln aufstellt, welche jener bei Erfüllung dieser Pflichten sich zur Richtschnur nehmen soll.

Es wurde sodann die Dienstanweisung abschnittweise durchgegangen. Die sich hieran knüpfenden Erörterungen bezogen sich im Wesentlichen mehr auf formale Fragen der Dienstanweisung. Hierbei auftauchende Zweifel wurden von dem Vorsitzenden in bereitwilligster Weise aufgeklärt.

Zwei andere bereits vorbereitete Vorträge mussten auf die Tagesordnung der Herbstversammlung verlegt werden, da der oben genannte Gegenstand der Berathung die zur Verfügung stehende Zeit vollständig in Anspruch nahm.

Später hielt ein gemeinsames Mahl die Theilnehmer an der Versammlung noch mehrere Stunden in anregender Unterhaltung zusammen.

Dr. Strangmeier-Quakenbrück.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Traumatischer Haemothorax. Infektion desselben durch Streptokokken und Bacillus perfringens. Von Lecène und Legros. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1900, S. 461.

Ein 23 Jahre alter Mann hatte während eines Streites aus nächster Nähe in die obere Brustgegend einen Revolverschuss erhalten. Die Eingangsöffnung befand sich 3 cm unter dem Artic. sternoclavicularis; die Ausgangsöffnung wurde nicht gefunden. Neun Tage lang war der Verlauf günstig; mässig hohe Temperaturen, ziemlich lebhafte Dyspnoe, Symptome eines bis zur Spina scapulae reichenden Haemothorax wurden notirt. Dann trat plötzliche Verschlimmerung ein. Die Probepunktion ergab blutige Flüssigkeit mit sehr zahlreichen, voluminösen, eingekapselten Bazillen, die sich als Bac. perfringens (Veillon & Zuber) erwiesen, und Streptokokken.

Später traten peritonitische Erscheinungen ein; die Temperatur stieg an, an der Schulterblattspitze hörte man amphorisches Athmen, es trat Sukkussionsgeräuch auf. Durch Rippen-Resektion wurden 2 Liter eines blutig eitrigen, sehr übelriechenden, mit Gasblasen vermischten Exsudates entleert. Nach $^1/_2$ Stunde trat der Tod ein. Im Exsudat waren fast nur jene Bazillen enthalten. Das Blut war steril. Vorraussichtlich würde eine weniger rapide Entwicklung der Infektion sowohl in Peritoneal- als in Pleurahöhle auf ein Vorwiegen der strikt anaeroben Art über die fakultativ anaerobe geführt haben.

Bei der Obduktion zeigte sich vollständige Vernarbung der penetrirenden Wunde; der obere Rand der 5. rechten Rippe war zermalmt in Folge Rikochetirens der Kugel, die im Unterlappen parenchym eingebettet gefunden wurde. Die ganz atelektatische rechte Lunge war mit gelbgrünlichen Membranen bedeckt.

Das nicht perforirte Zwerchfell war mit der oberen Leberfläche adhaerent.

Nach dem Kongressberichte der Münchn. med. Wochenschrift (1901, S. 1439) hat Veillon-Paris über die Rolle der anaeroben Bakterien in der Pathologie Untersuchungen angestellt und diese allein oder aerobischen Mikroben assoziirt immer bei Gangraen gefunden. Nach dem von demselben angewandten Kulturverfahren auf gezuckerter Bouillon gelang es den Verfassern, mit dem Bac. perfringens beim Meerschweinchen gashaltiges Oedem, Unterminirung des Unterhautgewebes auf der geimpften Seite zu erzielen.

Dr. Mayer-Simmern.

Veränderungen des Zentralnervensystems bei der Inanition. Von L. Marchand und Cl. Vurpas. Ibidem; 1901, S. 296.

An ausgewachsenen und an neugeborenen Meerschweinchen, ferner an Kaninchen, die der Inanition unterworfen wurden und die dem Hungertode am 3., 8., bezw. 12. Tage erlagen, fanden die Verfasser, die das Gehirn dieser Thiere mit den Hülfsmitteln der modernen Technik untersuchten, Veränderungen, die darauf schliessen liessen, dass bestimmte Zellen länger Widerstand leisten, als andere.

Im ersten Stadium ist das Protoplasma der grossen motorischen Ganglienzellen entfärbt und enthält im Innern kaum gefärbte Nissl-Granulationen in grosser Zahl und von normaler Grösse. Die chromophilen Granulationen verschwinden nun frühzeitig; sie sind in einem zweiten Stadium zu feinem Staub zerfallen, in einem dritten fehlen sie ganz, so dass auf eine wichtige Rolle derselben bei der Ernährung der Zelle geschlossen werden kann.

Die Zellfortsätze sind in diesem Stadium weniger zahlreich, kürzer, weniger verzweigt, weniger zart, als in der Norm.

Das Stützgewebe zeigt sich nicht betroffen. Entzündungserscheinungen finden sich nicht; die Gefässe sind erweitert und strotzen vor Blut.

Aehnliche Läsionen finden sich in der Hirnrinde der verschiedenen Thiere.

Placzek's Arbeiten (Vierteljahrschrift für gerichtl. Med., XVII. und XVIII. Bd., 1899 und Bericht über die XV. Hauptvers. des Pr. Medizinalbeamtenvereins S. 110) sind übrigens nicht erwähnt.

Dr. Mayer-Simmern.

Selbstmord als Verbrechen. Von S. Bell-Thomas. Aus den Verhandlungen amerikanischer gerichtlich-medizinischer Gesellschaften. The Medico-legal Journal; 1900, Bd. XVIII, S. 222.

Das Strafgesetzbuch des Staates New York enthielt einen Paragraphen, des Inhaltes, dass jede Person, die einen Selbstmord-Versuch macht, ein Verbrechen begehe und durch Gefängnissstrafe nicht über 2 Jahre zu bestrafen sei. Die thatsächliche Ausführung des Selbstmordes war aber kein Verbrechen. In Folge dessen zwang das Gesetz den Selbstmörder gradezu, jede Vorsichtsmassregel anzuwenden, die ihn zum Ziele führen musste; denn wenn der Versuch misslang, so verfiel er dem Gesetze.

In den wenigen Fällen allerdings, die als unter diesen Paragraphen fallend zur Verhandlung kamen, machten die Vertheidiger geltend, es liege Geisteskrankheit vor. In der That wurden bis auf wenige Ausnahmen, die Thäter freigesprochen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber den Zusammenhang zwischen Verbrechen in der Deszendenz und Alkoholismus der Eltern. Von Luise G. Robinovitch. Ibidem; S. 341.

Von 50 Verbrechern in kindlichem Alter aus dem Pariser St. Anna-Asyl gelang es der Verfasserin über die Familien anamnestische Daten zu erhalten.

Es fanden sich: körperliche Degenerationszeichen an den Kindern 18 mal, beide Eltern alkoholich 2 mal, der Vater ein Säufer 22 mal, die Mutter 1 mal, die Eltern mässig 8 mal, die Eltern an Psychosen, Neurosen 13 mal erkrankt oder mit Degenerationszeichen behaftet; Alkoholismus, Psychosen, Neurosen bei Verwandten 10 mal; andere Kinder, als die Patienten, die in den 50 Familien geboren wurden, 77; von diesen starben 40.

Es ergiebt sich aus dieser Uebersicht ein bemerkenswerther Einfluss des Alkohols, der insbesondere sich in der Zahl der überhaupt geborenen Kinder äussert (77 in 50 Familien).

Ein Bericht der New-Yorker staatlichen Besserungsanstalt lässt ähnliche Verhältnisse erkennen. Unter den Insassen war bei den Vorfahren Trunkenheit unzweifelhaft in 37,0% wahrscheinlich in 10,5% der Fälle nachweisbar.

Der Einfluss des Alkohols zeigt sich aber nicht allein in der Herabsetzung der Kinderzahl, die in den 50 besprochenen Familien geboren wurden, sondern auch in der Untergrabung der Lebenskraft der Kinder.

Auch die Durchschnittsgrösse und das Durchschnittsgewicht der Gefangenen in jener Besserungsanstalt halten sich in subnormalen Werthen.

Der Vortrag, der auch auf dem internationalen Kongress für Psychiatrie gehalten wurde, bringt mancherlei Interessantes und mag mit den Angaben Comby's, über den diese Zeitschrift (1901, S. 19) einen Bericht bringt, verglichen werden. Dr. Mayer-Simmern.

Fortschritte der mikroskopischen Untersuchungsmethoden zu gerichtlich-medizinischen Zwecken. Ibidem; S. 451.

In einem Vergiftungsfalle mit Arsenik war der Tod eines Mannes nach 12 Stunden eingetreten. Im Hofe, in dem er erbrochen hatte, starben mehrere Hühner. In dem Kropf eines derselben wurde ein oktaedrischer Krystall entdeckt und als Arsen mit dem Mikroskop indentifizirt. Die chemische Analyse bestätigte die mikroskopische Diagnose. So fügte das Mikroskop, obwohl es allein nicht genügt, die Anwesenheit von Arsen zu beweisen, ein wichtiges Glied zu der Kette, die den Nachweis des Giftes bildet.

Dr. Mayer-Simmern.

Zwei im Strafverfahren abgegebene motivirte Gutachten. Von Oberarzt Dr. Richter in Dalldorf. Allg. Zeitschr. f. Psych.; 1901, 58. Bd., 2. u. 3. H.

Im ersten Falle Richter's handelt es sich um einen Arbeiter, der zahlreiche Sittlichkeitsverbrechen an Knaben begangen hatte, wegen welcher Delikte er bereits früher eine Zuchthausstrafe erhalten und, ohne in psychischer Hinsicht aufgefallen zu sein, verbüsst hatte. Auf den zuerst befragten Gerichtsarzt machte der Angeklagte, der in der Verhandlung jede Erinnerung an seine Delikte leugnete, einen krankhaften Eindruck. Die Beobachtung fand keinen Anhalt für eine mit Bewusstseinstrübungen einhergehende Störung, dagegen konstatirte der Begutachter eine langsam abklingende ängstliche Benommenheit, die sich in der Untersuchungshaft eingestellt hatte. R. kam daher zu der vom Gerichte acceptirten Auffassung, dass der Angeklagte bei Begehung seiner Verbrechen im Sinne des §. 51 zurechnungsfähig war.

Der zweite Fall betrifft einen Kaufmann, der wegen mehrfacher Betrügereien vor Gericht stand. Auf Grund einer Reihe von Symptomen, wie Halluzinationen, Angstanfälle und anfallsweise auftretender Erregung wurde die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten in Zweifel gezogen. R. stellte während der Beobachtung in Dalldorf fest, dass der hereditär belastete Angeklagte, der lange Zeit stark getrunken hatte, vielfach Halluzinationen beängstigenden Inhaltes hatte und an plötzlichen Aufregungszuständen und Schwindelanfällen litt; er kommt zu dem Schlusse, dass zweifellos eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit zur Zeit der inkriminirten Handlungen vorgelegen habe und dass der bedeutende Einfluss, den „die Halluzinationen" zeitweise auf seine Handlungen ausübten, ohne durch Kritik korrigirt werden zu können, beweise, dass auch die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Das Verfahren gegen den Angeklagten wurde auf Grund des Richter'schen Gutachtens eingestellt. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber die klinischen Formen der Wochenbettspsychosen. Von Prof. Dr. Gust. Aschaffenburg. Ibidem.

Während man längere Zeit die psychischen Erkrankungen der Generationsperiode als charakteristische Formen zusammenfasste, ergeben neuere Untersuchungen immer deutlicher, dass eine derartige Zusammenfassung keine Berechtigung hat. A. hat bei 118 Frauen 132 Fälle von Wochenbettspsychosen

im weiteren Sinne einer Sichtung nach ihrer klinischen Zugehörigkeit unterzogen; davon kamen auf die Geburtsperiode 76 Fälle, auf die Schwangerschaft 29 und auf die Laktation 26. Am häufigsten — insgesammt 46 Fälle — wurde Dementia praecox im Sinne Kraepelin's festgestellt, sodann manisch-depressives Irresein mit 39 Fällen; die akute halluzinatorische Verwirrtheit oder Amentia bot nur 6 Fälle; an „unsicheren" Diagnosen führt Verfasser 22 auf, die übrigen bilden Verschlimmerungen bestehender Erkrankung, Paralyse u. s. w.

A. kommt zu dem Ergebniss, dass weder Verlauf, noch Prognose der Wochenbettspsychosen etwas Charakteristisches bieten. Auch die ätiologischen Verhältnisse ergaben keine bestimmten Anhaltspunkte. Die Erblichkeit entsprach den auch sonst bekannten Zahlen; das Alter der Wöchnerin liess keinen Schluss auf Bevorzugung bestimmter Altersstufen zu, ebensowenig Anzahl und Häufung der Geburten. Ferner konnte A. feststellen, dass die oft betonte Häufigkeit von Psychosen bei unehelich Geschwängerten für sein Material in keiner Weise zutraf. So kommt dem Zeugungsgeschäfte nur eine auslösende Bedeutung bei vorhandener Anlage zu psychischer Erkrankung zu. Die verhältnissmässig günstige Prognose erklärt sich aus den beobachteten Krankheitsbildern, die auch unter anderen Bedingungen eine gute Prognose gestatten.

Dr. Pollitz-Münster.

Ueber die klinischen Formen der Gefängnisspsychosen. Von Ernst Rüdin, 3. Arzt der psychiatr. Klinik zu Heidelberg. Ibidem.

R. sucht die Frage zu beantworten, ob sich eine spezifische Gefangenschaftspsychose nachweisen lasse. Untersuchungen nach dieser Richtung sind vielfach angestellt worden, so von Griesinger, der sich darauf beschränkte, eine Zunahme der psychischen Erkrankungen unter der Einwirkung der Zellenhaft zu konstatiren; ferner Gutsch (1862), der feststellte, dass gewisse Symptome, wie Angstzustände, verspottende Gehörshalluzinationen, aus der Situation gefolgerte Verfolgungsideen, Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung besonders oft in der Haft beobachtet werden; das Bestehen einer speziellen, wohlcharakterisirten Gefängnisspsychose nimmt Gutsch nicht an. Es sind ferner wichtige Arbeiten über den Gegenstand von Delbrück, Moeli und Kirn publizirt worden. Jedenfalls ist zuzugeben, dass die Frage von den Autoren in sehr verschiedener Weise beantwortet wird. R. suchte das Material der Heidelberger Klinik — 84 Männer und 10 Frauen — nach klinischen Geschichtspunkten zu klassifiziren. Es ergab sich, dass 55 % der Fälle als Katatonie zu bezeichnen war; vielfach sind es Vagabonden, die entweder bereits früher schwachsinnig waren, oder in die Vagabondenlaufbahn in Folge ihrer Krankheit gerathen. Nicht selten bestehen Symptome der Hebephrenie, die nicht erkannt wurden, und denen in der Haft der Ausbruch typischer Katatonie folgt. Auch bei den Gewohnheitsverbrechern stellt sich gelegentlich die Krankheit ein (11 Fälle). Als zweite Gruppe sind die Alkoholisten zu nennen, bei denen nicht selten nach früher überstandenem Delirium tremens ein wohlcharakterisirtes Bild des chronischen Alkohol-Wahnes beobachtet wird; es handelt sich hier um einen Zustand chronischer Halluzinose mit starkem Angstaffekt bei vollkommen erhaltener Orientirungsfähigkeit und Fehlen der Krankheitseinsicht. Neben dieser Gruppe kommt noch die der Epileptiker und Hysterischen in Betracht, bei welch' ersteren gelegentlich gleichzeitig Imbezillität oder paranoische Zustände gefunden werden. R. konnte so bei 83 % seines Materials eine klinische Diagnose stellen und die Uebereinstimmung mit Bildern bei Erkrankung der freien Bevölkerung konstatiren. Bei 17 % war dagegen eine sichere Diagnose aus verschiedenen Gründen unmöglich. R. kommt daher zu dem Ergebniss, dass eine eigentliche Gefängnisspsychose, falls überhaupt nachweisbar, jedenfalls wenig häufig sei, dass aber die bekannten klinischen Formen durch die Haft nicht selten modifizirt werden durch das Hinzutreten einer „halluzinatorischen Episode", die sich durch Gehörshalluzinationen, Beeinträchtigungsideen, Angstzustände und Reizbarkeit charakterisirt.

Dr. Pollitz-Münster.

Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Von Dr. Raecke in Tübingen, vormals Frankfurt a./M. Ibidem.

Der Verfasser hat bereits in einer früheren Arbeit (cfr. Ref. in dieser

Zeitschrift, Nr. 8 d. Jahrg.) auf die Wichtigkeit und Eigenthümlichkeit gewisser Stuporzustände hingewiesen, die nicht ganz selten bei Gefangenen aufzutreten scheinen und dem weniger Geübten nicht geringe diagnostische Schwierigkeiten bereiten können. Die 5 hier mitgetheilten Fälle, von denen nur der dritte eine gesonderte Beurtheilung verdienen dürfte, zeigen gemeinsam eine Reihe Züge der Hysterie, wie Sensibilitätsstörungen, gelegentlich langdauernde hysterische Anfälle, starke Suggestibilität und einen fortwährenden Wechsel des psychischen Bildes, das zwischen tiefem Stupor, leidlicher Klarheit, tobsüchtiger Erregung mit starker Trübung des Bewustseins wechselt. Dazu kommt eine bei dem stuporösen Zustande des Kranken auffällige Reaktion auf äussere Eindrücke, durch welche der Stupor gelegentlich ganz plötzlich koupirt werden kann. Besonderes Interesse kommt ferner dem „Ganser'schen Symptomenkomplex" zu, indem gleichzeitig mit dem Auftreten von Sensibilitätsstörungen das Symptom der „unsinnigen Antworten" (der Kranke kann nicht bis 10 zählen, nennt vorgehaltene Gegenstände verkehrt u. s. w.) sich einstellt und meist in kurzer Zeit wieder verschwindet. Systemlose, isolirte Verfolgungswahnideen werden häufig im Verlaufe der Krankheit vorgebracht.

Von Wichtigkeit ist die von den Kranken regelmässig behauptete Amnesie für den Beginn der Krankheit und für die Zeit der strafbaren Handlung. Raecke ist geneigt, hier eher ein „Nichtwissenwollen", ein absichtliches Leugnen anzunehmen, wie denn überhaupt, dem ganzen Charakter der Krankheit entsprechend, Uebertreibungen und Gemachtes stets neben wirklichen Krankheitssymptomen zu unterscheiden sind. Für die Diagnose ist daher der Nachweis der hysterischen Grundlage von entschiedener Bedeutung. Die Dauer der Krankheit kann sich über Monate erstrecken; nicht immer geht dem Auftreten des Dämmerzustandes ein Krampfanfall voraus. Schliesslich sei noch erwähnt, dass das Krankheitsbild bei beiden Geschlechtern beobachtet wird; von den mitgetheilten 5 Fällen betreffen 2 Frauen bezw. Mädchen, 3 Männer; die Kranken standen im Alter von 18—48 Jahren.

Dr. Pollitz-Münster.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Zur Kritik des Agglutinationsphänomens. Von Dr. Fritz Koehler, vorm. erster Assistenzarzt der medizinischen Universitätsklinik in Jena, zur Zeit Assistent der Brehmer'schen Heilanstalt in Görbersdorf. Zentralblatt für Bakteriologie u. s. w.; XXIX. Band, S. 683—687.

Nach der bisher geltenden Ansicht ist das Agglutinationsphänomen ein wichtiges diagnostisches Hülfsmittel bei der Erkennung von Typhuserkrankungen, das dem Gesundheitsbeamten in vielen Fällen von Typhusverdacht werthvolle Dienste leistet. Die vorliegende Arbeit setzt die diagnostische Verwerthbarkeit des Agglutinationsphänomens herab und stellt sie als weniger zuverlässig dar, als man bisher mit Widal selbst annahm.

Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, dass das Agglutinationsphänomen nicht eine ausschliesslich dem Blutserum des Typhuskranken zukommende Eigenschaft ist. Die Agglutination von Typhusbazillen (bis zum Konzentrationsgrade 1 : 40) werde auch bei ganz gesunden oder solchen Personen beobachtet, die an anderen Krankheiten als an Unterleibstyphus leiden. Auch zeigten gesunde Thiere, besonders ältere Hunde hohes Agglutinationsvermögen für Typhusbazillen. Anderseits könne die Reaktion in schweren, klinisch sicheren Fällen von Typhus vollkommen fehlen. Zudem übe das Serum des Typhuskranken eine ähnliche Agglutinationswirkung auch auf andere (vielleicht den Typhusbazillen verwandte) Bakterien aus. Die gleiche Wirkung komme wahrscheinlich zahlzeichen chemischen Stoffen zu. Ebenso wie Personen, welche an mit Ikterus einhergehenden Krankheiten erkrankt seien, eine verhältnissmässig hohe Agglutinationskraft des Blutserums gegenüber Typhusbazillen zeigten, lasse sich zuweilen experimentell Agglutinationsvermögen für Typhusbazillen im Blutserum bei Hunden erzeugen durch künstlich hervorgerufenen Ikterus (Unterbindung des Ductus choledochus), oder durch Ueberschwemmung des Organismus mit Taurocholsäure. Die Agglutination müsse als die Folge noch nicht in den Einzelheiten geklärter chemischer Vorgänge, ohne spezifische Natur, angesehen werden, welche nicht ausschliesslich die Folge einer Typhus-

infektion seien. Diese Vorgänge spielten sich in dem Organismus des Typhuskranken meist mit gesteigerter Intensität ab, könnten indess auch völlig fehlen oder in dem Organismus gesunder Personen beobachtet, oder künstlich durch gewisse Blutveränderungen hervorgerufen werden.

Es muss weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, hier volle Klarheit zu schaffen. Immerhin bleibt das Agglutinationsphänomen ein wichtiges Hülfsmittel zur Sicherung der „Typhus". Dr. Dietrich-Berlin.

Zur Schnelldiagnose der Typhusbazillen. Von Dr. Weil. Hygienische Rundschau; 1901, Nr. 10.

Verfasser hat es sich zur Aufgabe gestellt, eine Vorschrift zu einem Nährboden auszuarbeiten, der die gleichen Vortheile der Piorkowski'schen Harngelatine besitzt, nämlich zur Unterscheidung der Typhuskolonien von denen der zahlreichen anderen Arten der Koli-Typhusgruppe wesentliche Dienste zu leisten, dabei aber frei ist von den Uebelständen der Harngelatine, die ebenso schwierig herzustellen ist, wie sie bei ihrer Bebrütung ganz subtile Kautelen erheischt.

Ein 0,75proz. agarhaltiger Kartoffelfleischsaft, dessen Herstellung Verfasser genau angiebt, wird den Anforderungen gerecht; er hat gegenüber den übrigen, zur Typhusisolirung empfohlenen Nährmedien vor Allem den unverkennbaren Vortheil, dass er beim Temperaturoptimum des Typhusbacillus, bei 37,5° C., bebrütet werden kann.

Wenn Verfasser sagt, dass die Differenz zwischen Typhus- und Kolikultur auf seinem Nährboden nach 12stündiger Bebrütung genügend ausgesprochen ist, dass man nach geringer Uebung in der Lage sein wird, vereinzelte Typhuskolonien in Koli-Typhusgemischen aufzufinden, so kann ihm Referent, der Gelegenheit hatte, verschiedentlich solche Platten zu sehen, durchaus beipflichten.

Die Einführung dieses Nährbodens scheint von grossem differentialdiagnostischem Werthe zu sein und verdient die Nachprüfung, um welche Verfasser die Fachgenossen bittet, in hohem Masse. Dr. Wolff-Harburg.

Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachkontagiums. Von Dr. Friedrich Schmidt in Osten a. Oste. Münchener medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 20.

Verfasser berichtet über einen Fall von Scharlachinfektion bei einer Frau, welche als Primipara eine leichte normale Geburt durchmachte und im Anschlusse an die spontane Geburt der Placenta der Bequemlichkeit halber auf das Betttuch ihres Mannes gelegt wurde, welcher als eingezogener Reservist etwa 7 Wochen vor seiner Entlassung im Militärlazareth einen leichten Scharlach durchgemacht und nach leichtem Krankenlager, allerdings ohne Reinigung seiner desquamirenden Haut, als „geheilt" entlassen wurde.

Der zweite Tag der Wöchnerin verlief in normalem Wohlbefinden; am darauffolgenden Tage bezw. Morgens 5 Uhr trat plötzlich ein leichter Schüttelfrost ein. Die ärztliche Untersuchung ergab ausser einer verdächtigen Röthe am oberen Thorax und leichten Diarrhöen kein an die Scharlachdiagnose mahnendes Bild. Die Untersuchung des Genitaltraktus ergab nur einen ganz leichten, etwa 1 cm langen Riss an der hinteren Scheidenkommissur mit einem missfarbenen, grauweissen Belag, sonst und besonders in den höher hinauf gelegenen Partien der Scheide und Gebärmutter nichts Verdächtiges.

Der nächste Morgen brachte das klare Bild der Scarlatina; als Verfasser bei dem Nichtvorhandensein irgend eines Scharlachfalles in seinem oder der Kollegen Wirkungskreise seiner Verwunderung über dieses urplötzliche, ohne nachweisbaren Grund entstandene Krankheitsbild Ausdruck gab, theilte der Ehemann seine Krankheitsgeschichte mit. Eine Untersuchung seiner Haut ergab ein noch deutlich vorhandenes, intensives Desquamationsstadium nach einer Scharlacherkrankung, welche er vor ca. 1/4 Jahr überstanden hatte. Damit war die Ansteckungsquelle (Verdauungstraktus — Diarrhoe — Betttuch — fast unmittelbare Wundinfektion) klar und entschieden.

Die Frau genas nach schwerem Krankenlager — hohe Temperaturen, hohe Pulsfrequenz, Delirien, Cheyne-Stockes'sches Athmen etc. — äusserst langsam, ohne Komplikation mit Diphtherie oder Nephritis.

Dieser Fall, dessen Infektionsquelle sich sicher feststellen liess, hat eine hohe praktische Bedeutung, insofern er dem Arzte die Erkenntniss der grossen Gefahr der Scharlachinfektion und ihrer langen Möglichkeit unzweideutig aufzwingt und auch in Bezug auf die Frage der Lebensfähigkeit des Kontagiums ohne Zweifel wissenschaftlichen Werth hat. Die sehr kurze Inkubationsdauer ohne Prodromalerscheinungen lässt an eine eminente, ungeschwächte Virulenz denken. (Könnte nicht doch die Infektion schon einige Tage früher erfolgt sein, nachdem das Krankheitsgift bereits längere Zeit in Zimmer und Wohnung vorhanden war? Ref.)

Verfasser empfiehlt dem Arzte, in jedem Falle von Scharlach unter Würdigung der lange anhaltenden, Wochen und Monate dauernden Möglichkeit einer Neuinfektion die äusserste Vorsicht in Bezug auf die Prophylaxe (Isolirung, Reinigung und Desinfektion) walten zu lassen.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Aktinomykose (Strahlenpilzkrankheit) in Elsass-Lothringen. Von Sanitätsrath Dr. Wöhrlin. Archiv für öffentliche Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen. Herausgegeben vom ärztlich-hygienischen Verein; XX. Bd., Heft III und IV.

Verfasser berichtet über diejenigen Fälle von Aktinomykose beim Menschen, welche im Laufe der letzten 10 Jahre im Stadtkreise Strassburg zur Behandlung gekommen, und ihm theils von den Leitern der betreffenden Spitalabtheilungen, theils von praktischen Aerzten mitgetheilt worden sind.

Aufgenommen sind nur solche Fälle, bei denen ein positiver mikroskopischer Befund vorlag.

Er weist darauf hin, dass die Erkrankung sehr viel häufiger sei, als man aus der folgenden Zusammenstellung ersehen könne. Da zahlreiche Fälle von Aktinomykose einen leichten Verlauf nehmen, kämen sie entweder gar nicht zur Diagnose, oder es werde nur eine Vermuthungsdiagnose gestellt. Dem häufigsten Infektionsmodus entsprechend, Kauen von Aehren, die mit dem Aktinomykose-Pilz behaftet sind, gehörten die Mehrzahl der primären Läsionen der Buccopharyngeal-Gegend an, so dass Verwechslungen mit den häufig dort vorkommenden Abszessen, mit Zahnfisteln und Entzündungszuständen der Schleimhaut des obersten Theiles des Verdauungstraktus leicht zu Stande kommen könnten. Da von den meisten Aerzten in solchen Fällen die Jodkaliumtherapie versucht werde und häufig auch erfolgreich sei, entzögen sich eine grosse Anzahl von Fällen der Spitalbehandlung und somit dem mikroskopischen Nachweise der Strahlenpilzerkrankung.

In Fällen, in denen die Erkrankung in Form eines Abszesses aufträte, und in denen der letztere eröffnet werde, seien die typischen gelben Körner, die gerade noch mit blossem Auge erkannt werden könnten, im Eiter oft schwer auffindbar. Ferner sei auch der mikroskopische Nachweis der Aktinomykose-Drusen selbst durchaus nicht leicht, so dass gelegentlich in Fällen, bei denen der klinische Verlauf der Erkrankung Aktinomykose mit Bestimmtheit erwarten liess, ein positiver mikroskopischer Befund nicht zu erbringen gewesen sei, trotz Untersuchung von kompetenter Seite.

Die Zusammenstellung umfasst 23 Fälle aus den verschiedensten Berufsklassen. Mehrmals wurde ausdrücklich festgestellt, dass die Betreffenden sich weder mit Vieh zu beschäftigen hatten, noch gewohnt waren, Getreideähren zu kauen.

Die Lokalisation der Erkrankung war folgende:

Am häufigsten — 14 Mal — war die Gegend des Unterkiefers und der Wange befallen. 4 Mal traten die Erscheinungen an der Brustwand und am Rippenfelle auf, von diesen endeten 3 Fälle tödtlich. Die Zunge war 3 Mal befallen, die Bauchdecken und der Hals je ein Mal.

Besonders interessant ist Fall 8, von dem es heisst:

25jähriger Student. Grosses Geschwür unterhalb der Zunge. Bei der Inzision wird eine Getreidegranne gefunden. Geheilt.

Dr. Hecker-Weissenburg.

Ueber die staubvermindernde Wirkung des Dustlesöles. Von Dr. E. Steinmetz, Kreisarzt in Rappoltsweiler. Ibidem.

Nach Bekanntwerden der Flügge'schen Untersuchung über Tröpfchenverstäubung beim Husten und Sprechen ist die übertriebene Furcht von Verbreitung der Tuberkulose durch Staubinhalation, auf die Cornet hingewiesen, wesentlich abgeschwächt worden. Immerhin aber ist es, ganz abgesehen von der subjektiven Belästigung durch den Staub, wohl nicht zweifelhaft, dass, namentlich in solchen Räumen, welche einer grösseren Anzahl von Menschen zu kurzem oder längerem Aufenthalte dienen, (Bureaux, Schulen u. s. w.) das Vorhandensein einer Staubgefahr nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Die Möglichkeit einer Verbreitung von Infektionskrankheiten durch Staub muss immer noch für vorliegend erachtet werden. Diese Gefahr ist ganz besonders gross auf dem Lande, wo immer noch, fast durchgehend, die Schulräume durch Schulkinder gereinigt werden.

Diesem Uebelstande soll die Imprägnirung des Fussbödens mit Dustlessöl abhelfen.

Dasselbe ist nach den Untersuchungen von Professor Gintl in Paris (Monatsschrift für Gesundheitspflege; Nov. 1899) als ein unschädliches Oel zu betrachten. Der Staub wird durch das Oel, welches vermittelst eines Auftrage-Apparates in den Boden eingestrichen wird, auf dem Fussboden festgehalten, und setzt sich in Form einer filzartigen Masse ab, die dann durch Auskehren mit einem Piassavabesen entfernt wird, ohne dass dabei ein Aufwirbeln erfolgt. Nach den Versuchen, die Prof. Lode in zwei möglichst gleichartigen Klassenzimmern mit ausgelegten Gelatineplatten anstellte, war die staubbeseitigende Wirkung des Dustless-Oeles eine ganz ausserordentliche.

In einem Zimmer ohne Imprägnirung ergab nach Benutzung von zwei Tagen die linke Wand im Mittel 444, die rechte 197 Keime pro Platte.

In einem Zimmer mit Dustlessöl-Imprägnirung unter gleichen Bedingungen die linke Wand 0, die rechte im Mittel 2 Keime pro Platte.

Verfasser machte nun ähnliche Versuche, die, wenn auch nicht zu ebenso günstigen Ergebnissen führend, doch eine beträchtliche Verminderung der Luftkeime der mit Dustless imprägnirten Räume erkennen liessen.

In zwei möglichst grossen von der gleichen Schülerzahl belegten Klassenzimmern, von denen das eine am Fussboden mit Dustlees imprägnirt war, das andere nicht, wurden an entsprechenden Stellen gleich grosse Petri-Schalen während desselben Zeitraumes ausgesetzt. Die Deckel der Petri-Schalen wurden während des Aussetzens der Platten auf sterilisirtes Papier gestellt.

1. Versuch: 8 Tage nach Imprägnirung eines Klassenzimmers wurden während einer Unterrichtsstunde bei geöffnetem Fenster in diesem, sowie in einem gleichen, nicht imprägnirten Klassenzimmer die Gelatineplatten ausgestellt.

Zahl der Keime auf den Gelatineplatten nach 3 Tagen:

Lage der Platten	A. Dustlesszimmer	B. nicht vorbehandeltes Zimmer
Boden	1248	2152
Gesichtshöhe	536	1904

Die Verringerung der Keime war deutlich. Die grosse Zahl der noch vorhandenen Keime erklärt sich wohl dadurch, dass durch die, wegen herrschender Hitze, geöffneten Fenster fortwährend neuer Staub von aussen eindringen konnte.

2. Versuch: 4 Wochen nach der Imprägnirung des einen Zimmers. Dauer des Versuches $^1/_4$ Stunde während des Auskehrens. Je 3 Petri-Schalen waren an entsprechenden Stellen auf die Schulbänke gelegt.

Zahl der Keime auf den Gelatineplatten nach 3 Tagen:

A. Dustlesszimmer		B. nicht vorbehandeltes Zimmer	
1. 218 2. 174 3. 74	im Mittel 155 Keime pro Platte.	1. 1808 2. 1728 3. 1456	im Mittel 1664 Keime pro Platte.

Hier wurde eine Herabminderung der Keime um über $^9/_{10}$ erzielt.

Die Lehrer, welche in den Dustless-Zimmern unterrichteten, rühmten übereinstimmend die wohlthätige Wirkung der Staubminderung.

Nach dem Ausfalle dieser Versuche trug Verfasser keine Bedenken, der Stadtverwaltung den Dustless-Anstrich für den soeben vollendeten Neubau der protestantischen Schule zu empfehlen, zumal dieser Imprägnirung eine gewisse konservirende Wirkung auf das Holz des Fussbodens zukommt.

Die Stadtverwaltung ging auf diesen Vorschlag ein und die Betheiligten sind mit dem Erfolge zufrieden.

Verfasser meint, dass ausgedehntere Anwendung des einfachen und billigen Verfahrens, namentlich in Schulen zu empfehlen sei.

Auf einen kleinen, unwesentlichen Uebelstand macht Verfasser noch aufmerksam. Auf allen Fussböden werden bei der Imprägnirung mit Dustlessöl diejenigen Stellen, auf welche die Kinder beim Sitzen die Füsse stellen, d. h. auf welche am meisten Staub zur Ablagerung kommt, nach einiger Zeit schwarzgrau verfärbt. Bei neueren Fussböden scheine dies nicht in demselben Masse einzutreten.

Mit einem Pfund Dustless (Preis (0,75 Mark abzüglich 33⅓ % Rabatt für Behörden) lassen sich je nach Beschaffenheit des Fussbodens 10—20 qm anstreichen. Haltbarkeit des Anstrichs 2—3 Monate.

Dr. Hecker-Weissenburg.

Wie lässt sich unter dem Arbeiterwohnungsgesetz eine Besserung der ländlichen Verhältnisse anbahnen? Von Ch. E. Paget, Med. Officer of Health to the Northamptonshire county council. Aus den Verhandlungen des englichen Medizinalbeamtenvereins. Public Health; XIII. Bd., S. 360 u. 393—411.

Die Wohnungsfrage für Arbeiter in rein ländlichen, ackerbautreibenden Bezirken ist nicht von geringer Schwierigkeit und nicht geringem sozialen Interesse, als die Frage der Beschaffung von Wohnungen für städtische Arbeiter, die so wesentlich von der Ebbe und Fluth auf dem Gebiete der Industrie abhängig ist.

Der Abfluss der ländlichen Bevölkerung in die Städte muss zu bedeutungsvollen Konsequenzen für das flache Land führen.

Bleiben wenig Arbeiter zurück, um den Ackerbau zu treiben, stehen zwar Häuschen genug zu ihrer Verfügung; sie verlieren aber rasch an Werth, verkommen, verfallen. Für Arbeiter, die nicht dauernd beschäftigt sind, ist darum meistens schlecht gesorgt. Die Gutsbesitzer kümmern sich in der Regel weniger um die Saisonarbeiter, als um die dauernd in ihren Diensten stehenden Leute; jene müssen sich an private Eigenthümer der Nachbardörfer wenden, welchen natürlich nur das Interesse an möglichst hoher Miethe am Herzen liegt. Sind schon diese Häuschen von schlechter Beschaffenheit, als jene, welche die Grundbesitzer für ihre Leute gebaut haben, so sind am schlimmsten die Hüttchen, welche das Eigenthum armer Pächter oder Tagelöhner selbst sind, ferner solche, die ursprünglich auf Oedland erbaut wurden, schliesslich auch die Gemeindearmenhäuser. In manchen Dörfern enthalten 15—20 % der Häuser nur einen Schlafraum, 50 % deren 2.

Für grosse Bezirke Englands, das Zentrum und den Osten, ist nun noch der Unterschied zwischen „offenen" und gesshlossenen „Dörfern" von Bedeutung.

„Geschlossene" und ursprünglich oft in vorbildlicher Weise nach den Anforderungen der Gesundheitspflege angelegte Dörfer sind jene, die nur Leute aufnehmen, die permanent, ununterbrochen auf dem Gute des Grundherrn arbeiten; „offen" dagegen sind solche, die auch die Saisonarbeiter oder solche, die nur einen Theil des Jahre auswärts arbeiten, beherbergen. Wenn grade bei ihnen die Verhältnisse möglichst unhygienische sind, so ist der Grund in den schädlichen Wirkungen des früheren Armenrechtes zu suchen.

Da bei der landwirthschaftlichen Thätigkeit mit ihrer Abhängigkeit von den Jahreszeiten die Gefahr der Verarmung eine so drohende ist, dass jede Arbeitslosigkeit, jede Erkrankung sofortige Inanspruchnahme der Gemeindeunterstützung nothwendig machen kann, so musste jeder dauernde Wohnsitz landwirthschaftlicher Tagelöhner in einer Gemeinde nothwendig früher, wo die ganze Armenlast dem Kirchspiel aufgeladen war, einen Zuwachs zu den Armensteuern liefern.

In Gemeinden mit vielen Kleinbauern brauchte dieses Verhältniss zwischen Tagelöhnerbevölkerung und Armensteuern nicht sofort hart empfunden werden, da sich die Last vertheilte; Grossgrundbesitzer wurden dagegen schwer davon betroffen und suchten nach Mitteln, die durchaus nicht ungesetzlich zu sein brauchten, die Belastung abzuwälzen. Sie brauchten sich nur dazu zu entschliessen, dass auf ihren Gütern keine Tagelöhnerwohnungen sein dürften, und waren von da an frei von jeder Verantwortlichkeit für die Armen. Der direkte Ansporn zur

Schaffung „geschlossener" Dörfer fiel erst weg, seit die ganze Armenlast nicht mehr von der Gemeinde, sondern vom Staat getragen wird.

In den offenen Dörfern fanden sich nun ausser den Tagelöhnern, die vom geschlossenen Dorfe ausgestossen waren, noch solche Ansiedler, die sich auf unrechtmässige Weise ein Stück Oedland wegnahmen, dasselbe bebauten und sich ihr Hüttchen am Wege zimmerten. Weder der kleine Eigenthümer, noch diese Ansiedler hatten irgend welches Interesse an reichlicher Zumessung von Luft, Boden für die Häuschen, denen Hof, Hofthür, irgend wie geartete Abfuhr vollkommen fehlte.

Ein solch offenes Dorf ist Spratton im Gebiet der Grafschaft Northamptonshire, deren Grafschaftsratsarzt Redner seit 1898 ist. Die Einwohnerzahl betrug 1891: 791, jetzt etwa 750. Der Werth des Grundbesitzes ist 3809 £, die Armensteuer beträgt 2 Shilling, die Gesundheitssteuer dagegen 8 d. auf Häuser, 2 d. auf Land im Jahre. Von der Behörde — dem Districkts-Rathe — waren von den 146 Häuschen des Dorfes im Februar 1900 16 als vollkommen ungeeignet zur Bewohnung, ausserdem 21 als mangelhaft bezeichnet worden. Der Vorsitzende des Distriktsrathes machte dem Grafschaftsrath Anzeige davon, dass behufs Beschaffung von Wohnungen für die Arbeiter der Gemeinde Spratton es erforderlich sei, den III. Theil des Arbeiterwohnungsgesetzes von 1890 anzuwenden, der es dem Distrikt erlaubt, statt der Gemeinde die Kosten zu übernehmen. Das weitere Verfahren ist ein sehr umständliches, theures und zeitraubendes. Schon bei der vorgeschriebenen öffentlichen Enquête machte sich ferner eine grosse Opposition geltend.

Drei Hauptfragen waren zu beantworten:

1) Muss für Wohnungen für ländliche Tagelöhner gesorgt werden?

2) Wird ohne Inanspruchnahme von Theil III jenes Gesetzes die Wohnungsfürsorge nicht geregelt werden können?

3) Thut die Distriktsbehörde wohl daran, diese Fürsorge zu übernehmen, oder ist die Steuerlast, die zu erwarten ist, zu gross.

Der Vorschlag des Distriktsrathes ging dahin, in Spratton 6 neue Häuser zu erbauen. Die Kosten sollten sich auf 1000 £ belaufen, während der Grund und Boden des Distrikts einen Werth von 77 255 £, die ausstehenden Pachtanleihen einen solchen von 5147 £ repräsentirten; das Unternehmen konnte also als unüberlegtes nicht angesehen werden.

In diesem Sinne ward an den Grafschaftsrath berichtet.

Dieser ordnete am 15. März 1900 eine Veröffentlichung des Berichtes in 2 Zeitungen des Distriktes an.

Bis dahin waren die eingeleiteten Schritte von Erfolg; die Ausführung des Theiles III ist aber in der Wirklichkeit dennoch gescheitert. Der Vorsitzende des Distriktsrathes, der mit Energie und durch seinen grossen Einfluss hauptsächlich die Bewegung in's Leben gerufen hatte, ist zurückgetreten. Trotz aller Formalitäten, trotz des Zeitverlustes und der Auslagen, trotz der Zustimmung des Grafschaftsrathes zu dem ganzen Plane war der Distriksrath nicht zur Annahme des Theiles III des Gesetzes von 1890 verpflichtet.

Dieses Gesetz ist nun im vorigen Jahre in einzelnen ergänzt worden.

Wenn jetzt eine Gemeinde beschliesst, dass ein Distriktsrath Schritte in der Richtung der Annahme des Theiles III von 1890 unternehmen solle und, dieser unterlässt trotz Billigung des Grafschaftsrathes die weitere Verfolgung der Angelegenheit, so kann dieser nach gehöriger Information beschliessen, dass mit Rücksicht auf die fragliche Gemeinde die Rechte des Distriktsrathes auf ihn selbst übergehen.

Man muss eben daran festhalten, dass die unhygienischen Zustände in manchen Dörfern thatsächlich auf Umstände zurückgeführt werden müssen, die ausser dem Bereich ihres Einflusses liegen. Die Lasten dürfen daher nicht allein auf die Schultern der Kirchspiele ruhen, sondern müssen auf jene der Distrikte abgewälzt werden können. Wenn das Armengesetz von 1865 gerecht war, welches die Armenlast ganz auf den öffentlichen Fonds des Reiches übertrug, dann muss dasselbe Prinzip auch in der Wohnungsfrage Platz greifen und solche Bedingungen eliminiren, welche, wie die hier geschilderten, einem Bau von Wohnungen für ländliche Arbeiter so ungünstig sind.

Aus der Diskussion möchten wir herausgreifen die Bemerkungen von Reid: Zur Zeit als es der Landwirthschaft besser ging, war es leicht ein Haus zu beanstanden, da eine andere Wohnung sofort zur Verfügung stand,

Die Kirchspiele können zur Unterstützung in der Wohnungsfrage nicht herangezogen werden, da sie den Fortschritt in der Gesundheitspflege eher hemmen, als fördern. Zu fordern sei eine absolute Trennung zwischen jenen Körperschaften, die das Armengesetz verwalten und den Distriktsräthen. Zur Zeit bestehe die örtliche Gesunndheitsbehörde und die Armen-Kommission aus denselben Personen. Die hygienischen Fragen werden nun gewöhnlich ans Ende einer langen Sitzung verlegt, wo die Hauptsorge der Mitglieder sei, fortzukommen und sich irgendwo in des „Landmanns Speisehaus" in der Markstadt zu treffen.

Ferner giebt es mancherlei ländliche Bezirke, in denen die Gesundheitsinspektoren keineswegs mit ihren Pflichten vertraut sind; es sei hohe Zeit, dass auch diese Beamten den Fortschritten der Zeit folgten.

Die einzige Lösung in der ländlichen Arbeiterwohnungsfrage sei die, dass die Gesundheitsbehörden selbst als Grundherren auftreten, dass der Distrikt als Ganzes die Kosten übernehme; dass die Häuschen nur einen eben genügenden Miethzins abzuwerfen brauchen, muss gefordert werden.

Dr. Scott Tew. kennt eine Pfarrgemeinde, in der nicht der Distriktsrath, sondern der Gemeinderath die Sache in die Hand genommen hat. Die Zeit zwischen Einleitung der Angelegenheit und Beginn des Baues betrug $2^1/_2$ Jahre. Die Gemeinde fand weder beim Distriks-, noch beim Grafschaftsrath irgend ein Hinderniss. Die Häuser sind bewohnt, zahlen die Aufwendungen, wobei der Miethzins ziemlich hoch ist: $4^1/_2$ oder 5 M. in der Woche; sie enthalten Wohnzimmer, 3 Schlafzimmer, Küche. Neue Häuser hat die Gemeinde geplant, die billiger sein sollen.

In seinem Schlusswort betont Paget, dass wesentliche Uebereinstimmung darin herrsche, dass auf die Grafschaftsräthe grössere Befugnisse unter dem Arbeiterwohnungsgesetz zu übertragen seien. Es komme dadurch zu einheitlichen Grundsätzen, zu einer systematischen Betreibung der Aufgabe, indem die höhere Behörde sich auf Linien vorwärts bewege, die weniger der lokalen Kritik wie bisher offen stehen; gleichzeitig würden die Distriktsbehörden offiziell dazu angeregt, in Fällen völlig offensichtlicher Nothwendigkeit aktiv vorzugehen. Der Distrikt müsse den Unternehmer darstellen; für private Unternehmungslust sei es nicht möglich, irgendwie zu einem lohnenden Ergebniss zu kommen unter einem Miethsertrage von $4^1/_2$ M. pro Woche. Diese Miethe aber gehe über die Mittel des landwirthschaftlichen Tagelöhners hinaus. Der Miethsbetrag müsse vom Distrikt so fixirt werden, dass er die Zinsen und die laufenden Auslagen eben decke. Mit der Zeit würden dann die so gebauten Häuschen für den Distrikt ein schätzbares Werthobjekt darstellen.

Dr. Mayer-Simmern.

Tagesnachrichten.

Nachdem der Bundesrath seine Zustimmung ertheilt hat, ist die **neue Prüfungsordnung für Aerzte** durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Mai d. J. (Zentralblatt f. d. Deutsche Reich, S. 136) veröffentlicht. Dieselbe soll am 1. Oktober 1901 in Kraft treten; jedoch sind Ausnahmebestimmungen für diejenigen Studirenden vorgesehen, die vor jenem Termine die medizinischen Studien begonnen haben. Wir werden die Prüfungsordnung in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift in extenso zum Abdruck bringen.

Im Anschluss an das **Kaiserliche Gesundheitsamt** soll eine **Zentralstelle zur Prüfung neuer Heilmittel** in's Leben gerufen werden. Es wird gehofft, dadurch dem Uebereifer in der Erfindung neuer Heilmittel durch Aerzte und Chemiker zu steuern; wie gross dieser ist, geht daraus hervor, dass im Jahre 1899/1900 nicht weniger als 126 neue Heilmittel auf den Markt gebracht sind.

Im Reichsgesundheitsamt ist am 4. Juni der Ausschuss des Reichsgesundheitsrathes zusammengetreten, um über die **Ausführungsbestimmungen zum Weingesetz** zu berathen, die dem Bundesrath noch vor seiner Sommervertagung zugehen sollen, während dies in Bezug auf die Ausführungsbestimmungen zum **Fleischbeschaugesetz** nicht der Fall sein wird.

Durch Allerhöchste Verordnung vom 9. April d. J. sind jetzt auch für die Sanitätsoffiziere Ehrengerichte eingeführt. In der Einführungsordre hierzu heisst es:

„Den hochherzigen Entschliessungen Meines in Gott ruhenden Herrn Grossvaters, welcher in weiser Voraussicht und mit fester Hand die Organisation des Sanitätskorps verfügte, sind die Grundlagen zu danken, auf denen sich zu Meiner Befriedigung das Sanitätswesen in Meiner Armee erfreulich entwickelt hat. Ich erkenne gern an, dass das Sanitätsoffizierkorps sich erfolgreich bemüht hat, seine Kräfte mit voller Hingebung in den Dienst Meiner Armee zu stellen, und habe Ich es Mir wiederholt angelegen sein lassen, seine Arbeitsfreudigkeit durch Beweise meiner Anerkennung zu fördern.

Durch die heute von Mir vollzogene Verordnung über die Ehrengerichte der Sanitätsoffiziere im Preussischen Heere will Ich dem Sanitätsoffizierkorps ein neues Zeichen Meines besonderen Wohlwollens und Meines Vertrauens zu Theil werden lassen. Ich erblicke in diesen Ehrengerichten das wirksamste Mittel, durch Erziehung der Standesgenossen zur Wahrung der Standespflichten und zur Bethätigung der Gemeinsamkeit der Standesinteressen, den Geist treuester Pflichterfüllung und lauterster Wahrhaftigkeit im Sanitätsoffizierkorps alle Zeit wach und rege zu erhalten.

Die eigenartigen Verhältnisse des Sanitätsoffizierkorps haben verschiedene Abweichungen von der für die Ehrengerichte der Offiziere bestehenden Verordnung nothwendig gemacht. Im Besonderen habe Ich davon Abstand nehmen müssen, die Sanitätsoffiziere des Beurlaubtenstandes zu thätiger Betheiligung an den Ehrengerichten zu berufen, um sie nicht mehr, als es der Dienst unbedingt erfordert, ihrer verantwortungsvollen beruflichen Thätigkeit zu entziehen. Ich darf erwarten, dass sie einer den gemeinsamen Interessen des Standes entsprechenden Vertretung bei ihren aktiven Kameraden, in deren Hände auch ihre Wahl zum Sanitätsoffizier gelegt ist, unbedingt sicher sein können. Auch ist in jedem Falle, wo die Ehrenangelegenheit eines Sanitätsoffiziers des Beurlaubtenstandes in Frage steht, soweit als irgend thunlich, die Mitwirkung der allgemeinen ärztlichen Ehrengerichte gewährleistet. Ich hoffe, dass auf diese Weise und durch die gleichmässige Behandlung der Ehrenangelegenheiten eine immer engere Verbindung zwischen den Sanitätsoffizieren des Friedens- und des Beurlaubtenstandes herbeigeführt und gleichzeitig auch das Wohl des gesammten ärztlichen Standes gefördert werden wird.

Aufgabe der Sanitätsoffiziere, die Ich zur Leitung der Ehrengerichte berufen, und der militärischen Vorgesetzten, in deren Hände Ich die Ueberwachung derselben gelegt habe, wird es in erster Linie sein, in Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Sanitätsoffizierkorps auf eine dementsprechende Handhabung dieser Verordnung hinzuwirken.

Der Beruf des Sanitätsoffizirs bringt ihn mit allen Klassen der Bevölkerung in Berührung, und es müssen daher die hieraus leicht entstehenden Ehrenhändel eine besondere Beurtheilung erfahren, um der Armee nicht unnöthig tüchtige Sanitätsoffiziere zu entziehen, deren sie so dringend bedarf."

Der Wissenschaftliche Senat bei der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ist mittelst Allerhöchster Kabinets-Ordre vom 17. Mai d. J. wie folgt zusammengesetzt: Vorsitzender: Dr. von Coler, General-Stabsarzt der Armee und Chef des Sanitätskorps, Prof.; — stellvertretender Vorsitzender: Dr. von Leuthold, General-Arzt und Korpsarzt des Garde-Korps (mit dem Range als Generalmajor), Leibarzt Seiner Majestät des Kaisers und Königs, Prof.

Etatsmässige Mitglieder: Dr. von Bergmann, Geh. Med.-Rath, General-Arzt à la suite des Sanitäts-Korps (mit dem Range als Generalmajor), Prof. in Berlin, Dr. Gähde, General-Arzt und Korpsarzt des X. Armee-Korps (mit dem Range als Generalmajor), Dr. Gerhardt, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Herter, General-Arzt und Divisions-Arzt der 1. Garde-Infantrie-Division, Dr. Jolly, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. König, Geh. Med.-Rath, General-Arzt à la suite des Sanitätskorps, Prof. in Berlin, Dr. von Leyden, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Rubner, Geh. Med.-Rath Prof. in Berlin, Dr. Schaper, Geh. Ober-Medizinalrath, General-Arzt à la suite des Sanitäts-Korps in Berlin, Dr. Schjerning, General-Arzt und Abtheilungs-

Chef bei der Medizinal-Abtheilung des Kriegs-Ministeriums, Dr. Stahr, General-Arzt und Subdirektor der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, Dr. Stricker, General-Arzt und Korpsarzt des VII. Armee-Korps, Dr. von Strube, General-Arzt und Korpsarzt des XIV. Armee-Korps, Dr. Trautmann, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Werner, General-Arzt und Korpsarzt des III. Armee-Korps.

Ausseretatsmässige Mitglieder: Dr. Czerny, Geh. Hofrath, General-Arzt à la suite des Sanitäts-Korps, Prof. in Heidelberg, Dr. Engelmann, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. E. Fischer, Geh. Reg.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. B. Fraenkel, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Gaffky, Geh. Med.-Rath, General-Oberarzt der Reserve, Prof. in Giessen, Dr. Hertwig, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Heubner, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Koch, Geh. Med.-Rath, General-Arzt à la suite des Sanitäts-Korps, Prof. in Berlin, Dr. Kraske, Hofrath, General-Arzt à la suite des Sanitäts-Korps, Prof. in Freiburg, Dr. Küster, Geh. Med.-Rath, General-Arzt à la suite des Sanitäts-Korps, Prof. in Marburg, Dr. Löffler, Geh. Med.-Rath, General-Oberarzt der Reserve, Prof. in Greifswald, Dr. Liebreich, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. von Michel, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Rehn, Ober-Stabsarzt der Landwehr I, Prof. in Frankfurt a. M., Dr. Sonnenburg, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Stechow, General-Oberarzt und Divisions-Arzt der 2. Garde-Infanterie-Division, Dr. Virchow, Geh. Med.-Rath, Prof. in Berlin, Dr. Waldeyer, Geh. Med-Rath, Prof. in Berlin.

In dem am 31. Mai d. J. abgehaltenen **Kongress deutscher Strafanstalten** stand u. A. auf der Tagesordnung die Frage: „Welche besonderen Einrichtungen sind in den Strafanstalten für Epileptiker zu treffen? Sollen sie von den übrigen Gefangenen getrennt — beisammen in gesonderten Abtheilungen — oder in Einzelhaft gehalten werden? Welche Arten von Beschäftigung empfehlen sich für sie? Der Referent, Bezirksarzt Dr. Schäfer-München, führte dazu aus: Die Unterbringung und Behandlung epileptischer Strafgefangener sei eine sehr schwierige Frage für die Leiter der grösseren Strafanstalten, da sich nach dieser Richtung hin keine Reglements aufstellen liessen; denn auch hier müsse auf den besonderen Zustand des einzelnen Individuums Rücksicht genommen werden. Er empfahl schliesslich die Annahme folgender Resolution:

„1. Epileptische Gefangene mit geistiger Störung jeder Art müssen dem Irrenhaus, event. einer Anstalt für epileptische Irre überwiesen werden.

2. Epileptische Gefangene mit seltener eintretenden Anfällen ohne geistige Störung können in gemeinsamer Haft bleiben und sind der Hausordnung unterworfen.

3. Epileptische Gefangene mit gehäufteren Anfällen, seien diese Anfälle typischer Natur oder als epileptoide Störungen auftretend, müssen von den übrigen Gefangenen abgetrennt in der Spitalabtheilung, oder besser auf der Invalidenabtheilung verwahrt bleiben.

4. Halten der epileptischen Gefangenen in der Einzelhaft ist in allen Fällen ausgeschlossen.

5. Bei der Beschäftigung von epileptischen Gefangenen sind alle Beschäftigungsarten zu vermeiden, welche ihnen Gefahren bereiten können, wenn sie von dem Anfalle betroffen werden. Es sind alle schweren körperlichen Ueberanstrengungen und alle Betriebsarten zu vermeiden, wie Beschäftigungen am Feuer, am Wasser, oder mit maschinellen Motoren. Am Geeignetsten sind für diese Gefangenen leichte Arbeiten im Sitzen, Stehen und ganz vornehmlich landwirthschaftliche oder sonstige Arbeiten im Freien."

In der Erörterung wandte sich Sanitätsrath Dr. Leppmann-Berlin gegen die Absätze 3 und 4 der Resolution. Er bat dieselben zu streichen und der Resolution folgenden Zusatz zu geben: „Die Versammlung erkennt an, dass die mit Epilepsie behafteten Gefangenen einer besonderen individuellen Behandlung bedürfen." Diesem Antrage wurde stattgegeben und die Resolution des Referenten bei der Abstimmung unter Streichung der Nummer 3 und 4 mit dem Leppmann'schen Zusatze angenommen.

Die Frage, ob die Beichnung „Nervenarzt, nicht approbirt“ als **arztähnlicher Titel** anzusehen ist, hat vor Kurzem das Kammergericht (Strafsenat) durch Urtheil vom 23. Mai d. J. bejaht. Die in der Revision des Angeklagten gemachten Ausführungen, dass er sich, wie aus dem Zusatz „nicht approbirt“ klar zu ersehen sei, weder als Arzt habe bezeichnen, noch sich einen arztähnlichen Titel beilegen wollen, und dass er früher bereits wegen derselben Bezeichnung freigesprochen sei, wurden vom Kammergericht als unbegründet zurückgewiesen. Die frühere Freisprechung und der Zusatz „nicht approbirt“ könnten den Angeklagten nicht von Strafe befreien. Nach §. 147, N. 3 der Gewerbeordnung seien alle nicht approbirte Personen strafbar, die sich als Aerzte bezeichnen oder die Bezeichnung „Arzt“ in einer Zusammensetzung gebrauchen bezw. mit einem Zusatze versehen. Die Bezeichnung „Arzt“ solle eben unter allen Umständen nur den in Deutschland approbirten Aerzten zustehen und unbedingt geschützt sein.

Wegen **Unterdrückung von Rezepten als Urkunden** im Sinne des §. 274, Nr. 1 des Str.-G.-B. war der praktische Arzt Dr. W. in W. von der Strafkammer zu Görlitz durch Urtheil vom 12. Dezember v. J. zu 3 Wochen Gefängniss und 300 M. Geldstrafe verurtheilt worden. Die Ortskrankenkasse zu W. hatte dem Angeklagten die Behandlung ihrer Mitglieder übertragen. Wegen Ueberbürdung nahm Dr. W. den Dr. Sch. als Assistenzarzt an. Die Krankenkasse beschloss, dass der Assistenzarzt nur dann acceptirt und honorirt werden solle, wenn Dr. W. durch Reisen verhindert sei. Um nun die von Dr. Sch. ausgestellten Rezepte als von ihm — dem Angeklagten — selbst ausgestellt erscheinen zu lassen, liess sich Dr. W. dieselben vom Apotheker herausgeben. Er schrieb sie dann wörtlich ab, unterzeichnete sie mit seinen Namen und gab diese neuen Rezepte dem Apotheker. Die Originale vernichtete er zum Theil selbst, zum Theil gab er sie eingerissen zurück, damit der Apotheker den darauf stehenden Preis auf die Abschriften übertragen konnte, um dann die Originale zu vernichten. Das Görlitzer Gericht hatte angenommen, dass die Rezepte nicht dem Angeklagten allein, sondern auch den Patienten gehörten. Es war weiter angenommen worden, dass der Angeklagte, indem er Rezepte vernichtete, Urkunden unterdrückt habe, die ihm nicht ausschliesslich gehörten, und dass er durch die Beseitigung von Beweismitteln die Ortskrankenkasse geschädigt habe. Auf die Revision des Angeklagten hob das Reichsgericht das Urtheil auf und verwies die Sache zur anderweiten Entscheidung an die Liegnitzer Strafkammer. In dem Urtheil wurde ausgeführt, dass dritte Personen kein dingliches Recht an den Rezepten hatten, sondern nur ein Dezisionsrecht. Ein Rezept sei nur eine Anweisung an den Apotheker. Dem Arzte gehöre das Rezept nicht, sondern mit der Uebergabe an den Patienten diesem, auch wenn es der Apotheker zur Anfertigung annehme. Im vorliegenden Falle habe die Krankenkasse das Rezept zu bezahlen gehabt; eine Schädigung derselben sei aber nicht festgestellt und in dem blossen Zurückbehalten eine Unterdrückung nicht zu erblicken. — Die Strafkammer des Landgericht in Liegnitz hat auf Freisprechung erkannt. Zwar sei ein Rezept zweifellos eine Urkunde, jedoch habe der Gerichtshof weder eine Vernichtung oder Beschädigung, noch eine Unterdrückung angenommen; in subjektiver Beziehung habe man den „guten Glauben“ des Angeklagten gelten lassen, da dieser die Prozedur mit Einwilligung des Apothekers vorgenommen habe, der über den Zweck dieser Massregel unterrichtet gewesen ist.

Dass homöopathische Arzneimittel dem freien Verkehr nicht überlassen sind, hat vor Kurzem auch das Oberlandesgericht in Breslau (Strafsenat) durch Urtheil vom 22. Mai d. J. entschieden und die gegentheilige Ansicht des Angeklagten als irrthümlich und nirgends im Gesetz begründet bezeichnet.

Das Reichsgericht (5. Strafsenats) hat durch Urtheil vom 13. April d. J. entschieden, dass das Wortzeichen „**Migränin**“ gesetzlich geschützt sei. Der Apotheker ist somit künftighin verpflichtet, beim Verordnen von „Migränin“ auch dann, wenn der Zusatz „Höchst“ fehlt, nur das aus der Fabrik von

Meister, Lucius & Brüning in Höchst stammende Präparat zu verabfolgen, was bisher vielfach nicht geschehen ist.

Entziehung der Giftkonzession. In zwei Fällen hat dass preuss. Oberlandesgericht kürzlich durch Urtheil vom 3. Juni d. J. die Vorentscheidungen bestätigt, in denen Drogenhändlern die Giftkonzession entzogen war, weil sie es an der nöthigen Ordnung und Sauberkeit bei der Aufbewahrung der Gifte hatten fehlen lassen, die Einrichtung der Giftkammer nicht den gesetzlichen Vorschriften entsprach, auch die Signirung der Gifte unvorschriftsmässig war, verschiedene Gifte ausserhalb des Giftschrankes aufbewahrt wurden, und ausserdem in einem Nebenraum eine Anzahl nicht freigegebener Arzneimittel vorgefunden wurde. Schon die nicht vorschriftsmässige Aufbewahrung der Gifte genüge, von der Winkelapotheke ganz abgesehen, um auf Entziehung der Giftkonzession zu erkennen. Aus dem Geschäftsbetriebe mit nicht freigegebenen Arzneimitteln gehe ausserdem hervor, dass die Geschäftsinhaber nicht mehr die erforderliche Zuverlässigkeit besitzen. Auch dem Antrage, ihnen wenigstens die Befugniss zum Handel mit indirekten Giften zu belassen, könne mit Rücksicht auf die schweren Verfehlungen nicht stattgegeben werden; ausserdem habe das Oberverwaltungsgericht auch nicht die Berechtigung zur Ertheilung einer derartigen beschränkten Giftkonzession.

Pest. In Indien hat die Abnahme der Seuche während des Aprils angehalten. In der Präsidentschaft Bombay betrug die Zahl der Pesterkrankungen und Todesfälle in der Woche vom 13.—26. April: 1646 (1360) und 1350 (1107), in der Stadt Bombay 704 (563) bezw. 504 (395); nur in Karachi ist noch eine Zunahme bemerkbar; denn während dieser Zeit sind 236 bezw. 297 Personen an der Pest erkrankt und 210 bezw. 263 daran gestorben.

Auf der Insel Mauritius sind vom 8. März bis 4. April nur noch 8 Pesterkrankungen angemeldet, von denen 7 tödtlich verliefen.

In Kapstadt sind in den letzten Wochen nur noch je 15—20 Pestfälle vorgekommen, gegen 60—70 wöchentlich im Monat April; die Gesammtzahl der Pesterkrankungen betrug bis zum 9. Juni 684, diejenige der Todesfälle 318.

Vereinzelte Erkrankungen sind im Mai in Alexandrien (1) und im Juni in zwei Ortschaften bei Kairo (3) zur amtlichen Kenntniss gelangt.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die **diesjährige Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins** wird am

Freitag u. Sonnabend, den 13. u. 14. Septbr. d. J.

in Berlin (Savoy-Hôtel),

also unmittelbar vor der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, stattfinden.

Die Tagesordnung wird in der nächsten Nummer der Zeitschrift bekannt gegeben werden.

Minden, den 14. Juni 1901.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Notiz. In Folge meiner Abwesenheit von Minden hat sich die Herausgabe der heutigen Nummer der Zeitschrift um einige Tage verzögert.

Briefe und sonstige Postsendungen treffen mich bis Ende dieses Monats in **Bad Neuenahr**; von diesem Zeitpunkt an bitte ich sie wieder nach Minden zu adressiren. Der Herausgeber.

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

14. Jahrg. 1901.

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.

Ueber durch einen verborgenen Balkenbrand verursachte Kohlendunstvergiftung.

Von Kreisarzt u. San.-Rath Dr. Picht-Nienburg a. W.

Am Sonntag, den 28. Januar v. J., Morgens, fiel es auf, dass das Haus des Hülfsbahnwärters K. in dem 12 km östlich von Nienburg belegenen kleinen, zerstreut gebauten Dorfe St. nicht geöffnet wurde, die Fenster geschlossen blieben und von den Insassen sich Niemand sehen liess. Als die Nachbarn, ein Unglück vermuthend, schliesslich um 11 Uhr Vormittags Nachforschungen nach dem Verbleib der Bewohner anstellten, hörten sie am Kammerfenster Kindergeschrei und auf Klopfen unverständliches, anscheinend von einer Frau herrührendes Gemurmel, das aber gleich wieder verstummte. Die Anwesenden drangen gewaltsam in die Wohnung ein, wo sich ihnen in der Schlafkammer folgender Anblick darbot:

In der Mitte des einzigen, von dem Ehepaar und dem $1^1/_2$ Jahre alten Kinde gemeinsam benutzten Bettes lag die 27 Jahre alte Ehefrau, die zwar noch athmete, aber schwer benommen war und erst nach längerem Rütteln und Schütteln, und nachdem frische Luft eingelassen war, die Augen aufschlug. Sie gab konfuse Antworten und kam erst nach etwa einer Stunde wieder zu klarem Bewusstsein.

Das Gesicht des links von der Mutter nahe der Wand liegenden anderthalbjährigen Mädchens war durch die linke Schulter der Mutter theilweise bedeckt. Das Kind triefte von Schweiss, war aber allem Anschein nach völlig gesund, reichte den Anwesenden die Arme hin und schien sehr erfreut zu sein, endlich aus seiner unbequemen Lage befreit zu werden. Die dargebotene Nahrung nahm es ganz wie in gesunden Tagen.

Am Fusse des Bettes fand man den 28 Jahre alten Mann. Er war nur mit einem Hemde bekleidet und lag mit dem Oberkörper, das Gesicht nach unten, quer über die Unterschenkel der Frau hinweg auf der Bettdecke, mit

JAN 22 1922

beiden Füssen den Boden berührend. Man hielt den Mann zunächst für todt, überzeugte sich dann aber, dass er noch athmete. Erst Nachmittags gegen 4 Uhr kehrte das Bewusstsein allmählich zurück.

Beide Erwachsenen hatten erbrochen und auch unter sich gehen lassen. Beim Betreten der Wohnung machte sich in der Stube sowohl, wie auch in der Kammer ein eigenthümlicher, geringgradiger, leicht säuerlicher Geruch bemerkbar, wie nach „ausgegossener Tinte" meinte eine der Frauen. Auf dem Fussboden, etwa in der Mitte des Zimmers stand eine etwas niedrig brennende Petroleum-Sturmlaterne. Die Stubenthür und sämmtliche Fenster in Stube und Kammer waren geschlossen, dahingegen stand die von der Stube in das Zimmer führende Thür weit offen.

Sonstige lebende Wesen waren in dem Zimmer nicht anwesend.

Das en miniature im Typus der niedersächsischen Bauernhäuser gebaute, mit der Front nach Osten gerichtete, mit Stroh gedeckte und aus Fachwerklehmwänden hergestellte kleine Anbauerhaus hat folgende Einrichtung:

Eine grosse Flügelthür führt auf die Diele, zu deren beiden Seiten Stallungen, Aufbewahrungsräume und Kammern angebracht sind, während sich an der der Thür entgegengesetzten, also an der Westseite, zwei grössere Räume befinden, von denen der rechtsseitige als Küche, der linksseitige, 3 m hohe, 3 m breite und 4,50 m lange als Wohnstube dient.

An die Südseite der letzteren ist ein kleiner, 2 m breiter, 3 m langer, 1,80 m hoher Raum angebaut, der von der Stube aus durch eine 1,50 m hohe, 0,75 m breite, nahe der westlichen Aussenwand belegene Thür zugängig ist, und ein nach aussen führendes 73 cm hohes und 45 cm breites, der Thür gegenüber liegendes Fenster hat. In diesem Raume steht das gemeinsame Bett, dicht an der östlichen Schmalseite, also wenn man die Kammer von der Stube aus betritt links von dem Eintretenden. Diese quasi Bettwand bildet die Scheidewand zwischen Kammer und Schweinestall.

In der Mitte der die Küche und Wohnstube trennenden Wand steht ein grosser, von der Küche aus heizbarer (zweietagiger) eiserner Kastenofen, wie man ihn hier vielfach auf dem Lande sieht. Oberhalb des in der Küche befindlichen Feuerungsloches befindet sich eine Oeffnung in der Wand, durch welche die Feuerungsgase zunächst direkt in die Küche und von hier durch zwei in der Aussenwand dieser angebrachte Oeffnungen in Ermangelung eines Schornsteins nach aussen treten.

Dicht neben dem Feuerungsloche, und zwar rechts von diesem, liegt ein offener Herd und wieder unmittelbar neben diesem ein mit Mauerwerk umgebener grösserer Kessel. Die Abgase von den beiden letzteren treten ebenfalls direkt in die Küche, in dem den Kessel einschliessenden Gemäuer ist aber der Wand unmittelbar anliegend, und zwar so, dass durch diese die Rückseite gebildet wird, ein dieses um 21 cm überragender, 8 cm im Lichten haltender Schornstein angebracht, um ein direktes Austreten der Feuerungsgase aus dem Feuerungsloche zu vermeiden und um einen besseren Luftzutritt zu der Feuerung zu ermöglichen.

Der westlichen Giebelwand ist ein Backofen angebaut, welcher ebenfalls von der Küche aus geheizt wird und seine Heizgase an diese abgiebt, von wo aus sie dann mit den übrigen Gasen gemeinsam durch die vorerwähnten Oeffnungen in der Westwand in's Freie treten. Also eine denkbar primitive Anlage!

Das Haus liegt am Westrande des Dorfes, am Abhange der an moorige Wiesen stossenden Geste, auf diluvialem, grobkörnigem und durchlässigem Sandboden. Der Abstand der beiden nächsten, in demselben Typus erbauten Wohnhäuser beträgt 6 und 10 m.

Ich sah die Erkrankten an demselben Tage Abends gegen 8 Uhr.

Die Frau K. war ausser Bett, klagte aber über intensive Kopfschmerzen, hochgradige Mattigkeit, Eingenommensein des Kopfes, Schwindel, Uebelkeit und Widerwillen gegen Speisen. Dabei sah sie matt und elend aus, der Puls war klein aber regel-

mässig, die Anzahl der Pulsschläge betrug 98 in der Minute. Die Körpertemperatur war nicht erhöht. Sonst war der Befund völlig negativ.

Der Mann lag in demselben Zimmer auf dem Sopha. Er brachte die gleichen Klagen vor, machte aber einen bei Weitem kränkeren Eindruck. Das Schwindelgefühl war so stark, dass es ihm nicht möglich war, sich aufzurichten, geschweige denn zu stehen oder zu gehen. Die Zahl der Pulse betrug 110, keine Temperaturerhöhung. Im Uebrigen war der Befund auch hier negativ.

Das Sensorium war bei Beiden frei.

Den Hergang erzählten sie folgendermassen:

Am Sonnabend, den 27. Abends, gleich nach 6 Uhr, hatte die Frau auf dem Küchenherde das Abendessen angerichtet, um 7 Uhr war das Feuer hier und spätestens 8 Uhr in dem Ofen erloschen. Die letzte Benutzung des Backofens lag reichlich 8 Tage zurück, dahingegen war der eingemauerte Kessel am Freitag, den 26. Januar, fast den ganzen Tag über geheizt worden.

In der Wohnstube, in welcher von Sonnabend früh an ein leicht säuerlicher Geruch geherrscht hatte, brannte die Nacht hindurch, auf dem Fussboden stehend, eine etwas niedrig geschrobene Petroleum-Sturmlaterne.

Die Ehefrau K., die sich von etwa 7 Uhr Abends an mit ganz wenig Unterbrechungen in dem Wohnzimmer aufgehalten hatte, während ihr Mann ab- und zugegangen war, hatte den ganzen Abend bereits über Kopfschmerzen geklagt, wohingegen der Mann sich völlig wohl gefühlt hatte und ebenso allem Anschein nach das $1^1/_2$jährige Kind, welches den Nachmittag und Abend hindurch bei der Mutter im Wohnzimmer gewesen war.

Um 10 Uhr Abends suchte die kleine Familie das Bett auf. Der Vater lag vorn, das Kind an der Wand, die Mutter zwischen beiden. Heftige Kopfschmerzen liessen die letztere nicht einschlafen, um 11 Uhr begann auch der Mann über Kopfschmerzen zu klagen, dann aber schliefen beide ein. Gegen 2 Uhr erwachte das Kind, Frau K. fühlte sich aber so schlecht, dass sie ihren Mann weckte und diesen bat, Milch für die Kleine aus der Wohnstube zu holen. Auch dieser verspürte beim Erwachen heftige Kopfschmerzen und war taumelig und unbesinnlich, begab sich aber trotzdem, wenn auch mit grosser Mühe, in das Wohnzimmer, um das Verlangte herbeizuschaffen, kehrte aber vermuthlich bald darauf, da er sich in der Stube, obschon die Laterne brannte, sich nicht zu orientiren vermochte, unverrichteter Sache in die Kammer zurück, wo er mit den Worten: „Ich kann das Bett nicht finden", auf letzteres fallend, zusammenbrach. Des ganzen Hergangs vermag er sich nur dunkel zu entsinnen. Was weiter geschehen, ist ihm nicht erinnerlich; erst Nachmittags fand er sich im Wohnzimmer auf dem Sopha wieder.

Die Frau K. weiss noch, dass ihr Mann auf das Bett fiel, bald darauf muss auch sie das Bewusstsein verloren haben. Morgens gegen 11 Uhr hörte sie die Nachbarn vor dem Kammerfenster, hatte aber nicht die Kraft, aufzustehen oder zu antworten.

Die Frau vermochte schon nach mehreren Tagen die Arbeit wieder aufzunehmen, es vergingen aber fast drei Wochen bevor sie völlig wieder hergestellt war. Der p. K. hingegen klagte längere Zeit hindurch über grosse Mattigkeit, Schwere im Kopfe, Ermüdung auch nach leichter Anstrengung und Appetitlosigkeit, und konnte erst nach vier Wochen seinen Dienst wieder antreten.

Wenn die Diagnose auf eine Vergiftung mit Kohlenoxyd auf Grund des bis dahin Bekannten auch mit aller Bestimmtheit nicht gestellt werden konnte, (die Vornahme einer Blutuntersuchung war leider äusserer Umstände halber nicht ausführbar), so liess der ganze Hergang auf eine solche doch mit grosser Wahrschein-

lichkeit schliessen. Demgemäss schien es mir zunächst geboten, nach der Quelle, aus der das Gas stammen konnte, zu suchen, umsomehr, als bei dem hierüber schwebenden Dunkel die Möglichkeit einer abermaligen, vielleicht weniger harmlos ablaufenden Vergiftung für die nächste Nacht nicht ausgeschlossen war.

Da bei niedrig geschrobenen Petroleumbrennern bekanntlich Gase unverbrannt entweichen, unter ihnen auch Kohlenoxyd, so war der Umstand, dass die Lampe die ganze Nacht hindurch gebrannt hatte, immerhin zu beachten. Erschien es aber an sich schon mindestens unwahrscheinlich, dass ein 58,5 cbm haltender Raum (Stube und Kammer) innerhalb kurzer Zeit, also von 10 Uhr Abends bis gegen 2 Uhr Morgens, (während welcher die Vergiftung bei dem Manne stattgefunden hatte), durch die brennende Laterne derartig mit Kohlenoxyd gefüllt wird, dass schwere Vergiftungen der Insassen resultiren, so sprach gegen eine solche Annahme auch die Thatsache, dass die Ehefrau bereits vor 10 Uhr Abends, also zu einer Zeit, wo die Laterne noch nicht brannte, Krankheitserscheinungen gezeigt hatte, und der Ehemann schon um 11 Uhr, also nachdem die Laterne erst eine Stunde brannte, über Kopfschmerzen klagte.

Da die isolirte Lage des Gebäudes ein Eindringen von giftigen Gasen aus der Nachbarschaft ausschloss, so musste die Ursprungsstelle im Hause selbst gesucht werden, möglicherweise in der Gegend, wo sich nicht weniger als 4 primitive Feuerungsanlagen befanden, an der Küchenseite. Eine Besichtigung des Ortes ergab ein völlig negatives Resultat, nirgend fanden sich Spuren, die auf ein Austreten von Rauchgasen deuteten. Die Einwohner behaupteten auch auf das Bestimmteste, dass der Ofen stets gut gezogen und niemals geraucht habe, und ebenso bestimmt, dass von spätestens 8 Uhr Abends an das Feuer sowohl in dem Ofen wie auch auf dem Herde erloschen war. Der Backofen war vor 8 Tagen, der eingemauerte Kessel vor zwei Tagen zuletzt benutzt.

Da ich keine Veranlassung hatte, die Angaben der Betheiligten anzuzweifeln, so erschien mir das Wahrscheinlichste die Annahme eines verborgenen Brandes, vermuthlich in der Gegend der Scheidewand zwischen Stube und Küche, welche mit Ausnahme des Backofens sämmtliche Feuerungsanlagen in ihrer unmittelbarsten Nähe hatte.

Zwischen Ofen und der Eingangsthür zur Stube zeigte die Wand überall die gleiche Temperatur, zwischen Ofen und Giebel- (West-) Wand, etwa 1,50 m vom Ofen entfernt, stiess ich aber auf eine wärmere Stelle. Während die Temperatur nach oben in die normale Wandtemperatur überging, nahm sie weiter abwärts derartig zu, dass in der Höhe von etwa 1,40 m die Wand sich geradezu heiss anfühlte. Die heisse Stelle war reichlich handlang und ebenso breit. Durch Nachmessen überzeugte ich mich bald, dass diese Stelle dem kleinen Schornstein des eingemauerten Kessels entsprach.

Die Küchenseite der Scheidewand zwischen Küche und Wohn-

zimmer war mit dickem Russ bedeckt und vielfach defekt. Unmittelbar über der oberen Oeffnung des kleinen Rauchabzuges fehlte der Lehmbewurf in etwa Handgrösse, in der Tiefe lag ein verkohlter, glimmender und ganz schwach rauchender Balken, und vor dem letzteren ein reichlich wallnussgrosses Loch, welches direkt in die Wohnstube führte, durch den zwischen dem Ofen und dem Sopha aufgestellten grossen Holzsessel völlig verdeckt wurde und so der Beachtung entgangen war.

Durch dieses Loch wurde die kältere Küchenluft und mit ihr die Verbrennungsgase, wie sich dieses durch die vorgehaltene Hand leicht feststellen liess, kräftig nach der Wohnstube aspirirt. Bei näherem Zusehen sah man auf der Stubenseite stossweise eine bläuliche, eben sichtbare Rauchwolke vor dieser Oeffnung. Dabei war die Luft in dem Tags über vielfach gelüfteten Zimmer (auch als ich eintrat war ein Fenster geöffnet) tadellos, namentlich vermochte ich nicht den geringsten verdächtigen Geruch wahrzunehmen.

Unterhalb der bereits erwähnten, etwa wallnussgrossen Oeffnung in der Wand fand man auf dem sonst rein gehaltenen Fussboden der Wohnstube ein Stück Kalkmörtel, welcher nach Angabe der Frau K. sich am Tage vorher Mittags, also am Sonnabend, den 27. Januar, dort noch nicht befunden haben konnte, da sie bei der an diesem Tage vorgenommenen gründlichen Reinigung des Zimmers das etwa handtellergrosse Stück unmöglich übersehen haben würde. Eine Angabe, die durch die Reinheit des Fussbodens in der Nähe des Mörtelstückes bestätigt wurde. Die Oeffnung in der Wand konnte also erst nach dieser Zeit entstanden sein, und den Gasen ermöglicht haben, in grösserer Menge in das geheizte Zimmer einzudringen.

Die Wand wurde eingeschlagen, der brennende Balken abgesägt und mit ihm jede weitere Gefahr beseitigt.

Damit war meine Aufgabe vorläufig gelöst, das gerichtsärztliche Interesse aber nicht erschöpft.

Zunächst beweist der Fall einmal wieder, dass in einem durch Rauchgase vergifteten Raume jeder rauchverdächtige brenzliche Geruch fehlen kann, selbst wenn die Gase von einem in unmittelbarster Nähe brennenden Balken herrühren und direkt in das Zimmer eintreten. Dieser Umstand erscheint auf den ersten Blick befremdend, wird aber verständlich, wenn man den Zustand des Balkens berücksichtigt, der vom Schornsteine des eingemauerten Kessels an bis auf etwa 25—30 cm völlig verkohlt war. In Wirklichkeit war es also Holzkohlendunst mit hohem Gehalt an Kohlenoxyd (wegen des geringen Luftzutritts) und wie dieses ebenfalls geruchlos, der, nachdem eine direkte Verbindung zwischen Küche und Wohnstube hergestellt war, in letztere eindrang.

Die bereits am Abend erfolgte Erkrankung der Frau erklärt sich ungezwungen durch die fortdauernde Anwesenheit dieser im Zimmer, im Gegensatze zu ihrem Ehemanne, der, wie bereits oben mitgetheilt, das Zimmer mehrfach für längere Zeit verliess und dauernd erst von Abends 10 Uhr an in den fraglichen Räumen

verblieb. Auch der Eintritt von Bewusstlosigkeit bei dem Manne, gleich nachdem er aus dem Wohnzimmer in die Kammer zurückkehrte, ist verständlich, da in dem ersteren eine grössere Menge von Gas enthalten sein musste, als in der neben dieser belegenen Kammer, und da er ferner nach dem Aufrichten in höheren Luftschichten athmete, in denen in Folge des niedrigen spezifischen Gewichtes des Kohlenoxyds auch mehr von diesem enthalten sein musste.

Eine auffallende Thatsache ist das völlige Verschontbleiben des Kindes in einer Atmosphäre, die bei zwei gesunden erwachsenen Personen schwere Vergiftungserscheinungen hervorrief. Hier individuelle Verhältnisse anzunehmen, wird wohl schwerlich angehen, um so weniger, als man im Allgemeinen der Ansicht ist, dass Kinder für Kohlenoxyd empfänglicher sind als Erwachsene. Auch der theilweisen Bedeckung des Kindes durch die linke Schulter der Mutter kann schwerlich eine erhebliche Bedeutung beigemessen werden, da doch vermuthlich das Kind erst in diese Situation gerathen ist, nachdem bei der Mutter bereits Benommenheit eingetreten war.

Es sind meiner Ansicht nach nur zwei Momente, die hier ausschlaggebend gewesen sein können. Während die Mutter vor 10 Uhr Abends theils sass, theils im Wohnzimmer umherging und in einer Höhe von 1,12 m (sitzend) und 1,32 m (stehend) athmete, lag das Kind in einer niedrigen Wiege, mit dem Kopfe etwa 60 cm über dem Fussboden. Die Luftschicht, in welcher die Mutter athmete, lag also 0,42 bezw. 0,72 m über der, in welcher das Kind athmete. So war es immerhin denkbar, dass die Mutter bereits in einer Kohlenoxyd enthaltenden Luft athmete, während die Luft tiefer unten noch ganz oder relativ frei von diesem war.

Das zweite Moment sehe ich in der Lage des Kindes während der Nacht: Vater, Mutter und Kind schliefen gemeinsam in demselben Bette. Dieses stand an der östlichen Wand der Kammer, während die in diese von der Stube führende Thür nahe an der gegenüberliegenden Westwand, in der Nordseite sich befand, der gegenüber wieder das einzige undichte Fenster lag. Die Schwere der Erkrankung nahm sichtlich mit der Entfernung von der Brandstelle, die von letzterer bis zum Bettrande 4,5 m beträgt, ab. Der vorn liegende Vater zeigt die schwersten Vergiftungserscheinungen, dann folgt die in der Mitte des Bettes liegende Mutter, obgleich sie bereits früher als der Mann (vor 10 Uhr Abends) erkrankt war, und schliesslich das $1^1/_2$jährige Kind, welches überhaupt nicht erkrankte. Der Bettplatz des letzteren war nun nicht nur am weitesten von der Stelle des Gaseintritts in die Wohnstube entfernt, sondern er befand sich auch an einer Innenwand, an deren Aussenseite der Schweinestall lag und an der in Folge der geringen Temperaturdifferenz ein nur minimaler Gasaustausch zwischen den oberen mehr Kohlenoxyd führenden und daher spezifisch leichteren Schichten der Kammerluft und den unteren Schichten, die in Folge des Eintritts von reiner Aussenluft durch Undichtigkeiten des schlecht schliessenden Fensters und dergleichen nichts oder doch nur un-

schädliche Mengen Kohlendunst enthielten, stattgefunden hat. Dahingegen wird die Kammerluft eine nicht unbeträchtliche Abkühlung erfahren haben, die sich von den Aussenwänden her durch die Mitte des Zimmers hin durch Diffusion den oberen Luftschichten mittheilte, diese allmählich nach unten sinken liess und so die niedrigen Luftschichten in um so stärkerem Masse mit Kohlenoxyd vermischte, je weiter sie von der wärmeren östlichen Wand, an welcher das Kind sich befand, entfernt waren.

Die Aussentemperatur betrug am 27. Abends 9 Uhr + 0,5°, die höchste Temperatur am 28. Jannar + 1,1°. Nimmt man die Temperatur in Stube und Kammer zu + 12° an, so bestand immerhin eine Differenz von annähernd + 11°.

Das Kind lag also, wenn man sich seine Lage nochmals vergegenwärtigt, gleichsam seitwärts und unter der durch Kohlendunst vergifteten Kammerluft. Ein Umstand, der für dieses lebendrettend war.

Die sonstige gerichtsärztliche Bedeutung derartiger Vorkommnisse ist so oft und eingehend besprochen worden, dass hierauf einzugehen wohl unterbleiben kann.

Ueber Mittel und Wege, hygienische Bildung in's Volk zu tragen.

Von Dr. Hans Wolff, pro physicatu approb. Arzt in Harburg (Elbe).

In einem früheren Artikel (diese Zeitschrift Nr. 14, 1900) habe ich auf die Schwierigkeiten hingewiesen, welche den augenblicklich besonders emsig betriebenen Bemühungen zur Steuerung der Wohnungsnoth in der Arbeiterbevölkerung in dem Mangel jedes Verständnisses für die elementarsten hygienischen Fragen in dieser Bevölkerung selbst entgegenstehen. Dasselbe, was dies Beispiel für die Wohnungshygiene besagt, ist auch sonst überall, wo an eine Mitarbeit an der Förderung der Gesundheitspflege in den unteren Schichten der Bevölkerung appellirt werden muss, zu bemerken. Es ist eben auf allen Gebieten der privaten Hygiene festzustellen, dass diese mit den glänzenden Fortschritten der allgemeinen öffentlichen Hygiene auch nicht annähernd gleichen Schritt gehalten hat. Der Grund dafür ist ein offenkundiger; während in der öffentlichen Hygiene das Kapital als belebende und ausführende Kraft für die wissenschaftliche Arbeit anzusehen ist, ist in der häuslichen und individuellen Hygiene mit Geldaufwand nur wenig oder nichts zu erreichen; hier können nur Erfolge erzielt werden durch Beseitigung der Unkenntniss und der Interesselosigkeit mit gemeinverständlicher Belehrung und Erziehung zum Begreifen des eminenten Werthes, den die Kenntniss und Nachlebung hygienischer Regeln in sich birgt. Ein solches Stück Kulturarbeit ist aber schwieriger zu leisten als der Aufwand selbst grosser Kapitalien. Vielleicht ist auch früher eine zum Theil sehr berechtigte Scheu vor der Popularisirung der medizinischen Wissenschaft, die sich weniger wie irgend eine andere, ohne an ihren Werth Schaden zu nehmen, popularisiren lässt, mit daran Schuld gewesen, die

wissenschaftlichen Ergebnisse hygienischer Forschung nicht zum Gemeingut weitester Kreise werden zu lassen. Heutzutage denkt man zum Glück darüber anders und strebt nach möglichster Verbreitung der Kenntnisse auf dem Gebiete der Gesundheitslehre und -pflege. Die viel umstrittene Frage ist nun, welchen Faktoren mit der besten Aussicht auf baldigen und nachhaltigen Erfolg die Erfüllung dieser Aufgabe anvertraut werden soll. Nach Analogie der Thatsache, dass die Behandlung einer Krankheit um so undankbarer und schwieriger ist, je mehr Heilmittel gegen sie empfohlen werden, kann man auch auf diesem Gebiete aus der Empfehlung der zahlreichen Vorschläge auf die Schwierigkeit des Vorwärtskommens schliessen.

Bei der ersten Berathung des Reichstages über den Gesetzentwurf, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten sagte der sozialdemokratische Abgeordnete Wurm, dass den Aerzten der Vorwurf nicht erspart werden könne, dass sie in viel zu geringem Masse auf dem hygienischen Gebiete sich darum gekümmert hätten, Aufklärung in das Volk zu tragen. Der Abgeordnete konnte natürlich nur die in der täglichen Praxis stehenden Aerzte gemeint haben; denn die Thatsache, dass von den Aerzten überhaupt erst die Gedanken für die Förderung der Gesundheitspflege ausgegangen und dass die besten Erfolge auf diesem Gebiete durch ihr Wirken erreicht sind, dürfte füglich auch ihm wohl nicht unbekannt sein. Gewiss erscheint es nun recht einleuchtend, die praktizirenden Aerzte, die mit der breiten Masse der Bevölkerung ja am meisten in Berührung kommen und die gelegentlich ihrer Anordnungen zur Pflege und Behandlung eines Kranken leicht eine naheliegende hygienische Frage anschneiden und einige weitergehende aufklärende Worte über hygienische Dinge sprechen können, als die berufensten Belehrer anzusehen und ihnen vorzugsweise diese Aufgabe zu überlassen. So einfach wie dieser Gedanke sich aussprechen lässt, für so fraglich halte ich unter den jetzigen Verhältnissen die Möglichkeit seiner Umsetzung in die That. Bei dem starken numerischen Zurücktreten der besser situirten Klassen gegen die breiten Volksmassen, wird es sich im Wesentlichen um diejenigen Aerzte nur handeln können, die ihre Thätigkeit in letzteren ausüben, d. h. also um die Kassenärzte. Wenn nun auch vielleicht ein stark beschäftigter Kassenarzt — und wer mit den Verhältnissen der Kassenpraxis vertraut ist, kennt auch die grosse, oft übergrosse Arbeitslast fast aller in ihr wirkenden Kollegen — zu aufklärenden und belehrenden Unterhaltungen über gesundheitswissenschaftliche Dinge, also zu einer weit über den Rahmen der pflichtmässig übernommenen Arbeit reichenden Leistung, Angesichts der kümmerlichen Bezahlung noch genügend Berufsfreudigkeit und Idealismus sich erhalten hat, so wird doch meist der Zeitmangel die Verwirklichung seiner guten Absichten illusorisch machen. Denn dass bei dem absoluten Fehlen jeder Vorkenntnisse in der Bevölkerung eine solche belehrende Thätigkeit viel mehr Zeit kostet, als ein beschäftigter Arzt erübrigen kann, ist wohl nicht zu bezweifeln.

Dann ist es ferner noch sehr die Frage, ob das Publikum für solche Belehrungen überhaupt schon empfänglich und reif ist. Für ganz überaus instruktiv halte ich das Erlebniss eines mir befreundeten Kollegen, dem man nichts weniger als Theilnahmlosigkeit und verschlossene Augen gegen die Leiden der Arbeiterbevölkerung nachsagen kann. Als er eines Morgens das an Pneumonie erkrankte Kind eines Arbeiters wieder besuchte, fand er den kleinen Patienten in einem Raum, der mit einer stickigen, von allen möglichen Koch- und sonstigen Dünsten geschwängerten Luft erfüllt war. Das natürlich fest geschlossene Fenster zu öffnen, war sein erstes, dann machte er die Mutter darauf aufmerksam, dass in einer solchen Luft die Genesung des schwerkranken Kindes sehr unwahrscheinlich sei. Der Erfolg dieser durchaus nicht taktlos und unhöflich angebrachten Belehrung war ein giftiger Brief, in dem der Vater des kranken Kindes in stark nach sozialdemokratischem Wortschatz duftenden Ausdrücken dem Arzte auseinandersetzte, dass ein kümmerlich um seine Existenz ringender Arbeiter „so feine und so viel Zimmer wie der Herr Doktor" sich allerdings nicht leisten könne, dass in seiner engen und dürftigen Wohnung leicht Dünste aus der Küche in das nebenliegende Schlafzimmer dringen könnten u. s. w. Zum Schluss verbat er sich unter Androhung von Handgreiflichkeiten die weiteren Besuche des Arztes. Man wende nicht ein, dass für die Querköpfigkeit eines ungeschliffenen Patrons nicht eine ganze Bevölkerungskategorie verantwortlich zu machen sei. Ich halte das Beispiel für überaus charakteristisch; denn wer sich mit den Anschauungen und Empfindungen in der Arbeiterbevölkerung näher beschäftigt, wird Dank ihrer sozialdemokratischen Bearbeitung eine ganz übertriebene, geradezu krankhafte und sich oft sehr unangenehm äussernde Empfindlichkeit und Reizbarkeit finden, sobald das Thema des Nothstandes der niederen Volksklassen auch nur leise gestreift wird. Sagt man den Leuten, dass sie auch in ihren kleinen Verhältnissen bei richtiger Wohnungsausnutzung, rationeller Auswahl der Nahrungsmittel, verständiger und reichlicher Anwendung von Luft und Wasser sich behaglich und gesund fühlen und sich gegen Krankheiten ebenso gut wappnen könnten, wie die Angehörigen besser bezahlter Berufsarten, so sagt man bekanntlich das Gegentheil von dem, was sie in sozialdemokratischen Hetzversammlungen zu hören bekommen, und wird nie Dank und Anerkennung damit finden; man wird nur damit das Misstrauen der Leute stacheln und sie gegen sich erbittern. „Liebe und Vertrauen schenkt es nur Denjenigen, die den Jargon seiner Leidenschaft reden oder heulen, während es jeden braven Mann hasst, der die Sprache der Vernunft mit ihm spricht, um es zu erleuchten und zu veredeln." Diese Worte, die Heine vor 50 Jahren über das Volk schrieb, passen leider auch heutigen Tages noch nur zu gut!

Aber schliesslich würde vielleicht auch diese vorwiegend politischen Motiven entstammende Halsstarrigkeit noch kein unüberwindliches Hinderniss für besonders taktvoll und geschickt

unternommene Aufklärungs- und Belehrungsversuche abgeben, wenn sie nicht ferner an dem ganz bodenlosen Mangel an Verständniss und Interesse für diese abprallten; und so lange bis darin nicht Wandel geschaffen ist, bleiben alle solche Volksbildungsbestrebungen im Grunde genommen doch nur ein Kampf mit unzulänglichen Waffen und Kraftverzettelung, mögen auch vereinzelte Erfolge denkbar und in der That zu verzeichnen sein. Diesem Mangel ist nur durch eine gründlich aufrüttelnde und weit ausholende Reform beizukommen, eine Reform, die zu allererst dort einsetzt, wo die Fundamente der Bildung und des Wissens, der Pflege des Geistes und des Körpers gelegt werden, d. h. in der Schule. Wenn es der Zweck der Schule ist, diejenigen Kenntnisse ihren Zöglingen einzupflanzen, die allgemein für das Leben nothwendig sind, so muss auch der Gesundheitslehre ein Platz unter den Unterrichtsgegenständen eingeräumt werden. Von allen Vorschlägen, die für eine planmässige Hebung der hygienischen Bildung gemacht sind, ist dieser wohl der wirksamste und seine Durchführung am meisten anzustreben. Aber nicht in dem einschränkenden Sinne, mit dem in der Vorrede des vom Kaiserlichen Reichs-Gesundheitsamt herausgegebenen „Gesundheitsbüchlein" gesagt ist, dass damit gerechnet werden muss, dass allmählich der Unterricht in den höheren Schulen und in den Seminaren auch auf die Gesundheitslehre sich erstrecke. Nur dann ist dieser Satz zu unterschreiben, wenn damit gemeint ist, dass zunächst die aus diesen Bildungsanstalten hervorgehenden Lehrer hygienisch vorgebildet werden müssen, um nachher denselben Unterricht weiter ertheilen zu können. Aber dieser Unterricht selbst gehört in alle Schulen, in erster Linie sogar in die Volksschule hinein schon aus dem Grunde, weil die Kenntniss und Befolgung gewisser hygienischer Regeln den Angehörigen der besser situirten und gebildeteren Kreise mehr oder weniger durch Erziehung in Fleisch und Blut übergegangen sind und durch günstigere äussere Lebensbedingungen gewährleistet wird. Denn trotz aller Anerkennung der Thatsache, dass auch die besseren und besten Kreise noch in vieler Beziehung hygienischer Aufklärung dringend bedürftig sind, ist doch anderseits beispielsweise nicht in Abrede zu stellen, dass die in Deutschland noch immer so stiefmütterlich behandelte Kardinaltugend in der Gesundheitspflege, die Reinlichkeit am Körper, in den höheren Volksschichten mehr gepflegt wird, als in den unteren Bevölkerungsschichten der Industriebezirke und des platten Landes. In diesen Kreisen trifft man doch gar nicht so selten Menschen, welche sich nicht erinnern können, je in ihrem Leben ein Bad genommen zu haben und denen eine sich weiter als über die von der Kleidung unbedeckten Theile des Körpers erstreckende Waschung als etwas im höchsten Grade Ueberflüssiges und Absonderliches erscheint!

Auch dürfte gegen die Unterrichtsertheilung in der Gesundheitslehre in der Volksschule nicht das Bedenken geltend zu machen sein, dass der Gegenstand nicht so fasslich darzustellen wäre, um dem Begriffsvermögen der Schüler konform zu sein. Dem Volksschullehrer Joh. Braun ist es in seinem trefflichen,

zum Gebrauche in Volksschulen und zur Selbstbelehrung verfassten Büchlein „Gesundheitslehre“ (Bonndorf, Verlag J. A. Binder's Nachfolger, 1899) ausgezeichnet gelungen, die Grundlagen der Gesundheitspflege in eine dem Bildungsstande des Volksschülers und des gewöhnlichen Mannes durchaus angepasste Form zu bringen. Wenn Jemand den Inhalt dieser 50 Seiten sich zu eigen und zur Richtschnur gemacht hat, dürfte er wenigstens gegen die meisten der groben hygienischen Fehltritte gefeit sein. Lässt es sich möglich machen, etwas schwierigere Dinge, als wie sie in dem genannten Buche enthalten sind, wie z. B. einige Lehren aus dem Gebiete der Bakteriologie, der verschiedenen Infektionskrankheiten, der Desinfektionslehre, für den Schüler verdaulich zu machen und sie in den Lehrplan aufzunehmen, um so besser. In den höheren Schulen wird dies wohl nicht auf Schwierigkeiten stossen können. Es würde dadurch das Verständniss für hygienische Massregeln der Behörden geweckt und die freiwillige Mitarbeit an ihrer Ausführung gefördert werden. Wie oft würde dadurch dem Medizinalbeamten seine Aufgabe erleichtert werden.

In welcher Weise der Unterricht in der Gesundheitslehre in den Schulen organisirt, ob er, wie es am leichtesten und angemessensten erscheint, dem in den Naturwissenschaften angegliedert oder als selbstständiges Fach fungiren soll, kann hier natürlich nicht erörtert werden. Dass er nicht sehr hohe Ansprüche an Zeitaufwand stellt, geht aus Braun's Worten hervor, der mit wöchentlich einer halben Stunde in zwei Jahren auskommen zu können glaubt, um seinen Schülern genügende Kenntnisse zu verleihen; mit Recht betont er, dass das höchste Gut, das der Mensch hienieden hat, die Gesundheit, das Opfer einer halben Stunde wöchentlich wohl werth sei. Wir leben ja in der Zeit der Schulexperimente, und es ist wohl über jeden Zweifel erhaben, dass, wenn die Unterrichtsverwaltung den Versuch machen will, hygienische Bildung der heranwachsenden Generation einzuprägen, sie damit keinen Missgriff thun und ihn nie zu bereuen haben wird. „Wie scharf verurtheilt man einen Gebildeten, der ein Zitat aus einem Klassiker falsch wiedergiebt, wie ängstlich wacht man darüber, dass am humanistischen Unterrichtsplan doch ja keine Stunde Latein oder Griechisch beseitigt werde, aber man schämt sich nicht der Unkenntniss über den eigenen Körper, der Unkenntniss über seine Funktionen, der mangelnden Körperpflege, die sich wie eine Krankheit von den Eltern auf die Kinder weiter erbt.“ Mögen doch die massgebeuden Behörden diese Worte Rubner's beherzigen und dafür Sorge tragen, dass sie bald ihre Berechtigung verlieren! Auf die Dauer werden sie sich diesem Wunsche doch nicht entziehen können.

Und wie leicht und ungezwungen lässt sich gerade bei der Lehre der Gesundheitspflege in der Schule Theorie und Praxis verbinden. In den modernen Schulgebäuden sind schon durch die Heizungs-, Beleuchtungs- und Ventilationseinrichtungen u. s. w. Demonstrationsobjekte genügend gegeben und durch Errichtung von Schulbädern ist das A und O aller hygienischen Bestrebungen

gesichert, die Reinlichkeit auf's Wirksamste praktisch zu üben und zu fördern. Setzt sich der Unterricht noch über das schulpflichtige Alter hinaus fort, wozu ja die Fortbildungsschulen für die jugendlichen Arbeiter Gelegenheit bieten, so werden sich naturgemäss die günstigsten Einwirkungen auf die Hebung der Volksgesundheit steigern. Mit den Haushaltungsschulen, die man in verschiedenen Städten aus kommunalen und Vereinsmitteln für die der Schule entwachsenen weiblichen Jugend eingerichtet hat, sind die Erfahrungen durchaus günstige gewesen. Und ist es auch nicht geradezu wissenschaftliche hygienische Belehrung, die ihnen geboten wird, so umfasst doch das dort Gelehrte und Anerzogene, wie Ordnungsliebe, Reinlichkeitssinn, verständige Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel ungefähr das, was man zu einer gesundheitsgemässen Lebensweise im Hause gebraucht. Ueberhaupt sind die gegenseitigen Berührungen der Hausfrautugenden mit der Pflege und Uebung der privaten und individuellen Hygiene so zahlreiche, dass zu ihrer Hebung die Heranziehung der weiblichen Jugend in der angedeuteten Weise ganz besonders betrieben werden muss. Dazu kommt noch als gewichtiger Umstand hinzu, dass Beispiel und Einfluss der Mutter auf die Kinder bis zum Austritt aus der Schule am grössten sind, namentlich in der Arbeiterbevölkerung.

Ohne dass man sich von dem Schulunterricht in der Gesundheitspflege eine weitreichende sozialpolitische Wirkung zu versprechen haben wird, möchte ich doch glauben, dass seine obligatorische Einführung wenigstens eins der gehässigsten und wirksamsten Agitationsmittel der sozialdemokratischen Hetzerei merkbar abschwächen wird, dass nämlich der grösseren Sterblichkeit in der Arbeiterbevölkerung Behörden und massgebende Personen gleichgültig, den dagegen unternommenen Abhülfebestrebungen theilweise sogar ablehnend gegenüberstehen. Und ist erst einmal durch den Schulunterricht das Gebiet der Gesundheitspflege von dem politischen Beigeschmack gereinigt und sind durch ihn einige Vorkenntnisse in das Volk getragen und dessen Interesse an dem Gegenstand geweckt, dann sind auch die beiden Haupthinderungsgründe für die Bethätigung der praktizirenden Aerzte auf diesem Gebiete beseitigt. Von ihrer Mitarbeit wird man sich die schönsten Erfolge versprechen können.

Als ein Mittel, die Ergebnisse hygienischer Forschung weitesten Kreisen zu übermitteln, wird ferner die Herausgabe und Verbreitung von Schriften belehrenden, gemeinverständlichen Inhaltes betrachtet. Eine stattliche Reihe gemeinnützig denkender und von bestem Wollen beseelter Männer hat sich zu Dolmetschern der Gelehrten gemacht und hier eine Literatur geschaffen, die zum Theil auf's Hervorragendste zur Beseitigung der die körperliche Gesundheit der Arbeiterbevölkerung schädigenden Missstände und zur Erzielung einer Wandlung in der Interesselosigkeit gegen die Gesundheitslehre und -pflege geeignet ist, und die fernerhin auch berufen ist, dem Arbeiter die Augen darüber zu öffnen, auf welcher Seite die Wahrheit und die

aufrichtige Sorge für sein Wohl zu finden ist. Die zu der grossen Arbeit und Mühe bedauerlicherweise nicht entfernt im Verhältniss stehenden, bisher mit diesen Schriften erreichten Erfolge erklären sich aus der geringen Verbreitung, die sie im Volke gefunden haben, und diese geringe Verbreitung wiederum ist eine Folge davon, dass der Begriff „Gesundheitspflege" dem Mann aus dem Volke bislang überhaupt etwas gänzlich ungeläufiges ist und dass er alles darauf Bezügliche als etwas ihn nicht im Geringsten Angehendes betrachtet; er wird daher die belehrenden Aufsätze entweder nicht lesen, oder aber für durchaus überflüssig halten. Auch der von Lent gemachte Vorschlag, die sogenannte Sonntagsliteratur, d. h. die Sonntagsbeilagen bei den Zeitungen, zu den Unterweisungsversuchen heranzuziehen, wird daher praktisch wenig Erfolg haben. Das wird nur erst dann besser werden können, wenn dem Arbeiter von einer für ihn kompetenten Seite die Nothwendigkeit seines Interesses für hygienische Fragen klar gemacht worden ist. Ich meine, dass den Krankenkassen diese Kompetenz zuzusprechen ist und dass deren Mitwirkung zum genannten Zweck sich vorzüglich eignet. Bei den meisten Krankenkassen wird es so gehalten, dass ein jedes Mitglied bei seinem Eintritt in dieselbe ein Mitgliedsbuch eingehändigt bekommt, in dem die Statuten enthalten sind, zu deren Befolgung es sich durch Unterschrift zu verpflichten hat. Es wäre nun ein Leichtes, mit diesem Statut in kurz gefassten Sätzen die elementarsten Regeln der Gesundheitspflege zu verbinden. Da die Krankenkassen ja ein grosses pekuniäres Interesse an der Erhaltung der Gesundheit ihrer Mitglieder haben, werden sie sicher gern bereit sein, ihren Statuten dahin zielende Belehrungen für die Mitglieder beizufügen, auch könnten sie wohl durch die Aufsichtsbehörden dazu angehalten werden. Dadurch würde mit einem Schlage erreicht werden, dass fast jeder Angehörige der deutschen Arbeiterschaft überhaupt einmal erst hygienische Regeln zu Gesicht und gleichzeitig in seinem Besitz bekommt und ferner, was das Wichtigste ist, sie auch wirklich liest; denn die Statuten liest ein jeder durch, der überhaupt lesen gelernt hat. Dann kann auch der allerbeschäftigste Kassenarzt durch blosse Hinweise schon auf diese Regeln ohne jeden Zeitverlust für die Gesundheitspflege sich erfolgreich bethätigen. Ich glaube nicht, dass zur Verbreitung der Grundlagen hygienischer Kenntnisse in der Arbeiterbevölkerung ein besserer und wirksamerer Vorschlag gemacht werden kann. Und er ist gerade jetzt besonders zeitgemäss; denn seit man in grossem Umfange den Kampf gegen die Tuberkulose aufgenommen hat, haben auch die Krankenkassen eingesehen, dass es durch ihr vitalstes Interesse geboten ist, über ihre früheren Leistungen hinauszugehen und eine prophylaktische Thätigkeit zu entfalten. Sie haben zunächst mit dem Versuch begonnen, durch Vorträge seitens der Kassenärzte ihr Publikum in Bezug auf die Tuberkulose aufzuklären, und es wird nur einer Anregung dazu bedürfen, sie zu veranlassen, durch hygienische Belehrung allgemeiner Art, die Prophylaxe auch anderer Erkrankungen wirksam zu fördern. Dazu

genügen aber nicht allein Vorträge, die doch nicht von Allen besucht werden und die, um sie bei dem Fluktuiren der Mitglieder allen zugänglich zu machen, sehr häufig wiederholt werden müssten, sondern dazu ist vor Allem nothwendig, dass ein jedes Mitglied die Belehrungen gedruckt in die Hand bekommt und veranlasst wird, sich nach ihrem Inhalt zu richten. Das gedruckte Wort hat noch immer seinen grossen Einfluss auf den gewöhnlichen Mann.

Das einzige Bedenken wäre, ob sich in wenigen Seiten auch wirklich brauchbare und ausreichende Verhaltungs- und Belehrungsregeln zusammenfassen lassen. Ich meine ja, wenn man nur den Zweck im Auge behält, in die totale Unwissenheit und Verständnisslosigkeit erst einmal Bresche zu legen. Vielleicht veranstaltet der Ausschuss des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege oder der Deutsche Verein für Volkshygiene, dem besonders für derartige Zwecke Mittel zur Verfügung stehen, ein Preisausschreiben, um geeignete Arbeiten zu erhalten. Die aufgewandte Mühe würde reichen Lohn finden.

Wenn ich bei der Besprechung der wichtigsten Aufklärungsfaktoren der Thätigkeit der Medizinalbeamten als eines solchen nicht gedacht habe, so geschah das mit gutem Grunde. Nicht als ob ich ihren berathenden und belehrenden Einfluss unterschätzte, im Gegentheil, sie als praktische Hygieniker werden bei der Aufklärung und Bildung des Volkes in hygienischer Hinsicht einen grossen Arbeitsantheil haben, aber es erscheint m. E. zweckmässiger, bevor das neue Kreisarztgesetz sich eingelebt hat, nicht in Erörterungen darüber einzutreten, wie sich ihre Mitarbeit künftig weiter gestalten wird.

Zur Impftechnik.

Von Kreisarzt Dr. Hansen in Hadersleben.

Zu dem Artikel „Zur Impftechnik“ in Nr. 11 der Zeitschrift, von San.-Rath Dr. Weichardt möchte ich mir zwei Bemerkungen erlauben.

Die Probe-Impfung dürfte am zweckmässigsten in der Lymph-Erzeugungs-Anstalt ausgeführt werden. Auf jeder Begleitkarte wäre eine Angabe über die Stärke der Lymphe zu machen.

Weichardt's Urtheil über die Verwendbarkeit der Platin-Iridiummesser bei Massen-Impfungen muss ich widersprechen. Am Tage, als mir der Artikel zu Gesicht kam, hatte ich gerade 64 Erst- und 45 Wiederimpflinge in nicht ganz einer Stunde hier in der Stadt geimpft, ohne irgendwie einen Rekord setzen zu wollen, und zwar mit 2 solchen Messern.

Wenn das Schreibe- und Aushülfepersonal gut eingeübte Leute sind, lassen sich 100 Impfungen in der Stunde mit Platin-Iridiummessern wohl ausführen. In kleineren Terminen, unter den gewöhnlichen Verhältnissen auf dem Lande muss man gewöhnlich auf das Platznehmen der Mütter warten. Ich brauche 2 Platin-Iridiummesser, spüle sie nach jeder Impfung in Wasser ab, um Kohlenansammmlung am Messer zu vermeiden, schleudere den

Wassertropfen weg, glühe aus, lege sie und armire das andere inzwischen kalt gewordene. Als Spirituslampe passt vorzüglich diejenige, welche die Damen für das Brennen der Haare in der Tasche tragen, und die man für 50 Pfennige im Laden erhält. Ein besonderes Impfbesteck ist nicht nöthig. Grade für Massenimpfungen halte ich das Platin-Iridiummesser für mindestens ebenso sicher aseptisch und für handlicher und bequemer, wie die sonst gebräuchlichen Impfinstrumente.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die dienstliche Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Minden zu Herford am 18. Mai 1901.

In Folge amtlicher Einladung des Regierungspräsidenten zu Minden waren zu der unter dem Vorsitz des Reg.- u. Geh. Med.-Raths Dr. Rapmund stattfindenden Sitzung sämmtliche Kreisärzte des Bezirks: San.-Rath Dr. Bartscher-Büren, San.-Rath Dr. Claus-Warburg, Dr. Denckmann-Lübbecke, Geh. San.-Rath Dr. Georg-Paderborn, Dr. Kluge-Höxter, Dr. Nünninghoff-Bielefeld, San.-Rath Dr. Rheinen-Herford, San.-Rath Dr. Schlüter-Gütersloh und Dr. Sudhölter-Minden erschienen. Als Gäste waren ausserdem anwesend die Kreisärzte San.-Rath Dr. Overkamp-Warendorf und Dr. Schlautmann-Koesfeld, beide aus dem Reg.-Bez. Münster.

Als einziger Berathungsgegenstand stand die Besprechung der neuen Dienstanweisung für die Kreisärzte auf der Tagesordnung.

In einer kurzen Eröffnungsrede wies der Vorsitzende auf den grossen Fortschritt hin, den das Kreisarztgesetz und die dazu erlassene Dienstanweisung für das öffentliche Gesundheitswesen einerseits und die amtliche Stellung und Thätigkeit der Medizinalbeamten anderseits bedeute. Er betonte, dass, wenn auch die hierdurch angebahnte Reform des Medizinalwesens nicht allen Wünschen der Medizinalbeamten gerecht geworden sei, doch damit der erste und wichtigste Schritt zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens gethan und ein brauchbares Fundament geschaffen sei, auf dem mit Erfolg weiter gebaut werden könne. Dieser weitere Ausbau würde aber um so eher erfolgen, je mehr die Medizinalbeamten sich bemühten, den ihnen durch die neue Gesetzgebung erwachsenden, wesentlich erweiterten Befugnissen und Dienstobliegenheiten gerecht zu werden. Es werde sich dann sehr bald herausstellen, dass die Stellung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte als eine nebenamtliche absolut unhaltbar sei; thatsächlich mache auch die Dienstanweisung in Bezug auf die Obliegenheiten des Kreisarztes keinen Unterschied zwischen voll- und nicht vollbesoldeten Kreisärzten, und wer die ihm hier auferlegten Pflichten gewissenhaft erfüllen wolle, werde sicherlich selbst in kleineren Kreisen wenig oder gar keine Zeit zu anderer Thätigkeit, insbesondere zur Privatpraxis haben. Demgemäss stehe zu erwarten, dass sich von Jahr zu Jahr immer mehr die Nothwendigkeit ergeben werde, vollbesoldete Kreisärzte im Hauptamte anzustellen, so dass diese voraussichtlich bald die Regel bilden würden, während sie zur Zeit nur Ausnahmen sind.

Der Vorsitzende überreichte hierauf im Auftrage des Königlichen Regierungspräsidenten den Anwesenden ihre Bestallung als Kreisarzt und die vom Regierungspräsidenten ausgestellte Ausweiskarte. Kreisarzt Dr. Sudhölter-Minden besprach sodann an der Hand der einzelnen Abschnitte den Inhalt und Umfang der Dienstanweisung, indem er namentlich auf die dem Kreisarzt übertragenen neuen Dienstobliegenheiten näher einging, die für den Kreismedizinalbeamten des Reg.-Bez. Minden jedoch nicht so erheblich wie in anderen Bezirken seien, da hier schon seit längerer Zeit manche Anordnungen der Dienstanweisung durch Regierungs-Verfügung getroffen seien, z. B. betreffs Theilnahme der Kreisärzte an den Sitzungen der Gesundheitskommissionen, betreffs der jährlichen Revision aller Krankenanstalten, Siechenhäuser u. s. w.

An das Referat schloss sich fast bei allen Abschnitten eine äusserst leb-

hafte Debatte an, in der namentlich von dem Vorsitzenden mannigfache ergänzende Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen, insbesondere zu solchen, bei denen Meinungsverschiedenheiten zu Tage traten, gegeben wurden. Auf einen ausführlichen Bericht hierüber muss mit Rücksicht auf den zu Gebote stehenden Raum verzichtet werden; nur einige Punkte mögen daraus hervorgehoben werden:

Bei dem Abschnitt I, §. 3 wurde allseitig der Wunsch ausgesprochen, dass das pensionsfähige Dienstalter eines Kreisarztes von der staatsärztlichen Prüfung an gerechnet werden möge, desgleichen müsse eine anderweitige Regelung des pensionsfähigen Diensteinkommens des nicht vollbesoldeten Kreisarztes (Abschnitt VI, §. 28) angestrebt werden.

Bei Abschnitt III, §. 12 bemerkte der Vorsitzende zu der Bestimmung, wonach alle das Gesundheitswesen des Kreises betreffende Berichte durch die Hand des Landraths an den Regierungspräsidenten einzureichen seien, dass darunter keineswegs auch statistische Nachweisungen, Meldekarten u. s. w. zu verstehen seien, sondern diese nach wie vor direkt einzusenden seien. Hauptsächlich seien darunter Berichte über gesundheitliche, zum Verwaltungsressort des Landraths gehörige Angelegenheiten des Kreises zu verstehen (s. §. 1, Abs. 1 des Kreisarztgesetzes).

Als besonders werthvoll wurde die Bestimmung in §. 14, Abs. 4 u. 5 der Dienstanweisung anerkannt, wonach die Ortspolizeibehörden verpflichtet sind, nicht nur die Vorschläge des Kreisarztes auszuführen, sofern nicht begründete Bedenken entgegenstehen, sondern auch dem Kreisarzte über die Entschliessungen auf die von ihm gemachten Vorschläge und Anregungen Mittheilung zu machen. Auf die Befolgung dieser Bestimmung müsse streng geachtet werden, da sie eine wirksame Handhabe biete, um säumige Ortspolizeibehörden an ihre Pflicht zu erinnern.

Betreffs des Verhältnisses zu den anderen technischen Beamten des Kreises wurde mit Rücksicht auf §. 18 betont, dass dieses selbstverständlich auf Gegenseitigkeit beruhe und die betreffenden Beamten einem etwaigen Ersuchen des Kreisarztes ebenso zu entsprechen hätten, wie umgekehrt. Der Vorsitzende theilte hierbei mit, dass dieselben ebenso wie sämmtliche Landräthe, Ortspolizeibehörden, Stadt- und Kreisausschüsse u. s. w. noch in einer besonderen Verfügung auf die Beachtung der in Betracht kommenden Bestimmungen der Dienstanweisung hingewiesen und ihnen die Anschaffung derselben oder wenigstens des Ministerialblattes oder der Beilage der Zeitschrift für Medizinalbeamte, in der diese abgedruckt sei, empfohlen werden sollte. Gleichzeitig bat er, jede Gelegenheit zu einer mündlichen Besprechung über die wichtigsten Bestimmungen der Dienstanweisung mit jenen Behörden wahrzunehmen. Mit den Ortspolizeibehörden werde sich solches besonders bei der Theilnahme an den Sitzungen der Gesundheitskommissionen ermöglichen lassen. Diese Kommissionen sollen im Regierungsbezirke ebenso wie bisher auch in Landgemeinden bestehen bleiben, da sie sich durchaus bewährt hätten und dies künftig noch mehr der Fall sein würde, weil von jetzt ab die Kreisärzte jährlich mindestens einmal an einer Sitzung derselben theilnehmen müssten, was sich bisher aus finanziellen Gründen nicht habe ermöglichen lassen.

Betreffs der Bestimmung in §. 39 wurde besonders hervorgehoben, dass sich die dem Kreisarzt eingeräumte Befugniss des Zutritts zu den Anstalten, Anlagen, Räumen und Oertlicheiten nur auf die seiner Aufsicht unterstellten bezöge; erachte er eine Besichtigung anderer Räume für nothwendig, so bedürfe es dazu besonderer Genehmigung.

Bei §. 41 (amtliche Zeugnisse) wurde der Unterschied zwischen Gutachten, Befundatteste und Befundscheine besprochen und betont, dass amtsärztliche Atteste zu Reklamationszwecken und überhaupt in Militärangelegenheiten nur auf Requisition des Landraths oder der zuständigen Ersatz- und Militärbehörden ausgestellt werden dürfen. Der Vorsitzende machte ferner auf die Nothwendigkeit aufmerksam, von allen Attesten und Gutachten Konzepte zurückzubehalten.

Die durch §. 69 der D.-A. erfolgte Einführung über die regelmässigen sanitätspolizeilichen Ortsbesichtigungen wurde sowohl von den Referenten, wie von allen übrigen Anwesenden als eine der wichtigsten und bedeutungsvollsten Bestimmung der Dienstanweisung angesehen. Der Vorsitzende machte darauf aufmerksam, dass zunächst von dem Kreisarzt mit dem Land-

rath ein allgemeiner Plan für diese, und zwar für den fünfjährigen Turnus aufzustellen, und dann dem Regierungspräsidenten zur Genehmigung vorzulegen sei. Für das laufende Jahr sei dagegen der Besichtigungsplan von dem Kreisarzt allein aufzustellen. Sehr wünschenswerth sei die Mitbetheiligung der Landräthe bei dieser Besichtigung oder wenigstens bei einigen derselben, besonders in den ersten Jahren. Gleichzeitig warnt der Vorsitzende, mit den Forderungen in hygienischer Hinsicht über das Ziel hinaus zu schiessen; dadurch könne der Sache nur geschadet werden. Namentlich müsse anfangs mit grosser Vorsicht vorgegangen und nicht etwas verlangt werden, dessen Durchführung finanziell für die Gemeinden unausführbar sei. Nicht minder gefährlicher sei es, Massregeln vorzuschlagen, deren Erfolg ein zweifelhafter sei. Vor allem müsse jetzt der Kreisarzt dahin streben, sich über die gesundheitlichen Verhältnisse seines Kreises genau zu informiren; die Gelegenheit dazu sei geboten, da ihm in Bezug auf auswärtige Dienstreisen durch die Anweisung weitgehende Befugnisse eingeräumt seien. Es solle eben nicht mehr vom grünen Tisch, sondern auf Grund eigener Anschauung gearbeitet werden, und je mehr der Kreisarzt sich durch örtliche Besichtigungen u. s. w. unterrichtet habe, desto eher würde er auch in der Lage sein, im gegebenen Falle zweckentsprechende, wirksame und den Verhältnissen angemessene Massnahmen vorzuschlagen.

Auf Befragen erklärte der Vorsitzende noch, dass der Kreisarzt zu auswärtigen Dienstreisen, zu denen die Dienstanweisung die Ermächtigung ertheile, z. B. zu Revisionen von Krankenanstalten, zu Ermittelungen an Ort und Stelle bei ansteckenden Krankheiten (gemäss §. 57 Abs 3, §. 82 Abs. 3), bei Impfbeschädigungen (§. 88) u. s.w. nicht mehr der zuvorigen Zustimmung des Landraths oder des Regierungspräsidenten bedürfe, und demgemäss nach dieser Richtung wesentlich unabhängiger als früher gestellt sei. Die von mancher Seite gehegte Befürchtung, dass trotzdem die Dienstreisen der Kreisärzte aus finanziellen Rücksichten thunlichst eigeschränkt werden würden, hege er nicht; ein Rückschlag könne nur dann eintreten, wenn sich einzelne Kreisärzte Ausschreitungen in dieser Hinsicht zu Schulden kommen liessen; vor solchen könne daher im Interesse der Sache nur gewarnt werden.

Bei dem letzten Abschnitt „Geschäftsführung" betonte der Vorsitzende nochmals die Nothwendigkeit der Zurückbehaltung von Konzepten nicht nur von amtsärztlichen Attesten, sondern von allen amtlichen Berichten u. s. w.; ohne solche sei eine Vollständigkeit der Akten und ohne diese eine ordnungsmässige Geschäftsführung nicht möglich. Es sei daher unbedingt erforderlich, dass jeder Kreisarzt sich eine geeignete Schreibhülfe beschaffe; man dürfe vor den etwaigen Kosten einer solchen nicht zurückschrecken; sollten diese mit den sonstigen Unkosten für Registratur u. s. w. den gewährten Dienstaufwand übersteigen, so sei ja eine Erhöhung des letzteren, wenn ein darauf hinzielender Antrag gehörig begründet werde, nicht ausgeschlossen. Jedenfalls entspreche es nicht den dienstlichen Interessen, wenn auf Kosten einer geregelten Geschäftsführung die Ausgaben für Dienstaufwand thunlichst eingeschränkt würden, um womöglich aus der dafür gewährten, verhältnissmässig niedrig bemessenen Pauschalsumme noch Ersparnisse zu erzielen.

Nach Schluss der Verhandlungen, den trotz ihrer sechsstündigen Dauer sämmtliche Anwesenden bis zuletzt mit grösstem Interesse gefolgt waren, fand ein gemeinsames Mahl statt, das die Theilnehmer der Konferenz noch mehrere Stunden in heiterer Stimmung zusammenhielt. Dr. Nünninghoff-Bielefeld.

Bericht über die XIII. und XIV. Versammlung der Medizinalbeamten des Regbz. Merseburg in Halle a. S. am 15. November 1900 und 23. Mai 1901.

a. XIII. Versammlung am 15. November 1901.

Anwesend waren: der Vorsitzende Reg.- und Med.-Rath Dr. Penkert, die Kreisphysiker Dr. Pantzer-Sangerhausen, Dr. Kornalewski-Querfurt, Dr. Meye-Mansfeld, Dr. Müller-Herzberg (Elster), Dr. Atenstädt-Bitterfeld, Dr. Fielitz u. Dr. Risel-Halle a. S., Dr. Geissler-Torgau, Dr. Busolt-Delitsch, Dr. Schneider-Merseburg, die Kreiswundärzte Dr. Wachs-Wittenberg, Dr. Hoffmann-Halle a. S., Dr. Herrmann-Roitzsch und die pro physicatu geprüften Aerzte Dr. Meye-Eisleben, Dr. Hellwig, Dr. Köhn-Halle a. S.

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung und bespricht zuerst die seit der letzten Versammlung ergangenen Erlasse und Verfügungen.

Alsdann wurden verschiedene geschäftliche Angelegenheiten, Kassenbericht etc. erledigt.

Hierauf hielt Herr Privatdozent Dr. Sobernheim, Assistent am hygienischen Institut der Universität Halle einen Vortrag über die Aufgaben und Leistungen der Bakteriologie bei der Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Die Versammlung folgte mit regem Interesse dem für die Medizinalbeamten sehr interessanten Vortrage, der in dieser Zeitschrift im Wortlaut veröffentlicht werden soll. (Das Manuskript liegt noch nicht vor. Red.)

Schliesslich fand zu Folge einer Anfrage aus der Versammlung heraus noch eine lebhafte Diskussion über einige bei der diesjährigen Revision der Drogengeschäfte gemachte Beobachtungen statt.

Nach der Sitzung vereinigte sich die Mehrzahl der Kollegen zu einem gemeinsamen Essen.

b. Versammlung am 23. Mai 1901.

Anwesend waren: der Vorsitzende Reg.- und Med.-Rath Dr. Penkert, die Kreisärzte DrDr. Fielitz, Risel Halle a./S, Schaffraneck-Zeitz, Meye-Mansfeld, Busolt-Delitzsch, Müller-Herzberg, Schmiele-Weissenfels, Hauch-Eisleben, Wachs-Wittenberg, Kalkoff-Cölleda, Steinkopff-Liebenwerda, Pantzer-Sangerhausen, Geissler-Torgau, Herrmann-Bitterfeld, Kornalewski-Querfurt, Schneider-Merseburg, Gleitsmann-Naumburg, die pro physicatu geprüften Aerzte Dr. Deutsch (Oberstabsarzt a. D.)-Halle a./S., Dr. Tröger-Zeitz.

Der Vorsitzende eröffnete die Versammlung, begrüsste die Erschienenen und theilte mit, dass der Verein, nachdem in Folge Inkrafttretens des Kreisarztgesetzes mehrere der pro physikatu geprüften Kollegen ausgetreten seien, jetzt aus 25 Mitgliedern bestehe, nämlich 19 Medizinalbeamten und 6 pro physicatu geprüften Aerzten.

Alsdann ging derselbe über zur Besprechung der seit der letzten Versammlung erlassenen Verfügungen und Verordnungen, welche theilweise, wie der Ministerialerlass über die Gesundheitskommissionen, bereits mit der nachher zu erörternden Dienstanweisung für die Kreisärzte zusammenhängen. Eine kurze Diskussion entspann sich hierbei nur über den Erlass vom 15. Januur 1901 betr. Einführung der sterilisirten Tamponadepackete für die Hebammen, indem von einigen Seiten die Befürchtung ausgesprochen wurde, dass bei der oft länger dauerden Aufbewahrung und dem vielfachen Transport in den Taschen der Hebammen, besonders unter ungünstigen Verhältnissen auf dem Lande die Sterilität der Packete nicht lange gewahrt bleiben möchte. Die Diskussion verdichtete sich schliesslich zu dem Hinweise des Vorsitzenden, dass es Sache der Kreisärzte sei, die nöthigen Anweisungen über den Ersatz der Packete zu geben und die Unversehrtheit derselben so häufig wie nur möglich zu kontroliren.

Nach Erledigung dieses Punktes der Tagesordnung wurde noch der Kassenbericht über das abgelaufene Jahr gegeben. Die Rechnung wurde geprüft und entlastet.

Hierauf trat die Versammlung in die Besprechung der Dienstanweisung für die Kreisärzte ein, den Hauptpunkt der Tagesordnung. Der Vorsitzende gab zunächst einen allgemeinen Ueberblick über die Dienstanweisung, die in übersichtlicher und zweckmässiger Weise die Dienstgeschäfte des Kreisarztes behandele. Der Erlass derselben sei mit Freuden zu begrüssen. Er glaube aber, dass dieselbe nicht den Abschluss der Medizinalreform bedeute, sondern erst den Anfang; denn sie brächte den Kreisärzten eine solche Fülle von Aufgaben und erweitere ihren Geschäftskreis derart, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte diesen Aufgaben nicht gerecht werden könnten, wenn sie sich daneben auch noch der Privatpraxis in einigermassen erheblichem Umfange widmen wollten. Dies werde die praktische Ausführung der Bestimmungen der Dienstanweisung bald zeigen; man könne daher die jetzige Regelung der Dinge in Bezug auf die Stellung der Kreisärzte wohl kaum anders als ein Uebergangsstadium ansehen. Weiter hob er hervor, dass die Dienstanweisung nur die Grundlage abgebe, auf der sich jeder einzelne Kreisarzt seine Position den übrigen Behörden und dem Publikum gegenüber nun selbst schaffen müsse;

er werde desto eher die ihm gebührende Stellung erlangen, je mehr er sich bestrebe, die Bestimmungen der Anweisung sich zu eigen zu machen und mit Eifer und Verständniss, zugleich aber mit Masshalten und mit Takt zur Anwendung zu bringen.

Nach dieser Einleitung wurden die einzelnen Abschnitte der Reihenfolge nach durchgesprochen, und die zahlreichen Fragen und Bemerkungen von Seiten aller Anwesenden, sowie die stellenweise sehr lebhafte Diskussion gaben davon Zeugniss, dass man sich allseitig mit Eifer in das Studium der Anweisung vertieft hatte. Von der ganzen, sich über 4 Stunden hinziehenden Besprechung ein vollständiges Referat zu geben, würde natürlich zu weit führen, nur einige allgemein interessirende Punkte seien desshalb erwähnt.

Bezüglich der Anordnung, dass alle Berichte durch den Landrath an den Regierungspräsidenten einzureichen seien (§. 12, der D.-A.), kam die Versammlung zu der Ansicht, dass der Hauptnachdruck dabei auf das Wort „Berichte“ zu legen sei und darunter in erster Linie, aber keineswegs ausschliesslich die sanitätspolizeilichen Berichte zu verstehen seien. Andere Eingaben, wie Anfragen, Gesuche, einzelne Nachweisungen etc. seien noch immer direkt an den Regierungspräsidenten zu richten, wie denn auch an verschiedenen Stellen der Dienstanweisung dieser Geschäftsgang für einzelne Sachen (z. B. Wochenmeldekarten) ausdrücklich vorgeschrieben sei.

Ferner theilte Vorsitzender mit, dass seitens Königlicher Regierung die Landräthe angewiesen seien, den §. 14 der D.-A. in den Kreis- und Lokalblättern zu veröffentlichen, forderte auch die Kreisärzte auf, mit den Landräthen persönlich die Dienstanweisung zu besprechen, nach Möglichkeit in den Aerzte- und Hebammenvereinen ihrer Kreise sowie auch auf den Lehrerkonferenzen für die Verbreitung der bezüglichen Bestimmungen der Dienstanweisung zu wirken.

Auf eine Anfrage aus der Versammlung kommentirte Vorsitzender den §. 17 der D.-A. bezüglich der Kosten der Dienstreisen zu den auswärtigen Gesundheitskommissionen dahin, dass eine einmalige Reise zu den Sitzungen der betr. Kommissionen jedenfalls auf Staatskosten liquidirt werden könne, da vorgeschrieben sei, dass der Kreisarzt mindestens einmal jährlich den Sitzungen der auswärtigen Kommission beiwohnen solle. Bei wiederholten Reisen in demselben Jahre zu einer und derselben auswärtigen Kommission käme es auf den Gegenstand der Verhandlung an. Handle es sich um wichtige Fragen für das allgemeine Wohl, so könne wohl auch für wiederholte Reisen auf Staatskosten liquidirt werden, andernfalls aber seien die Kosten als ortspolizeiliche anzusehen.[1]) Hiernach müsse von Fall zu Fall entschieden werden.

Weiterhin wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der §. 47, Abs. 3 der D.-A. als eine Erweiterung der Anweisung vom 16. Dezember 1893 über die Besichtigung der Apotheken insoforn anzusehen sei, als er den Begriff „Unregelmässigkeiten im Geschäftsbetriebe der Apotheker“ näher erläutere. Danach könne der Kreisarzt die Apotheken-Musterungen viel eingehender als früher vornehmen, sich z. B. auch die Rezepte vorlegen lassen, um festzustellen, ob Ueberschreitungen der Taxe vorgekommen seien.

Bei §. 56, Abs. 3 und 4 der D.-A. erklärte Vorsitzender es für zweckmässig, auf den Prüfungszeugnissen der die Genehmigung zum Gifthandel nachsuchenden Personen stets zu bemerken, ob eine Beschänkung auf bestimmte Stoffe geboten sei, auch wenn das Ersuchen dazu vom Kreisausschuss nicht gestellt sei. Ueberhaupt sei es nach den, durch die Revisionen im Bezirke gewonnenen Erfahrungen wünschenswerth, für die Stoffe der Abtheilung 2 der Anlage I zur Giftpolizeiverordnung vom 24. August 1895 die

---

[1]) Diese Ansicht dürfte nur dann zutreffend sein, wenn die wiederholte Theilnahme des Kreisarztes an den Sitzungen einer Gesundheitskommission unmittelbar auf Ersuchen der Ortspolizeibehörde und lediglich im ortspolizeilichen Interesse erfolgt. In allen anderen Fällen hat der Staat die Kosten, auch bei wiederholter Theilnahme an den Sitzungen von Gesundheitskommissionen in demselben Jahre zu tragen; nur bedarf der Kreisarzt zu derartigen wiederholten Dienstreisen der zuvorigen Genehmigung des Regierungspräsidenten, die ihm bei entsprechend begründeten Antrage sicherlich stets gewährt werden wird. Red.

Konzession möglichst selten zu geben und nur dann, wenn die Bewerber eine hinreichend pharmazeutische Ausbildung aufweisen könnten.

Zu §. 57, Abs. 5 der D.-A. wurde darauf hingewiesen, dass in Rücksicht auf das jetzt vorgeschriebene Formular der D.-A. auch das bisherige Formular zu den jährlich von den Hebammen einzureichenden Entbindungsverzeichnissen (Hebammenlehrbuch, S. 273) abgeändert werden müsse.

Zu §. 71, der D.-A. theilte Vorsitzender die für den Regierungsbezirk gültigen Baupolizeiverordnungen mit.

Mit Genugthuung begrüsste Vorsitzender den §. 100 der D.-A., welcher die Revision der Krankenanstalten auf eine ganz andere Basis stelle. Bisher sei der Anstoss zur Revision dieser Anstalten immer von den betr. Krankenhausverwaltungen ausgegangen und der Physikus nicht einmal an seinem Wohnorte ständig zugezogen worden, jetzt aber sei die Initiative, jedenfalls nur zum Vortheil der Sache, in die sachverständige Hand des Kreisarztes gelegt; derselbe solle nicht zögern, davon nach Möglichkeit Gebrauch zu machen.

Bei dieser Gelegenheit theilte Vorsitzender mit, dass der Aufsicht des Regierungspräsidenten nicht unterständen die staatlichen (Universitätskliniken), die provinzialständischen und die Johanniter-Krankenanstalten. Diese habe also der Kreisarzt nicht zu revidiren.

Endlich entstand noch eine lebhafte Diskussion über Terminskalender und Einrichtung der Registratur. Der Vorsitzende legte ein Verzeichniss der einzureichenden Termine und regelmässig zu erledigenden Sachen vor, welches sämmtlichen Kreisärzten von Amtswegen zugehen solle. Die Frage wegen Einrichtung der Registratur wurde dadurch erledigt, dass eine Kommission von 3 Mitgliedern gewählt wurde mit der Aufgabe an der Hand der Dienstanweisung ein Verzeichniss der anzulegenden Akten auszuarbeiten, nach welchem dann einheitlich von den Kreisärzten des Regierungsbezirkes die Registratur eingerichtet werden soll.[1])

Nachdem der Vorsitzende hierauf die Versammlung mit dem Wunsche, dass die neue Thätigkeit der Kreisärzte allseitig erfolgreich sein möge, geschlossen hatte, erholten sich die Kollegen bei einem gemeinsamen Mahle von den Anstrengungen der langen Sitzung. Dr. Schneider-Merseburg.

Bericht über die am 31. Mai 1901 in Bad Königsborn abgehaltene dienstliche Konferenz der Kreisärzte des Reg.-Bez. Arnsberg.

Behufs Besprechung der unter dem 23. März d. J. erlassenen Dienstanweisung für die Kreisärzte hatte der Herr Regierungspräsident Dr. Renvers die Medizinalbeamten des ihm unterstellten Bezirkes zu einer dienstlichen Konferenz auf den 31. Mai nach Bad Königsborn bei Unna eingeladen.

In Vertretung des leider dienstlich behinderten Herrn Regierungspräsidenten eröffnete Herr Ober-Reg.-Rath Spude die Konferenz, indem er zunächst die seit dem 1. April d. J. in den Reg.-Bezirk neu eingetretenen Medizinalbeamten vorstellte, nämlich den von Aurich nach Arnsberg als Hilfsarbeiter bei der Königlichen Regierung versetzten Kreisarzt Dr. Dütschke, die Gerichtsärzte Dr. Bohm-Dortmund, Dr. v. Trzaska-Bochum und den Kreisarzt Dr. Sonntag-Iserlohn, und sie herzlich willkommen heisst. Anwesend waren sämmtliche Kreisärzte mit Ausnahme des wegen Krankheit beurlaubten Kreisarztes San.-Rath Dr. vom Hofe, ausserdem noch der Justitiar der Medizinalabtheilung der Regierung, Reg.-Assessor Roedenbeck.

Reg.- u. Med.-Rath Dr. Springfeld erläuterte sodann die einzelnen Abschnitte der Dienstanweisung und wies auf die seit dem 1. April d. J. in Kraft getretenen Veränderungen hin. An diese sehr klar und instruktiv gehaltenen Erläuterungen knüpfte sich sehr bald eine lebhafte freie Aussprache, welche eine mannigfache Verschiedenheit der Auffassung zu Tage förderte und die Nützlichkeit solcher dienstlichen Besprechungen im Interesse einer gedeihlichen und gleichmässigen Geschäftsführung besonders bewies.

Nach Schluss der mehrstündigen Debatte, an der sich sämmtliche Erschienenen in lebhaftester Weise betheiligten, erfolgte durch den Kreisarzt San.-

[1]) Dieses Verzeichniss ist in der heutigen Nummer unter Tagesnachrichten, S. 457, mitgetheilt.

Rath Dr. Hensgen-Siegen eine Demonstration des Desinfektionsverfahrens mittelst Formaldehydwassers bei Benutzung der vom Reg.- u. Med.-Rath Dr. Springfeld angegebenen gusseisernen Kugeln und Ketten, welches Verfahren sich seit seiner Publikation in Nr. 24, Jahrg. 1900 der Zeitschrift für Medizinalbeamte, immer mehr als praktisch, einfach, billing und besonders für ländliche Verhältnisse passend bewiesen hat.

Die Theilnehmer der Konferenz hielt sodann ein solennes Mahl im Kurhause noch mehrere Stunden fröhlich zusammen, nach dessen Beendigung ein gemeinsamer Spaziergang nach Unna unternommen wurde, um die dort seit etwa Jahresfrist in Thätigkeit befindliche Kläranlage zu besichtigen, deren Erfolg auf Grund des Besichtigungsergebnisses allgemein als sehr zweifelhaft aufgefasst werden musste. Dr. Dütschke-Arnsberg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ein im Anschluss an eine — sonst ohne nachtheilige Folgen verlaufene — Verschüttung im Bergwerke hervorgetretenes Nervenleiden, das sich hauptsächlich in krankhafter Furcht vor dem Einfahren in den Schacht äussert. Aerztliches Obergutachten, erstattet auf Veranlassung des Reichsversicherungsamts von Prof. Dr. Mendel unter dem 14. Juni bezw. 22. November 1899. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, 1901, Nr. 3.

H., 31 Jahre alt, erblich nicht belastet, ist seit vier Jahren verheirathet und hat ein gesundes Kind. Krämpfe, die er früher gehabt hat, sind seit seiner ohne Störung durchgemachten Militärzeit nicht mehr aufgetreten. Ueber die Natur dieser „Krämpfe“ kann er angeblich nichts Näheres aussagen. Er hat Syphilis nicht erworben und will im Genuss von Spirituosen sehr mässig gewesen sein.

Am 22. März erlitt er dadurch einen Unfall, dass er in dem Schacht, in welchem er arbeitete, Gestein niederging und seinen ganzen Körper, abgesehen von dem Kopf und dem rechten Arm, welche frei blieben, verschüttete. Er will etwa drei Stunden unter dem Gestein bewusstlos geblieben sein. Die am nächsten Tage angestellte ärztliche Untersuchung ergab „starke blaurothe Anschwellung und Abschürfung des ganzen linken Beines mit theilweiser Lähmung bei bestehendem Gefühl“.

In dem Krankenhause zu H., wo er vom 22. März bis zum 18. Juni 1898 behandelt wurde, lag er erst etwa vierzehn Tage zu Bett. Bei der Entlassung wurde er von Herrn Dr. P. für völlig arbeitsfähig erklärt, da ausser den oben erwähnten Verletzungen am linken Bein, welche geheilt waren, keinerlei krankhafte Störungen während der Beobachtung zu Tage traten.

Auch Herr Dr. V. fand bei der Beobachtung in dem Krankenhause X., welche vom 16. bis 19. Juli 1898 stattfand, einen objektiven Befund, welcher auf den erlittenen Unfall zurückzuführen wäre, nicht und nahm an, dass der krankhafte Zustand mehr auf psychischen Gebiete läge. Er hält den H. für einen willensschwachen Mann und befürwortet, wenn er auch den Verletzten für arbeitsfähig hält, eine Schonungsrente von 15 Prozent.

Zu demselben Resultat des Mangels jeden objektiven Symptoms kam eine ärztliche Untersuchung in H. am 10. September 1898.

Nachdem die Genossenschaft auf Grund dieses Gutachtens die Zahlung jeder Rente abgelehnt hatte, legte H. die Berufung beim Schiedsgericht ein, welches ein Gutachten von der Universitäts-Nervenklinik in H. einholte.

Das von Herrn Dr. W. unterm 7. März 1899 erstattete Gutachten, welches sich auf eine viermonatliche klinische Beobachtung stützt, kommt zu dem Schluss, dass H. im Grade von 40 Prozent erwerbsunfähig ist. Zwar wurde ebensowenig wie früher ein objektives Symptom einer Krankheit nachgewiesen, Herr Dr. W. nimmt auch an, dass der Verletzte übertreibt, hält jedoch aus Gründen, auf welche weiter unten eingegangen werden soll, eine Krankheit für vorliegend. Herrn Dr. W. erscheinen speziell die Angaben des H. über Schlaflosigkeit (konnte dieselbe nicht während der viermonatlichen

Beobachtung in der Klinik thatsächlich konstatirt werden?) und Schmerzen durchaus glaubwürdig; er findet bei dem Verletzten das typische Bild der traumatischen hypochondrischen Neurasthenie. Gegen die dem ärztlichen Gutachten folgende Entscheidung des Schiedsgerichts vom 14. März 1899 hat H. den Rekurs eingelegt, in welchem er sich für völlig erwerbsunfähig erklärt und ebenso die Berufsgenossenschaft, welche ihn für völlig arbeitsfähig erachtet.

Bei der auf Veranlassung des Reichs-Vers.-Amts am 24. Juni 1899 erfolgten Aufnahme des H. in die unter meiner ärztlichen Leitung stehende Privatklinik gab derselbe an, dass er fortwährend Kreuzschmerzen, besonders beim Bücken, aber auch im Liegen und Sitzen habe. Er habe manchmal Stiche im Kopfe, fühle Ermattung und Schmerzen in den Beinen, wenn er kurze Strecken gegangen sei. Die Füsse schwellen ihm beim Gehen an. Ausserdem habe er über Herzklopfen und schlechten Schlaf zu klagen. Beim Lesen habe er Stiche in den Augen.

H. ist ein Mann von mittlerer Grösse, ziemlich kräftiger Muskulatur und mittelstarkem Fettpolster. Das Körpergewicht beträgt 63,2 Kilo. Das Beklopfen des Kopfes ruft angeblich Schmerzen hervor.

Der Gesichtsausdruck bietet nichts Besonderes. Die Pupillen sind gleich, mittelweit, reagiren auf Licht und Akkommodation normal. Die von Herrn Geheimrath Prof. Dr. Hi. vorgenommene Untersuchung der Augen zeigt Sehschärfe, Gesichtsfeld, Augenhintergrund normal. Es besteht beiderseits eine Entzündung der Augenbindehaut.

Im Uebrigen bieten auch die anderen Hirnnerven nichts Krankhaftes.

Abgesehen von einem geringen Zittern der Hände zeigen die oberen Gliedmassen in Bezug auf Kraft, Umfang, Hautgefühl und Reflexe nirgends etwas Abnormes. Bei den Widerstandsbewegungen mit den Beinen zeigt sich die Kraft derselben nicht genügend. Eine Abnahme in dem Umfange der Muskulatur ist namentlich auch an dem linken Beine nicht festzustellen. Die elektrische Untersuchung der Nerven und Muskeln der unteren Extremitäten ergiebt normale Verhältnisse.

Das Hautgefühl zeigt keine Abnormitäten, die Kniescheibensehnenreflexe sind von mittlerer Stärke; es besteht kein Fussklonus, die Hautreflexe sind normal.

Die Wirbelsäule verläuft normal, das Beklopfen derselben ruft angeblich in ihrer ganzen Ausdehnung derselben Schmerzen hervor. Die Spanner des Rumpfes springen nicht besonders hervor. Bücken und Aufrichten erfolgt bei abgelenkter Aufmerksamkeit ohne Schwierigkeiten. Handbreit unter dem Winkel des linken Schulterblattes befindet sich unter der Haut ein etwa haselnussgrosses Geschwulstknötchen (Fibrom). Bei geschlossenen Augen und Füssen tritt kein Schwanken ein. Beim Ausziehen der Kleider werden die Extremitäten und der Rumpf in normaler Weise bewegt, das Aufstehen und Niedersitzen geschieht ohne Schwierigkeit; der Gang bietet nichts Auffallendes, ist nicht watschelnd.

Die Untersuchung des Herzens zeigt normale Grenzen; leise, aber reine Töne. Der Puls ist regelmässig, mittelvoll, schlägt 80 mal in der Minute. Die Wände der Schlagadern sind weich.

Die Untersuchung der Lungen wie der Unterleibsorgane ergiebt normale Verhältnisse; der Urin ist frei von Zucker und Eiweiss. Die weitere Beobachtung in der Klinik richtete sich besonders mit Rücksicht auf die Beobachtungen in er Klinik in H. auf folgende Punkte:

1. Die Gemüthsstimmung und das Wesen des Verletzten:
   Dieselben boten nach keiner Richtung hin irgend etwas Auffallendes dar. H. nahm an den Unterhaltungen mit seinen Zimmergeno sen lebhaften Antheil, spielte Karten mit ihnen, machte täglich seine auf zwei Stunden sich ausdehnenden Spaziergänge in die Stadt in durchaus normaler Laune.
2. Der Schlaf:
   Der Stationswärter, welcher neben dem H. schlief, ohne dass dieser selbst annehmen konnte, dass dies zum Zweck der Beobachtung eingerichtet sei, berichtet, dass H. die ganze Nacht schliefe, und dass er früh um 5 Uhr zum ersten Male aufwachte. Ich selbst fand ihn in der Nachmittagsstunde zwischen 2 und 3 Uhr sehr fest schlafend.

3. Die Ernährung:
   Bei gutem Appetit und normalem Stuhlgang stieg das Körpergewicht in den ersten 8 Tagen seines Aufenthalts in der Klinik von 63,2 Kilo auf 64 Kilo.

Mit Rücksicht auf die Klagen des H. über die Schmerzen beim Bücken zeigten die oft wiederholten Untersuchungen, dass H. sich zehn-, auch zwölfmal hintereinander tief bücken konnte, ohne dass irgendwie sein Verhalten kund gab, dass Schmerzen dabei entstanden. Ebenso konnten die öfter wiederholten Prüfungen der Widerstandsbewegungen der Beine die bei der ersten Untersuchung gezeigte Schwäche nicht bestätigen.

H. wurde am 10. d. M. aus der Klinik entlassen.

Gutachten.

Untersuchungen und Beobachtungen in der Klinik führten zu demselben Ergebniss, welches in den früheren Gutachten festgestellt wurde, dass irgendwie wesentliche objektive Symptome einer Krankheit nicht vorhanden sind. Ausserdem konnte durch die Beobachtung nachgewiesen werden, dass die Klagen des H. über schlechten Schlaf nicht berechtigt sind. Ob trotzdem seine übrigen Klagen über Kreuzschmerzen, über Stiche im Kopf, über Ermattung und Schmerzen in den Beinen glaubhaft sind, muss demnach aus den Nebenumständen geschlossen werden.

Herr Dr. W. hat in seinem oben erwähnten Gutachten den Beweis für die vorhandene Krankheit in folgenden vier Punkten gesucht:

1. Das dauernd mürrische, reizbare, gedrückte Wesen des Verletzten, wie sein deutlich leidender Gesichtsausdruck.
   Bei der Beobachtung in der Klinik konnte, wie oben ausgeführt, nichts Auffallendes nach dieser Richtung hin festgestellt werden.
2. „Der Kranke giebt in Uebereinstimmung mit der objektiv erkennbaren Besserung seines Zustandes auch subjektive Besserung an."
   Dieser Vermerk ist hinfällig geworden, da H. nachträglich in seinem Schreiben an das Reichs-Vers.-Amt sagt: „er bestreite, je gesagt zu haben, dass sein Zustand sich gebessert habe", und er sei in dieser Beziehung „irrthümlich verstanden worden".
3. „Die allgemein erhöhte Reflexerregbarkeit", worunter wohl die „sehr lebhaften Reflexe" zu verstehen sind, wurde hier nicht beobachtet.
4. Als sicheres Symptom seines leidenden Zustandes betrachtet Herr Dr. W. die Thatsache, „dass Patient trotz grösster Ruhe und reichlichster Ernährung im Zeitraum von 4 Monaten keine nennenswerthe Gewichtszunahme erfahren hat".

In der hiesigen Klinik zeigte sich bereits in acht Tagen eine Gewichtszunahme von $0{,}_8$ Kilo. Trotzdem demnach zur Zeit der Beobachtung in der hiesigen Klinik jene Thatsachen nicht nachzuweisen waren, welche nach der Ansicht des Herrn Dr. W. die von dem Verletzten geklagten Beschwerden wahrscheinlich machten, kann ich doch nicht zu dem Schlusse kommen, welchen Herr Dr. P. gezogen hat, dass H. keinerlei Schädigung mehr durch seinen Unfall aufzuweisen hat.

Es giebt Unfälle, bei welchen, wenn es sich um die Beurtheilung ihrer Folgen handelt, ein entscheidendes Gewicht nicht auf die oft unerhebliche körperliche Verletzung, sondern auf die während des Unfalls vorhanden gewesene hochgradig gesteigerte Angst zu legen ist. Diese Angst wiederholt sich bei der Erinnerung an den Unfall; sie tritt besonders zu Tage, wenn der Verletzte genöthigt werden soll, in eine Situation zu kommen, in welcher er den Unfall erlitt.

Am häufigsten beobachtet man derartige Zustände nach Eisenbahnunfällen. Die Person, welche einen solchen mitgemacht hat, wird beim Sehen eines Eisenbahnzuges oder gar bei dem Versuch, in einen Eisenbahnzug zu steigen, von einer solchen Angst befallen, dass ihr das Mitfahren unmöglich ist. Man hat derartigen Zuständen eine besondere Bezeichnung gegeben: Siderodromophobie.

Auf Grund meiner Beobachtung des H. nehme ich an, dass derselbe an einem solchen Angstzustande vor der in einem Schacht wieder aufzunehmenden Arbeit leidet. Er ist verschüttet gewesen, er hat mehrere Stunden in einem Zustand heftiger Angst sich befunden, und die Thatsache, dass zwei seiner Kameraden den Tod bei der Verschüttung fanden, zeigt die ernste Lage, in

der er war. Es ist möglich, dass der psychische Prozess, welcher ihn an der Wiederaufnahme der Arbeit hinderte, ihm selbst nicht völlig klar geworden ist, möglich auch, dass er sich der Furcht vor dem Schacht schämt, und dass er deswegen seine Unfähigkeit zur Arbeit durch allerhand Angaben über körperliche Störungen zu rechtfertigen sucht. Einzelne dieser Angaben sind, wie nachgewiesen, thatsächlich unrichtig, andere, wenn überhaupt berechtigt, übertrieben.

Ich halte den H. zu jeder körperlichen Arbeit für fähig, glaube aber, dass er aus den angeführten Gründen nicht im Stande ist, vorerst wieder in einem Schacht zu arbeiten. Die Prädisposition für eine solche Angst ist in der Nervenerkrankung, welche er, wie oben erwähnt, bereits vor seiner Militärzeit hatte, zu suchen. Die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit, welche demnach durch Unfall hervorgerufen wurde, liegt in Wahrheit darin, dass er seine frühere Beschäftigung als Bergmann vorerst nicht wird aufnehmen können, und ein neuer Beruf seinen Verdienst gegen früher voraussichtlich schmälern wird.

Man mag den Zustand des H. im Uebrigen auf die von mir hervorgehobene Angst vor dem Schacht oder auf die von Herrn Dr. W. bezeichnete nervöse Störung zurückführen, jedenfalls zeigen die jetzt äusserlich hervortretenden Erscheinungen gegenüber denen in der Klinik in H. eine erheblich Besserung.

Störungen, wie sie dort beobachtet wurden — „bei Stehen mit Fuss- und Augenschluss fällt Patient nach einer Zeit hinten über, er sagt, es sei ihm, als werde er nach hinten gezogen, er kann ohne Hülfe der Hände nicht auf einen Stuhl steigen; er hält den Oberkörper auffallend steif, das Bücken geschieht mühsam unter lebhaften Schmerzensäusserungen —“ sind jetzt nicht mehr vorhanden.

Unter Würdigung des oben erwähnten psychischen Zustandes gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass zur Zeit bei dem H. als Folgen des Unfalls vom 22. März 1898 noch gewisse Angstzustände bestehen, welche die Erwerbsfähigkeit desselben in Höhe von 20 Prozent beschränken.

Nachtrag.

Mit Rücksicht auf die Ausführungen des Herrn Dr. P. zu meinem in der Unfallversicherungssache des Häuers Friedrich H. erstateten Gutachtens vom 14. Juli 1899 bemerke ich nachträglich Folgendes:

Herr Dr. P. ist der Ansicht, dass „nicht allgemeine theoretische Ueberlegungen in einem konkreten Falle zum Ausgangspunkt eines Gutachtens gemacht werden dürfen“. Er hat es oft genug erlebt, dass zu seinem grössten Erstaunen schwerste Verletzungen ganz ohne Schaden verliefen. So wenig wie dieser letztere Satz von irgend Jemanden bestritten werden wird, da solche Fälle offenkundige Thatsachen sind, so sehr fordert der erste Satz die Kritik heraus.

Herr Dr. P. bemängelt als allgemeine theoretische Ueberlegung meine Ausführungen über Angstzustände, welche nach Unfällen auftreten und besonders dann sich geltend machen, wenn der Verletzte wieder genöthigt werden soll, in eine Situation zu kommen, in welcher er den Unfall erlitt, und die Heranziehung solcher Fälle zu dem Fall des H.

Dass meine Ausführungen theoretische Ueberlegungen wären, wird im Ernst kaum behauptet werden können. Es sind praktische Erfahrungen.

Aber auch wenn Herr Dr. P. nur den Ausdruck „theoretisch“ vielleicht nicht ganz richtig angewendet hat, ist jener von ihm aufgestellte Satz meiner Ueberzeugung nach bei Beurtheilung von Unfallverletzten, welche auf eine Rente Anspruch machen, durchaus nicht zu billigen.

Bei der Beantwortung der Frage, ob die durch objektive Symptome nicht zu erklärenden Beschwerden eines Unfallverletzten glaubhaft sind oder nicht, hat der begutachtende Arzt in erster Reihe nach den Erfahrungen der Wissenschaft und nach eigener Erfahrung festzustellen, ob bei der Art des Unfalls, des Verlaufs desselben und der Persönlichkeit des Verletzten die Klagen trotz mangelnden Befundes glaubhaft sind oder nicht. Von besonderer Bedeutung sind für mich bei der Beurtheilung diejenigen Erfahrungen, welche ich bei Verletzten gemacht habe, bei denen irgend ein materielles Interesse, unbegründete Klagen vorzubringen, nicht vorlag.

Im Gegensatz zu Herrn Dr. P. sage ich demnach, dass allgemeine

praktische Ueberlegungen im konkreten Falle die Entscheidung über zweifelhafte Fragen den Ausschlag geben müssen.

Für den vorliegenden Fall habe ich mir folgende Frage vorgelegt:

Würde ich einem Patienten, welcher zu mir kommt und erklärt, dass er in einem Schacht durch niedergehendens Gestein fast mit seinem ganzen Körper verschüttet worden ist, dass er dort 3 Stunden unter dem Gestein bewusstlos gewesen ist, dass zwei seiner Kameraden neben ihm durch den Unfall getödtet wurden, und dass er nun in einen Schacht nicht mehr gehen kann, dass er schon bei dem Gedanken daran, dort arbeiten zu müssen, von Angst erfasst wird, dies glauben, auch wenn die Untersuchung nach jeder Richtung hin einen normalen Zustand zeigt oder nicht?

Da mir selbst ausreichende Erfahrungen über Grubenunfälle nicht zu Gebote stehen, habe ich zur Beantwortung der Frage diejenigen Fälle herangezogen, bei welchen mit ähnlicher Plötzlichkeit und unter ähnlichen schweren Umständen solche Unfälle entstehen. Dass Herr Dr. P. die Eisenbahnunglücksfälle nicht als gleichwerthig gelten lassen will, ist mir nicht recht verständlich. Die Situation eines Verschütteten in einem Schacht scheint mir denn doch in Bezug auf den psychischen Effekt die gleiche zu sein, welche Jemanden bei einem Eisenbahnzusammenstoss oder einer Entgleisung oberhalb der Erde treffen kann. Jene Erfahrungen zeigen nun, dass es Fälle giebt, in welchen Menschen um keinen Preis auf den Ort, wo ihnen dass Unglück zugestossen ist, oder in die Situation, in der es eingetreten ist, zu bringen sind.

Die Aeusserungen: „um keinen Preis in der Welt", und „wenn Sie mich sofort einsperren", bezeichnen die Grösse des inneren Widerstandes. Macht man trotz des Widerstandes den Versuch, den Betreffenden in jene Situaton zu bringen, z. B. in einen Eisenbahnwagen zu setzen, so reagirt derselbe meist mit einem so heftigen Angstanfall, dass man von Durchführung des Versuchs abstehen muss.

Solche Erfahrungen macht man zuweilen bei altgedientem Eisenbahnfahrpersonal, welches einen Unfall mitgemacht hat und dann nicht mehr in einen Eisenbahnzug, nicht einmal auf einen Bahnsteig zu bekommen ist. Da alle materiellen Ansprüche in den von mir zum Vergleich herangezogenen Fällen längst entgültig geregelt waren, so konnte von irgend einem Versuch, mit jenen Symptomen täuschen zu wollen, nicht die Rede sein. Besonders häufig werden jene Zustände in Fällen beobachtet, in welchen schon vor dem Unfall eine gewisse Abnormität des Nervensystems vorhanden gewesen war.

Sind diese allgemeinen praktischen Erfahrungen auf den Fall H. zu übertragen?

H. hat nicht direkt ausgesprochen, dass er vor dem Schacht sich fürchtet. Ich habe aber aus der Art und Weise, wie er bei meinen oft wiederholten Unterredungen über seinen Unfall sprach, wie er ihn schilderte, aus seinen Mienen und seinem Gesichtsausdruck die Ueberzeugung gewonnen, dass er in der That zur Zeit meiner Beobachtung an jener Angst vor dem Schacht litt, und als ich ihm auf den Kopf zusagte, dass er einen solchen Angstzuand hätte, hat er dies zwar nicht direkt zugegeben, aber ebensowenig zurückgewiesen. Ich bin überzeugt, dass es, als er am 25. August 1898 auf halbem Wege nach dem Schacht, den er aufsuchen wollte, liegen blieb, ein psychischer Prozess war, der seine Unfähigkeit, weiter zu gehen, hervorbrachte.

Ich bin nach meiner Beobachtung überzeugt, dass er annimmt, dass man ihm eine solche Angst lediglich als Feigheit auslegen, und dass er für jene Angst keine Rente bekommen werde. Deshalb sucht er dieselbe auf anderem Wege zu erreichen.

Ebensowenig, wie Jeder, der ein Eisenbahnunglück durchgemacht hat, dann eine „Eisenbahnangst" bekommt, vielmehr nur ein minimaler Bruchtheil hiervon befallen wird, ebensowenig wird jeder Bergmann, der einen Unfall im Schacht erlitten hat, diese Schachtfurcht bekommen.

Herr Dr. P. sagt: die Alterationen des Gemüths, des Geistes kommen bei den nervenstarken und gegen die Gefahr abgestumpften Bergleuten „fast nie" zur Erscheinung; also treten sie auch hier ausnahmsweise auf, wie unter anderen Verhältnissen.

H. war aber, wie ich in meinem Gutachten ausgeführt, früher nervenkrank gewesen, und wenn Herr Dr. P. sagt, dass irgend welche Symptome

eines Angstzustandes weder im Anfange der Behandlung, noch später hervorgetreten seien, so muss demgegenüber bemerkt werden, dass allerdings Herr Dr. P. in seinem Gutachten vom 18. Juni 1898 den H. für völlig gesund erklärte, Herr Dr. V. aber am 4. August 1898 auf den psychischen Zustand eingeht und Folgendes bemerkt: „H. ist der Suggestion sehr zugänglich, so dass man bei ihm Krämpfe in den Beinen hervorrufen kann (durch Druck auf den Bauch unter gleichzeitiger Anwendung von passenden Worten)".

„Die Krankheit des H. scheint vielmehr auf psychischem Gebiete zu liegen H. macht den Eindruck einer willensschwachen Person, worunter er unbestreitbar sehr zu leiden hat. Für diese Anschauung sprechen auch die bereits früher vorhanden gewesenen Krämpfe, die offenbar hysterischer Natur waren, da sie beim Eintritt zum Militär verschwanden."

Ich entnehme aus dieser verschiedenen Beurtheilung derselben Person zu annähernd derselben Zeit von zwei Bergmannsärzten — Herr Dr. P. legt besonderes Gewicht auf die Erfahrung bei den Bergleuten —, dass einer der Aerzte den immer in Rechnung zu ziehenden psychischen Moment eine Berücksichtigung nicht hat zu Theil werden lassen, und deshalb kann ich den Ausführungen des Herrn Dr. P. in Bezug auf die Zeichen einer vorhandenen „Gemüthserschütterung" einen besonderen Werth nicht beilegen.

Die Berufsgenossenschaft folgte dem Urtheile des Herrn Dr. P. und wies den H. ab; ich möchte glauben, dass, wenn sie dem des Herrn Dr. V. gefolgt wäre und ihm eine Schonungsrente von 15 Prozent bewilligt, somit dem psychischen Umstand eine gewisse Anerkennung gezollt hätte, H. den Klageweg nicht betreten haben würde. H. hat, wie Herr Dr. P. mittheilt, jetzt, nachdem ich ihn ebenfalls für zu jeder körperlichen Arbeit fähig erklärt habe, die Arbeit wieder aufgenommen. Ob aber über oder unter der Erde, ist nicht gesagt. Wenn er jetzt über der Erde arbeitet, unter der Erde aber nicht arbeiten zu können behauptet, so würde diese Thatsache nur in Uebereinstimmung stehen mit dem, was ich in meinem Gutachten und oben ausgeführt habe, andernfalls würde ich annehmen, dass der psychische Zuspruch, welchen er in der Klinik erfahren hat und dem auch Herr Dr. P. Bedeutung beimisst, wesentlich dazu beigetragen hat, seine Widerstandskraft zu erhöhen. Für die Zeit der Abgabe meines Gutachtens halte ich daran fest, dass es mir unter Berücksichtigung aller Verhältnisse ärztlicherseits nicht zulässig erscheint, den H. nicht zu glauben, dass er zu der in Frage stehenden Zeit nicht im Stande war, in einem Schacht zu arbeiten. Dieser Zustand der Unfähigkeit ist kein dauernder, sondern ein vorübergehender.

Das Rekursgericht hat sich dem vorstehenden Obergutachten angeschlossen und demgemäss angenommen, dass bei dem Kläger durch den Unfall, wenn auch unter Mitwirkung einer Anlage, ein Nervenleiden herbeigeführt worden ist, welches ihm die bergmännische Arbeit unter Tage bis auf Weiteres unmöglich macht — die von ihm aufgenommene Arbeit vollzog sich über Tage — und ihn nach Lage der Verhältnisse um 20 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. Dementsprechend ist die vom Schiedsgericht dem Kläger zugebilligte Rente von 40 Prozent der Vollrente auf den Rekurs der Berufsgenossenschaft ermässigt worden, während dem Rekurse des die Vollrente begehrenden Klägers der Erfolg versagt worden ist.

Besprechungen.

Dr. J. Entres, Königlich bayerischer Landgerichtsarzt: **Handbuch der gerichtlichen Obduktions-Technik mit Einfügung der gesetzlichen Bestimmungen und zahlreichen technischen Fingerzeigen.** Mit Abbildungen. München 1901. Verlag von Seitz & Schauer. Taschenbuchformat. 133 Seiten. Preis geb.: 4 Mark.

Das in Form eines Notizbuches erschienene Werkchen enthält die in Preussen und Bayern geltenden gesetzlichen Bestimmungen für gerichtliche Leichenöffnungen, sodann in übersichtlicher Form die Schemata für bestimmte

Fälle (Obduktion einer unbekannten, einer bekannten Leiche, Obduktion bei Verdacht auf Vergiftung, Obduktion Neugeborener, Obduktion Erstickter, Ertrunkener und Verletzter). Bei den einzelnen Nummern des Protokolls sind immer die Vorschriften des preussischen Regulativs und der bayerischen Instruktion angegeben. Dann folgen Anweisungen für Eröffnung und Untersuchung des Rückenmarks-Kanals, der Beckenorgane und der inneren Theile des Gesichts, der Ohrspeicheldrüse und des Gehörorgans. Einige schematische Zeichnungen erhöhen den Werth des Buches; auch halte ich das Einfügen leerer Blätter zum Eintragen eigener Notizen für praktisch.

Der Anfänger wird sich von dem Buche gern berathen lassen, der Geübtere es zum Nachschlagen und schnellen Orientiren gern benutzen.

Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Dr. Mulert, Sanitätsrath und Kreisphysikus in Waren: **Schemata und Notizen für gerichtliche Obduktionen.** Waren 1901. Max Sergel's Buchdruckerei, 12°; 24 Seiten.

Das vorliegende kleine Heftchen ist von dem Verfasser auf Grund eigner Notizen, die er sich während seiner langjährigen gerichtsärztlichen Thätigkeit gemacht hat nnd die sich ihm als praktisch erwiesen haben, zusammengestellt. Es enthält ausser vier Schemata für Obduktionen [für gewöhnliche Obduktion (I), für die Obduktion bei Vergiftung (II) und bei Neugeborenen (III) sowie für die Sektion des Rückenmarks (IV)] noch sehr ausführliche Angaben über die bei gerichtlichen Sektionen besonders in Betracht kommenden Maasse und Gewichte der einzelnen Körpertheile und Organe, die den Gerichtsärzten für den praktischen Gebrauch sehr willkommen sein dürften. Die Hoffnung des Verfassers, dass er mit der Veröffentlichung dieser kurzgefassten Zusammenstellung den interessirten Kollegen einen Gefallen thun würde, dürfte jedenfalls in Erfüllung gehen.

Rpd.

Prof. Dr. A. Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Herausgegeben unter Mitwirkung von Prof. Dr. Aschaffenburg, Privatdozent Dr. E. Schultze und Prof. Dr. Wollenberg. Berlin 1901. Verlag von A. Hirschwald. Gr. 8°, 732 Seiten. Preis: 20 Mark.

Die Verfasser haben den durch die neuere Gesetzgebung ausserordentlich vermehrten Stoff unter sich in der Weise vertheilt, dass die erste Hälfte des Buches die straf- und zivilrechtlichen Bestimmungen der Psychiatrie enthält (Aschaffenburg und Schultze), während die zweite Hälfte eine allgemeine Psychopathologie von Hoche und eine spezielle — z. Th. von Hoche, z. Th. von Wollenberg bearbeitete — umfasst.

Die Ausführungen Aschaffenburg's geben eine höchst fesselnde Darstellung der Aufgaben und Prinzipien der kriminell-psychiatrischen Thätigkeit. Letztere hat „wissenschaftlich die Ausnahmestellung, die dem psychisch Abnormen zukommt" klarzustellen. Der Verfasser geht sodann auf die von vielen Unberufenen oft geschmähte Theorie Lombroso's ein, deren Unrichtigkeit zwar allgemein anerkannt sei, die in erster Linie jedoch die Bahn für die Anschauungen der sogen. positiven Schule geebnet habe. Indem letztere den Satz aufstellte, dass „das Verbrechen eine Erscheinung von zugleich biologischem, physischem und sozialem Ursprung sei" (S. 6), kommt sie zu der Forderung: das Verbrechen durch „Vorbeugung und Abwehr" zu bekämpfen. Das Strafsystem muss sich daher der Individualität des Rechtsbrechers anpassen. Sehr verdienstvoll ist weiterhin eine Uebersicht über die in den europäischen Staaten bestehenden Bestimmungen über die strafrechtliche Verantwortlichkeit Geisteskranker. Im Anschluss an diese bespricht Verfasser unter spezieller Verwerthung der juristischen Literatur die Frage des Missbrauchs einer Geisteskranken, des Verfalls in Geisteskrankheit, die Verantwortlichkeit des Irrenarztes, ein unter Umständen wichtiges Kapitel, und das ärztliche Berufsgeheimniss. Ein letzter Abschnitt befasst sich mit allen, auf die Sachverständigenthätigkeit bezüglichen Bestimmungen.

Der Bearbeiter des zweiten Abschnittes, E. Schultze, ist bereits bekannt durch seine Abhandlung über die psychiatrischen Bestimmungen des Bürgerlichen

Gesetzbuches. Er hat hier in ebenso übersichtlicher, wie erschöpfender Weise, mit einem nicht gewöhnlichen Masse rein juristischer Kenntnisse das umfangreiche Material bearbeitet. Es sei hier nur seine Darstellung der Entstehungsgeschichte der zivilrechtlich-psychiatrischen Bestimmungen erwähnt, ferner die Bprechung der Vorschriften über Ehescheidung, die erkennen lassen, dass die Anschauungen über die Anwendung des §. 1569 noch vielfach auseinander gehen und dass in der Praxis nicht wenig Schwierigkeiten für den Sachverständigen zu überwinden sind.

Aus der allgemeinen Psychopathologie von Hoche, die etwas über 150 Seiten umfasst, kann hier nur Weniges hervorgehoben werden. Speziell sei der Ausführungen des Verfassers über die Abgabe von Gutachten gedacht. Der Gutachter soll, wie er ausführt, genau seine Rechten und Pflichten kennen, um nicht hülflos sich von unberechtigten Fragen der Parteien verblüffen zu lassen. Das schriftliche Gutachten muss auch in der äusseren Form, in logischer, knapper Darstellung vollendet sein, um überzeugend wirken zu können. Man beginnt mit einer Darstellung der Rechtsfrage und der Umstände, die zur Begutachtung Anlass gaben, dann folgt eine Schilderung der zu begutachtenden Persönlichkeit, speziell auch ihres früheren Wesens, ihrer Jugend. Das Ergebniss der eigenen Untersuchung soll hinsichtlich des körperlichen Befundes nur wirklich Wichtiges enthalten, während der Nachweis psychischer Störungen so gefasst sein muss, dass er den Laien zu überzeugen geeignet ist. Aus dem Gesammtresultat sind am Schlusse die gesetzlichen Folgerungen zu ziehen, die, wie Verfasser betont, nicht unbedingt die Stellung einer bestimmten Diagnose verlangen, in vielen Fällen jedoch durchaus rathsam erscheinen lassen. Für die mündliche Verhandlung hat man auf das Ergebniss der Aussagen der Parteien zu achten; es ist daher nicht angängig, ein vorher ausgearbeitetes Gutachten auswendig herzusagen. Vielleicht hätte hier Verfasser besonders hervorheben können, dass nur solche Aerzte als psychiatrische Sachverständige geeignet sind, die der Aufgabe eines freien, klaren Vortrages gewachsen sind.

Im speziellen Theile ist eine einfache Eintheilung gewählt, die unabhängig von den verschiedenen Schulmeinungen, die funktionellen und organischen Psychosen behandelt, denen sich die nach Vergiftungen, die Seelenstörungen bei Neurosen (Epilepsie, Hysterie) und die geistigen Schwächezustände anschliessen.

Jedem der einzelnen Theile sind umfassende Literaturverzeichnisse beigefügt; das ganze Werk ist mit einem ausführlichen Inhaltsverzeichniss versehen.

Wenn auch kein Mangel an ausgezeichneten Darstellungen der gerichtlichen Psychiatrie besteht, so wird das vorliegende Werk grade in gegenwärtiger Zeit, da die Anforderungen an die gerichtlichen Sachverständigen wesentlich gesteigert sind, zweifellos viele dankbare Leser finden.

Dr. Pollitz-Münster.

Dr. Zollitzsch, Generalarzt und Korpsarzt im Königl. Bayer. III. Armee-Korps: **Die geistigen Störungen in ihren Beziehungen zu Militär-Dienstunbrauchbarkeit (bezw. Invalidität) und Zurechnungsfähigkeit.** Würzburg 1901. Verlag von Stuber. Gr. 8°; 28 Seiten. Preis: 60 Pfg.

Es hat auf keinem Gebiete so viele Bedenken, wichtige Fragen in gedrängtem Rahmen zu behandeln, wie auf dem der Psychiatrie. Dies zeigt der kleine Leitfaden des Verfassers recht deutlich. Die Eintheilung folgt vielfach der trefflichen Diagnostik von Sommer. Aber recht wichtige Krankheitsbilder sind ganz übergangen worden; so vermissen wir eine Darstellung der akuten halluzinatorischen Verwirrtheitszustände (Amentia), die nicht selten in der Gefangenschaft auftreten; das gleiche gilt für die akuten halluzinatorischen Zustände mit erhaltener Aussenweltorientirung, in denen das durch Halluzinationen beeinflusste Verhalten des Kranken so leicht den Eindruck der Simulation macht. Nicht zutreffend ist die Angabe auf S. 8, dass das Fehlen des Kniephänomens für Paralyse charakteristisch sei; die Erhöhung ist jedenfalls häufiger zu beobachten, zumal der Komplex körperlicher Symptome von der Form der Rückenmarkserkrankung ganz allein abhängt. Dass paralytische Anfälle nicht ganz selten als erstes prämonitorisches Symptom auftreten, wäre hier ebenfalls zu erwähnen.

Sehr zutreffend ist dagegen der Hinweis auf das Vorkommen des praematuren Schwachsinns im militärpflichtigen Alter; die Berücksichtigung dieser Erfahrung seitens der Militärärzte kann in solchen Fällen viel unnütze Strafen und viel Unglück für die betheiligten Familien verhüten. Mit Recht betont Z., dass geistig Minderwerthige möglichst vom militärischen Dienste ferngehalten werden müssen. Hinsichtlich der Simulation steht der Verfasser auf dem Standpunkt, Simulation als recht selten anzusehen, zumal ein konsequentes Simuliren bei längerer Beobachtung ausserordentlich schwierig sei. Hoffentlich werden die zutreffenden, sachkundigen Bemerkungen, die Verfasser gerade in diesem Kapitel macht, recht weitgehende Beachtung finden.

Dr. Pollitz-Münster.

D. jur. Erich Bohn: Der Fall Rothe. Eine kriminalpsychologische Untersuchung. Breslau 1901. Verlag von Schottländer. Gr. 8°; 157 Seiten. Preis 2,50 Mark.

Die Kesselschmiedefrau Anna Rothe wird in Spiritistenkreisen seit Jahren als „Blumenmedium" gefeiert. Sie reist mit einem früheren Reporter und Kognakhändler M. L., der sie in verschiedene spiritistische Zirkel einführt. Der Verfasser hat mit einem, einer besseren Sache würdigen Eifer auf 157 Seiten nachzuweisen versucht, dass „Anna" keine Berlinerin ist, dass ihre „Blumenrapporte", die sie in einem „trance" Zustand aus Geisterhand erhält, nicht von solcher, sondern aus benachbarten Geschäften stammten, dass auch andere „Amulette" aus bekannten Bazaren, statt überirdischen Regionen kamen. Dass mit dem Glauben an die Macht dieser hysterischen, unter dem Einfluss eines geriebenen Begleiters stehenden Bauersfrau Kurpfuscherei und Wunderheilungen Hand in Hand gehen, braucht kaum gesagt zu werden. Im Uebrigen wird B. die Gläubigen auf okkultistischem Gebiete, die nicht alle werden, nicht überzeugen; die Nichtgläubigen bedürfen aber keiner Beweise für das Schwindelhafte derartiger Taschenspielerei. Dr. Pollitz-Münster.

Tagesnachrichten.

Ebenso wie für die Sanitätsoffiziere der Armee (s. Nr. 12 der Zeitschrift, S. 483) sind jetzt auch **Ehrengerichte für die Sanitätsoffiziere der Marine** eingeführt, die am 1. August d. J. in Wirksamkeit treten werden.

Im Königreich Sachsen ist vom Ministerium des Innern im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege angeordnet, dass bis zum 1. Oktober d. J. in allen Gemeinden eine **amtliche Nahrungsmittelkontrole** unter Zuziehung von Nahrungsmittelchemikern zu erfolgen hat. Auf 1000 Einwohnern sind mindestens 30 Proben von Nahrungsmitteln u. s. w. jährlich zu untersuchen. Für diese Untersuchungen sind die Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden und die bei dem hygienischen Institut der Universität Leipzig einzurichtende Untersuchungsanstalt in Anspruch zu nehmen; ausserdem hat das Ministerium Vereinbarungen mit dem Verein öffentlicher analytischer Chemiker zur Erleichterung der Gemeinden dahin getroffen, dass jene Untersuchungen gegen ein Pauschalsatz ausgeführt werden, der nach der Kopfzahl der Gemeinden gleichmässig für das ganze Land bestimmt ist.

In Württemberg ist jetzt von dem Ministerium des Innern eine Verordnung, betreffend **die ortspolizeiliche Wohnungsaufsicht**, erlassen. Darnach soll in sämmtlichen Gemeinden mit mehr als 3000 Einwohnern eine besondere, ortspolizeiliche Wohnungsaufsicht stattfinden, die sich erstreckt auf 1. alle aus 3 oder weniger Wohnräumen bestehenden Wohnungen, 2. alle Wohnungen, in welche Schlafgänger gegen Entgelt aufgenommen werden, 3. alle zur gewerbsmässigen Beherbergung bestimmten Räume, 4. alle Schlafgelasse der im Hause des Arbeitgebers oder der Dienstherrschaft wohnenden Arbeiter, Lehrlinge und Dienstboten. Die in Aftermiethe gegebenen Wohnräume sind als selbstständige zu betrachten. Die Ortspolizeibehörden haben dafür zu sorgen, dass alle dieser Aufsicht unterliegenden Wohnungen und Räume in regelmässigen

Wiederholungen, mindestens alle zwei Jahre ein Mal, zum Zweck der Fernhaltung und Beseitigung erheblicher, das Leben, die Gesundheit oder die Sittlichkeit gefährdender Missstände besichtigt werden. Die Bestellung der Organe zur Vornahme der Wohnungsbesichtigungen ist Sache der Gemeindeverwaltung. Wo nicht besondere Wohnungsinspektoren angestellt werden, können Mitglieder der Ortsfeuerschau oder auch Schutzleute, die jedoch über ihre Aufgaben eingehend zu belehren sind, mit der Wohnungsbesichtigung betraut werden. Den mit der Ausübung der Wohnungsaufsicht betrauten Organen ist der Zutritt zu sämmtlichen, der Besichtigung unterliegenden Räumen zu gestatten, die Aufsichtsbeamten haben sich jedoch beim Betreten fremder Wohnungen unaufgefordert über ihre Person und ihren Dienst auszuweisen und die Besichtigung so vorzunehmen, dass eine Belästigung der Betheiligten möglichst ausgeschlossen wird. Die Verordnung enthält ausserdem Bestimmungen über die Beschaffenheit der der Kontrolle unterstellten Wohnräume. Die Polizeibehörden sind gehalten, auch behufs Beseitigung einer Nothlage sich bei Zeiten mit wohlthätigen Vereinen in's Benehmen zu setzen, erforderlichen Falles auch das rechtzeitige Eingreifen der Armenbehörden zu veranlassen. Gemeinden mit weniger als 3000 Einwohnern bleibt es anheimgegeben, die Wohnungsaufsicht im Sinne der vorstehenden Bestimmungen zu regeln. Das Ministerium behält sich vor, noch besondere statistische Erhebungen über die in den Wohnungen herrschenden Zustände zu veranlassen.

In Württemberg ist jetzt eine neue, ausführlich gehaltene **Anleitung zur Vornahme der amtlichen Besichtigungen von Apotheken** erlassen. Neu ist in derselben die Bestimmung, dass bei jeder Besichtigung von 1—2 Drogen oder Präparaten Proben zu entnehmen und zur Untersuchung an das Laboratorium des Medizinalkollegiums einzusenden sind. Ausserdem ist vorgeschrieben, dass sich die Visitation auch auf Wohn- und Schlafräume des Hülfspersonals zu erstrecken hat, falls über deren Unzulänglichkeit Klage geführt wird.

Betreffs des am 22.—26. Juli d. J. in London stattfindenden **Britischen Tuberkulose-Kongresses** macht das Deutsche Reichs-Komitee (Ehrenvorsitzende: Herzog v. Ratibor, Staatssekretär des Innern Graf v. Posadowsky-Wehner und Kultusminister Dr. Studt, Vorsitzende: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. v. Leyden und Dr. Fränkel-Berlin, Schriftführer: Privatdozent Dr. Jacob-Berlin, N.W. Reichstagsufer 1) bekannt, dass mit dem Reisebureau von C. Stangen, Berlin W., Friedrichsstrasse 72, eine Uebereinkunft zur Bildung eines Verkehrsbureaus getroffen ist, an das auch Anmeldungen für den Kongress unter Beifügung des Theilnehmerbetrages von 20,05 Mark zu richten sind. Das Bureau hat es sich zur Aufgabe, den Deutschen Theilnehmern des Kongresses durch Besorgung von passenden Wohnungen in London, Besorgung von Rundreisefahrkarten, Veranstaltung von Gesellschaftsreisen und Beantwortung einschlägiger Fragen nach Möglichkeit Vortheile zu bieten. Ein Vertreter wird während der Dauer des Kongresses in London, de Kaysers Royal-Hôtel (Viktoria Embankment) wohnen und daselbst von 8—9 Uhr Vormittags und 3—4 Uhr Nachmittags für Auskünfte u. s. w. den deutschen Kongress-Mitgliedern zur Verfügung stehen.

Die offiziellen Sprachen des Kongresses sind Englisch, Deutsch und Französisch. Am Montag, den 22. Juli Abends findet Empfang in Queens Hall statt. In der ersten allgemeinen Sitzung am 23. Juli in St. James Hall wird Robert Koch, in der zweiten Sitzung am 24. Juli, Brouardel einen Vortrag halten. Am 23. Juli Abends ist Empfang beim Lord Mayor (Mansion House), am 24. Juli Garden Party des Damenkomitees im botanischen Garten, am 25. Juli Empfang beim Earl of Derby. An den folgenden Tagen finden verschiedene Exkursionen statt. Die Sektionen arbeiten vom 23.—26. Juli Vormittags von 9½—2 Uhr. Mit dem Kongress ist, wie in Berlin, eine auf die Bekämpfung der Tuberkulose bezügliche Ausstellung verbunden.

Für die deutschen Mitglieder wird eine gemeinschaftliche Fahrt auf dem Seewege geplant. Abfahrt von Berlin am 19. Juli 7 Uhr 4 Min. Abends, von Bremen am 20. Juli Vormittags.

Registratur des Kreisarztes; Eintheilung der Akten. Die von dem Medizinalbeamten-Verein des Reg.-Bez. Merseburg gewählte Kommission hat folgendes Muster für die Eintheilung der Akten entworfen:

Abtheilung I. Allgemeine Dienstangelegenheiten.[1])

Abschnitt A: Nr. 1. Allgemeine Dienstinstruktion, Stellung, Kompetenzen, Geschäftsführung, Verkehr mit Behörden, Verfügungen in Stempelsachen, Inventarisationsverfügungen etc.

Nr. 2. Persönliche Angelegenheiten und spezielle Verfügungen für den betr. Kreisarzt — Fortbildungskurse, Beauftragungen, Urlaub, Vertretungen etc. Medizinalbeamtenverein.

Abschnitt B: Portoangelegenheiten; Generalia und Specialia.

Abschnitt C: Nr. 1. Liquidationen. Generalia.

Nr. 2. Liquidationen. Specialia; Gebührennachweisungen nach Formular XIII bezw. XIV.

Abschnitt D: Nr. 1. Atteste. Generalia betr. Form und Inhalt der Atteste.

Nr. 2. Atteste. Specialia.

Abschnitt E: Nr. 1. Jahresbericht. Generalia.

Nr. 2. Jahresberichte. Specialia.

Abschnitt F: Quartalsberichte.[2])

Abschnitt G: Hufeland'sche Stiftungen. Generalia u. Specialia.

Abschnitt H: Nr. 1. Verschiedenes. Wissenschaftliche Mittheilungen.

Nr. 2. Hygienische Ausstellungen, Gesundheitsstatistik, Vereine für öffentliche Gesundheitspflege etc. etc.

Abtheilung II. Medizinalpolizei.

Abschnitt A: Medizinalpersonal.

Nr. 1. Fortlaufend zu führendes Verzeichniss über das gesammte Medizinalpersonal.

Nr. 2. Nachweis des Medizinalpersonals. Generalia über Listen, Veränderungsnachweise etc.

Nr. 3. Nachweis des Medizinalpersonals. Specialia — Tabellen nach Volkszählung und dergl. mehr.

Abschnitt B: Aerzte und Zahnärzte.

Nr. 1: Generalia über Anmeldepflicht, Taxen, Auszeichnungen etc.

Nr. 2. Specialia — Niederlassung, Wohnungswechsel, Todesfälle, Auszeichnungen, Beschwerden etc.

Nr. 3. Aerztekammern, Aerztevereine, ärztliches Unterstützungswesen. Generalia und Specialia.

Abschnitt C: Apothekenwesen.

Nr. 1. Generalia über Betrieb, Einrichtung, Beaufsichtigung, Neuanlagen, Verkauf etc. der Apotheken, über ärztliche und Hausapotheken, über Selbstdispensiren der Homöopathen, Pharmacopoea, Arzneitaxe etc.

Nr. 2. Generalia über Personal und Ausbildung desselben, Zulassung und Nachprüfung der Lehrlinge, Beglaubigung der Servirzeugnisse, Vereidigung der Apotheker, Prüfung der Apothekerdiakonissen etc.

Nr. 3. Specialia — Revisionen und Musterungen einschliesslich der Protokolle über die jährlichen Prüfungen der Lehrlinge[3])

Nr. 4. Spezialia — Besitzwechsel, An- und Abmeldung, Vereidigung, Annahme von Lehrlingen, Beschwerden etc.

Abschnitt D: Arzneimittel-, Gift- und Geheimmittelverkehr ausserhalb der Apotheken. Nr. 1. Generalia.

Nr. 2. Specialia — Revisionen der Handlungen und Revisionsberichte.

---

[1]) Es empfiehlt sich zu den Aktendeckeln für jede Abtheilung verschiedene Farben zu wählen.

[2]) Die Akten sind nur in denjenigen Reg.-Bezirken erforderlich, in denen Quartal-Sanitätsberichte auch verlangt werden, was wohl nur ausnahmsweise der Fall sein dürfte.

[3]) Hier empfiehlt sich die Anlage einer Spezialakte für jede Apotheke, in die auch die Vorgänge über Besitzwechsel aufzunehmen sind. Die Zahl der Akten wird dadurch allerdings vermehrt, die Geschäftsführung aber erleichtert.

Nr. 3. Specialia. Aeusserungen über Konzessionsertheilung, Prüfung von Gifthändlern, Bestrafungen wegen gesetzwidrigen Arzneimittel- und Giftverkaufs etc.

Abschnitt E: Hebammenwesen.

Nr. 1. Generalia über Zulassung, Anstellung, Vereidigung, Instrumentarium, Hebammenbezirke, Taxe etc.

Nr. 2. Generalia über Nachprüfungen.

Nr. 3. Specialia. Vereidigung, Niederlassung, Wohnungswechsel, Anstellung der Bezirkshebammen, Eintheilung der Hebammenbezirke, Unterstützungen, Auszeichnungen, Bestrafungen von Hebammen, Beschaffung der Desinfektionsmittel etc., Prüfung der zur Aufnahme in die Hebammen-Lehranstalt sich meldenden Personen.

Nr. 4. Specialia — Nachprüfungen, Berichte darüber, Theilnahme an Nachlehrkursen.

Nr. 5. Specialia — Entbindungslisten nebst Zusammenstellung deren Ergebnisse (jährlich ein neuer Band anzulegen).

Abschnitt F: Heilgehülfen, Masseure, Krankenwärter und sonstiges niederes Heilpersonal.

Nr. 1. Genralia über Zulassung, Prüfung, Stellung, Taxen etc.

Nr. 2. Specialia - Niederlassung, An- und Abmeldung, Prüfung etc.

Abschnitt G: Desinfektion und Leichenschau.[1])

Nr. 1. Generalia.

Nr. 2. Specialia.

Abschnitt H: Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen.

Nr. 1. Generalia.

Nr. 2. Verzeichniss der Kurpfuscher. Nach Formular III.

Nr. 3. Specialia. Untersuchungen und Bestrafungen der Pfuscher etc.

Abtheilung III: Sanitätspolizei.

Abschnitt A: Wohnstätten.

N. 1. Generalia. — Wohnungen, Herbergen, Schlafstellen, Massenwohnungen von Arbeitern etc.; Abfälle aus den Wohnungen, Aborte, Düngerstätten etc.; baupolizeiliche Vorschriften, Bebauungspläne, Strassenanlage, Pflasterungen, Bauvereine zu Wohnungen für kleine Leute etc.

Nr. 2. Specialia (siehe auch Ortsakten).

Abschnitt B: Wasserversorgung. Reinhaltung der Wasserläufe. Kanalisation.

Nr. 1. Generalia. Trinkwasserversorgung, Kontrole der Brunnen bezw. Wasserleitungen, Untersuchung des Trinkwassers, öffentliche Wasserläufe, Reinhaltung der Wasserläufe, Beseitigung der Abfallstoffe, speziell der Schmutzwässer, Kanalisation etc.

Nr. 2. Specialia (siehe auch Ortsakten).

Abschnitt C: Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen.

Nr. 1. Generalia. Untersuchungsanstalten, technische Untersuchung von Nahrungs- etc. Mitteln, Ueberwachung des Verkehrs mit Milch, Mehl, Butter, Margarine, Fleisch etc.; Schlachthäuser, Mineralwasserfabriken, blei- und zinkhaltige Gegenstände etc.

Nr. 2. Specialia. Bestrafungen wegen Kontraventionen gegen Gesetze, Gesundheitsbeschädigungen etc.[2])

Nr. 3. Fleischbeschau auf Trichinen und Finnen. Generalia.

Nr. 4. Fortlaufend zu führendes Verzeichniss der Fleischbeschauer.

Nr. 5. Fleischbeschau auf Trichinen und Finnen. Specialia.

Nachprüfungen, Anstellung, Niederlegung, Bestrafungen, Prämien etc.

Abschnitt D: Verhütung und Bekämpfung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten.

Nr. 1. Generalia für alle Krankheiten. Allgemeine sanitätspolizeiliche Vorschriften gegen Weiterverbreitung, Anzeigepflicht, Ermittelungen,

---

[1]) Es empfiehlt sich für Desinfektion (Desinfektoren) und Leichenschau (Leichenbeschauer) je eine General- und Spezialakte anzulegen.

[2]) Hier dürfte in manchen Kreisen auch die Anlage einer Spezialakte „Untersuchungsanstalten“ zweckmässig sein.

bakteriologische Untersuchungen etc., auch Vertilgung von Ungeziefer und Ueberwachung vagabondirender Personen im sanitätspolizeilichen Interessse etc. etc.

Specialia:

2. Aussatz; 3. Cholera (eventuell auch einheimischer Brechdurchfall); 4. Gelbfieber; 5. Fleckfieber (Flecktyphus); 6. Pest; 7. Pocken; 8. Rückfallfieber; 9. Unterleibstyphus, gastrisches oder Nervenfieber; 10. Ruhr; 11. Genickstarre (Meningit. cerebro-spinal-epidemica); 12. Kindbettfieber; 13. Diphtheritis oder Halsbräune; 14. Scharlach; 15. Masern und Rötheln; 16. Trachom (Körnerkrankheit, Granulose); 17. Tuberkulose; 18. Syphilis und andere geschlechtliche Krankheiten, sowie ansteckende Hautkrankheiten, Krätze etc.;[1]) 19. Keuchhusten; 20. Influenza; 21. andere ansteckenden Krankheiten, Rose, Wechselfieber etc.; 22. Trichinenkrankheit; 23. andere übertragbare Thierkrankheiten, Hundswuth, Milzbrand, Rotz, Maul- und Klauenseuche.

(Anmerkung: Bei diesen Spezialakten 2 bis 23 sind vorn auf einem besonderen Blatt Notizen über die für die betr. Krankheit gegebenen allgemeinen Vorschriften unter Hinweis auf die Generalakten behufs schneller Orientirung zu machen oder diese Bestimmungen vorn einzuheften.

Nr. 24. Zusammenstellung der ansteckenden Krankheiten und der Meldekarten.

Abschnitt E: Impfwesen.

Nr. 1. Generalia.

Nr. 2. Specialia. Uebersichten und Hauptimpfberichte.

Nr. 3. Specialia. Lokale Impfangelegenheiten, Impfbeschädigungen, Eintheilung der Impfbezirke etc.

Abschnitt F: Prostitution.[2])

Nr. 1. Generalia.

Nr. 2. Specialia.

Abschnitt G: Gewerbehygiene.

Nr. 1. Generalia. Sanitäre Vorschriften zum Schutze der Arbeiter und des Publikums, Betheiligung der Medizinalbeamten an der Konzessionirung, Gewerbeaufsicht über staatliche und private Betriebe etc.

Nr. 2. Specialia. Untersuchungen, Begutachtungen, Konzessionirungen, Beschwerden, Bestrafungen.

Nr. 3. Krankenkassen, Invaliditäts- und Unfallversicherung. Generalia und Spezialia.

Abschnitt H: Schulhygiene.

Nr. 1. Generalia. Beurtheilung von Bauplänen, Aufsicht und Revision der Schulen, Schulkrankheiten, Schulärzte, Behandlung ansteckender Krankheiten in der Schule, Schulschliessungen, Ferienkolonien, Kindergärten, Spielschulen.

Nr. 2. Specialia (siehe auch Ortsakten).

Abschnitt I: Gefängnisse.

Nr. 1. Generalia.

Nr. 2. Specialia (siehe auch Ortsakten).

Abschnitt K: Haltekinderwesen.

Nr. 1. Generalia. Beaufsichtigung und Unterbringung verwahrloster Kinder etc.

Nr. 2. Specialia. Verzeichniss der Haltekinder, Kontrolirungen, Entziehungen.

Abschnitt L: Fürsorge für Kranke, Sieche und Gebrechliche.

Nr. 1. Generalia über Krankenanstalten aller Art (mit Ausnahme der für Geisteskranke), öffentliche (staatliche, ständische kommunale) und private, auch Sanatorien, Kaltwasserheilanstalten, Nervenheilstätten, Lungenheilstätten einschliesslich aller Bestrebungen, Vereine etc. zur Bekämpfung der Schwindsucht, — allgemeine Vorschriften, Konzessionirung, Anlage, Einrichtung, Beaufsichtigung etc. etc.

Nr. 2. Generalia über Armenpflege, Armenhäuser, Armenärzte, Wohlthätigkeitsvereine, Samariterthätigkeit, auch Arbeiterkolonien, Verpflegungsstationen, Trinkerasyle etc., — über Krankenwärter und Krankenpflegeschulen, Krankenpflegewesen, Wochenbettpflege etc.

---

[1]) Die Akte Syphilis und andere geschlechtlichen Krankheiten wird besser mit Abschnitt F. vereinigt.

[2]) Siehe vorstehende Anmerkung.

Nr 3. Specialia zu Nr. 1.. Revisionen der Krankenanstalten, Beaufsichtigung, Revisionsprotokolle, Mittheilung über Krankenbewegung, Missstände etc.[1])

Nr. 4. Specialia zu Nr. 2. Beaufsichtigung, Krankenpflegevereine und deren Verzeichnisse, Ausbildung der Krankenpfleger, Wochenbettpflegerinnen, Sanitätskolonnen etc., — Zustände der Armenhäuser, Missstände derselben, einzelne Vorkommnisse etc.

Abschnitt M: Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische, Idioten.

Nr. 1. Generalia. Vorschriften über Konzessionirung der Anstalten, Einrichtung, Betrieb und Beaufsichtigung derselben. Unterbringung der Kranken in Familienpflege. Pflegepersonal aller Anstalten.

Nr. 2. Specialia. Revisionen, Zustände, Missstände der Anstalten, Berichterstattung (Tabellen des Personals) etc.

Nr. 3. Gemüthszustandsuntersuchungen im sanitätspolizeilichen Interesse (Gemeingefährlichkeit) etc. behufs Ueberführung in Anstalten oder zu sonstigen Zwecken.

Abschnitt N: Badeanstalten. Heilquellen und Kurorte.

Nr. 1. Generalia. Oeffentliche und private Schwimmanstalten, öffentliche und private Volksbäder, Schulbäder, sogenannte Kurbäder, Badeorte, Heilquellen und andere Kurorte, Mineralwasserversandt etc. Beaufsichtigung, Berichterstattung etc.

Nr. 2. Specialia. Besichtigung, Zustände, Missstände, Berichterstattung (siehe auch Ortsakten).

Abschnitt O: Begräbnisswesen und Leichenschau.[2])

Nr. 1. Generalia. Begräbnissplätze, Leichenschau, Leichentransporte.

Nr. 2. Specialia. Gutachten und Begräbnissplätze etc.

Abtheilung IV. Orts-Akten.

Abschnitt A: Topographie und Statistik.

Generalia und Specialia, Volkszählungsergebnisse, standesamtliche Notizen, Entfernungskarten etc.

Abschnitt B: Gesundheitskommissionen. Generalia.

Abschnitt C: Specialia. Akten über jede Ortschaft. Nr. 1, 2, 3, 4 u. s. w — Verhandlungen über Ortsbesichtigungen, Protokolle der Gesundheitskommissionen u. s. w.

Abtheilung V. Gerichtliche Medizin.

Abschnitt A.: Gerichtliche Medizin. Generalia. Allgemeines über Gerichtsärzte, Gutachten, Obduktionen, Gemüthszustandsuntersuchungen und andere Untersuchungen etc.

Abschnitt B: Gerichtliche Medizin. Specialia.

Nr. 1. Obduktionen und Obduktionsberichte.

Nr. 2. Gerichtliche Gemüthszustandsuntersuchungen im Straf- und Zivilprozessverfahren.

Nr. 3. Sonstige gerichtliche Gutachten, in geschlechtlichen Angelegenheiten, wegen Misshandlungen, Körperverletzungen, Kunstfehlern, Vergehen gegen andere Gesetze etc. etc.

Zur **Geschäftsführung** sind vorgeschrieben und anzulegen:

Nr. 1. Tagebuch.

Nr. 2. Terminkalender.

Nr. 3. Inventarienverzeichniss: a. für Bücher, Drucksachen, Karten; b. für Stempel, Instrumente und sonstige Inventarstücke.

Nr. 3. Aktenverzeichniss.

Eine ständige Organisation zur Ausbildung von Desinfektoren ist jetzt im Reg.-Bez. Breslau durch Verfügung des Regierungspräsidenten eingeführt. Darnach müssen sich Personen, die sich zu öffentlichen Desinfektoren wollen ausbilden lassen, bei dem Regierungspräsidenten durch Vermittelung des Polizeipräsidenten (Landraths), der vor Weitergabe der Anmeldung

---

[1]) Auch hier dürfte sich die Anlegung einer Akte für jede Krankenanstalt empfehlen.

[2]) Für Leichenschau wird zweckmässiger eine besondere General- und Specialakte in Abtheilung II G. angelegt; s. vorher Anmerkung 1 auf S. 458.

den Kreisarzt zu hören hat, anmelden. In der Regel werden nur solche Bewerber zur Ausbildung zugelassen, deren Anstellung als öffentlicher Desinfektor seitens einer Gemeinde in Aussicht genommen ist. Der Anmeldung ist ein Zeugniss der Ortspolizeibehörde über die Unbescholtenheit und Zuverlässigkeit des Bewerbers sowie ein Zeugniss des Kreisarztes über die körperlichen und geistigen Fähigkeiten desselben beizufügen. Der Regierungspräsident setzt sich zwecks Festsetzung der Zeit des abzuhaltenden Ausbildungskursus unter Mittheilung je eines namentlichen Verzeichnisses der Angemeldeten mit dem Direktor des hygienischen Instituts und dem städtischen Desinfektionsamt in Verbindung und veranlasst die Einberufung der Aspiranten. Zu jedem 5 bis höchstens 6 Tage dauernden Kursus sollen zunächst nur 10—15 Schüler einberufen werden. Ihre Ausbildung soll eine theoretische und praktische sein; dieselbe liegt in den Händen des Direktors des hygienischen Instituts. Die Prüfungskommission besteht aus dem Regierungs- und Medizinalrath als Vorsitzenden, dem Direktor des hygienischen Instituts (z. Z. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge) und dem Leiter des städtischen Desinfektionsamts (Stadtarzt Dr. Oebbecke). Sie zerfällt in einen theoretischen und einen praktischen Theil. Sogleich nach Schluss der Prüfung wird denjenigen Prüflingen, welche bestanden haben, ein von den Mitgliedern der Prüfungskommission unterzeichnetes Fähigkeitszeugniss „als staatlich geprüfter Desinfektor“ zur Anstellung als öffentlicher Desinfektor ausgefertigt und durch Vermittlung des Regierungspräsidenten dem Polizeipräsidenten (Landrath) zwecks Aushändigung an den Kandidaten zugestellt. Die Ausbildung geschieht unentgeltlich; an Prüfungsgebühren sind 10 Mark zu zahlen.

Unter Berücksichtigung dieser Vorschriften sind im Juni d. J. 14 Desinfektoren ausgebildet, welche in der am 15. Juni abgehaltenen Prüfung sämmtlich die Qualifikation als staatlich geprüfte Desinfektoren erhielten. Ihre theoretische Ausbildung war durch Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Flügge im hygienischen Institut erfolgt durch Vortrag, experimentelle und mikroskopische Uebungen, Diktat und Ausarbeitung von Aufgaben, und zwar gewöhnlich Nachmittags, während Vormittags die praktische Ausbildung durch Betheiligung an den Desinfektionen der städtischen Desinfektionskolonne unter Leitung des Aufsehers und Oberleitung des Stadtarztes stattgefunden hatte. Da in Breslau täglich durch mehrere Desinfektionsabtheilungen Desinfektionen verschiedenster Art (Dampfdesinfektion, Formalindesinfektion etc.), ausgeführt werden, so war stets Gelegenheit zu allseitiger Uebung gegeben. Die Prüflinge wurden bei ihrer Entlassung darauf hingewiesen, dass gemäss den Fortschritten der Wissenschaft und Praxis von Zeit zu Zeit Wiederholungskurse nöthig sein würden. Bemerkt sei noch, dass auch Anmeldungen aus anderen Provinzen Berücksichtigung finden.

Ueber die Ausbildung und Prüfung von Desinfektoren und Gesundheitsaufseher ist vor Kurzem auch im Regierungsbezirk Arnsberg eine Verfügung erlassen (s. Beilage zur heutigen Nummer, S. 165), aus der hervorgeht, dass auch weibliche Personen zur Ausbildung und Anstellung als Desinfektorinnen u. s. w. zugelassen werden können, eine unseres Erachtens sehr zweckmässige Bestimmung.

Die **Führung des Apothekertitels** auf Schildern von Drogenhandlungen seitens der als Apotheker approbirten Geschäftsinhaber ist nach Entscheidung des Preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 10. Juni d. J. nur dann zulässig, wenn diese Bezeichnung gebraucht wird, um das Publikum zu täuschen. Dies sei aber in dem vorliegenden Falle, wo das eine Schaufenster mit „Wein, Kognack“, das andere mit „Drogen, Farben und Pinsel“ bezeichnet und an der Ladenthür ein kleines Porzellanschild mit der Aufschrift: Adlerdrogerie von „E . . . ., Apotheker“ angebracht war, nicht anzunehmen.

Das preussische Kammergericht (Strafsenat) hat in seinem Urtheil vom 6. Juni d. J. den **Hausirhandel mit „Harzer Gebirgthee“ als unzulässig** nach §. 56, Nr. 9. der Gewerbeordnung erklärt, da er als Arzneimittel, d. h. als ein Mittel anzusehen sei, das geeignet sei, Krankheiten zu heilen und körperliche Uebel zu lindern. Dagegen falle das Aufsuchen von Bestellungen nicht unter den Begriff „Hausirhandel mit Arzneimitteln“, da hierunter nur das Verkaufen und Feilbieten derselben zu verstehen sei.

Preussischer Medizinalbeamten-Verein.

XVIII. Hauptversammlung

am 13. und 14. September 1901 zu

Berlin

(Festsaal des Savoy-Hôtels, Friedrichstrasse Nr. 103, NW).

TAGES-ORDNUNG:

Donnerstag, den 12. September.

8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172.

Freitag, den 13. September.

9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des Savoy-Hôtels.

1. Eröffnung der Versammlung.
2. Geschäfts- und Kassenbericht; Wahl der Kassenrevisoren.
3. Die Dienstobliegenheiten des Kreisarztes nach der neuen Dienstanweisung. Referent: H. San.-Rath und Kreisarzt Dr. Fielitz in Halle a./S.

Frühstückspause im „Franziskaner" (Stadtbahnbogen am Bahnhof Friedrichstrasse, in unmittelbarer Nähe des Versammlungslokals).

4. Experimentelle mikroskopische Studien zur Lehre vom Erhängungstode. Referent: H. Dr. Placzeck, Nervenarzt in Berlin.
5. Aus dem hygienischen Institut zu Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dunbar): Theorie und Praxis der Grundwasserenteisenung mit Demonstrationen. Referent: H. Dr. Wolff, prakt. Arzt in Harburg a./Elbe; pro physicatu approbirt.

3 Uhr Nachmittags: Festessen im Savoy-Hôtel.

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172).

Sonnabend, den 14. September.

9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaal des Savoy-Hôtels.

1. Ueber die Schutz- bezw. Desinfektionsmassregeln während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit. Referent: H. Med.-Rath Prof. Dr. Wernicke, Direktor des hygienischen Instituts in Posen.
2. Die aus der Unfallversicherungs-Gesetzgebung erwachsenden besonderen Pflichten des ärztlichen Sachverständigen. Referent: H. Dr. Paul Stolper in Breslau, pro physicatu approbirt.
3. Vorstandswahl und Bericht der Kassenrevisoren.
4. Zur Bekämpfung der Tuberkulose. Referent: H. Kreisarzt Dr. Krause in Sensburg.

Nach Schluss der Sitzung: Gemeinschaftliches Mittagessen im „Franziskaner". Betreffs der nachfolgenden **Besichtigung** bleibt nähere Bestimmung vorbehalten.

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung.

Minden i. W., den 30. Juni 1901.

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 in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

14. Jahrg. **Zeitschrift** 1901.

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.

Gewährt eine von der Differentialdiagnose zwischen infektiösem und nicht infektiösem Wochenbettfieber abhängig gemachte Anzeigepflicht den Wöchnerinnen ausreichenden Schutz?

Von Kreisphysikus Dr. Schwabe in Langensalza, jetzt Gerichtsarzt in Hannover.

Im Verlaufe eines halben Jahres sind in meinem früheren, ca. 37 000 Einwohner zählenden Kreise Langensalza vier Fälle von Wochenbettfieber, davon drei mit tödtlichem Ausgang, vorgekommen, aber nicht angezeigt worden.

I. Fall: Eine erstgebärende junge Landwirthsfrau kam mit Zwillingen nieder. Das erste Kind wurde ohne Kunsthülfe geboren, beim zweiten musste die Wendung und Extraktion vorgenommen werden. Am dritten Tage erkrankte die Wöchnerin mit Fieber nach vorangegangenem Schüttelfrost. Der von der Hebamme herbeigeholte und um seine Ansicht befragte Arzt erklärte ausdrücklich, es läge unter keinen Umständen ein Kindbettfieber vor, die Erkrankung sei daher auch dem Physikus nicht zu melden ebenso wenig sei ein Fortbleiben der Hebamme noch eine Desinfektion ihrer Kleider und Geräthschaften geboten. Als der Zustand der Wöchnerin sich von Tag zu Tag verschlimmerte, und die Hebamme noch ein Mal ihre Bedenken wegen Anzeigepflicht und Desinfektion dem behandelnden Arzte gegenüber äusserte, erklärte letzterer, es handle sich um „kaltes Fieber", aber in keinem Falle um anzeigepflichtiges Kindbettfieber. Nach etwa 14tägigem Bestehen dieses „kalten Fiebers" wurde ein anderer Arzt mit der Behandlung betraut. Noch am Abend desselben Tages wurde die Hebamme davon verständigt, dass es sich um schweres Kindbettfieber handele in Folge eitriger Zersetzung von Plazentarresten. Nach weiteren 3 Tagen starb die Wöchnerin. Ich erhielt von diesen Vorgängen dadurch Kenntniss, dass gerade in die Zeit, in welcher der zweite Arzt Kindbettfieber feststellte und diese Feststellung in das Journal der Hebamme eintrug, die Ablieferung der Journale fiel. Ich fand die Notiz des Arztes und stellte die Hebamme wegen unterlassener Meldung zur Rede. Sie führte zu ihrer Entschuldigung Folgendes an:

JAN 22 1922

a. der behandelnde Arzt habe ihr zwei Mal ausdrücklich erklärt, Kindbettfieber sei bei der erkrankten Wöchnerin ausgeschlossen, mithin eine Anzeige desgleichen.
b. Im Hebammenlehrbuch stände §. 306: „Sobald die Hebamme das Auftreten von Fieber oder von Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter bemerkt, ist der Arzt zu verlangen. Wie sie sich dann weiter bei der Kranken zu verhalten hat, bestimmt sich nach den Weisungen des Arztes. Durch diese Vorschrift habe sie sich beruhigt gefühlt.
c. Sie habe es übrigens auch nicht gewagt, dem behandelnden Arzt gegenüber ihre eigenen zeitweiligen Bedenken über die Art der Wochenbetterkrankung zum Ausdruck zu bringen und dem Verbot der Nichtanzeige zuwiderzuhandeln.
d. Es sei ein Glück gewesen, dass sie während der vierzehn Tage keine andere Schwangere oder Wöchnerin zu bedienen gehabt habe.

II. Fall: Eine Erstgebärende, noch jugendliche Landwirthsfrau kam ohne Kunsthülfe nieder. Ein dabei entstandener mässiger Dammriss wurde vom Arzt genäht. Am zweiten Tage post partum begann diese Wöchnerin zu fiebern, gleichzeitig wurden von dem zugezogenen Arzt in der Umgebung der Dammnaht und am Scheideneingang „Geschwüre“ mit grauweisslichem Belag festgestellt. Der Arzt vervollständigte seine Diagnose in den nächsten Tagen noch dahin, dass er die erwähnten Geschwüre für diphtheritische ansehe, und dass ausserdem noch eine „Peritometritis“ sich entwickelt habe. Der Hebamme, welche besorgt anfragte, ob sie den Fall als Kindbettfieber melden, fortbleiben und die vorgeschriebene Desinfektion vornehmen müsse, wurde sehr energisch bedeutet, von Kindbettfieber sei keine Rede, es sei keine Anzeige zu erstatten; sie habe unter allen Umständen bei der Wöchnerin zu bleiben. Als die Hebamme, durch den weiteren schweren Verlauf der Krankheit ängstlich gemacht, zu verschiedenen Malen sehr dringend den Arzt über ihre Verhaltungsmassregeln um Rath bat, wurde ihr jedes Mal die Harmlosigkeit der Wochenbetterkrankung versichert und ihr weiteres Verbleiben bei der kranken Wöchnerin ausdrücklich gefordert. Als der Zustand sich immer mehr verschlimmerte und eitrige Exsudationen eintraten, wurde ein anderer Arzt mit der Behandlung betraut. Dieser stellte Sepsis fest und ordnete sofort die Ueberführung der Kranken in eine Klinik an. Hier hat die Wöchnerin monatelang zwischen Tod und Leben geschwebt und zahlreiche Operationen an sich vornehmen lassen müssen. Sie ist schliesslich mit dem Leben davongekommen, aber, soweit mir bekannt, elend geblieben. — Die Hebamme von mir zur Rechenschaft wegen unterlassener Meldung gezogen — ich wurde auch mit diesem Fall erst durch die Bemerkungen im Hebammen-Journal bekannt — entschuldigte sich ungefähr ebenso wie ihre Kollegin, setzte aber noch hinzu, ihr sei die Erkrankung der betreffenden Wöchnerin doch „so unheimlich“ vorgekommen, dass sie schon aus eigenem Antriebe eine gründliche Desinfektion an sich und ihren Kleidern und Geräthschaften vorgenommen, ausserdem während der Zeit keine Geburt angenommen habe.

III. Fall: Eine junge Primipara erkrankte unter sehr ähnlichen Erscheinungen wie die Wöchnerin in dem eben beschriebenen Fall. Sie starb nach etwa 15wöchigem qualvollen Krankenlager an allgemeiner Vereiterung. Auch hier ist keine Anzeige erfolgt, weil der behandelnde Arzt ein ansteckendes und übertragbares Wochenbettfieber ausschliessen zu können glaubte. Die Hebamme war dementsprechend wochenlang zur Hülfeleistung bei der schwererkrankten Wöchnerin zugezogen worden. — Auch in diesem Falle suchte sich die Hebamme wie ihre beiden Kolleginnen zu entschuldigen und meinte noch ziemlich dummdreist, der Herr Doktor müsste es doch wissen, ob Kindbettfieber vorläge, von ihr könne man dies nicht verlangen. Sie wäre aber doch vorsichtig gewesen und hätte sich desinfizirt!

IV. Fall: Eine ältere, in den ärmlichsten Verhältnissen lebende Multipara in der Kreisstadt erkrankte, nachdem sie zwar spontan geboren, aber mehrere Stunden auf die Ausstossung der Nachgeburt hatte warten müssen, weil der gewünschte Arzt auswärts war, am zweiten Tage mit hohem Fieber. Der um Rath gefragte Arzt hielt einen Besuch nicht für nothwendig, ordinirte zu Hause, verneinte aber doch den Verdacht eines beginnenden Wochenbettfiebers. Der Hebamme kam die Erkrankung aber doch besorgnisserregend vor, und so kam sie aus freien Stücken zu mir, um mich unter der Hand um

Rath zu fragen. Ich beantragte die Aufnahme der kranken Wöchnerin in das Krankenhaus. Hier wurde Kindbettfieber festgestellt, dem die Wöchnerin erlag.

Ich habe diese vier echten Puerperalfieber, die in vier verschiedenen Orten des Kreises in der Praxis vier verschiedener Aerzte und Hebammen aufgetreten sind, nicht mitgetheilt, um an der Diagnose irgend welche Kritik zu üben, sondern nur, um an ihrer Hand ausführlich zu besprechen:

1. die Schwierigkeit einer frühzeitigen exakten Diagnose auf infektiöses Wochenbettfieber und die Nothwendigkeit, die Anzeigepflicht auch auf die des Wochenbettfiebers verdächtigen Erkrankungen auszudehnen;

2. die schiefe Lage, die Verwirrung und den Geist des Widerspruchs, wohin die Hebammen gerathen müssen, wenn sie zu Zeugen bezügl. zu Theilnehmern der verschiedenen Auffassungen über den Begriff des anzeigepflichtigen Kindbettfiebers gemacht werden;

3. die Nothwendigkeit, den Nachsatz des §. 306 im Hebammen-Lehrbuch — wie sie (die Hebamme) sich dann weiter bei der Kranken zu verhalten hat, bestimmt sich nach den Weisungen des Arztes — zu streichen;

4. die Nothwendigkeit, dem Antrage des Physikus, ihn in zweifelhaften Fällen von Fieber im Wochenbett an Ort und Stelle zu entsenden, stets stattzugeben;[1])

5. den falschen Gesichtspunkt, die hygienische Seite einer sich auch auf alle irgendwie verdächtigen Puerperalerkrankungen erstreckenden Anzeigepflicht mit der gerichtlich-medizinischen zu verquicken.

Zu 1: Die Anzeigepflicht des Kindbettfiebers ist seit etwa 25 Jahren allgemein als eine sehr aktuelle und vielseitige Materie anerkannt und eingehend in Wort und Schrift, in jüngster Zeit besonders von Bummm, Olshausen und Schwarze, erörtert worden. Es haben sich bei diesen Verhandlungen im Grossen und Ganzen zwei einander mehr oder minder schroff gegenüberstehende Anschauungen kund gegeben: auf der einen Seite vorwiegend die der praktischen Aerzte — zum Theil unter Führung hervorragender Gynäkologen —, nach welcher die Anzeigepflicht der Wochenbettfieber allein auf die infektiösen beschränkt bleiben soll, auf der anderen Seite vorwiegend die der Medizinalbeamten, nach welcher auch alle irgend wie verdächtigen Fieber im Wochenbett zur Anzeige gelangen müssten, um nach Möglichkeit einer Verschleppung des Kindbettfieber durch die Hebammen vorzubeugen. — Gegen die Forderung der Medizinalbeamten sind vornehmlich zwei Gründe in's Feld geführt worden: erstens der, dass, wenn jede irgend wie verdächtig erscheinende Wochenbetterkrankung für anmeldepflichtig erklärt würde, etwa 15—20 % aller Wochenbette als pathologische angesehen werden müssten, und damit der Nutzen der Anzeigepflicht illusorisch werden würde; zweitens der, es stände bei einer so ausgedehnten

[1]) Diese Forderung hat mittlerweile in der Dienstanweisung für die Kreisärzte die erwünschte Berücksichtigung gefunden.

Anzeigepflicht eine Häufung der Anklagen gegen Aerzte und Hebammen wegen angeblicher Verschuldung von Puerperalfiebern mit oder ohne tödtlichem Ausgange zu befürchten. Schwarze hat in einem Aufsatz in der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung (1899, Nr. 6) nicht nur im Allgemeinen unter Anlehnung an Olshausen's Ausführungen im Zentralblatt für Gynäkologie (1899, Nr. 1) energisch gegen die von den Medizinalbeamten zur Prophylaxe für nothwendig erachteten Anzeigepflicht Front gemacht, sondern es auch für angezeigt gehalten, die Medizinalbeamten besonders auf das Ungerechtfertigte einer so erweiterten Anzeigepflicht aufmerksam zu machen. „Und doch wird — incredibile dictu —, so ruft er emphatisch aus, von einzelnen Seiten (scilicet von den Medizinalbeamten) die Forderung erhoben, dass jede fiebernde Wöchnerin als des Kindbettfiebers verdächtig zu melden sei, und es werden Strafen erhoben für Unterlassung solcher vollkommen überflüssigen Meldungen. Facta loquuntur!“ Olshausen beantwortet die Frage, ob ein Arzt verpflichtet sei, eine Wochenbetterkrankung anzuzeigen, die er für eine gonorrhoische Peritonitis, auch ohne untrügliche Beweise dafür zu besitzen, glaubt ansehen zu können, mit einem „ganz gewiss nicht!“ Ja, er verneint auch die Anmeldepflicht für den eine fiebernde Wöchnerin behandelnden Arzt, wenn dem zuständigen beamteten Arzt die Wochenbetterkrankung als eine infektiöse erscheint. O. macht den Vorschlag, alle sanitätspolizeilichen Verfügungen, wie die Anzeigepflicht, die Abstinenz der Hebammen, die Desinfektion u. s. w., lediglich für die Form des „ansteckenden und übertragbaren Kindbettfiebers“ zu erlassen. Die Feststellung, ob eine Wochenbetterkrankung den genannten Charakter trage, sei einzig und allein von dem Raisonnement des behandelnden Arztes abhängig zu machen. Von der Plattform der hohen Warte wissenschaftlicher Forschung herab, aus den ideellen Verhältnissen klinischen Betriebes heraus klingen O.'s Ausführungen und Forderungen recht überzeugend. Wie aber passen sie sich der profanen Praxis an, was leisten sie als Wehr und Waffen dem Gesundheitsbeamten im Kampf gegen das mörderische Puerperalfieber? — Betrachten wir doch einmal diese scheinbar für jeden Arzt ohne sonderliche Schwierigkeiten durchzuführende Trennung in ansteckende und nicht ansteckende Wochenbettfieber:

Man hat uns gelehrt, dass es ein Kindbettfieber im Sinne der ministeriellen Verfügung vom 1. April 1884 und den auf dieselbe sich stützenden verschiedenen Polizeiverordnungen als einheitliche Krankheit nicht giebt, der Ausdruck „Kindbettfieber“ vielmehr einen Sammelbegriff sowohl bezüglich der Aetiologie, als auch bezüglich der Uebertragbarkeit und des Verlaufes ganz verschieden gestalteter fieberhafter Erkrankungen im Wochenbett darstellt. Bei dem Versuch nun aber, diese wissenschaftlichen Errungenschaften auch für die Praxis nutzbar zu machen, also möglichst früh eine infektiöse Wochenbetterkrankung von einer nicht infektiösen uns trennen zu lehren, hapert es bereits ganz bedenklich. Schon über den entscheidenden Grundbegriff: wodurch

erhält eine Wochenbetterkrankung einen ansteckenden Charakter? gehen die Meinungen auseinander. Es genügt für unseren Zweck hier die differenten Anschauungen Olshausen's und Bumm's zu skizziren. Während ersterer zwischen Infektion und Intoxikation nicht streng geschieden wissen will, und dementsprechend sowohl alle durch pathogene Mikroorganismen, als auch durch anärobe Saprophyten des Genitalschlauches erzeugte fieberhaften Erkrankungen der Wöchnerinnen als echtes Wochenbettfieber und anzeigepflichtig bezeichnet, verwirft Bumm Namen und Begriff Wochenbettfieber für alle durch Ansiedelung anärober Saprophyten erzeugten pathologischen Zustände des Wochenbettes. B. ist folgender Meinung: wenn durch Saprophyten zersetzte Lochien zu Intoxikationsfiebern bei Wöchnerinnen führen, so ist jede Anzeige übrig, denn solche Fieber sind niemals infektiös. Olshausen entgegnete darauf mit Recht, dass nach B.'s Auffassung dann auch auf Endometritis streptococcica beruhende Intoxikations-Wochenfieber als harmlos und nicht anzeigepflichtig betrachtet werden müssten, während doch thatsächlich diese Form von Fieber im Wochenbett sehr wohl auf andere Wöchnerinnen übertragen werden könne. Also Meinungsverschiedenheiten von ausschlaggebender Bedeutung für die Praxis! —

Auch über die Haupteingangspforten für die Erreger des infektiösen Puerperalfiebers sind sich die Gelehrten nicht einig. Während beispielsweise Bumm behauptet, dass in der überwiegenden Mehrzahl der schweren Fälle das Endometrium das Eintrittsgebiet des putriden Giftes bilde, ist Fritsch der Ansicht, dass das Endometrium nur selten als der primäre Sitz der Infektion in Frage komme, sehr viel häufiger dagegen Cervixverletzungen die Eingangspforte darstellen. — Welche Meinungsverschiedenheiten bestehen noch bezüglich der sogen. Selbstinfektion und besonders auch wegen ihres von verschiedenen Autoren angenommenen milderen Verlaufes. Wie differiren die Anschauungen über die Keimfreiheit des Genitalschlauches? — Weiter: Bumm glaubt in den schmierig belegten Einrissen und Wunden an der Portio ein hinreichend charakteristisches Zeichen für die infektiöse Natur der Erkrankung zu erkennen; Olshausen streitet das auf Grund seiner Erfahrungen ab und Schwarze tritt letzterem bei. — Nur in einem Punkt stimmen merkwürdiger Weise alle Gynäkologen und Geburtshelfer vollkommen überein: sie erkennen ohne Ausnahme, auch von ihrem klinischen Standpunkt aus, die ungemeine Schwierigkeit an, in vielen Fällen von Wochenbetterkrankungen frühzeitig genug den infektiösen Charakter derselben zu erkennen! Das ist, m. E., aber der springende Punkt für die Prophylaxe, das Leitmotiv für den Medizinalbeamten. Auch Schwarze muss zugeben, dass in den ersten Tagen einer Wochenbetterkrankung diagnostische Irrthümer der Aerzte vorkommen können. Er tröstet sich aber mit der Unvermeidlichkeit solcher Vorkommnisse und gleitet über dieses für die Anzeigepflicht ungemein wichtige Zugeständniss mit der Zuversicht hin, dass schliesslich die richtige Diagnose doch kaum ausbleiben kann.

Eine solche philosophische Ruhe ist für den Kliniker erklärlich: in der Klinik sind Verkennungen des Krankheitscharakters bei den reichen zu Gebote stehenden diagnostischen Hülfsmitteln und der Gewandtheit ihrer Ausnützung verhältnissmässig selten; für andere Wöchnerinnen bleiben sie überdies — und das ist die Hauptsache — gefahrlos; dafür bürgt wieder der klinische Betrieb. In der Praxis gehören aber derartige diagnostische Irrthümer oder Unsicherheiten durchaus nicht zu den Seltenheiten, das wird mir jeder Arzt zugestehen müssen. Ich will dabei auf die von mir mitgetheilten vier Fälle noch gar nicht einmal exemplifiziren. Dagegen möchte ich beispielsweise an ein von Räuber in dieser Zeitschrift (1896, Nr. 2) besprochenes Wochenbettfieber hinweisen, das auch am fünften Tage trotz manifester, septischer, eitriger Peritonitis als solches nicht erkannt, ebensowenig angemeldet worden war. R. knüpft an diesem Fall mit vollem Recht die Bemerkung:

„Zunächst ersieht man aus demselben, wie leicht Kindbettfieberfälle, selbst wenn sie tödtlich verlaufen, nicht zur polizeilichen Anzeige und zur Kenntniss des betreffenden Physikus gelangen und welche Gefahren daraus betstehen können."

Oft sind die diagnostischen Schwierigkeiten bei Wochenbetterkrankungen in der That sehr erhebliche: Beispielsweise wurde in der geburtshülfl. Gesellschaft zu London (the Brit. med. journ.; 11. Mai 1889) darauf hingewiesen, dass es ungemein schwierig sei zu entscheiden, ob eine Pneumonie im Wochenbett eine septische sei oder nicht, weil im Puerperium gar zu leicht embolische Infarkte an den Lungen eintreten und die verschleppten Emboli septischer Natur sein können, ohne dass Zeichen einer septischen Peritonitis vorhanden sind. Ich erinnere mich aus meiner Praxis eines solchen Falles mit mich jetzt noch bedrückender Lebhaftigkeit. Zahlreiche Kollegen werden meine Erfahrung theilen. Und wenn selbst hervorragende Gynäkologen die grosse Schwierigkeit einer Differentialdiagnose dabei eingestehen, wie wollte der junge oder auch der in Geburtshülfe nicht ganz besonders erfahrene ältere Arzt die volle Verantwortung auf sich laden, eine Pneumonie im Wochenbett als einfache Pneumonie zu erklären und die Anzeigepflicht verneinen?! Man denke nun ferner an die nicht seltenen gonorrhoischen Peritoniden im Wochenbett! Die Aehnlichkeit derselben mit septischen Prozessen, namentlich im Beginn der Erkrankung, ist oft eine so täuschende, dass ich den praktischen Arzt sehen möchte, der den Muth fände, ohne bakteriologische Beweisstücke eine sichere Entscheidung zu treffen! — Welche schweren Wochenbetterkrankungen vermag das Bacterium coli zu erzeugen! Auch hier möchte ich fragen, welcher Arzt will es auf sich nehmen, in solchen Fällen infektiöse Wochenbettfieber auszuschliessen und darauf hin die Anzeige zu unterlassen? Dass das Bacterium coli vom Rectum und der Urethra, woselbst es sein ständiges Domizil hat, ungemein leicht in die Genitalien gelangen kann, das ist uns ja kein Geheimniss, aber deshalb nur auf ihre Einwanderung und nicht auch auf die von Eiterkokken in diesem oder jenem Falle zu schliessen, erscheint mir doch ungemein gewagt. — Nun zur Influenza. Es kann Influenza-Erkrankungen

im Wochenbett geben, die einem infektiösen Wochenbettfieber so frappant ähneln — hohes Fieber, stark beschleunigter und kleiner Puls, Benommenheit, trockene Haut, sistirende Involutio uteri, stinkende Lochien u. s. w. —, dass man, m. E., leichtfertig handeln würde, lediglich in Anbetracht des Vorhandenseins einer Influenzaepidemie eine Influenza in puerperio zu diagnostiziren und von einer Anzeige Abstand zu nehmen. Ich habe selbst zwei Fälle erlebt, in denen ich die Wochenbetterkrankung nach spontaner, nicht sonderlich lange verzögerter Geburt auf Grund einer Influenzaendemie und der begleitenden Umstände als Influenza in den ersten sechs Tagen ansprechen zu müssen glaubte. Gleichwohl brachte ich beide Erkrankungen unter Vorbehalt zur Anzeige. Und diese Vorsicht erwies sich als sehr begründet: beide Wöchnerinnen starben, und vom zehnten bezw. zwölften Tage ab konnte die Diagnose Puerperalfieber nicht mehr zweifelhaft erscheinen. —

Auch die Fälle sind nicht zu dünn gesät, in denen es während einer Wochenbetterkrankung ganz unmöglich war, zwischen Ileotyphus und Sepsis puerperalis zu unterscheiden. Ich will mich darauf beschränken, an einen solchen in den Charité-Annalen veröffentlichten Fall zu erinnern, in dem mit dem Bewusstsein des Irrthumsausschlusses die Diagnose Typhus abdominalis gestellt worden war, während die Sektion später Endometritis, Pyosalpinx, Peritonitis universalis puerperalis ergaa. Und dieser Irrthum lief selbst Klinikern mit unter! — Es kann, wie jeder Praktiker weiss, auch von anscheinend ganz geringfügigen Scheidenverletzungen zur Entwickelung von schweren puerperalen Parakolpitiden kommen, deren Erkennung in den ersten Tagen nicht selten grosse Schwierigkeiten bietet. v. Noorden hat darauf hingewiesen, dass viele sich durch besondere Hartnäckigkeit und hohes Fieber auszeichnende Gelenkerkrankungen während der Schwangerschaft und des Wochenbettes gonorrhoischen Ursprungs sind. Wer will aber in der Praxis, namentlich auf dem Lande, entscheiden zwischen Arthritis gonorrhoica und septica bei der häufig tagelangen gleichartigen Symptomatologie? — Die gonorrhoischen Fieber im Wochenbett geben dem Arzt überhaupt eine schwere Nuss zu knacken, schon des proteusartigen Symptomenkomplexes wegen, der je nach Sitz der Gonokokken — Endometrium, Tuben, Ovarien u. s. w. — wechselnd ist. Eine exakte Diagnose kann nur durch den Nachweis von Gonokokken gestellt werden; denn mässiges Fieber, dabei grosse perimetritische Empfindlichkeit ohne nachweisbare Exsudatbildung sind durchaus nicht ausnahmslos die Kriterien eines gonorrhoischen Prozesses. — Grosse Schwierigkeiten der richtigen Deutung bieten auch puerperale Pneumokokken-Infektionen, die mit schweren Eiterungen unter dem Bilde der Sepsis verlaufen können. Worauf soll der praktische Arzt seine Diagnose Pneumokokken-Infektion, nicht Sepsis, aufbauen? Etwa auf der bekannten Thatsache, dass der Pneumococcus als Saprophyt in den äusseren Luftwegen lebt und unter gewissen Umständen, wie in puerperio, sich wo anders ansiedeln und eine grosse Virulenz entfalten kann? Ich möchte den vulgo praktischen

Arzt kennen lernen, um ihm meine ganze Hochachtung, meine unbedingte Unterordnung zu erkennen zu geben, der durchgängig in den ersten Tagen einer Wochenbetterkrankung ätiologisch scharf und sicher zu trennen vermag zwischen Infektion durch Rezidive alter Eiterherde, Auffrischung alter gonorrhoischer Prozesse, Zersetzung kleinster retinirter Plazentarreste, Einwanderung von Kettenkokken oder Streptokokken oder Pneumokokken u. s. w. — Aber auch aus dem vielseitigen Bilde des weiteren Verlaufes der verschiedenen Wochenbetterkrankungen ist es selbst für den erfahrenen und scharfsichtigen Praktiker nur zu oft recht schwer, die Infektiosität eines Wochenbettfiebers zu bejahen oder zu verneinen. Kaleidoskopartig wechseln die Bilder je nach Art der eventuellen Mischinfektion, je nach Eingangspforte und Entwickelungsort der Mikroorganismen, je nach der Virulenz der pathogenen Keime, und last not least je nach der vitalen Energie der Wöchnerin. — Ferner können aus relativ gutartigen Störungen des normalen Wochenbettes, wie sie durch Zersetzungsvorgänge in den Lochien ohne Dazukommen pathogener Keime zu Stande zu kommen pflegen und vielfach als Resorptionsfieber bezeichnet werden, unter Umständen — grosse Dezidual- oder Plazentarreste in utero, starke Blutverluste u. s. w. — sich so hohes Fieber, kleiner, selbst hüpfender Puls, Mangel an Schweissbildung, benommenes Sensorium im Verlauf zeigen, dass ohne bakterielle Untersuchungen nur der Ausgang beweist, dass es sich nicht um einen septischen Prozess gehandelt haben kann. Anderseits können schwere septische oder pyämische Zustände zu Beginn so wenig alarmirende Symptome machen, dass man sich zur Diagnose benignes Resorptionsfieber berechtigt glauben könnte. Selbst Fehling sprach es im VI. Kongress der deutschen Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie offen aus, dass auch für einen Kliniker die Trennung zwischen putrider oder septischer Endometritis und Resorptionsfieber in den ersten Tagen oft unmöglich sei. — Olshausen hat behauptet, dass es keine echte und schwere Sepsis im Puerperium ohne Peritonitis gebe. Von Martin, Odebrecht und anderen ist diese Behauptung auf das Entschiedenste bestritten worden und Fälle als Gegenbeweis aufgeführt, in denen septische Prozesse ohne Schüttelfröste und ohne Peritonitis zum Tode führten. Das Schüttelfröste bei schwerster Sepsis ausbleiben können, habe ich auch einmal erfahren, und werde als Praktiker mit dieser Erfahrung wohl nicht isolirt dastehen. Das vielgestaltige Symptomenbild der Infektionserkrankungen beruht, wie Bumm im Archiv für Gyn., XXXIV. Bd., 1889 ausführt, auf der in ihren Wirkungen höchst merkwürdigen Wandelbarkeit und Unbeständigkeit der Streptokokken und pyogenen Staphylokokken. Es wird dem Arzt Unmögliches zugemuthet, wenn man von ihm verlangt, die noch lange nicht zum Schluss gelangten, theilweise sich widersprechenden oder abweichenden Forschungsergebnisse über die puerperale Wundinfektion als Schlüssel für die diagnostischen Räthsel der Wochenbetterkrankungen zu benutzen. Da soll zwischen unkomplizirter und komplizirter Saprämie (Duncan, Spiegelberg, Bumm)

und infektiösem Puerperalfieber, akuter puerperaler, putrider, gutartig adhäsiver Peritonitis (Bumm) unterschieden und davon die Anzeige einer Wochenbetterkrankung abhängig gemacht werden! — Olshausen verlangt die diagnostische Abtrennung des Erysipels von infektiösem Puerperalfieber, obwohl noch erst der Nachweis zu führen ist, dass die nach Bumm das infektiöse Puerperalfieber erzeugenden Kettenkokken sich wirklich von den Streptokokken des Erysipels unterscheiden lassen. Es soll auch die puerperale Diphtherie als Sonderform in praxi abgeschieden werden, obwohl es neben puerperaler Diphtherie durch Sekundärinfektion mit Streptokokken zur Entwickelung des echten infektiösen Puerperalfiebers kommen kann. Dabei ist eine reine puerperale Diphtherie so selten, dass es Bumm zum ersten Mal 1895 gelungen ist, den Löffler'schen Bacillus ohne Begleitung von Streptokokken bei einer fiebernden Puerpera aufzufinden! Ja, obwohl Olshausen empfiehlt, alle gegen das ansteckende Kindbettfieber gerichteten sanitätspolizeilichen Massnahmen von der Feststellung der Ansteckbarkeit abhängig zu machen, giebt er selbst zu, dass das Bacterium coli, Pneumo- und Gonokokken schwere, selbst letale Erkrankungen in puerperi unter ganz ähnlichen örtlichen Alterationen hervorrufen, wie die gewöhnlichen Erreger der puerperalen Infektion. Bumm verlangt direkt von allen Aerzten die bakteriologische Untersuchung der Lochialsekrete zur Unterscheidung der Wochenbetterkrankung über ihre gonorrhoische oder septische Natur, zur Trennung von Intoxikationsfieber und Infektionsfieber. Das sind utopistische Forderungen, die den Stempel der Unkenntniss von dem Arbeitsfeld des praktischen Arztes an der Stirn tragen. Schwarze sieht das auch ein und charakterisirt Bumm's Verlangen als pium desiderium. Und in der That, das geht über die Leistungskraft eines vielbeschäftigten Arztes, der über keine Assistenz, kein Laboratorium verfügt, derartige schwierige bakteriologische Untersuchungen vorzunehmen. Die Schwierigkeit, verdächtige Fieber im Wochenbett auf ihre Uebertragbarkeit in den ersten Tagen zu erkennen, nimmt zu in demselben Verhältniss, in dem die Geburtshülfe sich von der in den Kliniken geübten durch die Ungunst der Verhältnisse (Landpraxix, Armuth u. s. w.) entfernt. In der Klinik vermag die bakteriologische Untersuchung durchschnittlich in 24 Stunden Klarheit über den Charakter einer Wochenbetterkrankung zu schaffen, der praktische Arzt ist aber in der Majorität darauf angewiesen, zu warten, ob sich die gefürchteten Symptome des Puerperalfiebers einstellen oder nicht. Dieses Hangen und Bangen zieht sich aber unter Umständen noch tagelang hin. Kann dann schliesslich an dem Vorhandensein eines ansteckenden Wochenbettfiebers füglich nicht mehr gezweifelt werden, so hat möglicher Weise die nicht suspendirte Hebamme bereits andere Wöchnerinnen in schwerste Gefahr für Gesundheit und Leben gebracht. Findet Schwarze es „unsinnig und unpraktisch", alle die Fälle anzuzeigen, welche irgend ein Symptom mit dem Kindbettfieber gemeinsam haben, so kann ich nicht umhin, die gleiche Bezeichnung für den Vorschlag

zu wählen, auf Grund dessen Vorsichtsmassregeln erst dann ergriffen werden sollen, wenn, wie es sehr häufig vorkommen wird, im mindesten zwei bis drei Tage verflossen sind, ehe die Infektiosität der Wochenbetterkrankung erkannt wurde, d. h. also wenn es zur Verhütung unabsehbaren Unglücks bereits zu spät ist. Zum Motto sanitätspolizeilicher Massnahmen kann man m. E. nicht gut das Sprichwort von dem zugedeckten Brunnen wählen. — Der Versuch, eine anf alle verdächtigen Fieber im Wochenbett auszudehnende Anzeigepflicht dadurch gewissermassen dem Fluch der Lächerlichkeit auszusetzen, dass man behauptet, es müsste dann jede Temperatursteigerung über 38° als verdächtiges Wochenbettfieber-Symptom gemeldet werden, ist nicht ernst zu nehmen. Das ist eine Uebertreibung und zugleich ein den thatsächlichen Verhältnissen absolut nicht entsprechender Einwand: Zunächst ist es bekannt, dass der weitaus grösste Theil der Hebammen den Thermometer erst dann anlegt, wenn andere Erscheinungen an der Wöchnerin den Verdacht einer Temperaturerhöhung wachrufen. Wenn die Hebammen messen, sind fast ausnahmslos Steigerungen von 39° und mehr vorhanden. Sodann heisst es im Hebammenlehrbuch S. 232 ausdrücklich:

„Bei gesunden Wöchnerinnen schwankt die Körperwärme zwischen 37° und 38° C. Geht dieselbe um mehrere Zehntel über 38° hinauf, so ist bereits Fieber da .... Zugleich beschleunigt sich der Puls und die Athmung; die Kranke bekommt Durst, Kopfschmerz und geröthete Wangen."

Ferner sind erfahrungsgemäss die Hebammen durchaus nicht darauf erpicht, bei der ersten kleinen Wärmesteigerung ihrer Wöchnerinnen sofort den Arzt zu verlangen. Und wer will ihnen nachweisen, wann sie die erste Erhöhung massen? So wird der Arzt wohl verschwindend selten in die Lage kommen, zu Wöchnerinnen mit 38° und einigen Strichen Körperwärme gerufen zu werden, die ohne ärztliche Kunsthülfe gebaren. Beginnt aber eine Wöchnerin nach schwerer Geburt, welche die Ueberwachung oder das operative Eingreifen eines Arztes nothwendig machte, zu fiebern, so wird letzterer trotz des Bewusstseins, nach allen Regeln der Kunst die Entbindung vorgenommen zu haben, die Möglichkeit eines infektiösen Fiebers von vornherein nicht kurzerhand zurückweisen und die Anzeige mit Vorbehalt für zweckmässig erachten. War es falscher Alarm, um so besser. Aber unsinnig und unpraktisch war es nie. Schliesslich bitte ich doch nicht zu vergessen, dass auch von denen, welche die Anzeigepflicht auf alle verdächtigen Wochenbetterkrankungen ausgedehnt wissen wollen, niemals die Verdachtsmomente nach Schema F. nummerirt und alphabetisch geordnet zur strengen Nachachtung aufgezählt worden sind. Es wäre lächerlich, sollte der Arzt verpflichtet sein, eine leichte Temperatursteigerung anzuzeigen, die offenbar auf einer kleinen Erkältung während der Geburt, auf einer einfachen Angina, auf einer Magenverstimmung u. s. w. beruht. Ein solches Verlangen ist nie gestellt worden und wird nie gestellt werden. Das sind am grünen Tisch konstruirte Einwürfe. Derartig begründete Fiebertemperaturen sind eben niemals als verdächtige zu bezeichnen und dem Praktiker genügend bekannt. Dagegen

muss im Interesse des Gemeinwohls den allerschwersten Bedenken und der tiefernsten Warnung Ausdruck verliehen werden, den Verdacht der Infektiosität einer Wochenbetterkrankung zu verneinen und die Anzeige zu unterlassen, lediglich auf Grund von Muthmassungen, nicht auf Grund bakteriologischer Untersuchungen, deren Vornahme Bumm mit vollem Recht als conditio sine qua non bezeichnet! In allen mir bekannt gewordenen Fällen aber, in denen trotz später sich herausstellenden ansteckenden Wochenbettfiebers die Anzeige unterblieben war, haben die betreffenden Aerzte zu ihrer Entschuldigung keine exakten Untersuchungsergebnisse vorbringen können. Sie konnten das aber nicht, weil sie eben nicht über die nothwendigen bakteriologischen Kenntnisse oder Einrichtungen verfügten. Daher geht mein ceterum censeo dahin: jeder Arzt muss verpflichtet sein und sich selbst verpflichtet fühlen, alle diejenigen Fieber im Wochenbett ungesäumt anzuzeigen, für deren Entstehungsursache er eine akute Infektion — mögen es Kokken, Bakterien oder Saprophyten sein — nicht absolut ausschliessen kann. Die Anzeige kann unter Vorbehalt erfolgen und gegebenen Falles eine spätere Berichtigung erfahren.

Noch eine Frage: Ist die Anzeigepflicht je dadurch illusorisch oder gar unsinnig geworden, dass die Aerzte, weil sie selbst die bakteriologische Untersuchung nicht vornehmen konnten, alle irgendwie choleraverdächtigen Fälle anzeigten? Haben die Aerzte in der grossen Mehrzahl nur die mit Belägen einhergehenden Anginen zur Anzeige gebracht, wenn sie die Untersuchung auf Löffler'sche Bazillen mit positivem Erfolg vorgenommen hatten? Die Antwort muss „Nein" heissen! Warum aber sollten die Wochenbetterkrankungen so viel milderen sanitätspolizeilichen Vorschriften unterliegen? Sind die Gefahren der Uebertragung etwa geringere, die Gefahren für Leben und Gesundheit weniger grosse?

Zu 2. dürfen wir zuerst nicht vergessen, dass nicht der Arzt allein, sondern auch die Hebamme — und letztere vor allen Dingen — das Wohl der Wöchnerinnen in den Händen haben. Auch zu den Hebammen, die ihre Vereine, Verbände, Zeitungen u. s. w. haben, sickern — darüber möge man sich ja nicht täuschen! — diese modernen Anschauungen über die Handhabung der Anzeigepflicht durch. Ja, manche Aerzte, welche begeisterte Anhänger der Olshausen'schen Ansichten sind, können ihrem Temperament entsprechend es sich nicht versagen, ihren frondirenden Standpunkt gegen den von den Medizinalbeamten vertretenen auch der Hebamme gegenüber kräftig zum Ausdruck zu bringen. Das äussert dann auch auf die Hebammen je nach ihrer Gesinnungsart seine verschiedene Wirkung: die einen, in denen an und für sich schon ein selbstherrlicher und selbstgerechter Zug liegt und die dem zu Folge meist die Aufsicht des Physikus besonders unangenehm empfinden, nehmen die neue, ihnen höchst bequeme und eventuell zur Deckung dienende Lehre mit Feuereifer auf; die anderen werden schwankend, ob ihr Physikus oder der betreffende Arzt Recht hat

und wissen nicht recht aus diesem Dilemma herauszufinden, zumal nicht selten materielle Erwägungen die Entschliessung beeinflussen; noch andere neigen wohl der alten, ihnen durch das Hebammenlehrbuch und die Prüfungen eingeschärften Lehre zu, wagen aber nicht — wie in zwei von mir mitgetheilten Fällen — den Ansichten des betreffenden Arztes gegenüber ihre eigenen bescheiden zu äussern. Und was soll nun gar eine Hebamme beginnen, wenn ihr, wie in drei von mir beschriebenen Wochenbetterkrankungen, direkt die Anzeige an den Physikus untersagt wird?! So viel steht zum Mindesten fest, dass die Hebammen unsicher, verwirrt, in dem Glauben an die Lehren ihres Lehrbuches erschüttert werden, wenn sie gewissermassen von dem festen Ankergrund ihrer Hebammenlehrbuch-Weisheit losgerissen und auf das hohe Meer wissenschaftlich-medizinischer Kontroversen, für welche ihnen die nöthige Fassungskraft abgeht, verschlagen werden. — Man halte mir nicht entgegen, dass die Hebammen ja verpflichtet sind, jede Temperaturerhöhung im Wochenbett über 38° und mehrere Zehntel anzuzeigen. Gewiss sind sie dazu verpflichtet und strafbar für die Unterlassung der Anzeige. Ich erwähnte aber schon an einer anderen Stelle, dass es vollkommen von der Aufmerksamkeit, dem Pflichtgefühl der Hebamme abhängt, wann sie mit Messen beginnt und von der Wahrheitsliebe, wann sie dem Arzt gegenüber den Beginn des Fiebers angiebt. Es kann aber gar nicht verbleiben, dass die Hebammen über die ersten Temperatursteigerungen, auch wenn sie dieselben wahrnehmen, geflissentlich hinweggehen und zunächst noch Anzeige und Zuziehung eines Arztes verschieben, wenn sie von Aerzten darüber belehrt werden, dass die Anzeigepflicht nur für infektiöse Puerperalfieber, aber nicht für verdächtige Fieber im Allgemeinen berechtigt sei. Das Hebammenlehrbuch verlangt überdies von den Hebammen nicht etwa, dass sie fieberhafte Temperaturen anzeigen sollen, sondern Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder eine als solche verdächtige Krankheit. Mithin ist streng genommen auch den Hebammen innerhalb der Grenzen ihres in der Lehranstalt erworbenen Wissens über die Kriterien des Kindbettfiebers ein Spielraum für die Entscheidung über den einzelnen Fall bezüglich seiner Anzeigepflichtigkeit als Kindbettfieber offen gelassen. Unter solchen Umständen steht durchaus zu erwarten, dass der intelligentere Theil unserer Hebammen beginnt, Temperatursteigerungen seiner Wöchnerinnen kühler zu beurtheilen und auf seine Weise zu deuten. Ja, es sollte mich durchaus nicht verwundern, wenn eine wegen Nichtanzeige infektiösen Puerperalfiebers angeklagte Hebamme auf die Entscheidung hin, sie habe das Fieber ihrer Wöchnerin auf Grund der neuesten Forschungen für kein ansteckendes gehalten und nach bestem Wissen gehandelt, freigesprochen würde. Die jahrelange, mühevolle Arbeit der Hebammenlehrer und der Physiker, die Hebammen so zu erziehen, dass ihnen jede Fiebersteigerung im Wochenbett zu einem wahren Schreckensgespenst wird, und sie nicht nur Alles daran setzen, um durch minutiöseste Erfüllung ihrer Pflichten die Entstehung

eines Fiebers zu verhüten, sondern auch sofort von einer Temperaturerhöhung, als alarmirendem Symptom Anzeige machen, um bei Zeiten noch Schlimmeres vorzubeugen, Alles das muss zu Schanden werden, wenn für die Hebammen die Bedeutung des Fiebers im Wochenbett herabgesetzt wird durch die Scheidung in ansteckende und nicht ansteckende Fieber. Es ist ein Unrecht, die Hebammen mit in den Streit zu ziehen, der sich über die Anzeigepflicht des Kindbettfiebers entsponnen hat. Wir beginnen erst die Früchte zu geniessen, welche die staatliche Gesundheitspflege gezeitigt hat. Es starben nach Ehlers im Kindbett 1877 bis 1896 noch immer 9,40 % Frauen im Alter von 15—20 Jahren. Die Abnahme von 1877/81 zu 1892/96 um 20,07 % haben wir der besseren Ausbildung der Hebammen im Allgemeinen und den strengen Vorschriften zur Verhütung des Kindbettfiebers im Besonderen zu verdanken. Die Ministerial-Verfügung vom 22. November 1888 hat in dem §. 15 der Anweisung für die Hebammen in mustergültiger Weise auf alle die eigenartigen Verhältnisse der ausserklinischen Geburtshülfe Bedacht genommen und deshalb auch die Gebärmutter- oder Unterleibsentzündungen und als solche verdächtigen Krankheiten als dem Physikus anzeigepflichtig aufgezählt. Und diese Anweisung ist nicht das Elaborat von Medizinalbeamten allein, sondern der zweckentsprechend erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, also einer Kommission der hervorragendsten Fachmänner. — Wenn man bedenkt, aus welchen Ständen sich unsere Hebammen rekrutiren, welche Unsauberkeit, Urtheilslosigkeit und Indolenz unter den kleinen Leuten in Stadt und Land anzutreffen ist, dass aber in diesen Kreisen die Hebamme vorzugsweise allein die ersten Abweichungen des normalen Wochenbettes zu beurtheilen hat, so wird man zugeben müssen, dass nur ein einheitlicher fester Drill, die Anerziehung eines möglichst hohen Verantwortungsgefühls bei den Hebammen die nöthigen Vorsichtsmassregeln gegen Entstehung und Verschleppung des Kindbettfiebers gewährleisten können. Nascht die Hebamme vom Baume der Erkenntniss und wird gewahr, dass die ihr eingeimpften Lehren gewisse Blössen zeigen, dann ist grosse Gefahr im Verzuge. Den Aerzten kann daher nicht dringend genug an's Herz gelegt werden, die Hebammen ruhig ihrer Anzeigepflicht nachkommen und sie nicht an den ärztlichen Zweifeln über die Infektiosität der fieberhaften Wochenbetterkrankung Theil haben zu lassen.

Zu 3. Im Hebammenlehrbuch giebt es aber einen Passus, der in der That geeignet ist, Hebammen und Aerzte irre zu führen. Es heisst nämlich in §. 306:

„Sobald die Hebamme das Auftreten von Fieber oder von Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter bemerkt, ist der Arzt zu verlangen. Wie sie sich dann weiter bei der Kranken zu verhalten hat, bestimmt sich nach den Weisungen des Arztes."

Mir ist gelegentlich von zwei Aerzten mit dem vollen Brustton der Ueberzeugung gesagt worden, sobald ein Arzt zu einer fiebernden Wöchnerin zugezogen sei, habe lediglich dieser nach seinem freien Ermessen zu bestimmen, ob die Hebamme dort

und wissen nicht recht aus diesem Dilemma herauszufinden, zumal nicht selten materielle Erwägungen die Entschliessung beeinflussen; noch andere neigen wohl der alten, ihnen durch das Hebammenlehrbuch und die Prüfungen eingeschärften Lehre zu, wagen aber nicht — wie in zwei von mir mitgetheilten Fällen — den Ansichten des betreffenden Arztes gegenüber ihre eigenen bescheiden zu äussern. Und was soll nun gar eine Hebamme beginnen, wenn ihr, wie in drei von mir beschriebenen Wochenbetterkrankungen, direkt die Anzeige an den Physikus untersagt wird?! So viel steht zum Mindesten fest, dass die Hebammen unsicher, verwirrt, in dem Glauben an die Lehren ihres Lehrbuches erschüttert werden, wenn sie gewissermassen von dem festen Ankergrund ihrer Hebammenlehrbuch-Weisheit losgerissen und auf das hohe Meer wissenschaftlich-medizinischer Kontroversen, für welche ihnen die nöthige Fassungskraft abgeht, verschlagen werden. — Man halte mir nicht entgegen, dass die Hebammen ja verpflichtet sind, jede Temperaturerhöhung im Wochenbett über 38° und mehrere Zehntel anzuzeigen. Gewiss sind sie dazu verpflichtet und strafbar für die Unterlassung der Anzeige. Ich erwähnte aber schon an einer anderen Stelle, dass es vollkommen von der Aufmerksamkeit, dem Pflichtgefühl der Hebamme abhängt, wann sie mit Messen beginnt und von der Wahrheitsliebe, wann sie dem Arzt gegenüber den Beginn des Fiebers angiebt. Es kann aber gar nicht verbleiben, dass die Hebammen über die ersten Temperatursteigerungen, auch wenn sie dieselben wahrnehmen, geflissentlich hinweggehen und zunächst noch Anzeige und Zuziehung eines Arztes verschieben, wenn sie von Aerzten darüber belehrt werden, dass die Anzeigepflicht nur für infektiöse Puerperalfieber, aber nicht für verdächtige Fieber im Allgemeinen berechtigt sei. Das Hebammenlehrbuch verlangt überdies von den Hebammen nicht etwa, dass sie fieberhafte Temperaturen anzeigen sollen, sondern Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder eine als solche verdächtige Krankheit. Mithin ist streng genommen auch den Hebammen innerhalb der Grenzen ihres in der Lehranstalt erworbenen Wissens über die Kriterien des Kindbettfiebers ein Spielraum für die Entscheidung über den einzelnen Fall bezüglich seiner Anzeigepflichtigkeit als Kindbettfieber offen gelassen. Unter solchen Umständen steht durchaus zu erwarten, dass der intelligentere Theil unserer Hebammen beginnt, Temperatursteigerungen seiner Wöchnerinnen kühler zu beurtheilen und auf seine Weise zu deuten. Ja, es sollte mich durchaus nicht verwundern, wenn eine wegen Nichtanzeige infektiösen Puerperalfiebers angeklagte Hebamme auf die Entscheidung hin, sie habe das Fieber ihrer Wöchnerin auf Grund der neuesten Forschungen für kein ansteckendes gehalten und nach bestem Wissen gehandelt, freigesprochen würde. Die jahrelange, mühevolle Arbeit der Hebammenlehrer und der Physiker, die Hebammen so zu erziehen, dass ihnen jede Fiebersteigerung im Wochenbett zu einem wahren Schreckensgespenst wird, und sie nicht nur Alles daran setzen, um durch minutiöseste Erfüllung ihrer Pflichten die Entstehung

eines Fiebers zu verhüten, sondern auch sofort von einer Temperaturerhöhung, als alarmirendem Symptom Anzeige machen, um bei Zeiten noch Schlimmeres vorzubeugen, Alles das muss zu Schanden werden, wenn für die Hebammen die Bedeutung des Fiebers im Wochenbett herabgesetzt wird durch die Scheidung in ansteckende und nicht ansteckende Fieber. Es ist ein Unrecht, die Hebammen mit in den Streit zu ziehen, der sich über die Anzeigepflicht des Kindbettfiebers entsponnen hat. Wir beginnen erst die Früchte zu geniessen, welche die staatliche Gesundheitspflege gezeitigt hat. Es starben nach Ehlers im Kindbett 1877 bis 1896 noch immer 9,40 % Frauen im Alter von 15—20 Jahren. Die Abnahme von 1877/81 zu 1892/96 um 20,07 % haben wir der besseren Ausbildung der Hebammen im Allgemeinen und den strengen Vorschriften zur Verhütung des Kindbettfiebers im Besonderen zu verdanken. Die Ministerial-Verfügung vom 22. November 1888 hat in dem §. 15 der Anweisung für die Hebammen in mustergültiger Weise auf alle die eigenartigen Verhältnisse der ausserklinischen Geburtshülfe Bedacht genommen und deshalb auch die Gebärmutter- oder Unterleibsentzündungen und als solche verdächtigen Krankheiten als dem Physikus anzeigepflichtig aufgezählt. Und diese Anweisung ist nicht das Elaborat von Medizinalbeamten allein, sondern der zweckentsprechend erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, also einer Kommission der hervorragendsten Fachmänner. — Wenn man bedenkt, aus welchen Ständen sich unsere Hebammen rekrutiren, welche Unsauberkeit, Urtheilslosigkeit und Indolenz unter den kleinen Leuten in Stadt und Land anzutreffen ist, dass aber in diesen Kreisen die Hebamme vorzugsweise allein die ersten Abweichungen des normalen Wochenbettes zu beurtheilen hat, so wird man zugeben müssen, dass nur ein einheitlicher fester Drill, die Anerziehung eines möglichst hohen Verantwortungsgefühls bei den Hebammen die nöthigen Vorsichtsmassregeln gegen Entstehung und Verschleppung des Kindbettfiebers gewährleisten können. Nascht die Hebamme vom Baume der Erkenntniss und wird gewahr, dass die ihr eingeimpften Lehren gewisse Blössen zeigen, dann ist grosse Gefahr im Verzuge. Den Aerzten kann daher nicht dringend genug an's Herz gelegt werden, die Hebammen ruhig ihrer Anzeigepflicht nachkommen und sie nicht an den ärztlichen Zweifeln über die Infektiosität der fieberhaften Wochenbetterkrankung Theil haben zu lassen.

Zu 3. Im Hebammenlehrbuch giebt es aber einen Passus, der in der That geeignet ist, Hebammen und Aerzte irre zu führen. Es heisst nämlich in §. 306:

„Sobald die Hebamme das Auftreten von Fieber oder von Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter bemerkt, ist der Arzt zu verlangen. Wie sie sich dann weiter bei der Kranken zu verhalten hat, bestimmt sich nach den Weisungen des Arztes."

Mir ist gelegentlich von zwei Aerzten mit dem vollen Brustton der Ueberzeugung gesagt worden, sobald ein Arzt zu einer fiebernden Wöchnerin zugezogen sei, habe lediglich dieser nach seinem freien Ermessen zu bestimmen, ob die Hebamme dort

weiter amtire oder nicht, das ginge den Physikus gar nichts an, auch habe die Hebamme von dem Fieber ohne Zustimmung des Arztes keine Anzeige an den Physikus zu erstatten. Ich muss gestehen, das lässt sich herauslesen. Enthält auch der Nachsatz des §. 306 nicht die direkte Vorschrift, dass bei Zuziehung eines Arztes die in §. 303 gebotene Anzeige an den Physikus zu unterbleiben habe, so wird die Vermuthung durch die Worte, dass das Verhalten der Hebamme sich nach den Weisungen des Arztes bestimme, sehr nahe gelegt. Zu welchen Konsequenzen das führen muss, ist leicht ersichtlich. Die Hebamme kommt zunächst in die Lage, zween Herren dienen zu müssen. Derjenige, der die staatliche Aufsicht über sie führt, das Recht ihrer Suspension besitzt, die Desinfektion ihrer Kleider und Geräthschaften bestimmt, ist der Physikus. Letzterer hält beispielsweise eine Suspension für nöthig, der behandelnde Arzt sagt nein und stützt sich auf den Nachsatz des §. 306. Was soll geschehen? In den mitgetheilten vier Fällen hätten die Hebammen dieses wenig erhebende und die Autorität beider Aerzte nicht sonderlich hebende Schauspiel erleben können. Sind zwei nicht beamtete Aerzte zugezogen und in Meinungsverschiedenheit über die Infektiosität der Wochenbetterkrankung, dann wird die Hebamme in die unangenehme Lage versetzt, sich für einen derselben entscheiden und darnach die Anzeige erstatten oder unterlassen zu müssen (cf. Fall 1).

Das sind absolut unhaltbare Verhältnisse, die dringend die Beseitigung verlangen. Es muss durch solche Vorkommnisse, namentlich aber durch das strikte Verbot des behandelnden Arztes an die Hebamme, die Wochenbetterkrankung dem zuständigen Physikus anzuzeigen, die unumgänglich nothwendige Autorität des letzteren untergraben und die Disziplin unter den Hebammen auf's Aergste gefährdet werden. Das aber wünscht auch Schwarze nicht, da er die Pflicht, heutzutage die Hebammen und das Wochenpflegepersonal bei allen Erkrankungen im Wochenbett recht genau überwacht wissen will. Um für die Hebammen jeden Zweifel auszuschliessen, dass sie verpflichtet sind, auch jede ihnen als verdächtig erscheinende Wochenbetterkrankung dem Physikus anzuzeigen, mag auch der behandelnde Arzt über den Charakter der Erkrankung noch in Zweifel sein, oder seine Infektiosität verneinen, würde ich folgende Aenderung des Nachsatzes zu §. 306 für empfehlenswerth halten:

„Die Anzeigepflicht an den zuständigen Physikus bleibt durch die Zuziehung eines Arztes unberührt, doch hat die Hebamme dessen Ansicht über die Erkrankung der Wöchnerin selbst hinzuzufügen, oder die Hinzufügung von demselben zu erbitten."

Zu 4. Es wird nun in zweifelhaften Fällen nothwendig werden, dass der Physikus sich selbst an Ort und Stelle begiebt. Bei dem nöthigen Takt auf beiden Seiten und der Erkenntniss, dass es sich in solchen Fällen nicht um Eifersüchteleien handelt, und dass nicht diagnostische Niederlagen auf der einen oder anderen Seite, sondern die Verhütung unsagbaren Elendes auf dem Spiele stehen, werden sich Konflikte sicher vermeiden lassen. Der beamtete Arzt mischt sich ja mit keinem

Wort in die Behandlung; er legt bei seiner Entscheidung für oder wider die Infektiosität der zweifelhaften Wochenbetterkrankung den ganzen Schwerpunkt auf die gegen eine eventuelle Verschleppung der Krankheit durch die Hebamme zu ergreifenden Massnahmen; er trägt die Verantwortung für die gesunden Wöchnerinnen, der behandelnde Arzt für die Kranke. Es ist eine ausgesprochene Arbeitstheilung, wie sie auch bei Berathung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten schliesslich allgemeine Anerkennung gefunden hat.

Bitter zu beklagen ist auch an dieser Stelle, dass dieses Gesetz nur die sozusagen exotischen Würgeengel unter den Krankheiten getroffen hat, während die einheimischen nach wie vor durch das gänzlich unzureichende Regulativ in Schach gehalten werden sollen. Und das wird gerade beim Kindbettfieber die allergrössten Schwierigkeiten machen. Olshausen's Worte: „. . . Freilich auch verdächtige Fälle sollen angezeigt werden! das heisst aber doch richtig nur „dem behandelnden Arzt" verdächtige, nicht z. B. dem beamteten Arzt verdächtige . . ." werfen schon ein eigenes Schlaglicht auf die Zukunft. Man sieht wieder ein Mal, wie durchaus nothwendig es ist, dass der Kreisarzt Vollbeamter wird, und zwar ein Vollbeamter, dem, bewandert in den hygienischen Hülfswissenschaften das nöthige Laboratorium zur Verfügung steht. Einem solchen Medizinalbeamten werden die Aerzte mit verschwindend wenigen Ausnahmen sonder Groll und Empfindlichkeit die Feststellung zweifelhafter Wochenbetterkrankungen überlassen; der Wirkungskreis der Kreisärzte wird dann ein so bedeutender werden und ein so segensreicher für das Gemeinwohl, dass bestimmte politische Parteigänger vor der Besorgniss, der Kreisarzt könnte seine massenhafte freie Zeit dazu benutzen, seine Nase in Dinge zu stecken, die ihn nichts angehen, sich eines ruhigen traumlosen Schlafes erfreuen könnten.

Zu 5. Es haben meines Erachtens die Kontroversen über die Anzeigepflicht auch aller irgendwie verdächtig erscheinenden Puerperalerkrankungen nur deshalb theilweise eine nicht zu verkennende scharfe Pointirung gegen die Medizinalbeamten erhalten, weil man zwischen der öffentlich-sanitären Bedeutung und der gerichtlich-medizinischen dieser Anzeigepflicht nicht scharf genug getrennt, ja die letztere direkt in den Vordergrund gestellt und zum Ausgangspunkt aller Erörterungen gemacht hat. Es ist dabei ganz übersehen worden, dass der Kampf gegen das Puerperalfieber nicht bei den Aerzten, sondern bei den Hebammen einzusetzen hat, und dass deshalb sowohl dem allgemeinen Bildungsgrad der letzteren, als auch dem speziellen geburtshülfliche Wissen derselben entsprechende Gesichtspunkte sich ergeben mussten. Nun ist — das können auch die Gegner einer auf alle verdächtigen Puerperalerkrankungen sich ausdehnenden Anzeigepflicht nicht leugnen — das Auftreten von Fieber im Wochenbett ein Symptom, das die schwersten Wochenbettfieber mit den sich später als ganz harmlos herausstellenden, wenige Tage andauernden Fiebern im Wochenbett als allererstes gemeinsam haben. Es muss also die

fieberhafte Temperaturerhöhung zum Alarmsignal für die staatlichen Schutzvorrichtungen gegen die Ausbreitung des Puerperalfiebers werden, und das um so mehr, als, wie wir gesehen haben, sehr häufig in den ersten Tagen seines Bestehens das Fieber ätiologisch noch nicht klar gestellt werden kann. Bestände nun das geburtshülfliche Personal nur aus Aerzten, so könnte die Anzeige eines Fiebers in puerperio getrost hinausgeschoben werden, bis die Diagnose „Puerperalfieber" gesichert wäre; da es sich aber darum handelt, die Hebammen bei Zeiten zu suspendiren, so kann nicht einmal 24 Stunden auf die Diagnose gewartet werden. Deshalb kann von der Forderung, dass die behandelnden Aerzte alle solche Fieber in puerperio ungesäumt anzeigen, die ihnen ätiologisch nicht absolut klar sind, nicht abgegangen werden. Von den Hebammen, welche einen Arzt nicht zur Seite haben, muss auch die Anzeige eines offenbar ganz harmlosen Fiebers im Wochenbett verlangt werden, weil wir uns unmöglich auf Hebammen-Weisheit verlassen können. Das ist um so nöthiger, als es nicht nur in den mittleren und grösseren Städten, sondern sogar auf dem Lande Hebammen giebt, die mit souveränem Lächeln auf die Aerzte hinabsehen und es verstehen sich eine Wichtigkeit beizulegen und in den besten Familien eine Vertrauensstellung zu okkupiren, dass ihr bei eventuellen Wochenbetterkrankungen pro forma gemachter Vorschlag, einen Arzt zuzuziehen, unter den Versicherungen des unbedingten Zutrauens zu ihrem Wissen und Können zurückgewiesen wird. Die Hebammen — und das gilt natürlich auch von allem Wochenbettpflege-Personal — können gar nicht scharf genug beaufsichtigt werden. Auf die Erfüllung der Anzeigepflicht muss streng gesehen und jede Vernachlässigung derselben geahndet werden. Auch nur ein leichtes Lockern der Zügel, an denen der Physikus seine Hebammen zu leiten hat, ist noch auf unabsehbare Zeit völlig unangebracht. Besonders die frei praktizirenden Hebammen in den grossen Sädten, deren Ueberwachung von jeher unendliche Schwierigkeiten bot, die fast gegen jede polizeiliche Anordnung oder Strafe den Weg der rechtlichen Anfechtung betreten, die Lehren, wie die von der Selbstinfektion der Wöchnerinnen mit Feuereifer erfassen, müssen scharf an der Longe gehalten werden, damit sie jede Temperaturerhöhung im Wochenbett fürchten wie der Teufel das Weihwasser. Wir sollen, sagt Schwarze, es möglichst vermeiden, die Hebammen und Wochenpflegerinnen in gerichtlich-medizinische Schwierigkeiten zu verwickeln. Nun diesen seinen Wunsch werden wir am besten erfüllen, wenn wir bei diesen Personen auf die genaueste Befolgung der Anzeigevorschriften achten, die Hebammen aber speziell bei jeder Erkrankung im Wochenbett suspendiren. Mag dieselbe auch nicht ansteckend sein, eine Hebamme soll nun einmal keine Krankenpflegerin sein, das verträgt sich in keinem Falle mit ihrem Beruf! — Im Uebrigen steht der Nutzen ihrer Thätigkeit für die Wöchnerin nicht im Entferntesten im Verhältniss zu dem namenlosen Elend, das sie unter Umständen über ganze Familien bringen kann. Man hat gegen die schnelle Suspensirung der Heb-

amme eingeworfen, dass dieselbe ihrem Ansehen dem Publikum gegenüber schaden könne. Wenn der behandelnde Arzt und der Physikus diese Massregel den betheiligten Personen im richtigen Licht lediglich als einen Akt der Vorsicht schildern, ist das nicht zu befürchten. Und gegen Alterweiberklatsch ist Niemand zu schützen! Es ist für die Hebamme wie für den Arzt stets fatal, wenn die von ihnen entbundene Wöchnerin fieberhaft erkrankt, mag sich daraus ein infektiöses Wochenbettfieber oder ein nicht infektiöses entwickeln. Da muss man sich eben, wie so oft in der Praxis, mit dem Bewusstsein, sein Bestes geleistet zu haben, trösten. Sanitätspolizeiliche Massnahmen können darauf keine Rücksicht nehmen; das Interesse des Einzelnen muss gegen das Gemeinwohl zurücktreten. Das kann gegenüber den grossen Lamentationen, der übertriebenen Empfindlichkeit und dem Hervorheben der individuellen Freiheit, wo es gilt die Gesammtheit gegen Ansteckung durch den Einzelnen zu schützen, gar nicht genug betont werden. — Schwarze hat es für nothwendig gehalten, aus den Olshausen'schen Ausführungen die besondere Mahnung an die Medizinalbeamten herauszuschälen, dass „sie heutzutage sehr genau prüfen und urtheilen müssen, ehe sie die Verantwortlichkeit amtlicher Massregeln auf sich nehmen können." — Dass das α und ω aller amtlichen Massregeln der Medizinalbeamten das Gemeinwohl ist, habe ich bereits ausgeführt. Es sei nur noch ausdrücklich mit Bezug auf die amtliche Thätigkeit in foro ausgesprochen, dass die Medizinalbeamten sich hier stets ganz besonders ihrer hohen Verantwortung bewusst gewesen sind, und dass es einer besonderen Aufforderung dazu nicht bedurfte. Wenn früher auf Grund der ganzen Sachlage und der Obduktion, welche Peritonitis ergab, von den Gutachtern eine Fahrlässigkeit der Hebamme oder des Arztes angenommen wurde, so entsprach das eben dem damaligen wissenschaftlichen Standpunkt auf dem Gebiete der puerperalen Infektion. Vergessen wir doch nicht, dass erst die Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte über die Aetiologie der verschiedenen Fieber im Wochenbett die überaus schwierige Materie soweit geklärt haben, dass die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen Puerperalerkrankungen in vorgeschritteneren Fällen wenigstens theilweise ermöglicht ist. Es passen aber die Gutachter, mögen sie Medizinalbeamte, Kliniker oder praktische Aerzte sein, ihre Gutachten dem jeweiligen Stande ihrer Wissenschaft an. Oder besorgt man etwa, dass gerade die Medizinalbeamten die Fortschritte der Medizin spurlos an sich vorübergleiten lassen und in starrem, selbstgerechten Mandarinenthum verharren? Auch eine besondere Schärfe in der Begutachtung ärztlicher oder der von Hebammen begangenen Kunstfehler kann man den beamteten Aerzten nicht zum Vorwurf machen. In zweifelhaften Fällen werden sie in ihren Gutachten lieber zu einem non liquet gelangen, als die Verurtheilung herbeiführen. Dass auch ein Gutachter hier und da geirrt, es an der nöthigen Scharfsichtigkeit und Objektivität hat fehlen lassen, mag vorgekommen sein. Wir sind eben alle Menschen, und ungeeignete Mitglieder

finden sich in jedem Beruf. Im Uebrigen sind auch Korphäen der Wissenschaft in ihren sachverständigen Urtheilen bisweilen von unbegreiflicher Schärfe: Ich verweise hier nur auf die Verurtheilung eines praktischen Arztes wegen fahrlässiger Tödtung durch angeblich unzweckmässige und unvorsichtige Manipulationen zur Entfernung eines Fremdkörpers aus dem äusseren Gehörgange bei einem Kinde. Damals wurde von dem Herrn Obergutachter die Frage, ob nicht schon an dem Fremdkörper infektiöses Material sich befunden und die zum Tode führende Pyämie verursacht haben könnte, mit keinem Worte berührt, sondern eo ipso angenommen, dass durch die Haarnadel die Infektion bedingt sei. Eine Hebamme aber, die erwiesener Massen die Vorschriften der Händedesinfektion nicht beobachtet und dadurch den Tod einer Wöchnerin herbeigeführt hatte, wurde von der Schuld der fahrlässigen Tödtung freigesprochen, weil vom Standpunkt der noch gänzlich unbewiesenen Lehre der Selbstinfektion diese als Ursache des Puerperalfiebers von den medizinischen Sachverständigen nicht mit apodiktischer Gewissheit ausgeschlossen werden konnte! (Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1896, Nr. 2). So lange diese Selbstinfektion noch in's Feld geführt werden kann, muss jede Anklage wegen Verschuldung an einem Wochenbettfieber durch Ausserachtlassung der gebotenen Vorsichtsmassregeln wohl als aussichtslos gelten. Es bedarf also wirklich nicht des Olshausen'schen Vorschlages, alle sanitätspolizeilichen Vorschriften über das Kindbettfieber von einer vorherigen Feststellung, ob ansteckendes und übertragbares Kindbettfieber vorliegt oder nicht, abhängig zu machen, um auf diese Weise, wie Schwarze sagt, die Hebammen und das Wochenpflegepersonal und auch die Aerzte dem Publikum gegenüber von einer Verwickelung in gerichtlich-medizinische Schwierigkeiten zu bewahren. Also aus diesem Grunde will man die Prophylaxe des Kindbettfiebers von der Stellung von Differentialdiagnosen abhängig machen, die in praxi in den seltensten Fällen gestellt werden können. Wohin das führen kann und muss erläutern die von mir mitgetheilten 4 Fälle auch ohne jeden Kommentar. Nur eine gütige Vorsehung, welche der einen Hebamme keine neuen Wöchnerinnen zuführte, die zwei anderen noch unter dem unbewussten Druck ihrer Hebammenbuchlehren von selbst die nöthige Desinfektion bezw. Enthaltung vom Beruf ausführen und die vierte bei ihrem Physikus sich Rath erholen liess, hat den Kreis vor einer schweren Kindbettfieber-Endemie oder gar Epidemie bewahrt! Und das Alles, weil man gegen eine unter Umständen einmal etwas zu weitgehende, sonst aber einzig und allein wirksame Anzeigepflicht glaubt Front machen zu müssen, ohne den Rückhalt einer exakten Diagnose zu besitzen. Ist das wirklich praktisch, passt das in unsere heutige Zeit, in welcher die Prophylaxis für die medizinische Wissenschaft bedeutet das Signum, in hoc vinces? Bedürfen denn die staatlichen Gesundheitsbeamten wirklich des Olshausen'schen Hemmschuhs, um nicht blindlings sich auf ihre nicht beamteten Kollegen und die Hebammen wegen jeder Fiebersteigerung im Wochenbett zu stürzen? Das bedeutet

eine vollkommene Verkennung der Thatsachen. Die Medizinalbeamten haben die Beschwerden der ärztlichen Praxis selbst so durchgekostet, kennen die schwierigen Verhältnisse der geburtshülflichen Praxis für Aerzte und Hebammen so genau, dass sie den Anstoss zu gerichtlichen Massnahmen gegen dieselben nur auf Fälle beschränken werden, welche die öffentliche Gesundheit schwer zu gefährden geeignet sind, und dass sie stets den Besonderheiten des einzelnen Falles die grösste Beachtung schenken werden. Die Hebammen aber ganz besonders werden kaum einen kompetenteren Beurtheiler ihnen zur Last gelegter Uebertretungen und Kunstfehler finden, als gerade ihren Physikus. Gerade er kennt seine Hebammen aus den Nachprüfungen und Vereinssitzungen so genau, ist über ihre Kenntnisse und das Mass ihrer Sorgsamkeit, Geschicklichkeit u. s. w. so unterrichtet wie kein anderer. Wer in dem Medizinalbeamten etwa eine Art Staatsanwalt auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege sieht und dementsprechend vielleicht einen gewissen Strebergeist in ihm vermuthet, der irrt sich; der Medizinalbeamte von heute rechnet nur auf Dornen, nicht auf Lorbeeren.

Man begebe sich also seiner unbegründeten Befürchtungen, trage in die schwerwiegende Frage der Anzeigepflicht des Kindbettfiebers keine unrichtigen Gesichtspunkte und vermeide es praktisch zur Verhütung des Kindbettfiebers durchaus bewährte sanitätspolizeiliche Anordnungen durch Vorschläge zu verdrängen, welche auf wissenschaftlich nur zum Theil gesicherten, in der Praxis nur ausnahmsweise zu erzielenden diagnostischen Feststellungen beruhen. — So oft der Arzt nicht im Stande ist, Fieber im Wochenbett auf Grund der ersten Untersuchung mit absoluter Sicherheit als nicht ansteckend und nicht übertragbar zu erkennen, muss er zur Anzeige verpflichtet sein. Nur auf diesem Wege lässt sich ein ausreichender Schutz für unsere Wöchnerinnen gegen Verschleppung des Kindbettfiebers erzielen.

Nachtrag.

Gewissermassen als Satyrspiel füge ich meinen obigen Ausführungen eine mir später gewordene Mittheilung an:

Ein Arzt behandelte eine in puerperio erkrankte Frau. Er glaubte trotz im höchsten Mass verdächtiger Krankheitserscheinungen ansteckendes Wochenbettfieber ausschliessen zu können und unterliess die Anzeige.

In extremis ordnete er die Ueberführung der todtkranken Wöchnerin in ein Krankenhaus an, woselbst sofort die Diagnose: malignes Puerperalfieber gestellt wurde.

Die Patientin starb ganz kurze Zeit nach der Aufnahme. Und nun — man könnte lachen, wenn die Sache an sich nicht so traurig wäre — bestürmte der Wittwer den Physikus, gegen den behandelnden Arzt Anzeige wegen Verkennung des Kindbettfiebers bei Gericht zu erstatten; denn hätte er — der Wittwer — nur eine Ahnung von Kindbettfieber-Verdacht gehabt, so hätte er seine Frau sofort in geeignete klinische Be-

handlung gegeben. Dem Physikus gelang es endlich, den erbitterten Mann von gerichtlicher Verfolgung des betreffenden Arztes abzubringen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Royal institute of public health.

Congress at Aberdeen, 2. bis 6. August 1900.
(Sanitary record 1900, Nr. 558—561.)

Das „sanitary institute" hielt in diesem Jahre keinen Kongress ab wegen eines dafür stattfindenden gemeinsamen Ausfluges zur Pariser Weltausstellung. Hiergegen fand ein solcher statt durch das „royal institute" und ist dieser ebenfalls geeignet, den jährlichen Fortschritt und die wesentlichen Tagesfragen der englischen Hygiene zu kennzeichnen. Zum Versammlungsort war Aberdeen in Schottland gewählt. — Präsident dieses Kongresses war der „Earl of Aberdeen", eine in der Verwaltung namentlich Irlands und Kanadas hervorgetretene Persönlichkeit. Er erwähnte in seiner „presidential address" insbesondere die Fortschritte der Hygiene durch die Gesetzgebung, so die „victorian order of nurses" in Kanada zum Andenken an das „diamond jubilee" der Königin Viktoria. Es handelt sich hierbei um die Anstellung von Krankenpflegerinnen auf dem Lande. Ferner wies er hin auf die Gesetze und Verfügungen, betreffend die übervölkerten Wohnungen sowohl hinsichtlich ihrer sanitären, als auch nicht zum wenigsten hinsichtlich ihrer moralischen und ästhetischen Wirkungen auf die ärmere Bevölkerung. Die Sterblichkeit sei beispielsweise in Liverpool in den stark übervölkerten Stadttheilen ca. 65 pro 1000 Bewohner nach einer dreijährigen Durchschnittsberechnung, hingegen in den Stadttheilen mit geräumigen, gesunden Wohnungen nur ca. 10 pro Tausend. Spielen auch Wohlhabenheit, Ernährung etc. hierbei eine Rolle, so fällt dennoch der Wohnung ein Hauptantheil zu. Es wurden durch die Wohnungsinspektionen in Liverpool 511 Häuser festgestellt, die für Wohnungszwecke nicht weiter verwendet werden dürfen. Ein wichtiges Mittel, um die Wohnungsnoth zu bessern, sei die Ermöglichung billiger Fahrpreise auf den Strassen- und sonstigen Stadtbahnen für die Arbeiter. Diese wohnen jetzt wegen des bei gewöhnlichen Handarbeitern häufigen Wechsels der Arbeitsstelle mit Vorliebe im Zentrum der Stadt, wo eine extensive und zugleich billige Bauweise unmöglich ist. Durch billige und reichliche Fahrgelegenheiten nach der geräumigeren Peripherie der Stadt werden dieselben sich mehr und mehr dort ansiedeln und auf grössere Räume vertheilen, wodurch die hygienischen Verhältnisse ohne Weiteres bedeutend gebessert sind.

Als wichtige Tagesfrage besprach er dann noch die hygienische Bekämpfung der Tuberkulose und hofft dabei viel von einer in grossem Umfange vorzunehmenden Belehrung (educative regulation) der Bevölkerung über die bei dieser Krankheit wirksamen hygienischen Vorsichtsmassregeln.

Die eingehende Beschäftigung hoher englischer Verwaltungsbeamten mit derartigen Fragen, wie wir sie hier durch die „presidential address" vor Augen geführt sehen, und die regelmässige aktive Betheiligung derselben an hygienischen Kongressen, verdient gewiss als ein für die Hygiene des Landes sehr förderliches Moment hervorgehoben zu werden.

Ausser dieser allgemeinen Sitzung fanden noch mannigfache Sektionsverhandlungen statt. Es waren folgende Sektionen gebildet worden:

Preventive medicine and vital statistics section.
Bacteriology, comparative anatomy and pathology section.
Architecture and engineering section.
Municipal and parliamentary section.
Chemistry and meteorologie section.
Medical officers of health section.
Sanitary inspectors section.

1. Als „sectional president" der „section of prev. medicine etc." sprach Simson-London darüber, wie hauptsächlich die Hygiene berufen sei, die medizinische Prophylaxis zu übernehmen.

Welche grosse Fortschritte die letztere in Folge dessen in England gemacht habe, zeige das statistische Faktum, dass der englische Soldat, welcher

jetzt nach Indien geschickt werde, fünf Mal mehr Chancen habe, gesund in die Heimath zurückzukehren, wie bei Beginn der Regierung der Königin. Es sterben aber an prophylaktisch bekämpfbaren Krankheiten (preventible diseases) jetzt immer noch viel mehr Soldaten wie an Verletzungen. (Der Burenfeldzug weist allerdings auf noch sehr verbesserungsfähige Zustände hin. D. Ref.)

Aberdeen, welches S. vor 14 Jahren zuletzt gesehen hat, zeigt ihm so recht den Unterschied zwischen heute und damals. Wohnungsspelunken, die früher ständige Typhusherde waren, sind nicht mehr zu sehen. Die Krankenhäuser entsprechen fast durchweg modernen hygienischen Baumodellen und passen sich an ein besonderes Zweckschema genau an. Hygienische Prinzipien sind überall bei Schulbauten durchgeführt etc. Als Folgen dieser hygienischen Sorgfalt der Stadtverwaltung muss man es wohl ansehen, dass Aberdeen die sehr niedrige Sterblichkeitsziffer von 18 pro Tausend hat. Auf 1000 Einwohner in A. kommen ferner nur 1,7 Todesfälle an Lungenschwindsucht vor, bei akuten ansteckenden Krankheiten ebenso nur 1,5 Todesfälle.

In seinem Vortrage hebt er ferner die heute noch viel zu wenig berücksichtigte Beziehung hervor, welche zwischen den Menschen und gewissen Thieren als Vermittler von Infektionskrankheiten besteht, so der Ratte bei der Verbreitung der Pest, und der Moskitos bei der Malaria.

Millard referirte über die **Anzeigepflicht bei Masern.** Man war in der Diskussion sehr getheilter Meinung darüber, ob die Schliessung der Schule überhaupt einen Nutzen haben könne, wenn den Kindern ausserhalb der Schule völlig freier Verkehr gestattet sei.

Hope-Liverpool behandelte die wichtige Frage betreffend die **Einrichtung von öffentlichen hygienisch-technischen Untersuchungsämtern** (Municipal laboratories as part of public health organisation).

Das bisherige Bestehen von chemischen Untersuchungsämtern genüge keineswegs, auch dürfe eine bakteriologische Untersuchungsstation niemals als Nebenstelle hier angegliedert werden. Es sei unbedingt nöthig, dass ein bakteriologisches Untersuchungsamt unter selbstständiger Direktion arbeite. Die bakteriologischen resp. biologischen ursächlichen Feststellungen bei Epidemien seien heute viel wichtiger wie die chemischen. Ja selbst bei Untersuchung der Nahrungsmittel z. B. wegen ihrer Beziehung zur „summer diarrhoea" mit ihrer ungeheuren Kindersterblichkeit, bei Feststellung von tuberkulöser Milch, bei Trinkwasseruntersuchungen etc. falle der bakteriologischen Nachweisung die Hauptrolle zu. Wo ein Verwaltungsbezirk für die Errichtung eines öffentlichen hygienisch-technischen Untersuchungsamtes zu klein sei, müssten mehrere Verwaltungsbezirke dafür vereinigt werden.

Delépine-Manchester besprach die **„tuberculous milk, researches and results".** Auf Grund von 800 Experimenten ist er der Ansicht, dass tuberkulöse Milch viel weniger einen Vermittler bei Uebertragung der Tuberkulose bilde, wie die mit tuberkulösem Staub erfüllte Athmungsluft. Nur bei Kindern spiele die tuberkulöse Infektion durch Nahrungsmittel resp. auf dem Nahrungswege eine Rolle. Er verlangt deshalb, dass bei dem häufigen Vorkommen tuberkulöser Milch die Kindermilch stets vor dem Gebrauch gekocht werden.

Bardswell-London sprach über **„sanatorium treatment of tuberculosis".** Er hält nur die Tuberkulose im Anfangsstadium als für Anstaltsbehandlung geeignet; Kranken im vorgeschrittenen Stadium müsse sogar die Aufnahme in die Sanatorien verweigert werden. Von Deutschland erwähnt er lobend, dass daselbst nicht nur private, sondern auch öffentliche, der ärmeren Bevölkerung zugängliche Heilstätten für Lungenkranke bestehen. Hier habe die obligatorische Kranken- und Invaliditätsversicherung sehr segensreich gewirkt. Statistische Untersuchungen haben hier ergeben, dass bei den wegen Krankheit Unterstützten, die im Alter von 20 bis 29 Jahren standen, mehr wie die Hälfte an Tuberkulose litten. Die Fürsorge in England für solche Kranke sei völlig ungenügend. Die Anstaltsbehandlung, die, um genügend zu sein, hier über 15000 Betten verfügen müsse, verfüge bis jetzt nur über 500 Betten.

Russell-Paisley trägt vor über seine Untersuchungen bezüglich der **„summer diarrhoea".** Statistisch ergiebt sich, dass dieselbe mehr in den grösseren Städten, wie auf dem Lande vorkommt. Die ungünstigen Wohnungsverhältnisse wegen der grösseren Dichtigkeit der Bevölkerung in den Städten zeigen sich hier als hauptsächliches Kausalmoment. Auch die Ernährungsver-

hältnisse seien hierselbst verschlechtert, indem frische Gemüse, Milch etc. durch eigene Hauswirthschaft nur auf dem Lande zu beschaffen seien, während die Lebensmittel in den Städten gewöhnlich erst, nachdem sie längere Zeit transportirt und gelagert seien, bezogen werden könnten, und so einer Zersetzung bei Aufbewahrung in den engen dichtbevölkerten Wohnungen leichter ausgesetzt seien. Dies betreffe besonders die Milch.

Dr. Dean „of the Jenner institute London" erwähnte bezüglich der **Antitoxinbehandlung bei Diphtherie**, dass bei dem Institut die stärkste Nachfrage nach Diphtherie-Antitoxin im November und die geringste im Mai stattfinde. Das entspräche genau dem durch 20jährige Durchschnittsberechnung festgestellten statistischen Resultate, dass in diesen Monaten sich die Zahl der Todesfälle an Diphtherie entsprechend verhalte.

2. In der Sektion **„of bacteriology and pathology"** behandelte Hamilton **„the recent Developments in bacteriology"**. Bei der Pferdekrankheit in Afrika (african horse sickness) kann man durch Injektion des frischen Blutes die Krankheit übertragen. Der hier wirksame Bacillus ist aber so klein, dass er durch die besten Mikroskope noch nicht nachgewiesen werden konnte. Er geht sogar durch ein Berkfeld- oder Chamberlain-Pasteur „F" Filter mit hindurch, denn die filtrirte Flüssigkeit behält ihre infektiöse Fähigkeit und muss also noch vermehrungsfähige Substanz enthalten. Das Gleiche findet statt bei dem Bacillus der Pleuropneumonie des Rindviehs, sowie bei der Tollwuth.

Moore machte in dieser Sektionsberathung noch aufmerksam auf die **Infektionsgefahr beim Abendmahl** und führte dabei folgendes Experiment an: Wenn man etwas weisses Pulver oder weisse Flüssigkeit in den Mund nimmt und trinkt dann aus einem Becher, so geht jedes Mal auch beim kleinsten Schluck in deutlich sichtbarer Weise von dem weissen Mundinhalt etwas in den Becher über. Deshalb sei auch anzunehmen, dass beim Abendmahl von dem Speichel des Trinkenden etwas in den Trinkkelch übertrete, was eine grosse Infektionsgefahr in sich schliesse. Die Geistlichen müssen derartigen hygienischen Beweisen Rechnung tragen, besonders wenn es sich um die Gefährdung so grosser Menschenmassen wie beim Abendmahl handele. Ihre Verantwortlichkeit sei hier eine so grosse, dass sie sich nicht weigern dürften, statt der altüberlieferten Darreichungsform zu einer neuen, in hygienischer Beziehung einwandsfreien Form überzugehen.

3. In der **„Architecture and engineering section"** war Honeyman-Glasgow der Präsident. Er betonte in seiner „sectional address" die Nothwendigkeit, in den Schulen Unterweisungen über die gesundheitsgefährlichen Wirkungen des **Alkoholmissbrauchs** zu geben. Nach seiner Meinung wird durch die zunehmende Gewöhnung an Alkohol die Sterblichkeit ungünstiger beeinflusst wie durch irgend eine andere Schädlichkeit. Auch das Familienleben und die soziale Zufriedenheit wird hauptsächlich durch dieses Uebel immer mehr zerstört. Der Alkoholmissbrauch ist ein zunehmender, negativer hygienischer Faktor, welcher die positiven, bessernden, technischen Faktoren sehr in ihren Wirkungen beeinträchtigt.

Cooper-Aberdeen sprach sich gegen die **Neubauten mit Mansardendächern** aus. Letztere machen im Sommer das Haus übermässig warm, im Winter übermässig kalt. Durch Beseitigung dieser Bauweise würden auch viele unzureichende Wohnungen in Wegfall kommen. Was die Arbeiterwohnung anbetrifft (ideal workman's cottage), so spielt hier die Bauform nach ihm nur eine sekundäre Rolle. Die Hauptsache ist, die Konzentration ärmlicher Verhältnisse mit ihren hygienischen Schädlichkeiten dadurch zu verhüten, dass die Bildung besonderer Arbeiterviertel in den Städten vermieden wird. Die Verhältnisszahl zwischen Raumeinheit und Bewohnermenge giebt stets den wesentlichen hygienischen Massstab bei Arbeiterwohnungen ab. Das Einfamilienhaus (single cottage) ist aber nur in detachirten Arbeiterkolonien anwendbar; in der Stadt muss man immer den Etagenbau anwenden, für welchen jedoch strengere hygienische Vorschriften nöthig sind, da es sich hier um eine Massenwohnung handelt. Mit radikalen Aenderungen lässt sich aber hierbei nicht vorgehen sondern nur durch successive, adaptive Massnahmen. Die lokale Verwaltung muss bemüht sein, auf Grund der eigenartigen örtlichen Verhältnisse ihre Direktiven zu gewinnen bezüglich baupolizeilicher Vorschriften und bezüglich der Bekämpfung übermässiger Bodenvertheuerung und die allgemeine Gesetz-

gebung muss auf eine solche kommunale Wohnungspolitik Rücksicht nehmen. Die Bildung von Baugenossenschaften durch die Wohnungskonsumenten muss unterstützt werden.

Thomson-Glasgow hob die **Gefahr** hervor, welche durch **schlechte Rohrlegung in den Wohnungen** gegeben ist. Bei dem heutigen Umfang der Rohrleitungsanlagen in den Städten und der hygienischen Wichtigkeit einer exakten Arbeit hierbei, wäre es an der Zeit, dass die Gesetzgebung vorschreibt, hierzu nur staatlich geprüfte Leute zu verwenden.

Als der wichtigste Behandlungsgegenstand in dieser Sektion muss wohl der folgende: „Dangers of railway carriages", betreffend die **hygienischen Gefahren der Eisenbahnwagen**, bezeichnet werden, welcher von Durant-Cecil erörtert wurde. Die hygienischen Gefahren sind hier um so grösser, als es sich in Folge der ständig wechselnden Benutzung der Wagen um eine intensive Berührung ungeheurer, unkontrolirter Menschenmassen aus den verschiedensten Gegenden handelt. Bei der „suburban traffic" in London wird jeder Sitz im Durchschnitt wöchentlich von 100 verschiedenen Personen benutzt, d. h. jährlich von über 5000 Personen. Je länger der Aufenthalt in einem Eisenbahnwagen dauert, desto grösser die Gefahr für den Passagier sowohl in Bezug auf allgemeine hygienische Schädigungen durch ungünstige Luftbeschaffenheit und Temperaturverhältnisse, als auch durch infektiöse Gelegenheiten bei dem engen Zusammenleben mit anderen Passagieren; die Staubentwickelung, welcher man auf der Reise ausgesetzt ist, wird die Infektion der Athmungsorgane besonders begünstigen. Wie gefährlich sind in dieser Beziehung die Durchgangswagen nach dem Süden, wo man oft Tag und Nacht mit tuberkulösen Passagieren zusammenleben muss im dichtbesetzten engen Abtheil. Grosse gemeinsame Wagenräume würden hier die Ventilationsverhältnisse etc. bedeutend bessern und die Ansteckungsgefahren verringern. Die Ansteckung tritt ja bei Tuberkulose erst spät in die Erscheinung, was die Eisenbahnverwaltung vor Beschuldigungen durch die Betroffenen schützt. Hier sollte aber die Wissenschaft entscheiden, welche die leichte Möglichkeit der Ansteckung bei den jetzigen Einrichtungen der Eisenbahnwagen bestätigt, und erzwingen, dass die hygienische Prophylaxe auf den Eisenbahnen mit wissenschaftlichen Grundsätzen sich im Einklang hält. Dabei ist vor Allem nöthig eine selbstständige hygienische Abtheilung bei der Zentralverwaltung resp. den Direktionen der Eisenbahnen. Es wird sich darum handeln, eine bestimmte, für Eisenbahnverhältnisse angepasste Desinfektionsordnung für die Personenwagen, Aborte etc. einzuführen, ein besonderes Desinfektionspersonal auszubilden etc. Die Bauart namentlich der Durchgangswagen muss derart sein, dass sie sowohl für desinfizirende Abwaschungen, für Dampfdesinfektion und für gasförmige Desinfektion leicht verwendbar sind. Die Polsterungen müssen ohne Schwierigkeiten ausgewechselt werden können. Gegen Staubaufwirbelungen müssen Lattenböden, event. im Winter auf den Matten, aufgesetzt werden. Es müssen bestimmte Reinigungs- und Lüftungspausen für die Wagen vorgeschrieben sein und muss darüber Buch geführt werden. Der ungeheure Berührungs- resp. Infektionskoeffizient, wie ihn die Art des Reiseverkehrs auf den Eisenbahnen mit sich bringt, wobei auch die Berührung verschiedener Nationen in Frage kommt, verlangt hier mindestens ebenso strenge Vorschriften wie sie beim Bau und Betrieb von Krankenhäusern, Schulen etc. anerkannt worden sind. Ueber 700 Bazillen wurden auf den Quadratzoll der inneren Wagenfläche festgestellt.

In der „**Municipal and parliamentary section**" hob Farguharson in seinem Vortrage hervor, wie Staat, Gemeindeverwaltung (local bodies) und Privatunternehmer (private bodies) nach einem bestimmten Verhältniss zusammenarbeiten müssen bei der Erfüllung hygienischer Pflichten. Die hygienische Anpassung an lokale Verhältnisse muss immer in der Hand der Gemeindeverwaltung liegen. Innere Widerstände durch geschädigte einflussreiche Interessenten namentlich in den Kleinstädten dürfen nicht im Stande sein, nothwendige hygienische Reformen zu verhindern; der Staat muss hier das Recht haben, die Aufwendung von Kosten bei leistungsfähigen Gemeinden zu erzwingen. Da aber oft die Sünden vergangener Generationen gut zu machen sind, so hat es seine Berechtigung, wenn auf dem Wege der Anleihe die Kosten gedeckt werden und auch die künftigen Generationen sich dadurch an Kosten betheiligen, deren Nutzen sie mitgeniessen. Dem Staat allein muss es zufallen, die Gefahren und Uebelstände zu verhüten, welche sich über das ganze Land

mittelbar und unmittelbar verbreiten können. So bei Ueberwachung der Epidemien, des Verkehrs an der Landesgrenze und an den Seehandelsplätzen, bei der hygienischen Beaufsichtigung der Industrie, Schulen etc. Da hygienische Verwaltungsgrundsätze mit ihren vielfachen Zwangsmethoden nur genügend durchführbar sind, wenn die Bevölkerung von ihrer Nothwendigkeit und ihren Nutzen überzeugt ist, so ist durch Unterricht in der Hygiene, welcher auf die weitesten Kreise ausgedehnt wird, hier vorzusorgen. Die Schule, sowie Kurse und Vereinsbildungen werden dabei die wichtigsten Hülfsmittel abgeben. Die grossen wissenschaftlichen Kongresse hygienischer Fachleute aus der Verwaltung, Technik und Medizin werden jenen volksthümlichen Organisationen stets neue Anregungen und zeitgemässe Richtung geben können und dürfen es nicht verschmähen, dauernde Fühlung mit der populären Hygiene zu behalten. Auch in's Parlament müssen hervorragende Vertreter der Hygiene geschickt werden.

Mansfield-London behandelte das „**housing problem**". Er nennt die Wohnungsfrage das wichtigste Problem der jetzigen Zeit. Dicht bebaute Städte und extensiv bebaute Landbezirke sind in hygienischer Beziehung selbstverständlich verschieden zu behandeln. Die Grossstadt verlangt grösseren Kostenaufwand für gemeinsame hygienische Zwecke; die Wohnungen werden dadurch theuerer. Letzteres ist aber insofern kein Schaden, als bei der heutigen Freizügigkeit der Zuzug nach den grossen Städten und die Entvölkerung der Landbezirke dadurch einigermassen eingedämmt wird. Auch ein strenges Verfahren bei Aufhebung von Wohnungen, wenn sie einem hygienischen Minimum nicht mehr genügen, ist hier angebracht, wo die enge Berührung der Einwohner solche ungesunden Herde besonders gefährlich macht. Ebenso müssen Expropriationen zu Gunsten einer regelmässigen Strassenanlage etc. hier eher als statthaft gelten.

„Countess of Aberdeen" referirte über das Thema: **Women as members of sanitary authorities.** Sie machte mit Nachdruck darauf aufmerksam, wie gerade bezüglich der Familienhygiene die Frau am nützlichsten wirken könne. Der Frau gegenüber spreche sich die Mutter eher aus und nehme von ihr Lehren an. Sind doch die Kinder, ehe sie in die Schulaufsicht gelangen, in hygienischer Beziehung völlig dem Willen der Mutter preisgegeben. Kinderhygiene, Säuglingshygiene sind so nur durch Hülfe der Frauen zu fördern. Hier müssen, nach Art der freiwilligen Armenpflege, Organisationen geschaffen werden, wo weibliche Kräfte systematisch zum Wohle des Ganzen verwerthet werden. Die „ladies sanitary association" hat zu diesem Zweck schon 145 Frauen beim „sanitary institute" ausbilden lassen, die auf Grund einer abgelegten Prüfung als „inspector of nuisances" entlassen werden und in genanntem Sinne in der Bevölkerung wirken.

Thomson-Glasgow sprach über das „**compulsory clearing house**" als obligatorische Kontrolstation für Nahrungsmittel. Er brachte nichts wesentlich Neues. Interessant war in der Diskussion die Bemerkung, dass unter den Juden die Tuberkulose verhältnissmässig selten vorkomme. Man könne dieses nur darauf beziehen, dass die Juden in Folge religiöser Vorschriften zu einer sehr genauen Inspektion der Nahrungsmittel veranlasst werden, wie ja schon Moses in bewundernswerther Weise rituelle und hygienische Vorschriften in Verbindung zu setzen wusste.

5. **Chemistry and meteorology section.** Hier sprach Lean Wilson über „**treatment of trade refuse from wollen manufacture**", wobei namentlich auf die Schädigungen hingewiesen wurde, welche durch Einleitung der chemisch präparirten Waschwässer bei der Wollfabrikation in die Flüsse entstehen. In gleicher Weise schädlich erweisen sich auch die Abwässer der Brauereien. Hier ist es gelungen durch mechanische Vereinigung der syrupreichen Flüssigkeiten mit trockenen Trebern Futterkuchen für das Vieh herzustellen, welche sich mehr und mehr einen Markt erobern.

Cameron berichtete über seine Untersuchungen betreffend die **täglichen Schwankungen des Fettgehaltes der Milch** (the diurnal variation in the fat of cow's milk.) Bei 50 Kühen stellte er während der letzten drei Monate getrennte Untersuchungen an. Die Kühe wurden drei Mal täglich gemelkt. Er fand im Durchschnitt in der Morgenmilch bei 14000 Bestimmungen 3,48 % Fettgehalt, in der Nachmittagsmilch 3,92 %, in der Abendmilch 3,81 %. Wurden die Kühe zwei Mal gemolken, so waren Morgen- und Abendmilch ziemlich

gleich (3,91 %). Im Sommer fielen die Durchschnittswerthe etwas niedriger aus. Auch der Futterwechsel bedingte Verschiedenheiten.

6. **Medical officers of health section.** Hope-Liverpol behandelte „the infant mortality problem" als eine Frage der „municipal sanitation". Die normale Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre darf 100 vom Tausend nicht übersteigen. Es sind anderenfalls immer besondere äusserliche Schädlichkeiten anzunehmen, die hygienisch bekämpft werden können. Unter 2000 gestorbenen Kindern dieses Alters befanden sich 1602, welche in Lebensversicherungen aufgenommen worden waren; das beweist, dass die letzteren Kinder anfänglich gesund und kräftig waren, also vielfach nur durch accessorische Krankheiten, welche verhütet werden konnten, gestorben sind.

Unter 1000 Kindern, welche unter 3 Jahren starben, befanden sich nur 20, welche an der Mutterbrust ernährt worden waren. Das weist darauf hin, wie wichtig besonders in den ärmeren Volksschichten, wo die Flaschenmilch so leicht Verunreinigungen ausgesetzt ist, die Ernährung durch die Mutterbrust ist. Hier sei ein Feld für weibliche Sanitätsinspektoren, um belehrend, unterweisend und kontrolirend zum Besten der Volksgesundheit und Volkskraft zu wirken. Auch die Anlage von Kinderkrippen, wo die Kinder unterhalb des schulpflichtigen Alters verpflegt werden können, während die Eltern auf Arbeit sind, hat in gleicher Weise eine grosse nationalökonomische Bedeutung. Um die Unreinlichkeit als Gesundheitsschädigung möglichst auszuschalten, empfehle sich die Anlage öffentlicher Waschhäuser, wodurch eine bedeutende Entlastung der kleinen Wohnungen ermöglicht wird.

7. **Sanitary inspectors section.** Markay-Perth gab einen hygienischen Rückblick auf die letzten 44 Jahre. (these forty-four years a retrospect.) Während man früher einen Raum von 100 cbf als genügend für 15 Personen hielt, fordere man jetzt 500 cbf für den Erwachsenen und 250 cbf für ein Kind unter 10 Jahren als Wohnungsraum in öffentlichen Anstalten. Man habe es jetzt erreicht, dass ein ständiger hygienischer Dienst im Lande organisirt sei an Stelle der früheren „do nothing" Periode. Freilich fehle dieser Organisation noch die nöthige Spitze in der Person eines „minister of public health" und dadurch oft die nöthige Einheitlichkeit der getroffenen Massregeln und die Stetigkeit der Entwickelung.

Den Schluss des Kongresses bildete dann noch ein „**general meeting**", in welchem folgende Resolutionen gemeinsam als die wichtigsten aufgestellt wurden: Die Einrichtung öffentlicher, hygienisch-technischer Untersuchungsämter, die Reinhaltung der Eisenbahnwagen, die staatliche Prüfung der Rohrleger, die Zulassung der Frauen zu hygienischen Aemtern, gesetzliche Bestimmungen bezüglich der hygienischen Beschaffenheit der Wohnungen, obligatorische Kontrole von Milch und Fleisch, die Bildung eines selbstständigen Gesundheitsministeriums.

Diplome des „Royal institute of public health" wurden dann noch ertheilt dem „Earl of Aberdeen", den „Lord Provost Flemnig" und dem „principal of Aberdeen university"; damit schloss der Kongress in würdiger Weise.

Dr. Oebbecke-Breslau.

Vierte Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 9. Juni 1901 in Berlin.

Anwesend waren die sämmtlichen Kreisärzte des Bezirks, mit Ausnahme des amtlich behinderten Kreisarztes des Potsdamer Kreises, sowie der Gerichtsarzt des Niederbarnimer Kreises und der Kreisassistenzarzt des Kreises Ostpriegnitz.

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedachte der Vorsitzende, Geh. Med.-Rath Dr. Roth, zunächst des inzwischen verstorbenen Seniors der Medizinalbeamten des Bezirks, des Geh. San.-Raths Dr. Kreusler in Brandenburg, der kurz vor dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes im hohen Alter von 82 Jahren nach einem an Mühen, Arbeit und an Erfolgen reichen Leben abberufen wurde, ein Mann, gleich ausgezeichnet durch Vorzüge des Geistes wie des Charakters, eine vornehme, ideale Natur, die wohlthuend abstach gegenüber der zunehmenden materiellen Richtung unserer Tage.

Der Vorsitzende gedachte sodann mit warmen Worten der Anerkennung der mit dem Kreisarztgesetz aus dem Staatsdienst ausgeschiedenen Medizinal-

beamten, um im Anschluss daran der Versammlung den seit dem 1. April d. J. dem Regierungspräsidenten in Potsdam als zweiten Medizinalreferenten beigegebenen Kreisarzt Dr. Finger vorzustellen und darauf den in den Bezirk versetzten Kreisarzt Dr. Gettwart in Kyritz zu begrüssen.

Uebergehend auf die in letzter Zeit ergangenen Verfügungen ermahnte der Vorsitzende, dass durch die Rundverfügung vom 28. Mai d. J. das Meldewesen im Regierungsbezirk eine anderweite und einheitliche Regelung erfahren habe, und dass hiermit die bisherigen Vierteljahrsberichte der Medizinalbeamten in Wegfall gekommen seien.

Mit Rücksicht auf die in letzter Zeit in eine grössere Zahl von Kreisen des Bezirks erfolgten Pockeneinschleppungen durch russisch-polnische Arbeiter erwies sich ein erneuter Hinweis auf die Bereitstellung geeigneter Unterkunftsräume überall da als nothwendig, wo geeignete Krankenhäuser oder Baracken nicht zur Verfügung stehen und eine grössere Zahl dieser Arbeiter beschäftigt wird.

Um die oft gehörte und auch in ärztlichen Kreisen verbreitete Meinung, dass im Potsdamer Bezirk und speziell in der Stadt Potsdam Fälle von Malaria immer noch häufig vorkämen, auf ihre Richtigkeit prüfen zu können, hat der Kreisarzt Dr. Finger auf Veranlassung des Regierungspräsidenten einen von H. Geheimrath Prof. Dr. Koch persönlich geleiteten bakteriologischen Kursus speziell in Bezug auf die Malaria im Institut für Infektionskrankheiten durchgemacht und wird nunmehr die einschlägigen Untersuchungen ausführen, nachdem die Aerzte des Bezirks durch Einzelverfügung darauf hingewiesen sind, zukünftig in jedem Fall von Malaria und Malariaverdacht Blutproben nach Vorschrift zu entnehmen und dem Kreisarzt zuzusenden. Ueber das Ergebniss dieser Untersuchungen wird später berichtet werden.

Der Umstand, dass die Nahrungsmittelkontrole in einer grossen Zahl von Kreisen noch immer eine unzureichende ist, und dass Untersuchungen von Nahrungsmitteln nur in sehr beschränktem Umfange stattfinden, gab Anlass, auf die Wichtigkeit dieser Untersuchungen wiederholt hinzuweisen. In Bezug auf die ausserordentlich verbreitete Unsitte, dem Schabe- und Hackfleisch sogen. Präservesalze zuzusetzen, erwähnte der Vorsitzende, dass, um zukünftig Bestrafungen auf Grund des §. 12 des Nahrungsmittelgesetzes mit mehr Aussicht auf Erfolg als bisher herbeiführen zu können, die Fleischer des Bezirks durch Einzelverfügung darauf hingewiesen sind, dass der Zusatz von Präservesalz oder ähnlicher Mittel, unabhängig von der Menge des Zusatzes, als geeignet zu erachten sei, die menschliche Gesundheit zu schädigen.

Hieran schloss sich eine Besprechung einzelner Bestimmungen der Dienstanweisung. Bezüglich des §. 24 wurde dem Zweifel Raum gegeben, ob der vollbesoldete Kreisarzt statt der Gebühren, die der Staatskasse zufliessen, wie das zur Zeit noch bestehende Gesetz es zulässt, Tagegelder zu berechnen befugt ist. Hierbei wurde zugleich darauf hingewiesen, dass, um Weiterungen bei der Prüfung und Festsetzung zu vermeiden, in allen Fällen, wo das Gesetz bezüglich der Gebühren einen Spielraum lässt, wie namentlich bei der Ausstellung von Attesten, die höheren Sätze nur in Ansatz gebracht werden dürfen, wenn sie durch besondere Motivirung gerechtfertigt sind.

Hinsichtlich der Amtsunkosten und deren späterer Festsetzung wurde eine sorgfältige Buchung aller hier in Frage kommenden Auslagen (Familien, Schreibhülfe u. s. w.) empfohlen.

Auf die Wichtigkeit der §§. 37 und 44 wurde besonders hingewiesen. Bakteriologische Untersuchungen bei Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht, Gonorrhoe, einfache physikalische Untersuchungen, beispielsweise des Mörtels auf seinen Feuchtigkeitsgehalt, orientirende chemische und bakteriologische Wasseruntersuchungen u. a. müssen von jedem Kreisarzt verlangt werden, während solche Untersuchungen, die eine grössere Uebung oder besondere Ausrüstung erfordern, entsprechend vorgebildeten Kreisärzten vorzubehalten sind.

Bezüglich der Hebammennachprüfungen wurde auf die Bestimmung hingewiesen, dass die Termine der Nachprüfungen zukünftig dem Regierungspräsidenten mitzutheilen sind, und dass auch der ärztliche Leiter der zuständigen Hebammen-Lehranstalt spätestens 14 Tage vorher einzuladen ist.

Nach §. 64 der Dienstanweisung werden die in einzelnen Bezirken, wie auch im Potsdamer, bisher abgelehnten „staatlich geprüften Masseure“ zukünftig zuzulassen sein.

Nach einem Hinweis auf die gänzlich veränderte Stellung, die der Kreisarzt gegenüber den Ortspolizeibehörden erhalten hat, wurde bezüglich der vorgeschriebenen Ortsbesichtigungen die Nothwendigkeit betont, diese Besichtigungen im Einzelfall jedes Mal den in Rede stehenden Verhältnissen anzupassen und jeden Schematismus zu vermeiden. Auch wurde empfohlen, auf Grund des Ergebnisses der Besichtigungen für jedes Grundstück, das zu besonderen Bedenken Anlass giebt, seitens der Ortsbehörden Register anlegen zu lassen, in denen alle in Frage kommenden Verhältnisse, insbesondere Art der Beseitigung der Abfallstoffe und der Abwässer, Trinkwasserversorgung, Zahl und Beschaffenheit der Wohnungen, vorgekommene Erkrankungen an übertragbaren Krankheiten, ausgeführte Desinfektionen u. s. w. eingetragen werden, woraus sich später mancherlei werthvolle Einblicke in den Erfolg der getroffenen sanitären Massnahmen gewinnen lassen würden.

Hinsichtlich der Wohnungshygiene erschien ein zielbewusstes Vorgehen namentlich auch in der Richtung empfehlenswerth, dass auf die Einrichtung von Wohnungsinspektionen in den grösseren Ortschaften hingewirkt wird.

Von besonderer Bedeutung ist auch die in den §§. 91 bis 97 vorgesehene Mitwirkung des Kreisarztes bei der Beaufsichtigung der gewerblichen Anlagen. Hier wird er in den kleineren Ortschaften sein Augenmerk namentlich auf den Zustand der privaten Schlächtereien zu richten und deren Beseitigung zu Gunsten der Errichtung öffentlicher Schlachthäuser nach Möglichkeit anzustreben haben. Im Uebrigen wird er sich mit den speziellen gewerbehygienischen Fragen, die für seinen Kreis in Betracht kommen, bei Zeiten vertraut zu machen haben.

Unter diejenigen Krankheiten, die beim Auftreten erster Fälle eine sanitätspolizeiliche Ermittelung an Ort und Stelle in der Regel erforderlich machen, wird auch die Trichinosis aufzunehmen sein.

Was die Schulbesichtigungen betrifft, die mit den Ortsbesichtigungen zu verbinden sind, so werden an Orten mit mehreren Schulen zunächst die hygienisch ungünstiger beschaffenen zu besichtigen sein.

Endlich sind die Bestimmungen über die Mitwirkung des Kreisarztes bei der Beaufsichtigung des Haltekinderwesens, die bisher nur vereinzelt durch Spezialverordnungen vorgesehen war, wie auch die Unterstellung der Begräbnissplätze unter eine gewisse, sanitätspolizeiliche Aufsicht als weitere werthvolle Befugniss des Kreisarztes in gesundheitspolizeilicher Hinsicht zu erachten.

Eine eingehende Besprechung wurde einer späteren Sitzung vorbehalten.

Dr. Roth-Potsdam.

Bericht über die VIII. am 4. Juni d. J. in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bez. Lüneburg.

Anwesend waren: Reg.- und Med.-Rath Dr. Noeller als Vorsitzender, die Kreisärzte resp. bisherigen Kreisphysiker Geh. San.-Rath Dr. Sonntag-Uelzen, Dr. Brandt-Lüchow, Dr. Meyer-Dannenberg, San.-Rath Dr. Langerhans-Celle, Dr. Dreves-Walsrode, San.-Rath Dr. Halle-Burgdorf, Med.-Rath Dr. Halle-Ebstorf, Dr. Bachmann-Harburg, Dr. Brummund-Uelzen, Dr. Plinke-Hannover und der pro physicatu geprüfte Arzt Dr. Keferstein-Lüneburg.

Die Angelegenheiten, welche die Versammlung beschäftigten, waren folgende:

1. Es wurde ein neuer Formalindesinfektionsapparat in seiner Wirkung praktisch vorgeführt, der von der Hüstener Gewerkschaft in Bruchhausen bei Hüsten (Westfalen) hergestellt wird und nur 18 Mark, incl. 6 dabei zu verwendender Bolzen, kostet. Seinen Vertrieb hat die Firma Elb in Dresden. Er erscheint sehr praktisch, schon wegen seiner Billigkeit. Der Stabsarzt und Privatdozent Dr. Dieudonné empfiehlt in einer kleinen Monographie, betitelt „über eine einfache Desinfektionsmethode mit Formaldehyd (Hydroformal-Desinfektion)“ die oben angegebene Methode, „welche alle anderen bekannten Verfahren an Gefahrlosigkeit, Billigkeit und Einfachheit übertrifft“,

angelegentlich. Diese Schrift ist im Verlage von Vogel und Kreienbrink (vormals Lipp und Kreienbrink) Berlin, Südende und Leipzig, erschienen.

2. Es wurden seitens der Theilnehmer verschiedene Anfragen gestellt, welche vielfach die Dienstanweisung für Kreisärzte betrafen. Dann wurde der Unterschied zwischen Befundschein, Befundattest und Gutachten erörtert, die äussere Form der Atteste besprochen (Ministerialerlass vom 20. Jan. 1853) und angefragt, ob die verschiedenen zu berücksichtigenden Punkte vorgedruckt sein könnten. Die rechtliche Möglichkeit liegt vor, aber der Vordruck wurde von verschiedenen Kollegen nicht für zweckmässig gehalten. Die Stempelpflichtigkeit der Atteste, die Vergütung für dieselben wurden berührt. In der nächsten Versammlung soll über letztere bei den einzelnen Kategorien von Gutachten und Attesten Vortrag gehalten werden.

Als sehr praktisch wurden zuletzt statt der Anzeigepostkarten über ansteckende Krankheiten Kartenbriefe (wegen der Diskretion) gerühmt.

Ein heiteres Mahl schloss die Versammlung, welche im nächsten Herbste zwecks Besichtigung der neu eröffneten Prozinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt oder des neuen städtischen Krankenhauses in Lüneburg abgehalten werden soll.

Dr. Plinke-Hannover.

Tagesnachrichten.

Die **Rangverhältnisse der preussischen Kreismedizinalbeamten** haben, wie bereits in einer Sonderbeilage zur vorigen Nummer der Zeitschrift mitgetheilt ist, durch Kaiserliche Verordnung vom 18. v. Mts. eine den langjährigen Wünschen dieser Beamten entsprechende Regelung erfahren, die von ihnen sicherlich mit grosser Freude begrüsst ist. Damit hat ihre bisherige Zurücksetzung allen anderen Beamten gleicher Kategorie gegenüber endlich aufgehört; insbesondere werden sie es aber dankbar anerkennen, dass ihnen künftighin nach mindestens zwölfjähriger Dienstzeit mit dem Rang der Räthe IV. Klasse der Charakter als „Medizinalrath“ und später derjenige als „Geheimer Medizinalrath“ verliehen wird, sowie dass dieser Charakter vom Tage der Verkündigung der Verordnung ab den Kreisärzten, die zur Zeit den Titel „Sanitätsrath“ oder „Geheimer Sanitätsrath“ führen, beigelegt ist.

In Bezug auf die künftige **Regelung der Gehaltsverhältnisse der nicht vollbesoldeten Kreisärzte** steht eine endgültige Entscheidung noch immer aus; dieselbe ist aber in allernächster Zeit zu erwarten. Hoffentlich heisst es dann von ihr: „was lange währt, wird endlich gut“. Dagegen sind durch Erlass vom 25. v. Mts. die **Entschädigungen für Amtsunkosten**, aus denen die Kosten für Bureaubedürfnisse, Apparate u. s. w. zu decken sind, festgesetzt. Soweit sich darüber ein Urtheil bilden lässt, dürften die zugebilligten Beträge keinesfalls ausreichen; der Herr Minister scheint dies auch selbst anzunehmen, da die Kreis- und Gerichtsärzte ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht werden sollen, dass eine anderweite Festsetzung je nach den Umständen jeder Zeit vorbehalten bleibt. Sache der Medizinalbeamten wird es daher sein, genau Buch über alle derartigen Ausgaben zu führen, um ein etwaiges Gesuch um Erhöhung der Entschädigung rechnungsmässig begründen zu können.

Desgleichen ist jetzt die **Festsetzung der Ruhegehälter der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten** erfolgt. Die vom Abgeordnetenhause s. Z. der Staatsregierung zur Erwägung überwiesenen Petition um Gewährung eines Wartegeldes von 2900 Mark an die ausscheidenden Kreisphysiker hat dabei leider keine Berücksichtigung gefunden, sondern im Gegentheil, die Wartegelder sind vielfach niedriger ausgefallen, als die betreffenden Beamten erwartet haben; auch die gerichtsärztlichen Gebühren sind, wie von vornherein zu erwarten stand, nicht angerechnet.

Weit erfreulicher ist dagegen die durch Erlass vom 4. d. M. getroffene Anordnung betreffs baldiger Abhaltung einer **dienstlichen Versammlung der Medizinalbeamten** zur Besprechung des Kreisarztgesetzes, der Dienstanweisung u. s. w., die gemäss §. 44, Abs. 3 der Dienst-Anw. unter dem Vorsitz des Reg.- und Medizinalraths stattzufinden hat. Der Herr Minister legt mit Recht Werth darauf, das die Herren Regierungspräsidenten sich diesen Versammlungen, soweit es ihre Geschäfte gestatten, annehmen, desgleichen stellt er anheim, zu

derselben auch Verwaltungsbeamte — hier werden besonders die Polizeidezernenten bei der Regierung und die Landräthe in Betracht kommen — Universitätslehrer, angesehene Zivil- und Militärärzte sowie namentlich die pro physicatu geprüften Aerzte des Bezirks hinzuzuziehen. Desgleichen wünscht er eine Anzeige über Tag, Stunde und Tagesordnung der Versammlung, um geeigneten Falls einen Kommissar zu der Versammlung entsenden zu können, dessen Anwesenheit sicherlich dazu beitragen wird, ein einheitlicheres Verfahren als bisher bei der Handhabung der Gesundheitsgesetzgebung in den einzelnen Regierungsbezirken herbeizuführen. Noch sicherer würde dieses Ziel dadurch erreicht werden, wenn ausserdem die Regierungs- und Medizinalräthe periodisch zu einer gemeinsamen Konferenz am Sitz der Zentralinstanz eingeladen würden; derartige Konferenzen sind z. B. schon seit Jahren mit bestem Erfolg vom Herrn Minister für Handel und Gewerbe für die Reg.- und Gewerberäthe eingeführt.

In Bezug auf das Umlagerecht der preussischen Aerztekammern ist jetzt die Streitfrage, ob auch solche Aerzte Beiträge zur Aerztekammer zu zahlen haben, welche die ärztliche Praxis eingestellt haben oder gar nicht ausüben, oder in einen anderen Beruf übergetreten sind, durch nachstehenden Ministerialerlass im bejahenden Sinne entschieden worden:

„Die Frage, ob die, eine ärztliche Thätigkeit nicht ausübenden approbirten Aerzte gleichwohl verpflichtet sind, zu den von den Aerztekammern ausgeschriebenen Umlagen beizutragen, ist zu bejahen. Nach §. 49 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. November 1899, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte u. s. w., ist jede Aerztekammer befugt, von den wahlberechtigten Aerzten des Kammerbezirks einen von ihr festzusetzenden jährlichen Beitrag zur Deckung ihres Kostenbedarfs zu erheben. Wahlberechtigt sind nach §. 4 der Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung vom 25. Mai 1887 in der Fassung der Verordnung vom 23. Januar 1899 alle im Bezirke der Aerztekammer wohnhaften approbirten Aerzte, welche Angehörige des Deutschen Reiches sind und sich im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden, mit alleiniger Ausnahme der Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes für die Dauer ihrer Einziehung zur Dienstleistung. Die Wählbarkeit und damit zusammenhängend die Beitragspflicht ist hiernach unabhängig von dem Umstande, ob der zur Aerztekammer gehörige approbirte Arzt seine ärztliche Kunst thatsächlich ausübt oder nicht. Es ist ferner in dem Gesetze vom 25. November 1899 keine Bestimmung enthalten, nach welcher etwa die Beitragspflicht auf das, aus der Ausübung der ärztlichen Kunst entspringende Einkommen beschränkt, welche ausschliesslich den praktizirenden Aerzten zu Gute kommen; es sollen im Gegentheil die Einnahmen der Kasse nach §. 50 Nr. 4 des erwähnten Gesetzes zur Bestreitung der von der Aerztekammer beschlossenen Aufwendungen für Angelegenheiten des ärztlichen Standes dienen, und zwar, wie die Motive ergeben, insbesondere zu Unterstützungs- und Pensionskassen für Aerzte und ihre Hinterbliebenen."

Die „Kölnische Zeitung" sagt hierzu: „Die Entscheidung des Kultusministers, dass eine Verzichtleistung auf die ärztliche Approbation nicht von der Umlagepflicht für die Aerztekammern befreit, zeigt, wie wenig gründlich und umsichtig unsere neuen Gesetze ausgearbeitet werden. Nach den gesetzlichen Vorschriften ist nämlich die Schlussfolgerung des Ministers durchaus richtig. Das hindert aber nicht, das Ergebniss in jeder Beziehung für unerquicklich. und unerfreulich zu halten. Ein Rechtsanwalt kann jederzeit seinen Beruf aufgeben und verliert dadurch sein Wahlrecht zur Anwaltskammer, der Landwirth, der sein Gut verkauft und einen anderen Beruf ergreift, verliert damit von selbst sein Wahlrecht zur Landwirthschaftskammer, nur der Arzt soll, auch wenn er auf seinen Beruf vollständig verzichtet und sich einer ganz anderen Lebensbeschäftigung zugewendet hat, nach wie vor zu den Kosten der ärztlichen Standesvertretung herangezogen und vor allen Dingen mit seinem gesammten Vermögen für die Kassen der Aerztekammern steuerpflichtig sein. Das ist ein Zwang, der über die Interessen der Standesvertretung und über das Ziel des Gesetzes vom 25. November 1899 und der Verordnung vom 25. Mai 1887 weit hinausgeht. In Preussen haben wir lange Jahre einen Arzt

als Staatsminister gehabt, der, so viel bekannt ist, seitdem niemals mehr den ärztlichen Beruf ausgeübt hat. Er ist jetzt Grossgrundbesitzer, und es würde in hohem Grade merkwürdig sein, wenn nun plötzlich die Aerztekammer seines Wohnortes sich erinnern sollte, dass ursprünglich dieser Minister ein Arzt gewesen sei, und wenn sie ihn demgemäss mit seinem ganzen Einkommen zu den Beiträgen für die Kassen der Aerztekammern heranziehen wollte. Wie dieser Minister, so giebt es auch zahllose andere Aerzte, die nach Erledigung ihrer Prüfungen umgesattelt, einen anderen Beruf ergriffen haben und sich darin überaus wohl fühlen. Sie erheben nicht den geringsten Anspruch darauf, dem ärztlichen Stande zugerechnet zu werden, und würden in eine sehr merkwürdige Lage kommen, wenn plötzlich ein ärztliches Ehrengericht sie zur Verantwortung ziehen wollte, weil ihr Verhalten in dem neuen Berufe sie angeblich nicht der Achtung würdig erweise, die der ärztliche Beruf erfordere. Wenn jetzt alle solche ehemaligen Aerzte mit ihrem ganzen Privatvermögen für die Beiträge zu den Kassen der Aerztekammern steuerpflichtig gemacht werden, so ist das um so bedenklicher, weil einige Kassen sich nicht mehr damit begnügen, von den Aerzten einen bestimmten Kopfsatz, ähnlich wie etwa bei den Anwaltskammern, zu erheben, sondern weil sie vorziehen, die von dem einzelnen Arzt gezahlte gesammte Staatseinkommensteuer mit einem prozentmässigen Zuschlag zu belegen. Die Unhaltbarkeit des jetzigen Zustandes ergiebt sich aus dem Gesagten von selbst, und eine baldige Abhülfe wird unvermeidlich sein."

Wir können uns diesen Ausführungen nur anschliessen. Auch im Interesse einzelner Medizinalbeamten, die keine ärztliche Praxis mehr treiben bezw. nicht mehr treiben dürfen, liegt es, dass in dieser Beziehung eine Aenderung der bisherigen Bestimmungen getroffen wird.

In Bremen ist unter dem 2. Juni d. J. eine **neue Medizinalordnung** erlassen, die gegenüber der bisherigen Medizinalordnung vom 2. August 1878 einen wesentlichen Fortschritt aufweist. Vorgesehen ist eine Deputation des Gesundheitswesens, der die Pflege des öffentlichen Gesundheitszustandes im Bremischen Staate, sowie die Verwaltung der diesem Zwecke dienenden Anstalten obliegt. Sie besteht aus den Mitgliedern der Medizinalkommission des Senats, welche die obere Verwaltungs- und Aufsichtsbehörde in Medizinalsachen bildet, und 7 bürgerschaftlichen Mitgliedern; an ihren Sitzungen nehmen die Mitglieder des Gesundheitsrathes mit berathender Stimme Theil. Der Gesundheitsrath ist das fachmännische Organ der Medizinalkommission und besteht aus einem Geschäftsführer, dessen Stellvertreter, drei Aerzten und einem Apotheker. Geschäftsführer und dessen Stellvertreter müssen staatsärztlich geprüft sein; sie werden vom Senate ernannt und sind pensionsberechtigt. Dem Geschäftsführer, der den Titel „Medizinalrath" führt, ist die Privatpraxis untersagt; er hat die laufenden Geschäfte des Gesundheitsraths zu führen, ist Mitglied der verschiedenen, zu wählenden Ausschüsse desselben, aber nicht zu dessen Vorsitzenden wählbar; er nimmt also nicht eine derartig leitende Stellung ein wie der erste medizinisch-technische Beamte in Hamburg. Die Gesundheitsbehörden erster Instanz bilden die Medizinalämter (je eins für die Stadt Bremen, für das Landgebiet und für die Hafenstädte), denen zur sachverständigen Hülfe Kreisärzte (in Bremen zwei, für das Landgebiet und die Hafenstädte je einer) beigegeben sind. Ausserdem ist noch ein Gerichtsarzt vorgesehen, der ebenso wie die Kreisärzte eine staatsärztliche Prüfung bestanden haben muss, dessen Funktionen aber einem Kreisarzte übertragen werden können.

Der Wortlaut der Verordnung wird in der Beilage zur nächsten Nummer gebracht werden.

Der diesjährige **XXIX. Deutsche Aerztetag** hat am 28. und 29. Juni unter sehr zahlreicher Betheiligung in Hildesheim stattgefunden. Von den hier gefassten Beschlüssen interessiren die Leser der Zeitschrift besonders der zu dem Bericht von Weinberg-Stuttgart über die Kurpfuscherei angenommene Antrag (Becher-Berlin), wonach den Aerztekammern, ärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Vereinen die Einsetzung von Kommissionen zur Bekämpfung der Kurpfuscherei empfohlen werden soll, ferner der Beschluss über die Anstellung eines beamteten pensionsberechtigten General-

sekretärs, der in Berlin wohnen und auf Privatpraxis verzichten soll, sowie die Vorträge von Meyer-Fürth und Thiem-Kottbus. Der erstere sprach über die Genesungshäuser im Deutschen Reiche und hatte seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammengefasst:

„Die Rekonvaleszentenpflege speziell durch Errichtung von Genesungshäusern hat im Deutschen Reiche nicht den Aufschwung genommen, den sie beanspruchen kann.

Häuser für Erholungsbedürftige oder besserungsfähige chronische Kranke, sowie für Genesende werden in grossen Städten und Industriezentren mehr und mehr Bedürfniss.

Krankenkassen und Versicherungsanstalten werden sich der Gründung nicht entziehen können.

Genesungshäuser, die hauptsächlich der Spitalentlastung dienen sollen, sind von den Gemeinden in ihrem eigenen Interesse zu errichten.

Stiftungen und wohlthätigen Vereinen ist auf diesem Gebiete besondere Gelegenheit gegeben, dem „Mittelstand" Erholung und Heilung in Anstalten zu ermöglichen.

Genesungshäuser können im Allgemeinen klein sein. Sie können von mittleren Städten und kleinen Bezirken mit geringen Mitteln geschaffen werden, während die Lungenheilanstalten grosse Anstalten für umfangreichere Bezirke sein sollen.

Das Volk — Arbeiter und Mittelstand — muss zur Benutzung der Genesungshäuser erzogen werden.

Die Fürsorge für die Familien der aufgenommenen Unbemittelten muss intensiver geschehen als seither.

Die Aerzte sind in erster Linie berufen die Kranken erziehen zu helfen. Oft haben sie aber auch in ihren Gemeinden Einfluss genug, um nach den aufgeführten Gesichtspunkten erfolgreich mitzuwirken an der wichtigen sozialhygienischen Arbeit, den Kranken einer dauernden Genesung zuzuführen, und ihn so vor neuer Erkrankung zu schützen."

Dieselben fanden einstimmige Annahme.

Prof. Dr. Thiem-Kottbus hatte zu seinem Vortrage „Der Arzt als Gutachter" die nachstehenden Thesen aufgestellt:

„1. Die in §. 69 des Gewerbe-Unfall-Versicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 enthaltene Bestimmung, gemäss welcher der „behandelnde Arzt" bei Ablehnung der Entschädigung oder Gewährung einer Theilrente „zu hören ist", kann nur so aufzufassan sein, dass die betreffende Berufsgenossenschaft ihn zur gutachtlichen Aeusserung zu ersuchen hat.

2. So lange nicht allen Aerzten auf der Hochschule und im praktischen Jahre die genügende Ausbildung in der Begutachtung und Behandlung Unfallverletzter und Invalider zu Theil wird, sind zu Sachverständigen bei den Schiedsgerichten der Arbeiterversicherung nur solche Aerzte — ohne Rücksicht auf amtliche Stellung — zu wählen, welche auf diesem Gebiete genügend wissenschaftliche Kenntnisse und praktische Erfahrungen erworben haben.

3. Als „Obergutachten" sind nur solche Gutachten zu bezeichnen, die zur Schlichtung von wesentlichen Meinungsverschiedenheiten der Vorgutachter nothwendig werden.

4. Den Aerzten wird vom Deutschen Aerztetage dringend an's Herz gelegt, durch sorgfältige Ausstellung ihrer Gutachten in einer nach Form, Inhalt und Beweisführung für Rentenzahler und Richter verständlichen Weise ihrerseits jeder Veranlassung zur Klage und zur Missachtung ihrer Zeugnisse den Boden zu entziehen.

5. Die abfällige Beurtheilung, welche die ärztlichen Gutachten bisweilen in Invalidensachen durch Laiengutachter (untere Verwaltungsbehörde) erfahren, ist verletzend für die Aerzte und erschwert deren Mitwirkung bei der Begutachtung Invalider. Es ist Pflicht der Versicherungsanstalten und Aufsichtsbehörden, die Laiengutachter auf diese Ungehörigkeit hinzuweisen."

Auch diese Thesen wurden fast einstimmig angenommen und lässt sich gegen ihre Fassung kaum etwas einwenden. Nach den Berichten in den politischen Blättern scheint aber der Referent in seinen Ausführungen die Bevorzugung der Medizinalbeamten als Gutachter in Unfall- und Invaliditätssachen seitens der Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichte nicht nur bedauert, sondern auch die Qualifikation dieser Beamten hierzu bemängelt zu haben. Ob

und inwieweit dies der Fall gewesen ist, wird sich erst nach dem Wortlaut des Berichts beurtheilen lassen; wir behalten uns deshalb bis dahin eine Erwiderung vor. Sollten jene Berichte aber zutreffend sein, so können wir derartige Ausführungen nur bedauern; sie tragen nur dazu bei, das kollegiale Band zwischen den Medizinalbeamten und praktischen Aerzten, auf das auch der Referent grossen Werth zu legen scheint, immer mehr zu lockern. Im Eingang seines Vortrages wurde von ihm auch gegen die abfällige Beurtheilung der ärztlichen Gutachterthätigkeit von Seiten der Gerichtshöfe, wie solche besonders in dem Mörchinger Prozess vor dem Oberkriegsgericht in Metz sowie in dem Elberfelder Militärbefreiungsprozess zu Tage getreten ist, Verwahrung eingelegt, was in der späteren Debatte von verschiedenen Seiten nicht minder energisch geschah. Schliesslich gelangte ein in dieser Besprechung (von Pfalz-Düsseldorf) gestellter Antrag:

„Der 29. Deutsche Aerztetag spricht seine Entrüstung aus über die Art und Weise, wie begutachtenden Aerzten bei den Elberfelder Militärbefreiungsprozessen von gerichtlicher Seite gegenüber getreten ist, und beauftragt seinen Ausschuss, den zuständigen Behörden von diesem Beschlusse Kenntniss zu geben"

zur Annahme.

Die 30. **Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins** wird am 4. und 5. September d. J. in Hannover stattfinden.

Das **Preisgericht der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder**, an welchem der Prinz von Arenberg, Landgerichtsrath Dr. Aschrott, Baurath Herzberg, Oberbaudirektor Hinckeldeyn, Geheimrath Dr. Rob. Koch, Prof. Dr. Lassar, Geheimrath Dr. Pistor und Generalarzt Dr. Schaper theilnahmen, hat als beste für den öffentlichen Vortrag geeignete Abhandlungen über Volksbäder die beiden von Dr. E. Bäumer, Arzt für Hautkrankheiten in Berlin, und Dr. Gustav Poelchau, Arzt in Charlottenburg, eingereichte Abhandlungen anerkannt und diese durch je einen ersten Preis ausgezeichnet. Ausserdem sind die Arbeiten des Oberingenieurs Muellenbach in Hamburg, des Lehrers Elmayan in Charlottenburg und des Ingenieurs Gustav Fusch in Moskau angekauft.

Pest. Von den arabischen Heizern des in Marseille eingelaufenen, aus Port Said kommenden Schiffes „Laos" sind auf der Fahrt 15 an Pest erkrankt und zwei in Folge dessen gestorben, während von der übrigen Mannschaft und den Passagieren, die sofort nach Ankunft unter Beobachtung gestellt sind, bis zum 13. Juli Niemand erkrankt ist. Die Pestkranken sind in Le Frioul an der Rhonemündung gelandet und isolirt.

Auch in Konstantinopel sind Anfangs dieses Monats drei Pesterkrankungen in der Vorstadt Kassim-Pascha vorgekommen; desgleichen sind in Aegypten die Pesterkrankungen etwas häufiger geworden. Ihre Zahl betrug vom 27. April bis 28. Juni 68 (51 in Zagazig, 7 in Alexandrien, 5 in Minieh, 2 in Mansurah und 1 in Port Said); davon sind 25 tödtlich verlaufen.

In Indien ist die Seuche weiter in der Abnahme begriffen. Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in den Wochen vom 27. April bis 31. Mai in der Präsidentschaft Bombay 1196 (968), 1379 (1004), 1156 (919), 868 (760) und 861 (717), in der Stadt Bombay 433 (405), 342 (304), 361 (284), 233 (204), 168 (157).

In Hongkong haben sich die Pesterkrankungen bis Mitte Juni erheblich vermehrt und erreichten in der Woche vom 6.—12. Juni ihren Höhepunkt (161 und 155 Todesfälle); seitdem haben sie sich aber wesentlich verringert, so dass in der am 6. Juli endenden Wochenur noch 47 Erkrankungen und 46 Todesfällen zur amtlichen Anzeige gelangten.

In Kapstadt hat die Pest im Juni keine weitere Ausbreitung, sondern eher eine Abnahme erfahren, die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle schwankte zwischen 10—15. Auf der Insel Mauritius sind vom 6. April bis 9. Mai nur noch 5 Pesterkrankungen mit 2 Todesfällen vorgekommen.

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

14. Jahrg. Zeitschrift 1901.

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. August.

Eine Lysolvergiftung mit tödtlichem Ausgange.[1])

Von Kreisarzt Dr. Ebhardt in Lauenburg.

Da meines Wissens bisher noch wenig Todesfälle und noch wenige Leichenbefunde nach Lysolvergiftungen bekannt sind, so nehme ich Anlass, den nachstehenden Fall zu veröffentlichen.

Am 11. Februar d. J. hatte die 53jährige Tagelöhnerfrau Marie M. aus U. die ihr befreundete Familie des Händlers B. in K. früh 8 Uhr besucht, nachdem sie die 12 km lange Strecke bei dem schlechten, zum Theil schneeverwehten Wege zu Fuss in drei Stunden zurückgelegt hatte. B. kam an diesem Vormittage aus der Kreisstadt und machte sich daran, seine mitgebrachten Waaren an Ort und Stelle zu bringen. Er hatte in einer Seltersflasche Lysol zum Preise von 20 Pfg. für eine kranke Frau seines Ortes mitgebracht und neben mehreren anderen Flaschen kondensirter Milch und Schnaps auf seinen Ladentisch gestellt. Die Flasche war lose verkorkt und trug ein bandförmiges Etiquett mit der Aufschrift „äusserlich". Wiewohl nun B. die im Ladenraume anwesende Frau M., die sich nach den Flaschen erkundigt haben soll, auf den Arzneiinhalt der Lysolflasche und auf die Bestimmung derselben zum äusserlichen Gebrauche hingewiesen haben will, muss sie doch, als B. aus dem Zimmer hinausgegangen war, aus dieser Flasche getrunken haben, sei es, dass sie die Lysolflasche mit einer Schnapsflasche beim hastigen Zugreifen verwechselt, oder sei es, dass sie die Flüssigkeit für ein alkoholisches Getränk gehalten hat; denn eine Tochter der Frau M. holte B. ganz ver-

[1]) Im Juni 1900 geschrieben als gerichtsärztliches Gutachten.

JAN 22 1929

stört in das Zimmer herein mit der Aeusserung, dass ihre Mutter von dem Lysol getrunken haben müsse. Auch hatte die Frau des Händlers B. beim Betreten des Ladenzimmers bemerkt, wie Frau M. die Lysolflasche bei Seite setzte. Zuerst soll Frau M. keine auffälligen Erscheinungen gezeigt, aber sich augenscheinlich unwohl gefühlt haben. Man setzte sich dann zu Tisch; das Trinken des Lysols muss also wohl kurz vor dem Mittagessen stattgefunden haben. Frau M. ass nur einige Löffel Suppe; sie wurde sehr bald besinnungslos, und verschlimmerte sich ihr Zustand derart, dass von den rathlosen Leuten die Hülfe des Gutsbesitzers Bl. in K. in Anspruch genommen wurde. Auf des letzteren Veranlassung wurde der kranken Frau warme Milch eingeflösst; sie erholte sich darauf soweit, dass ihre Ueberführung zu Wagen nach ihrer Heimath U. bewerkstelligt werden konnte. Als sie hier gegen Abend eingetroffen war, konnte sie nicht sprechen. Der noch am Abend herbeigeholte Arzt Dr. W. aus L. fand die Frau mässig benommen, tief athmend und mit den Erscheinungen eines Lungenkatarrhs vor. Anzeichen einer Anätzung der Schleimhäute oder lysolartigen Geruch konnte er an ihr nicht bemerken. Auf die Frage ihres Ehemannes, ob sie Lysol getrunken, soll Frau M. den Kopf geschüttelt haben. Am nächsten Abend um 8 Uhr ist sie ohne Besinnung gestorben.

Die am 15. Februar ausgeführte Obduktion der Leiche ergab im Wesentlichen folgenden Befund:

1. Der weibliche Leichnam, 1,50 m lang, stammt von einer kleinen, schwächlich gebauten Frau von mittelmässigem Ernährungszustande.

2. Die Farbe der Haut ist licht gelblich weiss, etwas stärker gelblich im Gesichte.

5. Aus dem festgeschlossenen Munde ergiesst sich beim Umwenden der Leiche eine wenig gelbliche, faulig riechende Flüssigkeit. Die äussere trockene Lippenschleimhaut ist hellröthlich, die innere feuchte weisslich verfärbt. Die Schleimhaut des Mundtheiles der Unterlippe zeigt einige fleckige blassröthliche Stellen. Auf der Durchschnittsfläche dieser Flecken erscheint nur die alleroberflächlichste Gewebsschicht hellröthlich gefärbt (kein ausgetretenes Blut). Die Kiefer-Schleimhaut ist weisslich. Nach Einschnitten lässt sich diese helle Schleimhaut von dem tieferen röthlichen Gewebe nicht leicht abziehen. Die Zunge hat eine graugelbliche Schleimhaut, sie stösst an die wenigen schadhaften Vorderzähne an.

12. Der Magen hat etwas Sanduhrform und ein grauweisses Aussehen. Einige mittlere Gefässstämmchen, die vom Magengrunde auf der vorderen Fläche aufwärts ziehen, sind als blauröthliche Streifen sichtbar; sie zeigen wenig Blutfüllung. Die hintere Magenfläche hat eine ähnliche Beschaffenheit. — Aus dem eingeschnittenen Magen werden 100 ccm einer gelblichen, faulig riechenden, stark sauer reagirenden Flüssigkeit aufgefangen. In derselben sind einige wenige krümliche Speisereste enthalten. Die abgespülte Magenschleimhaut hat im Allgemeinen ein grauweissliches Aussehen, nur die dem Magenmunde gegenüberliegende Stelle in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes ist verwaschen dunkelröthlich. Eingeschnitten zeigt sich nur die oberflächliche Schleimhautschicht röthlich verfärbt, wird aber nach Abspülung blasser. Auf verschiedenen Durchschnittsflächen ist die Schleimhaut unversehrt und lässt sich hier in ihrer ganzen Dicke ablösen. Die Schleimhaut des Zwölffingerdarmes ist graugelblich und unversehrt.

14. Die linke Niere, 11 cm lang, 7,5 cm breit und 2 cm dick, hat eine mürbe Konsistenz. Ihre Kapsel lässt sich nicht leicht abziehen, wobei etwas oberflächliches Nierengewebe an ihr haften bleibt. Die Niere hat eine braungelbliche Farbe. Auf dem Durchschnitte, von dem ziemlich viel dunkelrothes

Blut abtropft, heben sich die Markkegel deutlich von der Rinde ab. Das Rindengewebe ist braungelblich und auch die dunkleren Markkegel zeigen einen Stich in's Gelbliche.

15. An der rechten Niere wird ein ähnlicher Befund wie an der linken erhoben; nur das Bindengewebe ist noch gelblicher.

16. Die Harnblase hat eine grauweisse Oberfläche. Es werden aus ihr 100 ccm trüben gelblichen Urins aufgefangen, der stark sauer reagirt. Die Schleimhaut ist graugelblich und zeigt einige kleinste, an der Luft sich röthende Gefässstämmchen.

18. Die Leber, 23 cm breit, 22 cm hoch und 10 cm dick, hat ein gelblich braunes Aussehen mit verwischter Läppchenzeichnung und eine ziemlich feste Konsistenz. Der rechte Lappen ist unten und vorn dünn ausgezogen und setzt sich gegen das höher liegende Gewebe mit einer seichten Furche ab, welche eine weissliche Verdickung der Leberkapsel zeigt. Auf dem Durchschnitt ist das Gewebe braungelblich, die Läppchenzeichnung verwischt und nicht sonderlich blutreich. Nur aus den durchschnittenen grossen Gefässen entleert sich in grösserer Menge Blut. — (Die Gallenblase ist mit 20 ccm dunkelgelber Galle gefüllt).

21. Der Zwölffinger- und der übrige Dünndarm (aussen graugelblich mit einigen kleinsten Gefässröthungen; siehe Nr. 11) enthält eine spärliche Menge gelblichen dünnbreiigen Inhalts. Seine Schleimhaut ist grauweiss, am Zwölffingerdarm leicht gelblich verfärbt. Die Einzeldrüsen sind von mehr als Stecknadelkopfgrösse. Eine gehäufte Drüsenansammlung (Peyer'sche) hatte eine Ausdehnung von 4 : 2 cm und waren die einzelnen Drüschen in ihr deutlich erkennbar. An der Schleimhaut traten im Laufe der Zeit (durch die Berührung mit der Luft) kleinste Gefässstämmchen hervor.

24. Die untere Hohlader ist mit dunkelrothem Blute ziemlich stark gefüllt u. s. w.

25. Der Herzbeutel hat auf der Innenfläche ein feuchtglänzendes, grauweisses Aussehen. Er enthält 17 ccm hellgelber Flüssigkeit. Das Herz hat die Grösse von der Faust der Leiche; es sieht braunröthlich aus. Seine Gefässe sind mässig gefüllt.

26. Aus dem rechten Herzen entleert sich ein Theelöffel dunkeln (flüssigen) Blutes. Von ihm aus gelangt man durch eine für zwei Finger durchgängige Lücke in den rechten Vorhof. In diesem ist nur eine Spur flüssigen Blutes; dagegen befinden sich in ihm, der Wandung ziemlich fest anhaftend, mehrere dicke, speckige, zum Theil auch einige rothe, lockere Blutgerinnsel u. s. w.

27. Aus dem linken Herzen werden 20 ccm dunkelrothen flüssigen Blutes aufgefangen; aus ihm können zwei Finger bequem in den linken Vorhof eingeführt werden. Derselbe ist frei von Blut.

28. Das Muskelfleisch des Herzens ist von mässiger Konsistenz und von verwaschen bräunlicher Farbe; es hat an der stärksten Stelle einen Durchmesser von 2 cm, an der schwächsten einen solchen von 8 mm.

30. Die linke Lunge hat in den abhängigen Theilen ein dunkelrothes Aussehen und hier eine ziemlich feste Konsistenz. Auf dem Durchschnitte ist der untere grössere Abschnitt dunkelröthlich und fliesst von ihm reichlich dunkelrother Schaum ab. Die Luftröhrenäste enthalten auch reichlich blutigen Schaum; ihre Schleimhaut ist schmutzig-roth. Aus den durchschnittenen Blutgefässen entleert sich viel dunkelrothes Blut.

31. Die rechte Lunge ist zum Theil mit der äusseren Brustwand verwachsen. Sie hat in den hinteren und unteren Abschnitten ein dunkelrothes Aussehen und enthält ebenso wie die linke viel blutigen Schaum.

33. Aus den durchschnittenen Gefässstämmen des Halses, Herzens und der Lungen hat sich viel dunkelrothes Blut noch nachträglich in den Brustraum ergossen u. s. w.

35. Die (unterbundene) Speiseröhre enthält 20 ccm schmutzig grauer, kleinflockiger Flüssigkeit. Ihre Schleimhaut ist grauröthlich.

36. Die Schleimhaut des Rachens ist hellgrauröthlich. Die Zungenschleimhaut ist grauweisslich und behält diese Färbung auch nach Abstreifung der obersten, leicht abstreichbaren Schleimhautschicht.

Im vorläufigen Gutachten sprach ich mich dahin aus, dass die Frau M. an wässeriger Durchtränkung der Lungen ge-

storben wäre und sich keine sicheren Anzeichen einer Vergiftung gefunden hätten. Auf richterliches Befragen erklärte ich ausserdem, dass an der Leiche kein Geruch nach Karbolsäure oder Lysol bemerkt worden wäre.

Ueber das Ergebniss der chemischen Untersuchung der Leichentheile und des Inhaltes der bei B. beschlagnahmten, mit der vermutheten Vergiftung in Beziehung stehenden Flasche gab der damit betraute Gerichtschemiker Dr. Bischoff-Berlin im Wesentlichen folgendes Gutachten ab:

1. Der Gesammtinhalt der Flasche betrug 42,5 ccm. Die Arzneiflüssigkeit darin ist als Lysol zu bezeichnen, d. h. als eine Auflösung von Kresolen in konzentrirter Seifenlösung. Etwa 50% der Masse sind Kresole, welche in neutraler Seife gelöst sind.

2. Die Untersuchung der Leichentheile ergab, dass sowohl in denen der ersten Wege, wie in den Organtheilen und im Blute Spuren von Kresol enthalten waren. Die Menge der Kresole war jedoch sehr gering; denn es war nicht gelungen, so viel Material aus diesen Untersuchungsobjekten zu gewinnen, um Schmelzpunktbestimmungen (der Reaktionsfällungen der Kresole durch Brom) ausführen zu können behufs Identifizirung der Massen. Den Grund dafür sieht Dr. Bischoff in der relativ langen Zeit, welche zwischen der gemuthmassten Einführung des Lysols und dem Tode lag. Der grösste Theil der Kresole musste bereits in den Harn übergegangen, oder mit ihm entfernt sein. In der That gelang es denn auch mit dem Destillat des Harns die weitere Identifizirung der hier ebenfalls erhaltenen Bromniederschläge als Tribromkresolbrom und in seinen Uebergang als Tribromphenol durchzuführen.

Dr. Bischoff fasste sein Gutachten demgemäss dahin zusammen:

„Dass in den Leichentheilen der Frau M. sich geringe Mengen von Kresolen nachweisen lassen, welche auf eine Einführung von Kresol, oder eines Kresolpräparates, wie Lysol, durch den Mund zurückgeführt werden können und muthmasslich bei der tödtlich verlaufenden Erkrankung als Ursache in Frage kommen dürften."

Konnte es schon nach den Aussagen der betheiligten Personen kaum einem Zweifel unterliegen, dass die Frau M. am 11. Februar im B.'schen Haushalte, in der Voraussetzung ein alkoholisches Getränk vor sich zu haben, sich an einer Lysolflasche vergriffen und davon genascht hatte, so hat die chemische Untersuchung durch das Auffinden von Kresolen, also Bestandtheilen des Lysols, in den Leichentheilen der Frau M. darüber Gewissheit gebracht. Auch die von derselben getrunkene Lysolmenge lässt sich ziemlich genau auf 17,5 ccm, also auf etwa einen gehäuften Esslöffel, feststellen, da in der Lysolflasche noch 42,5 ccm vorhanden waren und nach einer Auskunft des Personals der hiesigen Apotheke, aus welcher die Arzneiflüssigkeit bezogen war, für 20 Pfg. (wie B. angegeben hat) 60 g Lysol abgegeben zu werden pflegen und wohl auch an B. abgegeben worden waren.[1])

Aus der Literatur sind einige tödtliche Vergiftungen nach der Aufnahme von ähnlichen und noch geringeren Mengen Lysol als der im vorliegenden Falle vermuthlich aufgenommenen von 17,5 g bekannt. So berichtet v. Hofmann[2]) über ein 6 Monate

---

[1]) Nach der Preuss. Arzneitaxe für 1900, die den Preis für 100 g Lysol auf 55 Pfg. festsetzt, müsste die für 20 Pfg. erhältliche Menge (unter Berücksichtigung der Gepflogenheit, die Handverkaufspreise um 25% billiger als die Taxe zu stellen) 50 g betragen haben.

[2]) Atlas der gerichtlichen Medizin. München 1898. Erklärung zu Tafel 40.

altes Kind, das nach dem Genusse eines Theelöffels Lysol am nächsten Tage der Vergiftung erlegen war. Ferner werden in einem Referate von J. May[1]) zwei Fälle mit tödtlichem Ausgange erwähnt. In dem einen Falle war einem 10 Monate alten Kinde statt Leberthran ein Kinderlöffel voll Lysol gegeben worden; der Tod erfolgte am folgenden Tage; in dem anderen Falle war bei einem 1 Jahr und 10 Monate alten Kinde von der Mutter eine Brandwunde mit unverdünntem Lysol behandelt worden; nach kaum 2 Stunden war das Kind gestorben, als Todesursache konnte nur Lysolvergiftung festgestellt werden. Sind in diesen mir bisher bekannten tödtlich verlaufenen Fällen nur Kinder im ersten Lebensjahre der Vergiftung mit Lysol und zwar bei innerlicher Aufnahme von etwa 5 und 10 g erlegen — bei der Vergiftung des $1^3/_4$jährigen Kindes durch Aufnahme des Giftes von einer Wunde aus dürfte die Giftmenge vielleicht nicht einmal so gross gewesen sein — und ist es bekannt, dass Kinder für die Wirkung mancher Gifte, wie der Karbolsäure und daher vermuthlich auch des ihm chemisch nahestehenden Lysols, besonders empfänglich sind, so kann m. E. doch be einer erwachsenen Person, wie der Frau M., durch Aufnahme von 17,5 g Lysol der Tod herbeigeführt sein. Denn Frau M. ist eine auffallend kleine, schwächlich gebaute und mittelmässig genährte Frau gewesen, die das Gift der Wahrscheinlichkeit nach ziemlich nüchtern aufgenommen hat, so dass es also konzentrirt zur Geltung kommen konnte; ausserdem ist die ärztliche Hülfe erst sehr spät, frühestens 6 Stunden nach der Aufnahme des Giftes, zur Stelle gewesen und hat dem Zeugenberichte nach auch wenig mehr genützt. Bei den übrigen, mir bekannten veröffentlichten Lysolvergiftungen hat meistens sehr bald nach der Aufnahme des Giftes energisch eingreifende ärztliche Hülfe beschafft werden können, so dass selbst grössere Mengen ohne dauernde Schädigung geblieben sind. Aber bei fast allen Vergiftungen, selbst mit geringeren Mengen Lysols, wie in dem Falle Bohlens[2]) nach etwa 10 g bei einem Knechte, traten immer sehr bald nach der Aufnahme des Giftes recht bedrohliche Erscheinungen mit rasch einsetzender Bewusstlosigkeit, mit Temperaturerniedrigung, schwachem Pulse u. s. w., kurz, mit allen Zeichen des plötzlichen Verfalles auf, so dass man den Eindruck hat, dass ohne die bald eingeleiteten ärztlichen Gegenmassregeln die Vergifteten der Giftwirkung des Lysols erlegen wären. So berichtet Dr. Kluge[3]) über recht schwere Erkrankungen bei einer typhuskranken Frau nach Aufnahme von 10 g Lysol. Ferner theilt Dr. Comstok im Zentralblatt für Chirurgie 1895[4]) folgenden Fall mit: Eine gesunde 24jährige Frau trank drei Tage nach ihrer Niederkunft, Morgens, $1^1/_2$ Esslöffel Lysol aus Versehen mit einer halben Tasse Kaffee; nach 45 Minuten war der Arzt zur Stelle, der die Kranke in komatösem Zustande fand, das Gesicht ganz

[1]) Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1897, Nr. 18.
[2]) Deutsche med. Wochenschrift; 1899, Nr. 30.
[3]) Münchener med. Wochenschrift; 1898, Nr. 28.
[4]) Referat darüber in Aerztl. Sachverständigen-Zeitung; 1986, Nr. 4.

bleich, mit kaltem Schweisse bedeckt, Athmung oberflächlich, Puls nicht zu fühlen. Auf Verordnung von Oel, Eiern und Brechmitteln erfolgte nach $2^3/_4$ Stunden reichliches Erbrechen. Danach kehrte das Bewusstsein zurück; aber die Frau blieb sehr schwach und erholte sich erst völlig nach Verlauf einer Woche. Die örtlichen Erscheinungen bestanden in mässiger Gastritis, reichlicher Albuminurie und fast völliger Unterdrückung der Urinsekretion für 48 Stunden. Am vierten Tage hörte die Eiweissausscheidung auf.

Ganz ähnlich wie in den eben angezogenen Vergiftungsfällen verliefen die Krankheitserscheinungen bei der Frau M. Auch bei ihr trat nach der vermutheten Aufnahme des Lysols sogleich augenscheinliches Unwohlsein, dann bald — die Zeit ist in den Zeugenaussagen nicht bemessen, muss daher aber gerade mangels einer Zeitangabe als kurz angenommen werden — völlige Bewusstlosigkeit ein, aus der sie sich nur zu mässiger Benommenheit erholt hat; sie starb auch in einem besinnungslosen Zustande. Der Tod dürfte etwa 33 Stunden nach der vermutheten Aufnahme des Giftes erfolgt sein.

Das letzte und wesentlichste Glied in unserer Schlusskette, dass Frau M. einer Lysolvergiftung erlegen ist, muss natürlich durch den Leichenbefund geliefert werden, und in der That spricht dieser für eine solche Vergiftung. Freilich sind mir Literaturangaben über Leichenbefunde bei Lysolvergiftungen ausser dem oben angezogenen Falle aus v. Hofmann's Atlas nicht bekannt und dieser Fall ist dort nur bezüglich der Aetzwirkungen verwerthet. Zum Vergleiche führe ich aus ihm den Befund an:

„Der äussere Lippensaum war geröthet und geschwollen, der innere, sowie das Epithel der ganzen vorderen Mundschleimhaut weissgrau getrübt; bei der inneren Untersuchung fand sich epitheliale, weissgraue Verätzung der Schleimhaut des Mundes, des Rachens und der Speiseröhre, sowie des Kehlkopfeinganges."

Auch bei der Frau M. war der äussere hellere Lippensaum hellröthlich, der innere feuchte weisslich verfärbt. Auf der Schleimhaut des Mundtheiles der Unterlippe befanden sich einige blauröthliche Flecken, während die übrige Schleimhaut, wie auch die der Kiefer weisslich gefärbt war. Der zwischen den Vorderzähnen sichtbare Theil der Zungenspitze war graugelblich, während die Schleimhaut auf der Zungenoberfläche grauweiss war und dieses Aussehen auch nach Abstreifung der oberflächlichen, leicht abstreichbaren Schicht beibehielt. Die Schleimhaut der tieferen Rachengebilde und der Speiseröhre hatte ein hellgrauröthliches, bezw. ein grauröthliches Aussehen. Die Magenschleimhaut war im Allgemeinen grauweisslich; nur eine dem Magenmunde gegenüber liegende Stelle in der Grösse eines Fünfmarkstückes war verwaschen dunkelröthlich; im Uebrigen liess sich die Schleimhaut von Durchschnitten aus ziemlich gut abziehen. Waren in der Tiefe der weisslich, weisslichgrau und hellgrauröthlich verfärbten Schleimhautoberflächen auch nirgends ausgeprägte Reaktionserscheinungen wahrnehmbar, so deutet doch das Vorherrschen des weissgrauen Farbentones auf eine oberflächliche Verätzung der Theile durch

Lysol, besonders auf der Zungenoberfläche und im Magen. Die röthlichen Flecken auf dem Mundtheile der Lippenschleimhaut und die geröthete Stelle auf dem Magengrunde verdanken offenbar einer durch das Lysol hervorgerufenen stärkeren Entzündung ihren Ursprung. Von dem übrigen Befunde am Verdauungsschlauche möchte ich die zweifellose Vergrösserung der Einzel- und gehäuften Drüsen als Reizwirkung des Lysols auffassen. Wie gering übrigens im Allgemeinen die ätzende Wirkung des Lysols ist, habe ich bei dem häufigen Gebrauche desselben zur Bereitung von Wundwasser an mir selbst oft genug erfahren. Die äussere Haut meiner Hände wurde durchüberflossenes Lysol fast gar nicht angegriffen und auch auf der Lippen- und Zungenschleimhaut fühlt man bei Lysolberührung kaum einen schmerzhaft unangenehmen Eindruck. Kleine auf die Zunge gebrachte Lysolmengen hinterliessen auch keine Spuren bei mir.

Was den übrigen Leichenbefund betrifft, so muss in Analogie mit der Karbolsäurevergiftung die Veränderung der Nieren und des Urins auf eine Wirkung des aufgenommenen Lysols zurückgeführt werden. Die Nieren hatten eine mürbe Konsistenz und eine braungelbliche Farbe. Auf der Durchschnittsfläche hoben sich die dunkleren, aber auch mit einem Stich in's Gelbliche versehenen Markkegel deutlich von der braungelben Rinde ab. Sie waren blutreich. Dieser Befund weist auf eine akute (parenchymatöse) entzündliche Veränderung des Nierengewebes hin.[1]) Die trübe Beschaffenheit des stark sauren Urins deutet auf die Absonderung aus einer entzündeten Niere hin, da bei dem starken Säuregrad desselben die Trübung nicht wohl von Zersetzungsvorgängen herrühren konnte, solche Vorgänge vielmehr durch den kresolhaltigen Harn hintenangehalten sein mussten. Auch das gelblichbraune Aussehen der Leber, die Verwischung der Läppchenzeichnung und der Blutreichthum der grösseren Gefässe sind m. E. auf eine trübe entzündliche Schwellung des Eingeweides zu beziehen. Ob die gelbliche Verfärbung der Haut und der Augäpfel auf eine direkte Lysolwirkung zurückzuführen ist, vermag ich nicht zu entscheiden, halte es aber nach Analogie mit manchen anderen Vergiftungen, z. B. bei Faulfieber und Lorchelgift für möglich und wahrscheinlich. Jedenfalls habe ich aus dem Vergleich mit anderen Vergiftungen allen Anlass, die parenchymatöse Entzündung der Nieren und der Leber als Folgen einer Wirkung der Lysole vom Blute aus anzusehen. Diese parenchymatöse Entzündung beruht auf einer feinkörnigen Zersetzung der Gewebezellen und ist von mir aus der blutreichen und mürben Beschaffenheit und dem gelblichen Farbenton der Eingeweide mit ziemlicher Sicherheit hingestellt worden; denn höchstens hätte noch ein höherer Grad des Gewebszerfalles, die sog. fettige Entartung in Betracht kommen können

---

[1]) Ich bemerke dabei ausdrücklich, dass keine irgendwie in Betracht kommenden Fäulnisserscheinungen vorhanden waren; denn es waren kaum drei Tage seit dem Tode der Frau M. vergangen und die Leiche — es war im Februar — war kalt aufbewahrt worden.

und dafür war der gelbe Farbenton des Gewebes nicht rein, nicht ausgesprochen genug.[1])

Die theilweise Blutüberfüllung der Lungen, ihre wässerige Gewebsdurchtränkung und die Anfüllung der Luftröhrenäste mit blutigem Schaume waren die Folgen der erlahmenden Herzkraft und der beginnenden Lungenlähmung kurz vor dem Tode. Dabei muss angenommen werden, dass das Sinken der Herzkraft und das Schwächerwerden der Athmung nicht nur durch Gewebsveränderungen des Herzens, sondern vorwiegend durch die Einwirkung stark veränderten Blutes auf die nervösen Zentralorgane hervorgerufen worden waren. Einerseits mussten im Blute noch giftige Lysolbestandtheile kreisen, welche aus den Gewebssäften der am meisten mit dem Gift überladenen Organe demselben immer wieder zugeführt wurden, anderseits mussten sich im Blute diejenigen krankhaften Stoffe anhäufen, welche durch die veränderte Thätigkeit der entzündeten Nieren, der Leber und etwaigen anderen vergifteten Organe durch den Harn, die Galle und etwaige andere natürliche Ausscheidungswege nicht ausgeführt werden konnten. Dieses mit krankhaften, bezw. giftigen Stoffen geschwängerte Blut musste auf die nervösen Zentren, welche die Athmung und die Herzthätigkeit versorgen und reguliren, allmählich lähmend eingewirkt haben.

Die an der Leiche gefundenen Veränderungen der Nieren und der Leber etwa als Ausdruck einer schon früher vorhandenen Krankheit anzusehen, die erst an jenem Tage nach dem Naschen der Frau M. an der Lysolflasche zufällig in die Erscheinung getreten wäre —, ein solcher Einwurf erscheint gänzlich ungerechtfertigt. Denn erstens hat Frau M. damals den 12 km langen, schneeverwehten Weg in etwa drei Stnnden zu Fuss zurückgelegt, was für eine 53jähr. kleine schwächliche Frau eine ausreichende Leistung ist. Ausserdem sind in den Zeugenaussagen nirgends Anhaltspunkte für eine frühere Kränklichkeit der Frau M. vorhanden, und sicher hätten die wegen ihrer Vergiftung in Folge etwaiger fahrlässiger Aufstellung der Lysolflasche geängstigten B.'schen Eheleute nicht unterlassen, einen solchen Einwand zu erheben. Thatsächlich müssten aber derartig hochgradig veränderte Nieren und Leber, wenn sie nicht der Vergiftung ihren Ursprung verdankten, schon wochenlang vorher lebhafte Krankheitserscheinungen und Frau M. zuletzt bettlägerig gemacht haben; während die an Frau M. so plötzlich hervorgetretenen eigenartigen Krankheitserscheinungen wohl nur von einer plötzlichen Vergiftung herrühren konnten.

Es kann somit nicht bezweifelt werden, dass die Frau M. in Folge einer am 11. Februar erlittenen Lysolvergiftung am 12. Februar c. gestorben ist. Es spricht dafür der Leichenbefund: die Anätzung der Zunge und des Magens und die sogenannte parenchymatöse Entzündung an den lebenswichtigen Drüsen, der

---

[1]) Die mikroskopische Untersuchung mitgenommener Eingeweidetheile musste wegen plötzlicher Influenzaerkrankung des Berichterstatters unterbleiben.

Nieren und der Leber; es spricht dafür das Ergebniss der chemischen Untersuchung, welche aus den Leichentheilen der Frau M. Lysolbestandtheile nachweisen konnte. Ferner sind die an Frau M. beobachteten Krankheitserscheinungen durchaus denen bei anderen Lysolvergiftungen gleich verlaufen. Und endlich kann, auch mit Vergleich mit anderen Lysolvergiftungen, die vermuthlich aufgenommene Menge von 17,5 g Lysol sehr wohl hinreichend gewesen sein, den Tod der Frau M. herbeizuführen.

Zwei Lepra-Erkrankungen im Kreise Merseburg.

Von Kreisarzt Dr. Schneider in Merseburg.

Erkrankungen an Lepra pflegen in Deutschland und besonders im Binnenlande zu den grössten Seltenheiten zu gehören. Um so mehr war ich daher überrascht, als mir am Nachmittage des 25. Januar cr. vom Königlichen Landrathsamte hier eine von dem praktischen Arzte Dr. Br. ausgestellte Meldekarte zuging, der gleich zwei lepraverdächtige Fälle auf einmal in hiesiger Stadt anzeigte, und es war wohl nicht der §. 6 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 allein, der mich zu unverzüglichen Ermittelungen an Ort und Stelle veranlasste. Zunächst zog ich bei dem genannten Arzte über die in Frage kommenden Personen und deren Vorgeschichte Erkundigungen ein, denen sich dann später die Angaben der kranken Frau sowie deren Ehemannes anschlossen.

Die Angaben des letzteren widersprachen sich allerdings verschiedentlich, wie mir schien, in dem Bestreben, die Sache so harmlos als möglich darzustellen, doch wurde allmählich im Allgemeinen folgende Anamnese ermittelt:

Die Kranken waren eine 37jährige Frau und deren Sohn; sie stammten aus Java. Der Mann, ein Deutscher, war vor längerer Zeit als Soldat in holländische Kolonialdienste gegangen und hatte in Java die Frau, einen Mischling aus europäischer und malayischer Rasse, eben die jetzige Kranke geheirathet. Der Ehe waren dort 2 Söhne entsprossen, ein jetzt 16jähriger, der in der letzten Zeit nicht mehr im elterlichen Hause gelebt hatte, und ein zur Zeit 13jähriger Knabe, der andere gemeldete Kranke.

In der Aszendenz der Frau ist angeblich keine Lepra gewesen; sie selbst hat angeblich in Indien nur an Malaria und Dysenterie gelitten und ferner in Folge eines Unfalles vor längeren Jahren eine Verletzung am linken Fussrücken erhalten, von der aus dann einmal ein Abszess unter den Zehen ausgegangen ist. Später stellte sich aber heraus, dass in den letzten Jahren des Aufenthalts in Indien sich eine Schwellung der Füsse gezeigt hat; dieselben sollen in Folge dessen rothbraun und glänzend gewesen sein; die Schwellung hat sich wechselnd verhalten, manchmal weniger, manchmal mehr, hin und wieder bis zu den Knien hinaufgehend. Seit der Rückkehr nach Deutschland hat dieses Leiden im Ganzen zugenommen. Zwei Jahre vor der Uebersiedelung nach Europa — also vor circa 6 Jahren — hat der Ehemann zum ersten Male eine beginnende Verkrümmung der linken Hand wahrgenommen, die dann immer schlimmer geworden ist, bis die Hand vor etwa 3 Jahren die jetzige Beschaffenheit angenommen hat. Gleichfalls vor 3 Jahren hat sich starker Schnupfen eingestellt, der nach und nach einer Trockenheit der Nase Platz gemacht hat. Die Flecken auf Stirn und Wangen sollen erst in Deutschland vor ca. 2—$2^1/_2$ Jahren von dem Manne bemerkt und damals schon weisslich verfärbt und schuppend gewesen sein. Die Schwellung der Augenbrauen ist erst in letzter Zeit bemerkt worden.

Seitdem die Frau in Deutschland ist, hat sie vielfach über herumziehende

Schmerzen in den Armen und verschiedenen anderen Körpergebieten geklagt. Der obengenannte Arzt ist deswegen einige Male konsultirt worden; wie er mittheilt, hat er einen Ausschlag bezw. Veränderungen der Haut bei seinen Besuchen nicht bemerkt und die geklagten Schmerzen wegen ihrer wechselnden Beschaffenheit als rheumathische gedeutet. Die letzte Konsultation hat vor etwa $1^1/_2$ Jahren stattgefunden und zwar damals wegen eines fieberhaften, mit Verdauungsbeschwerden einhergehenden Zustandes; auch bei dieser Konsultation sind ihm keine veränderten Stellen im Gesicht aufgefallen.

Wie dann Mann und Frau übereinstimmend weiter angeben, ist eine wesentliche Verschlimmerung aller Beschwerden seit etwa $1^1/_4$ Jahren ständig zunehmend zu bemerken gewesen. Die Frau hat immer Kältegefühl, besonders im Rücken gehabt, dann liess die Kraft der linken Hand nach, so dass sie nichts mehr mit derselben hat halten können; vor allen Dingen aber hat sie immer mehr das Gefühl in den Händen verloren. Dies ist endlich so weit gekommen, dass sie nicht mehr fühlen konnte, ob der Ofen heiss oder kalt war; in Folge dessen fühlte sie mit dem Gesicht nach, um die Temperatur festzustellen und verbrannte sich auf diese Weise, da sie inzwischen im Gesicht auch nicht mehr scharfe Empfindung hatte, die Hände sowie das Gesicht. In diesen $1^1/_4$ Jahren soll auch die Menstruation unregelmässig geworden und mehrfach ausgeblieben sein. In letzter Zeit sind dann wieder starke Schmerzen in Gesicht, Armen und Rücken aufgetreten, die Veranlassung gaben, dass der früher konsultirte Kollege wieder einmal zugezogen wurde. Bei diesem Besuche, wo er zugleich den Sohn sah, stellte er dann die Diagnose auf Lepra.

Was nun diesen Knaben betrifft, so sollen sich die ersten Erscheinungen der Erkrankung, Flecken im Gesicht, etwa im Februar 1900 — später wurde April angegeben — gezeigt haben. Es wurde ein Kollege und eine benachbarte Poliklinik konsultirt, leider aber, wie ich hier gleich bemerken will, nicht der Arzt, der die Mutter gesehen. Die Krankheit wurde für ein Exanthem gehalten. Wann die trophischen Störungen an der linken Hand zuerst bemerkt wurden, ist nicht mehr festzustellen, jedenfalls waren sie im September 1900 vorhanden. Seitdem soll die Krankheit ungefähr den gleichen Stand eingehalten haben.

Bei der Untersuchung zeigte sich nun folgender Befund:

Die kranke Frau ist von kleiner Statur, geringem Kräfte- und Ernährungszustande und hat im Allgemeinen etwas bräunlichgelbe, welke Haut. Fieber besteht nicht; die inneren Organe, soweit sie untersucht werden können, bieten nichts Besonderes. Das Haar ist gelichtet und fängt bereits an zu ergrauen. Das Gesicht sieht entstellt aus (facies leontina), und zeigt rechts und links, den Stirnhöckern entsprechend, je eine etwa Markstückgrosse, weisslich verfärbte, trockene, mit kleinen Schüppchen bedeckte, flache Anschwellung der Haut. Beide Augenbrauenbogen sind gleichfalls verdickt, wie zwei raupenförmige Wülste über den Augenhöhlen liegend, sonst von gleicher Beschaffenheit, wie die Anschwellungen der Stirn. Die Augenbrauen sind nicht mehr vorhanden, ebenso fehlen die Wimpern; ausserdem ist nichts Abnormes an den Augen vorhanden, nur klagt die Kranke, dass es ihr wie Nebel vor den Augen flimmere.

Die im vorderen Theile leicht knollig verdickte Nase zeigte eine seichte Einsattelung etwa 1 cm hinter der Spitze. Die Nasenschleimhaut macht beim Darüberstreichen mit der Sonde zum Zwecke der Erlangung von Sekret einen derben verdickten Eindruck, auch ist Sekret kaum zu erlangen. Auf beiden Wangen, besonders in der Gegend der Jochbogen, ferner am Kinn sind verhältnissmässig zahlreiche, unregelmässig verstreut liegende, nicht schuppende Flecke der Haut von Hirsekorn- bis Bohnengrösse und von unregelmässigen Konturen wahrnehmbar. Ferner finden sich an Nase und beiden Wangen noch mehrere geschwürige, theils mit gelblich-eitrigem Belag, theils mit braunen Krusten bedeckte Stellen, wobei ich gleich bemerken will, dass diese von der Verbrennung herrühren.

Die Ohren sind gleichfalls theilweise verdickt und mit gleichen pigmentarmen weissen Stellen, wie die Wangen bedeckt.

Die Unterlippe ist ebenfalls stark verdickt, nach aussen überhängend, ihre Schleimhaut an einzelnen Stellen eingerissen, theilweise auch mit angetrock-

neten, braunschwarzen Krusten bedeckt (letztere ebenfalls Verbrennungseffekte). Die Schleimhaut der Zunge und des Mundes ist nicht weiter verändert.

Die Sprache ist leicht heiser und gleichfalls gegen früher verändert.

Am Rumpfe, soweit ich ihn untersuchen konnte, keine Veränderungen. Die beiden Oberarme sind ebenfalls normal; die beiden Unterarme und Handrücken zeigen noch etwas mehr bräunliche Verfärbung wie die übrige Haut. Die Streckmuskulatur des linken Vorderarmes erscheint gegen die der rechten Seite etwas atrophisch, noch deutlicher atrophisch ist die Muskulatur des linken Handrückens, Musculi interossei und Adductor pollicis, also trophische Störungen in den Gebieten des Nerv. radialis und Nervus ulnaris. Es besteht, namentlich bei Beugung, ausgesprochene Klauenstellung der Finger links. An beiden Händen sind die Fingerspitzen kolbig verdickt anzusehen, die Nägel verkümmert, theilweise ausgefallen; am 4. Finger links ist eine oberflächliche Wunde in Folge Verbrennung.

An den Oberschenkeln findet sich nichts Abnormes. Die untere Hälfte beider Unterschenkel ist bis gegen die Mitte hinauf leicht geschwollen, die Haut daselbst braunroth, derb, verdickt anzufühlen; sie geht nach oben allmählich in solche von normaler Beschaffenheit über. Auch die Fussrücken sind beiderseits von braunrother, derber verdickter Haut bedeckt, die hier und um die Fussgelenke herum besonders stark schuppt. Auf innerer und äusserer Seite des linken Fusses unterhalb des Fussgelenks befindet sich je ein etwa Zweipfennigstückgrosses, von dickem gelblichem Eiter belegtes Geschwür mit verdickten, blaurothen Rändern; ausserdem ist vorn nahe am äusseren Rande des linken Fusses, einige Zentimeter hinter der Zehenwurzel, eine ziemlich tiefeingezogene rundliche, weisse, Markstückgrosse Narbe (von der früheren Verletzung herrührend). Die Zehen beider Füsse sind gleichfalls kolbig, die Nägel verkrümmt.

An der rechten Fusswurzel sind keine Geschwüre vorhanden, dagegen auf dem Rücken des vordersten Gliedes der zweiten und dritten Zehe je ein etwa 1 cm im Durchmesser haltendes, mit gelblichem Eiter bedecktes Geschwür; sonst ist der Fuss wie der linke. Der Gang ist mühsam und watschelnd.

Störungen der Sensibilität waren natürlich auch vorhanden, doch kann ich darüber nur ungefähre Angaben machen, da sich bei den mir vergönnten zwei Untersuchungen ein übersichtliches Bild nicht gewinnen liess. Mit Zuhilfenahme der Angaben des behandelnden Arztes lässt sich ungefähr Folgendes sagen: Die Schmerzempfindung ist im Gesicht herabgesetzt, besonders deutlich an den Verdickungen der Stirn und Augenbrauen. Herabgesetzt ist ferner die Empfindung für Temperaturunterschiede, da die Kranke beim Zufühlen mit dem Gesicht, ob der Ofen warm oder kalt war, dies nicht nur nicht gefühlt, sondern nicht einmal grosse Schmerzempfindung bei der dabei erzeugten Verbrennung gehabt hatte. Dagegen wurden einzelne einfache Berührungen mit Kopf und Spitze einer Stecknadel gefühlt, theilweise, besonders an normalen Hautstellen auch richtig differenzirt, so dass jedenfalls nicht vollständige Anaesthesie besteht.

Starke Analgesie war ferner an den vorderen Hälften der Streckseiten beider Unterarme und an den Handrücken, besonders auf der Kleinfingerseite, also hauptsächlich im Gebiet des Nerv. brachii medius und des Ramus dorsal. nervi ulnaris vorhanden; namentlich am linken Arm war diese Herabsetzung der Schmerzempfindung stark ausgeprägt, so dass tiefe Nadelstiche kaum oder gar nicht schmerzhaft empfunden wurden. Einzelne einfache Berührungen mit der Nadel gab sie auch an Händen und Unterarmen richtig an; im Allgemeinen hatte sie aber auch an den Fingern keine richtige Empfindung, mindestens ebenfalls nicht für Temperaturunterschiede, da sie mit den Händen überhaupt nicht mehr kalt und heiss unterscheiden konnte und gerade deswegen das Gesicht zu Hülfe genommen hatte. Je weiter man dann am Arme hinaufkam, desto mehr stellten sich die normalen Gefühlsqualitäten wieder ein.

Ziemlich die gleiche Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit wie an den Unterarmen fand sich dann auch an beiden Füssen und Unterschenkeln, soweit die Anschwellung, Verdickung und Verfärbung der Haut reichte.

Bot so die Mutter ein Bild, wie es in den Lehrbüchern und der Litteratur von der vorgeschrittenen Form der Lepra entworfen

wird, so war der Befund bei dem Knaben ein ganz anderer und deshalb interessanter, weil, wie ich glaube, und es auch der Verlauf der Sache bestätigt, kaum Jemand, der vorher dieses Anfangsstadium der Krankheit noch nicht gesehen hat, sogleich auf die richtige Diagnose kommen wird:

Der für sein Alter gut entwickelte Knabe bietet keine Besonderheiten der inneren Organe. Auf der Stirn befindet sich ein erbsengrosser, rundlicher, brauner Fleck mit glatter Oberfläche. Auf beiden Wangen, auf Nase und am Kinn bis herab zum Hals ist eine grössere Anzahl erbsen- bis bohnengrosser, theilweise auch zu grösseren Stellen ineinander überfliessender Flecken in unregelmässiger Gruppirung zerstreut. Dieselben sind unregelmässig gestaltet, meist rundlich von theils lebhaft rother, theils braunrother Farbe und etwas über das Niveau der übrigen Haut erhaben, fühlen sich weich an und schuppen nicht. Die submaxillaren Lymphdrüsen sind geschwollen.

Auf der unteren Hälfte des Rückens, zu beiden Seiten der Wirbelsäule, sind eine einige Pfennig- bis Markstückgrosse, weisslich gefärbte, rundliche und ovale Flecken, wie Vitiligo aussehend.

An der Aussenseite der unteren Hälfte beider Oberarme, und zwar ziemlich symmetrisch auf beiden Armen, sieht man je einen Markstückgrossen, braunrothen Fleck mit dunklerem Rande und blasserem Zentrum. Auch bei dem Knaben ist die Streckmuskulatur des linken Vorderarmes leicht atrophisch; erheblich atrophisch, und hier noch deutlicher wie bei der Mutter zu sehen, sind die linken Musculi interossei und der linke Adductor pollicis. Ausserdem macht es den Eindruck, als ob auch die übrigen Daumenballenmuskeln, namentlich Opponens und Abductor pollicis brevis bereits an der Atrophie theilnehmen; die trophischen Störungen würden hier also schon in das Gebiet des Nerv. medianus übergreifen.

Ferner sind an den unteren Theilen der Gesässbacken und dicht darunter an der hinteren Fläche der Oberschenkel, und zwar ziemlich symmetrisch auf beiden Seiten angeordnet, verschiedene Markstückgrosse, rundliche, an der Peripherie braune, im Zentrum abgeblasste Flächen wahrnehmbar. Ebenso symmetrisch finden sich endlich an der unteren vorderen Fläche beider Oberschenkel rechts 4—5, links 3 rundliche, braunrothe, gegen die Umgebung gut abgesetzte Stellen von Pfennigstückgrösse. Alle diese Verfärbungen an den oberen und unteren Extremitäten haben eine glatte, nicht schuppende Oberfläche und sind nur wenig über die umgebende Haut erhaben.

Die Schmerzempfindung ist an den Flecken im Gesicht, ferner an der Streckseite des linken Unterarmes herabgesetzt; endlich findet sich auch deutliche Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit gegenüber der normalen Haut der Umgebung an den braunen Stellen beider Oberschenkel.

Hinzufügen will ich, dass ich weder bei der Mutter, noch bei dem Sohne Anschwellungen an einem Nervenstamme entdecken konnte, womit allerdings nicht gesagt sein soll, dass nicht bei eingehenderer Untersuchung sich vielleicht solche doch noch vorfinden.

Nach dem Befunde an den beiden Kranken und der Anamnese konnte ich mich nur der Ansicht des behandelnden Arztes anschliessen, dass die beiden Personen im höchsten Grade leprаverdächtig seien. Besonders bei der Frau, die wie oben gesagt, schon in einem vorgeschrittenen Stadium sich befand, konnte dies kaum einem Zweifel unterliegen, aber auch bei dem Knaben kam nun, nachdem man ihn neben seiner Mutter sah, kaum noch eine andere Diagnose in Betracht. Die Ansicht, dass hier Lepra vorliege, wurde bestätigt durch den mikroskopischen Befund. Ich hatte mir einige mikroskopische Präparate, unter andern auch mit den Zehengeschwüren des rechten Fusses entnommenem Eiter hergestellt und dieselben nach der Methode von Ziehl-Neelsen

gefärbt, welche nach Weber[1]) die beste zur Auffindung der Bazillen sein soll. In diesem Präparat fanden sich dann ziemlich reichlich rothgefärbte Bazillen, sowohl einzeln, als auch hin und wieder parallel liegend zu kleinen Gruppen und Nestern vereinigt, wie dies Weber (a. o. O., S. 13) als charakteristisch für Leprabazillen beschreibt.

Unter diesen Umständen war natürlich die sofortige Isolirung der Kranken geboten. Die Polizeiverwaltung brachte dieselben schleunigst in der medizinischen Klinik zu Halle unter, wo durch deren Direktor, Herrn Prof. Dr. von Mering, die Diagnose nach kurzer Zeit sicher gestellt gestellt wurde. Da die beiden Kranken hier aber natürlich nicht für immer bleiben können, ist der Antrag an den Herrn Medizinalminister gestellt, dieselben in das Leraheim zu Memel zu übernehmen.[2])

Das ausserdem alle Vorsichtsmassregeln gegen eine Weiterverbreitung getroffen wurden, ist selbstverständlich; ob die Sache damit erledigt ist, muss man abwarten. Von den übrigen Familiengliedern ist der Ehemann zur Zeit sicher gesund, d. h. er bietet keine Zeichen von Lepra; der ältere, Eingangs erwähnte Sohn, welcher seit einiger Zeit auf einer Unteroffizier-Vorschule untergebracht ist, soll, wie ich höre, Anschwellungen an den Nacken-, Achsel- und Leistendrüsen zeigen und auf beiden Seiten der knorpeligen Nasenscheidewand zirkumskripte hyperämische Stellen. Seine einstweilige Ueberführung in die Klinik nach Halle ist desshalb gleichfalls angeordnet.

Für den Medizinalbeamten ist nun die Frage noch von Interesse: Wie kommt es, dass die Krankheit, die in ihren Anfängen schon längere Zeit und besonders bei der Frau wohl zweifellos schon bei der Rückkehr nach Europa vorhanden gewesen ist, erst jetzt nach 4jährigem Aufenthalt hier erkannt wurde? Die Antwort darauf ist wohl sehr einfach und schon von Dr. Blaschko und Dr. Brasch[3]) in ihrem eingehenden Artikel über Lepra gegeben. Dr. Blaschko sagt dort unter anderen: „In Ländern, wo die Lepra vereinzelt auftritt, wird sie in den ersten Jahren meist nicht erkannt; ebendasselbe geschieht leider zu oft nur in den Lepraländern“ und fügt später noch hinzu: „. . . während gerade die besten Leprakenner immer wieder betonen, dass der Beginn der Erkrankung ausserordentlich schwer festzustellen und die Anfangssymptome ausserordentlich verschieden seien“. Danach ist es nicht wunderbar, dass die Krankheit auch bei unseren beiden Kranken bis jetzt falsch beurtheilt resp. nicht erkannt wurde. Der Kollege, der die Frau früher einige Male gesehen und jetzt auch die Diagnose gestellt hat, hat freilich Anfangs, wie er mir mittheilte — und daran zu zweifeln habe ich keinen Anlass —

[1]) Werden die Lepra-Bazillen von einem Leprakranken ausgeschieden und auf welche Weise verlassen sie den Körper? Inauguraldissertation von Karl Weber zu Halle a./S., 1897.

[2]) Ist inzwischen geschehen.

[3]) Beiträge zur Früh- und Differentialdiagnose der Lepra. Von Dr. A. Blaschko und Dr. Martin Brasch in Berlin. Allgemeine medizinische Zentralzeitung 1896, Nr. 77 und 78.

auch an Lepra gedacht, aber diesen Verdacht wieder fallen lassen, als ihm auf seine Frage, ob bei den Angehörigen der Frau Lepra geherrscht habe, von der Kranken eine verneinende Antwort gegeben wurde. Dass er sich hier mitten in Deutschland damit begnügt und nicht weiter nachgeforscht hat, ist wohl begreiflich, zumal wenn man bedenkt, dass nach dem ganzen Ausssehen und Verlauf die Frau ursprünglich wohl sicher an der reinen anästhetischen Form der Lepra gelitten hat. Gerade diese Form verläuft aber bekanntermassen weitaus langsamer und bietet oft lange Zeit als einzige Erscheinungen nur vage Schmerzen in verschiedenen Körpergebieten. Es ist also sehr leicht möglich, dass die Frau in der ersten Zeit ihres Hierseins überhaupt noch keine Flecken gehabt hat, womit auch die Angaben des Mannes übereinstimmen würden.

Zweitens hat der Kollege die Frau auch nur selten und in sehr grossen Zwischenräumen gesehen, das letzte Mal vor $1^1/_2$ Jahren, während erst seit etwa 15 Monaten nach den übereinstimmenden Mittheilungen der Familienglieder die Erkrankung sich so stark verschlimmert haben soll. In dieser ganzen letzten Zeit hat die Frau keinen Arzt gebraucht. Ich habe auch den Eindruck bekommen, als ob den Leuten gar nicht viel daran gelegen hätte, dass ein Arzt genauer in die Verhältnisse der Kranken hineinsähe. Aus manchen Aeusserungen des Mannes muss man den Schluss ziehen, dass die Familie, insonderheit die Frau gewusst oder wenigstens den Verdacht gehabt hat, sie selbst sei leprakrank, sich aber aus Furcht vor irgend welchen Eingriffen der Behörde sehr zurückgezogen gehalten hat. Thatsächlich ist der Kollege jetzt auch desswegen erst wieder geholt worden, weil eben die Frau der Familie immer mehr zur unerträglichen Last wurde und absolut nichts mehr mit ihr im Hause anzufangen war. Bei dem Knaben verhält es sich ja allerdings anders; für diesen hat der Vater seit dem Bestehen der Krankheit mehrfach ärztliche Hülfe (und nebenbei bemerkt, wohl auch noch andere) zugezogen, aber wie oben schon bemerkt, unglücklicherweise nicht den Arzt, der die Mutter behandelt hatte, sondern einen andern hiesigen Kollegen und eine Poliklinik. Da diese aber nicht von der Erkrankung der Mutter und wohl auch nicht von der Abstammung des Knaben unterrichtet wurden, so hat man auch hier nicht an Lepra gedacht, sondern die Sache für eine anderweite Hauterkrankung gehalten.

Die Krankheit wurde schliesslich dadurch erkannt, dass der Kollege, der zuerst die Frau behandelt hatte, jetzt wieder zugezogen wurde, und nun nicht nur die Frau im vorgeschrittenen Stadium, sondern auch dem Knaben neben seiner Mutter sah. Durch den Vergleich beider und in Folge eines weiteren äusseren Umstandes, dass er nämlich ganz zufälliger Weise kurz vorher Wachsmodelle mit den Anfangsstadien der Lepra vor Augen gehabt, wurde der betr. Arzt jetzt sogleich auf die Diagnose Lepra gebracht, die dann auch durch die weitere Untersuchung bestätigt wurde.

Wenn man sich alle diese Verhältnisse vergegenwärtigt, kann man wohl begreifen, wie die richtige Diagnose erst so spät

gestellt wurde; man sieht daher, wie leicht doch solche Fälle der Sanitätsbehörde verborgen bleiben können. Deshalb fordern auch diese beiden Erkrankungen, wie Brasch in dem oben zitirten Artikel sagt, „in unzweideutiger Weise, dass man in Zukunft bei jedem Falle von Muskelschwund, den ein Exanthem begleitet, die Herkunft des Kranken festzustellen und mit aller Umsicht an Lepra denken sollte, deren endemisches Vorkommen innerhalb der Grenzen unseres Vaterlandes doch eine Thatsache ist und deren Verschleppung von Ort zu Ort durch die gesteigerten Verkehrsverhältnisse so sehr begünstigt wird".

Aus Versammlungen und Vereinen.

I. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Cöln am 11. Mai d. J. Nachm. 3 Uhr im Hôtel Kaiser Wilhelm zu Cöln.

Anwesend waren: Reg.- und Med.-Rath Dr. Rusak-Cöln, die Kreisärzte DrDr. Bachem-Euskirchen, Eickhoff-Gummersbach, San.-Rath Esch-Waltrup-Cöln (Land), Hillebrand-Bergheim, Longard (Gerichtsarzt)-Cöln, Meder-Cöln (Stadt), Meerbeck-Wipperfürth, Geh. Med.-Rath Mörs-Mülheim a. Rhein, Schneider-Siegburg, Wirsch-Bonn; der Kreiswundarzt z. D. San.-Rath Dr. Remmets-Honnef und der Kreisassistenzarzt Dr. Bliesener-Cöln (Stadt).

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedachte Herr Geh. San.-Rath Dr. Mörs in warmen, dankerfüllten Worten des früheren Vorsitzenden, Herrn Reg.- und Med.-Raths Dr. Telke, jetzt in Breslau, namentlich auch seiner grossen Verdienste um die Konferenzen der Medizinalbeamten und um die in der letzten Sitzung ganz besonders auf seine Anregung hin erfolgte Gründung des Medizinalbezmten-Vereins für den Bezirk. Unter allgemeiner Zustimmung wurde sodann an Herrn. Med.-Rath Dr. Telke, der leider so schnell seine Stelle in Breslau hatte antreten müssen, dass eine Abschiedsfeier vom Vereine aus sich nicht hatte ermöglichen lassen, ein Begrüssungstelegramm gesandt.

Schliesslich brachte Mörs auch dem neuen Vorsitzenden, Reg.- und Med.-Rath Dr. Rusak, den Willkommensgruss des Vereins dar, auf den der Vorsitzende kurz erwiderte. Dieser machte alsdann noch einige **geschäftliche Mittheilungen**, namentlich auch in Betreff der neuen „Dienstanweisung für Kreisärzte". Er hob mehrere darin aufgenommene, die ganze Stellung des Kreisarztes betreffende Neuerungen hervor und ersuchte jeden Einzelnen, die ihm bemerkenswerth erscheinenden Punkte und Fragen ihm innerhalb 14 Tagen mitzutheilen; vielleicht würde es aber auch möglich sein, binnen Kurzem eine amtliche Konferenz der Medizinalbeamten zur Besprechung der Dienstanweisung zu veranlassen.

Alsdann wurde in die Tagesordnung eingetreten.

Punkt 1: Wahl a) des stellvertretenden Vorsitzenden;
b) des Schriftführers.

Da als erster Vorsitzender des auf der letzten Konferenz beschlossenen Medizinalbeamtenvereins statutenmässig stets der zeitige Reg.- und Medizinalrath fungirt, bedurfte es zur Konstituirung des aus drei Mitgliedern zu bildenden Vorstandes der Wahl eines stellvertretenden Vorsitzenden und des Schriftführers, dem auch die Kassengeschäfte obliegen.

Als stellvertretender Vorsitzender wurde gewählt: Geh. San.-Rath Dr. Mörs-Mülheim a. Rhein, als Schriftführer: Dr. Meder-Cöln.

Auf eine vor der Wahl eingebrachte Anfrage des Herrn Kreiswundarzt z. D. San.-Rath Dr. Remmets wurde einstimmig beschlossen, dass die bei dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Dienststellung der Kreisärzte zur Disposition gestellten Kreiswundärzte des Bezirks auch ferner als Medizinalbeamte des Regierungsbezirks anzusehen und damit nach §. 2 der Statuten stimmberechtigte Mitglieder geblieben seien (während statutengemäss die nicht beamteten pro phys. geprüften Aerzte nur als nicht stimmberechtigte Mitglieder aufgenommen werden können).

Punkt 2: Die beantragte **Entlastung der bisherigen Kassenführung** wurde ertheilt und ad 3: **Festsetzung des Jahresbeitrags**, in Anbetracht der günstigen Kassenverhältnisse beschlossen, in diesem Jahre keinen Beitrag zu erheben.

Punkt 4: **Besprechung betr. Erlass von Hebammentaxen.** Es sollten nur allgemeine Gesichtspunkte zur Sprache kommen, namentlich ob die Taxe für den ganzen Bezirk oder für jeden Kreis oder für Stadt und Land gesondert erlassen werden solle, event. nach welchen gemeinsamen Prinzipien, ob Minimal- oder Maximaltaxe etc.

Es ergab sich, dass die Verhältnisse innerhalb des Bezirks in den einzelnen Kreisen ganz überraschend mannigfaltige waren, sowohl in Bezug auf die gesammte soziale Lage der Bevölkerung, als auch im Betreff der Stellung der Hebammen im Allgemeinen.

Einzelne Kreise oder auch nur Bürgermeistereien haben Hebammen gegen Fixum angestellt (Kr. Bergheim), andere zahlen nur pro Armengeburt bestimmte Gebühren, einzelne liefern auch für Nichtarmengeburten die nöthigen Desinfektionsmittel.

Taxen bestehen bisher nur in zwei Kreisen.

Schliesslich war man sich darüber einig, dass die Taxen den so verschiedenen örtlichen Verhältnissen am besten sich anpassten, wenn sie kreisweise erlassen würden, event. getrennt für Stadt und Land, nach Fühlungnahme mit den Behörden und den Hebammen.

Zu Punkt 5: **Stellungnahme zu der von der Rheinischen Aerztekammer beschlossenen Erhebung eines Jahresbeitrages von 15 Mark von den Medizinalbeamten des Bezirks,**[1]) **hatte Herr Meder-Cöln das Referat übernommen.**

Derselbe führte zunächst aus, dass nach dem Wortlaute der gesetzlichen Bestimmungen und unter Berücksichtigung der in den Motiven und Verhandlungen der Parlamente über das Gesetz vom 25. November 1899, auch die Medizinalbeamten rechtlich verpflichtet seien, Beiträge zur Unterstützung nothleidender Aerzte (Hülfskasse bei der Aerztekammer zu Coblenz) nach erfolgter Veranlagung durch die Aerztekammer zu entrichten. Anderseits sei aber nach der durch Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes ausgesprochenen Pensionsberechtigung der Kreisärzte für diese das Interesse an einer solchen Unterstützungskasse fast ganz geschwunden, da der Medizinalbeamte viel weniger als der praktische Arzt in die Lage kommen werde, die zunächst nur als Unterstützungskasse für in finanzielle Noth gerathene Angehörige des ärztlichen Standes gedachte Kasse in Anspruch zu nehmen, so dass also auch billiger Weise der Medizinalbeamte von den Zwangsbeiträgen zu der Hülfskasse freizulassen sei.

Wenn auch die Versammlung im Allgemeinen, was die formelle Seite anbelangt, die Ausführungen des Referenten als zutreffend anerkannte, so hielt sie es doch für unzweckmässig, dem Antrage des Referenten gemäss Schritte in obigem Sinne bei dem Vorstande der Aerztekammer zu thun, namentlich auch, um nicht den Unterschied zwischen beamteten und nicht beamteten Aerzten noch mehr hervorzukehren; vielmehr wurde empfohlen, den von der Aerztekammer festgesetzten Beitrag unverkürzt zu zahlen, indem man annahm, dass die Differenz von 5 Mark zu Gunsten der beamteten Aerzte dadurch begründet werde, dass die Medizinalbeamten dem ehrengerichtlichen Verfahren der ärztlichen Standesvereine nicht unterstehen und somit auch für dessen Kosten nicht beitragspflichtig sind.

Am 2. Juni fand sodann im Sitzungssaale der Königlichen Regierung in der durch den Herrn Regierungspräsidenten einberufenen **amtlichen Konferenz der Medizinalbeamten** unter Vorsitz des Herrn Reg.- und Medizinal-Raths Dr. Rusak **die Besprechung der Dienstanweisung für Kreisärzte statt,** bei der sich jedoch so viel des Neuen und Besprechungswerthen fand, dass trotz mehrstündiger angestrengtester Berathung nur die erste Hälfte der Anweisung erledigt werden konnte.

Daran anschliessend fand ein gemeinschaftliches Essen im Hôtel Kaiser Wilhelm statt. Dr. Meder-Cöln.

[1]) **Die nicht beamteten Aerzte zahlen 20 Mark.**

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber den Tod durch giftige Gase. Von Dr. Moritz Fürst-Hamburg. Berlin 1901. Verlag von Vogel & Kreienbrink. Kl. 8°; 50 Seiten.

In einer sehr lesenswerthen und interessanten Arbeit schildert Verfasser die Vergiftung durch Gase und berücksichtigt Kohlenoxyd, Kohlensäure, Schwefelwasserstoff, Stickoxydul, Arsenwasserstoff, Phosphorwasserstoff, Cyanwasserstoff, Ammoniak, Chlorgas, schweflige Säure und salpetrige Säure. Er behandelt die Aetiologie, die Symptomatologie, die pathologische Anatomie und die gerichtsärztliche Erkenntniss dieser Vergiftungen.

Besonders eingehend spricht er über die Vergiftung durch CO haltige Gasgemische und erwähnt hier die vier Stadien, das der Betäubung, der Konvulsionen, der Asphyxie und der Erholung. Uns interessirt besonders der Leichenbefund und das hier angeführte Zitat Seidel's, dass der Befund so positiv sein kann, dass ein Blick genügt, um eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen, dass aber auch Fälle vorkommen mit vollkommen negativem Befunde.

Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Ueber den Einfluss verschiedener Gifte auf die Todtenstarre. Dissertation von Walther Pilz. Königsberg 1901.

Verfasser verbreitet sich zunächst über die Todtenstarre und den Einfluss, den das Zentralnervensystem auf sie hat. Er spricht weiter davon, dass die Gerinnung des Myosins wohl eine sehr wesentliche Theilerscheinung der Starre ist, aber nicht den ganzen Prozess ausmacht, der ganz identisch ist mit einer vitalen Kontraktion. Auch die kataleptische Todtenstarre wird gestreift sowie der Einfluss des Alters, der Temperatur und der Todesursache erwähnt.

In einer Reihe von Versuchen wird hierauf die Einwirkung verschiedener Gifte auf die Starre festgestellt: Strychnin, Veratrin, Pilokarpin, Atropin wirken sehr beschleunigend, in geringerem Grade auch Oxalsäure und Blausäure; verzögernd wirken Chloralhydrat, Kokain, Kurare und Koniin. Arsen und Chloroform (Inhalation) wirken auf den Eintritt der Starre beschleunigend, auf die Lösung verlangsamend.

Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Der mikroskopische Nachweis von Blut zu gerichtlich-medizinischen Zwecken. Von Dr. Max Richter, Landesgerichtsarzt und Assistent am Institut für gerichtliche Medizin in Wien (Prof. A. Kolisko). Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin; 1900, Nr. 5 und 6.

Das Vorhandensein von Blut soll bewiesen werden durch das Spektroskop, durch die Darstellung der Häminkrystalle und endlich durch den mikroskopischen Nachweis der morphologischen Elemente des Blutes. Dieser letztere Beweis wird bekanntlich so geführt, dass von der Blutspur kleine Partien abgelöst, abgekratzt, mit einer Mazeriationsflüssigkeit aufgeweicht und nach entsprechendem Zerzupfen untersucht werden.

Von dieser Mazerationsflüssigkeit verlangt Verfasser, dass sie den Blutfarbstoff nicht löse, dass sie geschrumpfte und zerknitterte Blutkörperchen zur Quellung bringe und endlich die Isolirung der einzelnen rothen Blutkörperchen ermögliche. Unter Berücksichtigung dieser Forderungen untersucht Verfasser die gebräuchlichen Zusatzflüssigkeiten in Bezug auf ihr Lösungsvermögen dem Blutfarbstoffe gegenüber und auf ihren Einfluss, den sie auf die Form der rothen Blutkörperchen haben. Nachdem er betont hat, dass das Reagens, welches Blutkörperchen isoliren soll, vor allen Dingen auch fibrinlösend wirken muss, kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

Nach der spektroskopischen Untersuchung des Blutes und der Darstellung von Häminkrystallen ist die Blutspur mikroskopisch auf kernlose Blutscheiben zu untersuchen.

Durch Messung der Blutkörperchen eine Entscheidung über die Herkunft des Blutes zu treffen, ist nur ausnahmsweise möglich.

Während andere geformte Elemente des Blutes für uns nicht verwerthbar sind, können fremde geformte oder amorphe Beimengungen (Epithelien, Harn u. s. w.) für uns werthvolle Fingerzeige enthalten.

Auch das Fehlen von Fibrin kann event. von Bedeutung sein; dagegen lässt die mikroskopische Untersuchung einen Schluss auf das Alter der Blutspur nicht zu. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Eine Methode zur Unterscheidung der verschiedenen Blutarten, im Besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes. Von Stabsarzt Dr. Uhlenhut. Aus dem hygienischen Institute der Universität Greifswald. Deutsche med. Wochenschrift; 1901, Nr. 6.

Die vorliegende Arbeit hat für die gerichtsärztliche Praxis grosses Interesse, ob sie aber für den einzelnen Gerichtsarzt praktische Bedeutung gewinnen wird, möchte Ref. zunächst noch bezweifeln, da zu den Versuchen ein immerhin nicht ganz kleiner Thierstall gehört, wenn man sich nicht von einem negativen Ergebniss zufrieden stellen lassen will.

Verfasser behandelte Kaninchen mit einer bestimmten Blutart, z. B. Rinderblut und brachte nun Serum von diesem vorbehandelten Kaninchen in irgend eine verdünnte Blutart. Es standen ihm 19 Blutarten zur Verfügung. Sämmtliche Blutlösungen blieben klar, nur in dem Rinderblut entstand eine Trübung; war das Kaninchen mit Menschenblut vorbehandelt, so zeigte sich nur in dem verdünnten Menschenblute ein Niederschlag. Ja sogar mit vier Wochen altem, angetrocknetem Blute konnte diese spezifische Reaktion prompt hervorgerufen werden; Thatsachen, auf die doch die Aufmerksamkeit gelenkt zu werden verdient. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Ueber den Sauerstoffgehalt des Leichenblutes in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. Von Prof. Dr. Erich Harnack-Halle. Aus dem pharmakologischen Institut zu Halle a. S. Klinisches Jahrbuch; Band VII, Heft 5. Jena 1900. Verlag von Gustav Fischer.

In seiner bekannten geistreichen Weise hat Verfasser dieses interessante Thema behandelt.

In v. Hofmann's Lehrbuch steht der Satz: Jedes normale Leichenblut habe seinen Sauerstoff allmählich abgegeben und enthalte nur reduzirtes Hämoglobin, zeige deshalb die dunkle (hypervenöse) Farbe und im Spektroskop nur den einen Absorptionsstreifen. Ist das richtig? Kann nicht trotz des einen Absorptionsstreifens noch Oxyhämoglobin im Leichenblut vorhanden sein? Wie gross, oder richtiger wie klein muss der Gehalt an Oxyhämoglobin sein, wenn wir bei der spektroskopischen Untersuchung doch nur einen Streifen erblicken?

Zur Entscheidung dieser Fragen wurden Leichenblutproben unter Luftabschluss entnommen, und die Probe sofort im Vacuum untersucht. In der grossen Mehrzahl der Fälle wurde nur ein Absorptionsstreifen gesehen, namentlich dann, wenn die Sektion später als 15—20 Stunden post mortem gemacht wurde. In einzelnen Fällen aber wurden die beiden Streifen des Oxyhämoglobins deutlich erblickt. Allerdings war die Methode nicht fehlerfrei; es konnte bei der Entnahme der Blutprobe event. Luft in das Vacuum mit hinein gerissen werden, wie anderseits auch das Blut im Vacuum Sauerstoff abgeben kann.

Von den Fragen: Wie gross sind die Mengen von Oxyhämoglobin, die in einer Hämoglobinlösung entstehen, wenn diese mit Sauerstoff unter überaus niedrigem Drucke zusammengebracht wird und welche relative Mengen von Oxyhämoglobin sind neben erheblich grösseren Hämoglobinmengen mittelst des einfachen Spektroskops noch erkennbar? wird die erstere durch geistreiche und interessante Berechnungen beantwortet, während die andere noch unbeantwortet bleiben muss.

Soweit der theoretische Abschnitt.

Der praktisch-forensische Theil stellt zunächst die Frage: Was beobachtet man spektroskopisch, wenn die Blutproben der Leiche so entnommen werden, wie es ausnahmslos bei gerichtlichen Sektionen geschieht?

Wird sofort untersucht, so sieht man — so lange das Blut nicht gefault ist — in der grossen Mehrzahl der Fälle beide Absorptionsstreifen, trotzdem das Blut dunkel, hypervenös, aussehen kann. Denn ein Blut, das 80 % Hämoglobin und 20 % Oxyhämoglobin enthält, kann sehr wohl hypervenös aussehen und doch das Oxyhämoglobinspektrum geben. Geschieht aber die Untersuchung nicht sofort, so kann auch im Blute, welches in einem Fläschchen eingeschlossen ist, durch innere Verzehrung der Sauerstoff verschwinden; man erhält dann

nur das Hämoglobinspektrum. Oeffnet man die Flasche und lässt der Luft freien Zutritt, so zeigen sich nach einiger Zeit wieder beide Streifen.

Das Resultat seiner Arbeit fasst Verfasser in folgende zwei Sätze zusammen:

1. Die Frage, an welchem Zeitpunkt zwischen dem Eintritt des Todes und dem Beginn der Fäulniss der Sauerstoffgehalt des Leichenblutes so gering geworden ist, dass er sich spektroskopisch nicht mehr nachweisen lässt, kann in irgendwie allgemein gültiger Weise nicht beantwortet werden. Jedenfalls ist die Annahme unzutreffend, dass jedes (normale) Leichenblut nur reduzirtes Hämoglobin enthalte.

2. Wenn die Blutproben der Leiche so entnommen werden, wie es ausnahmslos bei gerichtlichen Sektionen geschieht und auch nicht gut anders geschehen kann, so beobachtet man in der grossen Mehrzahl der Fälle das Spektrum des Oxyhämoglobins. Das hypervenöse Aussehen des Leichenblutes steht damit nicht im Widerspruch, da relativ geringe Mengen Oxyhämoglobin neben weit grösseren Mengen von Hämoglobin spektroskopisch noch nachgewiesen werden können, wenn man nur in genügend dünner Schicht des unverdünnten Blutes untersucht. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Ursachen der Karbolgangrän. (Experimentelle Untersuchungen.) Von Dr. Franz Rosenberger. Verhandlung der Phys. med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F., Bd. XXXIV; Würzburg 1901. Verlag von A. Stuber. (C. Kabitzsch). Gr. 8°; 15 Seiten.

Zahlreiche Versuche lassen den Verfasser annehmen, dass die Karbolgangrän zu Stande kommt durch Einwirkung des Desinficiens auf das Blut. Die Karbolsäure wirkt gerinnungsverzögernd; Behinderung in der Zirkulation spielt die Hauptrolle beim Zustandekommen der Karbolgangrän. Wird durch aktive Bewegungen für gute Zirkulation gesorgt, so entsteht keine Gangrän.

Die Wirkung der Karbolsäure ist zunächst eine den oberflächlichen Epithellagen Wasser entziehende; dann koagulirt das Protoplasma-Eiweiss zum Theil. Jetzt könnte ein kräftiger Blut- oder Lymphstrom noch Erholung bringen, bleibt er aber aus, so kommt es zunächst zur Stase und sehr viel später — wegen der gerinnungsverzögernden Wirkung — zur Thrombose. Blut- und Lymph-Stagnation führen zur Nekrose. Eine gewisse Disposition spielt auch hier eine Rolle. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Die Rehabilitirung des ärztlichen Sachverständigen-Zeugnisses. Von A. Bach, Ex-praesident der med.-legal society. The medico-legal journal; XVIII, Nr. 4, März 1901.

Obwohl es die Pflicht der Aerzte ist, die Rechtspflege in der Erforschung der Wahrheit zu unterstützen, findet sich in Amerika bei den Aersten die grösste Abneigung, ja sogar die absolute Weigerung, als Sachverständiger vor Gericht aufzutreten. Eine Besserung der Verhältnisse ist zunächst nur dann möglich, wenn die strengen Gesetze über die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses geändert oder gemildert werden, so dass der Arzt befugt wird, dem Richter alle die Thatsachen zu offenbaren, deren Kenntniss für die richterliche Beurtheilung von Werth ist. Es darf also nicht vorkommen, dass — ein Fall,[1]) der jüngst in Frankreich passirt ist — ein Arzt wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses strafrechtlich verfolgt wird, wenn er solche Offenbarung macht.

Ferner darf der Sachverständige nicht mehr von den Parteien gewählt werden, desgleichen muss er in seiner Wissenschaft besonders bewandert sein und endlich absolute Ehrenhaftigkeit besitzen, ein Ideal der Rechtschaffenheit darstellen. Heute kommt es vor, dass der Arzt, da er wegen Meineides nicht verfolgt werden kann, irgend etwas beschwört, was im Interesse seines Auf-

---

[1]) Nach dem Tode des berühmten Malers Bastien Lepage brachten die Zeitungen die schlimmsten Andeutungen über die Art der Krankheit, die den Tod herbeigeführt habe. Sein Arzt dementirte diese Angaben und fügte hinzu, der Maler habe an Krebs gelitten. Wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses wurde er nach dem Code pénal zu 100 Frs. Geldstrafe verurtheilt.

traggebers liegt; das soll künftig nicht mehr möglich sein. Auch Unwissenheit darf nicht mehr als Entschuldigung für unwahre Angaben dienen.

Mindestens 10 Jahre praktischer Erfahrung in der Ausübung des besonderen Zweiges seiner Kunst sollen erforderlich sein, ehe der Arzt als Sachverständiger auftreten darf. Behördlich bestellte Examinatoren haben den besonderen Grad der Befähigung zum Sachverständigen zu bezeugen.

Der gerichtlich medizinischen Gesellschaft soll schliesslich das Recht gegeben werden, diejenigen Aerzte, die sich unrechtmässiger Praktiken vor Gericht schuldig gemacht haben, zu beanstanden oder aus dem ärztlichen Stande auszuschliessen. Dr. Mayer-Simmern.

Aerztliches Sachverständigen-Zeugniss. Von G. M. Bell. The medico-legal journal; XVIII, Nr. 4, März 1901, S. 626.

Um den jetzt auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin in den Vereinigten Staaten herrschenden Missständen ein Ende zu machen, schlägt der Verfasser vor, dass in jedem Staate 2 vom Gouverneur auf Empfehlung der obersten Gerichtsbehörde bestellte Aerzte ernannt werden sollen, die als öffentliche Sachverständige fungiren sollten. Die Lauterkeit ihres Charakters, das Ansehen ihres ärztlichen Rufes würden sie über die Parteien stellen und das jetzt bei Richtern und Geschworenen gegen die Wahrhaftigkeit ärztlicher Gutachten bestehende Vorurtheil überwinden.

Der Redakteur des med. leg. journal befürwortet diesen Vorschlag und weist darauf hin, dass in Deutschland bereits eine solche Einrichtung herrsche; sie würde ein grosser Sporn zu wissenschaftlicher Förderung für die Aerzte sein. In einer solchen Schule habe Orfila seine Sporen verdient und auch an Casper zeige es sich, was die wissenschaftliche Welt an einer Institution, wie sie die geplante ist, gewinnen könne. Dr. Mayer-Simmern.

Die Prognose der Geisteskrankheiten. Von Dr. Georg Ilberg, Oberarzt an der Königl. sächs. Irrenanstalt zu Sonnenstein. Halle a. S. bei Marhold, 1901, 29 Seiten. Preis: 1 Mark.

Der Verfasser bespricht unter Anlehnung an die Auffassung und Klassifikation Kraepelin's die Prognose der einzelnen Krankheitsgruppen. Sowohl die Manie wie die Melancholie treten nach der Lehre des genannten Autors in dem grössten Theil der Fälle periodisch auf, wenn auch die einzelnen Anfälle durch jahrzehntelange Intervalle getrennt sein können. Nur die Melancholie des Involutionsalters bietet eine günstige Prognose, zieht sich jedoch nicht selten über ein Jahr hin. Bei der Entlassung eines Melancholischen aus der Anstaltspflege empfiehlt Verfasser mit Recht grosse Vorsicht, da eine leichte Besserung oft vorgetäuscht wird und grade im Zustande der Remission häufig Selbstmord verübt wird. Ein wichtiger Anhaltspunkt ist in solchen Fällen das gleichzeitige Ansteigen des Körpergewichts beim Nachlass der Krankheitssymptome. Bei Besprechung der Paralyse werden die verschiedenen Formen unterschieden, von denen die depressive mit Vorliebe das weibliche Geschlecht befällt und gegenüber der expansiven sich durch meist schnelleren Verlauf auszeichnet. Sehr beachtenswerth ist bei Stellung der Prognose die Möglichkeit einer länger dauernden Remission, die vorzüglich, was Verfasser zu erwähnen unterlässt, nach den Untersuchungen von Gaupp bei der klassischen — manischen — Form vorkommt. Zutreffend ist die Angabe des Verfassers, dass manche Formen von alkoholistischen Psychosen bei durchgeführter Abstinenz eine günstige Prognose bieten, während die chronische Verrücktheit zwar im Allgemeinen ungünstig zu beurtheilen ist, im Einzelnen aber recht weitgehende Besserungen, oder einen wesentlichen Nachlass des begleitenden Affekts gelegentlich erkennen lässt. Bemerkenswerth ist schliesslich die Mittheilung des Verfassers, dass er bei den meist sehr ungünstig beurtheilten Fällen von Hebephrenie wesentliche Remissionen, die eine Entlassung aus der Anstalt unbedenklich gestatteten, in einzelnen Fällen beobachtet hat, während im Allgemeinen die Prognose allerdings durchaus ungünstig ist.

Dr. Pollitz-Münster.

Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie akuter Geistesstörungen. Von Dr. M. Sander. (Nach einem auf der Jahresver-

sammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in Frankfurt a. M. gehaltenen Vortrage.) Archiv für Psychiatrie; 1901, XXXIV. Bd., 2. H.

Die Untersuchungen der pathologischen Veränderungen des Gehirns haben sich bei den sogen. funktionellen Psychosen bisher vorzüglich auf gewisse schnell verlaufende Psychosen erstreckt, die man mit dem Namen Delirium acutum zusammenfasst. Es fanden sich in solchen Fällen Veränderungen in den Ganglienzellen, die viel Analogien bieten mit der trüben Schwellung der inneren Organe bei Infektionskrankheiten. Neben diesen Befunden war die hochgradige Hyperämie am bemerkenswerthesten; daneben Leukozythenanhäufungen nebst entzündlichen Erscheinungen an den Gefässen und in der Glia. Das ganze Bild ist nach dem Verfasser mit einiger Einschränkung als beginnende akute Encephalitis aufzufassen. Der Verfasser legte sich die Frage vor, wie weit derartige Hirnveränderungen das Produkt einer Infektion sind und ohne psychische Symptome bei Infektionskrankheiten wieder gefunden werden. Diese Frage wurde durch Gehirnuntersuchungen bei Todesfällen an Diphtherie, Septicämie, Pneumonie u. a. m. bejaht und damit die weitere Annahme, dass das Delirium acutum infektiösen Ursprungs sei, sehr wahrscheinlich gemacht. Es gelang in der That, in einigen hierher gehörigen Fällen aus dem Gehirn Staphylococcus und Fränkels Pneumoniecoccus und den Influenzabacillus zu züchten.

In einem vierten Fall, der klinisch ein etwas anderes Bild bot, fanden sich ebenfalls in Gehirn, Lunge und Milz charakteristische Bakterienfunde. In einem fünften Falle war der Befund negativ. Die bakteriologischen Untersuchungen wurden von Ehrlich und Max Neisser geprüft; auf Grund derselben kommt S. zu dem Schlusse, dass es sich bei dem Delirium acutum um schwere toxische Prozesse handelt, die im Gehirn bestimmte, durch ihre Intensität charakteristische Zellveränderungen hervorrufen. Es ist hinzuzufügen, dass der Befund von Bakterien im Gehirn nur in der ersten Zeit der Erkrankung möglich ist, da dieselben sehr schnell im Gehirn zu Grunde gehen; es handelt sich in solchen Fällen stets um eine Allgemeininfektion unter Mitbetheiligung der Hirnrinde. Dr. Pollitz-Münster.

Klinische Beiträge zur Katatonie. Von Dr. Schüle-Illenau. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 58. Bd., 2. und 3. H.

In einer höchst interessanten Studie beschäftigt sich der Verfasser mit der viel erörterten Katatoniefrage, indem er darauf hinweist, dass die Meinungen zwar noch vielfach auseinandergehen, dass aber in vielen wichtigen Punkten eine gewisse Uebereinstimmung angebahnt sei. Zu letzteren rechnet er die von den meisten Autoren acceptirte Auffassung, dass der katatone Symptomenkomplex zu einer eigenartigen Demenz führe, die sich nicht so sehr in „einem brüsken Verlust des geistigen Besitzes“ äussert, als in einer psychischen Hemmung, und ferner die Konzession, dass die Krankheit durchaus nicht regelmässg eine ungünstige Prognose biete. Schüle betont nun nach der klinischen Seite, dass der katatone Prozess nicht nur selbstständig auftritt, sondern dass er nicht selten „episodisch“ im Verlaufe anderer Krankheiten, speziell der Paralyse und der chronischen Paranoia beobachtet wird. Es gilt dies für manche Fälle periodischer Manien, die vor der Genesung eine katatone Phase erkennen lassen, und ferner für gewisse Fälle von Melancholie, die früher als Melancholia attonita beschrieben wurden. Grade für diese nimmt Schüle, getreu seinem früher festgelegten Standpunkt, eine Trennung von der grossen Gruppe der Katatonie in Anspruch. Auch akute und subakute halluzinatorische Verwirrtheitszustände leiten sich nicht selten durch einen katatonen Pseudostupor ein, der oft in Genesung übergeht. — Schüle erörtert weiterhin die Symptomatologe des katatonen Komplexes. In erster Linie steht hier die Beurtheilung des Bewusstseinszustandes, der, von tiefer soporartiger Leere, die verschiedensten Abstufungen darbietet, indem zeitweise kurz dauernde vollkommene Orientirung und korrekte Urtheilsfähigkeit mit tiefer traumartiger — oft halluzinatorisch bedingter — Benommenheit wechselt. Ein ebenso wechselndes Bild bietet die Stimmungslage der Kranken; auch hier finden sich alle Abstufungen und ein vielfacher, oft stürmischer, raptusartiger Wechsel. Schliesslich sei noch der Auffassung des Autors über die Prognose gedacht. Gegenüber der Ansicht Kraepelin's betont Sch., dass das Auftreten katatoner Symptome an sich noch keine ungünstige Vorbedeutung habe; je deutlicher jedoch

Anfangs bereits die intellektuelle Schädigung in die Erscheinung tritt, je grotesker der Inhalt der Wahnideen ist, um so ernster sind die Aussichten.
Dr. Pollitz-Münster.

Tetanie und Psychose. Von Dr. Luther, Assistenzarzt an der Provinzialirrenanstalt Ueckermünde. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 1901, 58. Band, 2. und 3. Heft.

Gegenüber der bisher gültigen Anschauung, dass der eigenthümliche — als Tetanie bezeichnete — Krampfzustand das Sensorium frei lasse und nur ausnahmsweise von einer Psychose gefolgt werde, zeigt L. an einem sorgfältig beobachteten Falle, dass auch umgekehrt, im Verlaufe einer Psychose Zustände von Tetanie vorkommen können. Der Fall selbst verdient ein gewisses Interesse: intra vitam bot er das Bild einer hochgradigen halluzinatorischen Verwirrtheit und Erregung, mit den Symptomen eines Delirium acutum, in anatomischer Hinsicht fanden sich Befunde, die auf eine Paralyse hindeuteten. Verfasser sucht die klinische Seite mit dem pathologischen Ergebniss durch die auch für die Tetanie massgebende Erklärung einer schweren Intoxikation in Uebereinstimmung zu bringen. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber die Prognose der Epilepsie. Von San.-Rath Dr. Habermann-Schloss Stettin. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 1901, 58. Bd., 2. und 3. H.

Während ein Theil der Autoren die Prognose der Epilepsie vielfach recht günstig auffasst und jedem neuen therapeutischen Vorschlage höchst optimistisch gegenübersteht, betrachten nicht wenige die Aussichten des Epileptikers überaus ungünstig. H. hat seinen Untersuchungen ein Material von 863 Fällen der Anstalt zu Stettin zu Grunde gelegt. Seine Ergebnisse gipfeln in folgenden Sätzen: Heilung trat in etwa 10% der Fälle ein, frei von Störungen der Intelligenz blieben 17,3%, erwerbsfähig 21% und theilweise erwerbsfähig weitere 30%; dadegen beträgt die durchschnittliche Lebensdauer nur 25 Jahre, 60% der Kranken gehen an ihren Anfällen zu Grunde. Die Prognose wird um so günstiger, je weniger eine geistige Störung mit dem Krampfzustande kombinirt ist. Die hereditäre Belastung hat eine geringere Bedeutung als allgemein angenommen wird. Die Heilungsaussichten sind bei frühzeitig einsetzender Behandlung am günstigsten. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber pathologische Rauschzustände. Von Privatdozent Dr. Heilbronner-Halle. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 24 und Nr. 25.

Mit Rücksicht auf die forense Wichtigkeit der unter dem Einflusse von Alkohol entstehenden pathologischen Rauschzustände und mit Rücksicht auf die Thatsache, dass ein grosser Prozentsatz der kriminellen Handlungen auf Alkoholexzesse zurückzuführen ist, erscheint die Arbeit des Verfassers, welcher die einschlägige Materie sehr klar und ausführlich behandelt, nicht nur sehr zeit- und zweckgemäss, sondern auch sehr verdienstvoll.

Leider ist es nicht möglich, im Rahmen eines Referates die Arbeit in grösserem Umfange mitzutheilen, weshalb ich nur kurz anzudeuten mir erlaube, dass Verfasser nach Feststellung des Begriffes „des pathologischen Rauschzustandes" die einzelnen Symptome desselben, insbesondere den Affekt der Angst, expansive Affekte, den Verlust der Orientirung, den ängstlichen Beziehungswahn und in Verbindung mit diesem den Eifersuchtswahn, die Halluzinationen auf optischem und akustischem Gebiete, die Grössenideen, die motorischen Entladungen etc. schildert.

Ferner verbreitet sich Verfasser über Ausbruch, Dauer und Abschluss des pathologischen Rauschzustandes, ferner über Art und Quantum des genossenen alkoholischen Getränkes, sowie über die zum pathologischen Rauschzustand disponirenden bezw. prädisponirenden Momente und den letzten Anlass zum Ausbruche des genannten Zustandes.

Schliesslich giebt Verfasser werthvolle Anhaltspunkte für die Diagnose bezw. Differentialdiagnose des pathologischen Rauschzustandes und gewöhnlicher schwerer Betrunkenheit, endlich höchst schätzbare Winke für die Abgabe von Gutachten über derlei Fälle mit Bezug auf §. 51 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich. Dr. Waibel-Kempten.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Neuere Untersuchungen auf dem Gebiete der Bakteriologie und Serodiagnostik. Vortrag, gehalten in der 22. öffentlichen Versammlung der Balneolog. Gesellschaft zu Berlin, im März 1901. Von Prof. Dr. Kolle-Berlin. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1901, Nr. 48.

Redner spricht über die moderne bakteriolog.-ätiolog. Forschung, über die moderne Immunitätslehre und will dann die Diagnostik einiger exotischer Krankheiten streifen.

Er unterscheidet die Giftimmunität und die Bakterienimmunität, erwähnt die agglutinirenden Stoffe und ihren Einfluss auf die Diagnose; definirt die „Schlagworte" Seitenkettentheorie und Komplemente und kommt endlich auf die Blutuntersuchungen zu sprechen, wie sie z. B. in einer Arbeit von Uhlenhut (s. Referat darüber S. 512) niedergelegt sind; den Schluss bilden einige Worte über Pest und Malaria. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Der gegenwärtige Standpunkt in der Bekämpfung des Kindbettfiebers. Von Dr. Paul Schenk-Berlin. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. XXXIII, H. 2.

Der Aufsatz enthält für die Leser der Zeitschrift nichts wesentlich Neues. Wir beschränken uns deshalb darauf, die wichtigsten Punkte der Ausführungen in einem vom Verfasser gegebenen Resumé zusammenzufassen, das wie folgt lautet:

Die Bekämpfung des Kindbettfiebers ist in der Hauptsache vorbeugender Natur. Unter den Verhütungsmassregeln steht in erster Linie die Beschränkung der inneren Untersuchungen und der geburtshülflichen Operationen auf das dringendst Nothwendige. Bei jeder inneren Untersuchung und jedem sonstigen inneren Eingriff ist die peinlichste Reinigung der Hände und der zur Benutzung gelangenden Instrumente, sowie der äusseren Geschlechtstheile und ihrer Umgebung Vorbedingung. Speziell bei der Händedesinfektion kommt es weniger auf die Art des Desinficiens, als auf die Gründlichkeit der Säuberung an.

Prophylaktische Scheidenausspülungen sind unzweckmässig und den Hebammen jedenfalls zu untersagen.

Auch die Hebammen müssen in die Lage gesetzt werden, das Wesen der Desinfektion dermassen zu beherrschen, dass eine zeitweilige Suspension von der Praxis überflüssig wird. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es nöthig, dass an die Ausbildung und Fortbildung der Hebammen höhere Ansprüche gestellt werden, sowie dass den Hebammen überall ein ausreichendes Mindesteinkommen sichergestellt und die Sorge für Alter und Invalidität abgenommen wird. Dagegen erscheint eine bessere Vorbildung der dem Hebammenberufe sich widmenden Frauen nicht nothwendig. Wir brauchen neben den Hebammen eine grössere Zahl von Krankenpflegerinnen, welche für das Wochenbett besonders geschult sind, damit die Hebammen in jedem Falle von der Pflege kranker Wöchnerinnen befreit werden können.

Bei Einhaltung aller Verhütungsmassregeln muss die ausserhalb der Anstalten gegenwärtig noch sehr hohe Sterblichkeit an Kindbettfieber auf mindestens die Hälfte der gegenwärtigen Höhe (in Preussen 2,24 von Tausend) sinken. In einzelnen kulturell tief stehenden Landestheilen, speziell in den östlichen Provinzen Preussens, wird sich eine Besserung nur durch tiefgreifende soziale und hygienische Reformen erzielen lassen.

(Die vom Verfasser aufgestellte Forderung, in dieser Gegend die Niederlassung von Aerzten, deren geburtshülfliches Können allen Ansprüchen genügt, und Versorgung des theilweise nur dünn bevölkerten Landes mit tüchtigen und an Zahl genügenden Hebammen event. durch reiche Unterstützung aus öffentlichen Mitteln zu befördern, verdient alle Beachtung. Ref.)

Dr. Glogowski-Görlitz.

Erholungsstätten. Von Dr. med. Th. Sommerfeld-Berlin. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; XXXIII. Bd., H. 2.

Dass überfüllte Wohnräume zur Brutstätte für mancherlei Krankheiten werden, ist eine unbestrittene Thatsache, ebenso ist es einleuchtend, dass in solchen eine Rekonvaleszenz nach schwerer Krankheit sich kaum vollziehen

kann. Spaziergänge, die in der Grossstadt meist nur auf die Strassen oder öffentlichen Plätze sich beschränken können, führen den Rekonvalescenten wohl kaum genügend „gute“ Luft zu. Und doch ist diese bei den Krankheiten der Athmungsorgane geradezu als der wichtigste, bisweilen sogar als der alleinige Heilfaktor anzusehen.

Diese Erwägungen führten die Berliner Aerzte W. Becher und R. Lennhof dazu, den Anstoss zur Errichtung von Erholungsstätten zu geben, in denen auch unbemittelten Gesunden ein ausgedehnter Aufenthalt in frischer Luft ermöglicht wird. Für Berlin wurde vom Volksheilstättenverein vom Rothen Kreuz, der Zentralkommission der Krankenkassen und einem Damenkomitee, mit Ihrer Exzellenz, Frau Kultusminister Dr. Studt an der Spitze diese Idee verwirklicht, indem in einem mit Nadel- und Laubholz bestandenen Walde in der Nähe des Bahnhofs Jungfernheide die erste „Erholungsstätte vom Rothen Rreuze“ eingerichtet wurde, die sich so vorzüglich bewährte, dass die baldige Einrichtung einer zweiten, nur für Frauen bestimmten in Aussicht genommen ist.

Sommerfeld schildert ausführlich die Einrichtungen dieser Stätte und die Art des Verkehrs zwischen ihr und den Krankenkassen, aus deren Mitglieder naturgemäss die Besucher sich hauptsächlich rekrutiren. Einige Ausführungen allgemeiner Art seien hier wiedergegeben: Die Erholungsstätte ist von 8 Uhr Morgens bis 7 Uhr Abends geöffnet; die Patienten bringen sich ihr Essen mit und können dieses in der Wirthschaftsbaracke aufbewahrt und unentgeltlich gewärmt erhalten. Für den mässigen Preis von 20 Pfennigen wird auch denen, die es wünschen, ein nahrhaftes Mittagessen aus der Küche geliefert. Aerztliche Behandlung erfolgt in der Baracke nicht. Es kann natürlich nur eine beschränkte Anzahl Erholungsuchender aufgenommen werden, die, sobald Plätze frei werden, der Reihe nach einberufen werden. Die Besuchsziffer schwankte je nach der Witterung zwischen 100—150 Personen. Im Ganzen wurden vom 25. Mai bis Ende September 1899 — an diesem Tage wurde die Erholungsstätte geschlossen — 12300 Verpflegungstage gewährt. Die Mehrzahl der Kranken waren Tuberkulöse, die zum Theil zur Aufnahme in eine Lungenheilstätte bestimmt waren, ferner solche, die aus letzteren bereits entlassen waren, aber noch der Schonung bedurften; die dritte und grösste Gruppe bildeten Kranke, die sich nicht mehr zur Heilstättenpflege eigneten. Die erzielte Besserung war eine sehr erfreuliche. Einen Uebelstand bilden noch die grossen Kosten für tägliche Hin- und Rückreise auf der Bahn, da sogenannte Arbeiterfahrkarten von den Behörden bisher nicht zugestanden wurden. Das Benehmen der Kranken war musterhaft.

Dr. Glogowski-Görlitz.

---

1. **Die Nürnberger Schulbank.** Von Ingenieur Gg. Sichelstiel und Dr. Paul Schubert in Nürnberg. (Mit 6 Abbildungen im Text). Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; Nr. 2, 1901.

2. **Die Rettigbank und ihr neuester Konkurrent.** Von Hans Suck. Mit 3 Abbildungen im Text. Ebenda; 1901, Nr. 4 und 5.

Die zweisitzige Schulbank mit fester Minusdistanz hat in Folge ihrer vielen Vorzüge — einfache Bauart, Billigkeit, grössere Haltbarkeit und geringere Abnutzung, geräuschloser Betrieb und, nicht zuletzt, die bessere Möglichkeit die Schulzimmer zu reinigen, — eine schnelle Verbreitung gefunden. Als Haupttypus derselben ist z. B. die Rettig'sche Bank anzusehen, die eine ungemeine Verbreitung gefunden hat. An diesen ist in neuerer Zeit, als der Kampf gegen den die Gesundheit der Kinder so sehr gefährdenden Schulstaub aufgenommen wurde, eine sehr wesentliche Aenderung vorgenommen worden, die es ermöglicht, die Bank um Charniere an der Unterkante einer Schmalseite aufzuklappen und auf letztere zu stellen, wobei durch die Charniere die Rückklappung in die Gebrauchslage gesichert ist. Hierdurch ist nicht nur ein Auskehren, sondern auch ein vollkommenes Aufwaschen des Fussbodens leicht durchführbar. Eine sinnreiche Einrichtung bewirkt es auch, dass die Tintenfässer beim Umkippen der Bank nicht herausgenommen zu werden brauchen, da die Tinte nicht aus ihnen herausfliessen kann.

In Nürnberg ist eine eigene zweisitzige Schulbank schon seit langen Jahren in Gebrauch. Sichelstiel macht nun Vorschläge, wie die Vortheile

der mittelst Charnieren umklappbaren Bank auch bei der Nürnberger Schulbank einfach und billig, im Gegensatze zu den theuren patentirten Charnieren — 6 Mark für das Stück — der Rettig'schen Bank, herbeigeführt werden können. Auf die Einzelheiten, die ohne die, im Original befindlichen Abbildungen unverständlich bleiben müssen, kann hier nicht eingegangen werden.

Siechelstiel und Schubert behaupten, dass durch die erwähnten Charniere viele Schmutzwinkel am Fussboden entstehen, deren gründliche Reinigung schwer und durch die rasche Abnutzung der Reinigungsinstrumente theuer werde. Ausserdem sei bei ihren Bänken eine schnelle Verschiebbarkeit und ein schnelleres Auswechseln, das aus erziehlichen Gründen im Laufe des Schuljahres oft erforderlich sei, möglich. Die Aptirung einer solchen Bank einschliesslich Material kostet nur eine Mark. Die erwähnten Tintenfässer sind nicht patentirt, also überall käuflich.

Gegen diese Ausführungen wendet sich der Aufsatz von Hans Suck, der auf Grund seiner eigenen Untersuchungen unbedingt für die Rettigbank sich entscheidet. Die „Nürnberger Schulbank" ermögliche zwar auch das Umlegen, aber nicht in der vollendeten sicheren Weise wie die Einrichtung an der Rettigbank. Das Erstere billiger sei, beweise Nichts; es frage sich nur, ob die Ersparniss die Nachtheile aufwiege. Zunächst habe die Umlegevorrichtung der „Nürnberger Bank" den Nachtheil, dass sie für die Stabilirung der Bänke nicht sicher genug sei. Ferner würden an dem Mechanismus bald einzelne Theile abgesplittert werden, wodurch der billigere Preis schon aufgehoben würde. Die Schwierigkeit der Auswechselung der Bänke nach Rettig sei nur künstlich konstruirt, auch das Ansammeln der Schmutzecken an den Klemmfüssen nicht gut möglich, da diese abgerundet seien.

Verfasser macht ausserdem noch einige grundsätzlich technische Bedenken gegen die „Nürnberger Bank" geltend, zu deren Verständniss die im Texte befindlichen Abbildungen erforderlich sind. Da anzunehmen ist, dass die hier skizzirten Fragen zu lebhaften Meinungsäusserungen führen werden, empfehlen wir dem Leser das Studium der Originalaufsätze.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Neue Gesichtspunkte für die Untersuchung der neu in die Schule eintretenden Kinder. Von Dr. med. Justus Thiersch, Schularzt in Leipzig. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1901, H. 3.

In Leipzig besteht die Einrichtung der Schulärzte seit 1892. Sie sind unter Oberaufsicht des Stadtbezirksarztes und haben sich je länger, desto mehr bewährt. Es sind dort gegen 50 Schulen mit 60000 Kinder schulärztlich zu versorgen; jede Schule hat ihre besonderen hygienischen Eigenthümlichkeiten, für die eben der Schularzt der natürliche Berather ist. Für die Untersuchung der neu eintretenden Schulkinder, diesen wichtigen Theil der schulärztlichen Thätigkeit, hat Verfasser ein neues Verfahren angewendet, das sich ihm während drei Jahren vorzüglich bewährt hat, weshalb er es zur Nachahmung dringend empfiehlt; es ist dies das Prinzip der Arbeitseintheilung zwischen Lehrer und Arzt. Die Untersuchung zerfällt in eine Voruntersuchung und eine Hauptuntersuchung. Die Voruntersuchung umfasst die Prüfung der Augen und Ohren auf Seh- und Hörleistung und wird vom Klassenlehrer mittelst einfacher Technik (für Sehprüfung Albrand'sche Tafeln, für's Gehör Flüstersprache), die er leicht und mit Freude beherrschen lernt, ausgeführt. Dies geschieht während des Unterrichts, gewissermassen nebenbei, was den grossen Vortheil bietet, dass die Kinder die Befangenheit, mit der sie dem Arzte häufig gegenübertreten, verlieren, wodurch die erhaltenen Resultate — man denke nur an die Häufigkeit intermittirender Hörstörungen — auch zuverlässiger sind. Nach beendeter Voruntersuchung erfolgt zu verabredeter Zeit die Hauptuntersuchung durch den Schularzt. Auch hierbei ist ein neues Verfahren eingeschlagen, indem zu diesem Akte die Mütter und sonstige Angehörige eingeladen werden, welcher Versuch vortrefflich gelang. Die Mütter, die vordem von der Art und dem Zwecke der Untersuchung oft genug ganz abenteuerliche Vorstellungen hatten, überzeugten sich oft in drastischer Weise von ihnen bis dahin unbekannten Gebrechen ihrer Kinder und nahmen die Anweisung, das betreffende Organ von einem Spezialarzte behandeln zu lassen, mit grösster Dankbarkeit auf. Die Ueberraschung der Mütter über ein angeb-

lich gut hörendes, nun aber als schwerhörig erkanntes Kind, ist zuweilen ganz verblüffend. Es wurden zunächst die vom Lehrer gefundenen gröberen Fehler der Augen und Ohren nachgeprüft, was bei einer Klassenstärke von 80 Kindern etwa eine Viertelstunde in Anspruch nimmt. Hierauf ziehen sich die Kinder bis zur Hüfte aus, jeder von ihnen wird in Gegenwart der Mutter und des protokollirenden Lehrers bezw. der Lehrerin auf allgemeine körperliche Beschaffenheit, Herz, Rückgrat, Mundhöhle, Zähne und etwaige Gebrechen untersucht, das körperliche und geistige Vorleben des Kindes durch Befragen der Mutter festgestellt, woran sich hygienische Anweisungen allgemeiner und Verordnungen spezieller Art knüpfen. Die Mütter nehmen jeden Wink und jede Direktive mit dem grössten Danke entgegen. Die Entlastung des Schularztes durch Wegfall der Vorprüfung kommt ihm sehr zu statten; denn er kann die übrig gebliebene Zeit nun mit Musse und Aufmerksamkeit der Hauptuntersuchung in einem Umfange widmen, wie es sonst nicht möglich gewesen wäre.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Von Herbert Jones. Public Health; Januar 1901, S. 274.

Wenn die Lokalbehörden, denen die Ausführung der „Public Health Akt“ [1]) in England und Wales obliegt, pflichtgetreu dieselben ausführen, so kommen sie, ausser bei Aufnahme von Anleihen zu hygienischen Zwecken, mit höheren Behörden nicht in Berührung. Zeigt sich aber in den unteren Instanzen Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, so findet diese Thatsache ihren Ausdruck in den Berichten der medizinischen Inspektoren des Local Government Board, die von Zeit zu Zeit die verschiedensten Gebiete bereisen, wenn aus dem Ausbruche von Infektionskrankheiten und sonst zureichenden Gründen die Aufmerksamkeit der Behörde auf den Distrikt gelenkt worden ist. Sämmtliche Sanitätsberichte geben reges Zeugniss darüber, dass solche Laxheit in der Beurtheilung hygienischer Verhältnisse, und dies sogar in grösseren Städten, den Inspektoren aufgefallen ist. Wenn jüngst in einem Bezirk bereits 50 Todesfälle an Typhus bei einem Krankenbestande von 300 beobachtet wurden, so verlangt der Bericht, dass die Lokalbehörden um jeden Preis die Bedingungen wegräumen sollten, die die Wiederholung eines solchen Falles möglich machen könnten.

Zur Anbahnung einer Medizinalreform vergleicht der Verfasser die Art der Ausführung anderer Parlamentsakte mit jener der Public Health Act, um eine ebenso strenge, ebenso planmässige Handhabung des Gesetzes auch für diese vorzuschlagen.

Uns interessirt die Ausführung des Factory und Worship's Acts, die sich mit der Sicherheit der Arbeiter, den sanitären Verhältnissen ihrer Arbeitsräume, der Dauer der Frauen- und Kinderarbeit beschäftigt. Die leitende Behörde mit dem Sitz in London wird u. a. durch einen medizinischen und einen ingenieurwissenschaftlichen Beirath unterstützt; ferner durch einen weiblichen Gewerbeinspektor als Chef, welcher Dame 6 Ladyinspektors unterstellt sind. In den grossen Industriezentren haben 5 „Superintending inspectors“ ihren Sitz, denen 47 Distrikts-Gewerbeinspektoren unterstehen. Letztere werden durch jüngere Kräfte und Assistenten unterstützt, deren Thätigkeit aber nur auf Werkstätten beschränkt ist.

Das Gehalt der Gewerbeinspektoren steigt bis zu einem Höchstgehalt allmählich auf; dieselben können im Alter von 60 Jahren, müssen im Alter von 65 Jahren um ihren Abschied einkommen.

Auf anderen Gebieten ist die Handhabung der Parlamentsakte ebenfalls strikt geregelt; nur auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens finden sich viele Unzulänglichkeiten. Es giebt zwar manche Städte und Kreise, in denen die unteren Instanzen thatkräftig vorgehen und ein volles Verständniss ihrer grossen Verantwortung empfinden; das sind aber gewiss nur Ausnahmen. Eine Medizinalreform, die eine grössere Vollkommenheit im öffentlichen Gesundheitsdienste verbürgt, ist daher in England dringend erforderlich.

---

[1]) Vergl. Jacobson, Vierteljahrschrift f. ger. Med.; 1894, VIII. Bd; S. 130 und Zeitschr. f. Medizinalbeamte; 1897, S. 201, 243.

Aus den Sanitätsberichten geht hervor, dass in Windsor, der königlichen Residenz, solche Missstände auf gesundheitlichem Gebiete bestehen, dass Theile des Berichtes haben unterdrückt werden müssen. Ein Isolirhospital fehlt. Statt ein solches zu erbauen, zahlt man Arbeitern, die wegen Berührung mit ansteckenden Kranken ihre Arbeit unterbrechen müssen, die Kosten für diese Unterbrechung und miethet ihnen Wohnungen. — In einem industriellen Bezirke, dessen Fabriken die Flüsse verunreinigen, wird die Schwierigkeit der Trinkwasserversorgung noch dadurch erhöht, dass die Quellen ständig durch die Exkremente verunreinigt werden, die durch Gebirgsspalten hindurch ihnen zugeführt werden. Allerdings ist ein Plan zur Abfuhr und Drainage gemacht und das Local Government Board wird die Kreisbehörde zur Vorbeugung von Schädlichkeiten in den Stand setzen, ein Regulativ zu entwerfen.

Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Dr. H. Fritsch, Professor und Geh. Med.-Rath in Bonn: **Gerichtsärztliche Geburtshülfe.** Mit 16 in den Text gedruckten Figuren. Stuttgart 1901. Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8°, 210 Seiten. Preis: 5,60 M.

Wie F. in der Vorrede des oben benannten Buches angiebt, wünscht er für die Studirenden der Medizin und jungen Aerzte eine Uebersicht über den derzeitigen Stand der forensischen Geburtshülfe zu schaffen und dadurch zum Weiterstudium dieser praktisch so überaus wichtigen Disziplin anzuregen.

F. hat nicht nur dieses sich vorgesteckte Ziel erreicht, sondern auch dem älteren Arzt, insonderheit aber dem Gerichtsarzt, eine ausserordentlich werthvolle Gabe in die Hand gelegt. Die oft immensen Schwierigkeiten auf dem Gebiet der forensisch-geburtshülflichen Sachverständigenthätigkeit den Lesern dieser Zeitschrift vor Augen zu führen ist überflüssig. Obwohl seit einigen Jahren kein Mangel an guten gerichtlich-medizinischen Werken sich fühlbar macht, in welchen der gerichtsärztlichen Geburtshülfe entsprechend ihrer Wichtigkeit ein breiter Raum gewährt ist, obwohl bis in die jüngste Zeit verschiedene werthvolle diesbezügliche Monographien erschienen sind — ich erinnere beispielsweise an die Bayer'sche Arbeit in den Volkmann'schen klinischen Vorträgen über präzipirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerinnen —, eine so umfassende, aus einem Guss stammende Bearbeitung wie durch Fritsch hat die gerichtliche Geburtshülfe meines Wissens bisher nicht gefunden. Der hervorragende Fachmann hat dem Werk das Siegel seiner bedeutenden Individualität aufgedrückt. Die gerichtliche Medizin, trotz ihrer gar nicht hoch genug zu veranschlagenden Wichtigkeit eben erst ein etwas liebevoller behandeltes Stiefkind geworden, kann es F. nicht Dankes genug wissen, dass gerade er sich in ihren Dienst stellte. Alle Vorzüge der Fritsch'schen Schreibweise, welche wir aus seinen bisher erschienenen Arbeiten kennen, sind auch diesem seinem jüngsten Werk zu Gute gekommen: lichtvolle, im höchsten Mass anregende, praktisch angelegte, bestimmte, streng kritische Bearbeitung des reichhaltigen, theilweise sehr spröden Stoffes.

F. behandelt in der ersten Abtheilung den Kindesmord im Allgemeinen und Besonderen, in der zweiten den kriminellen Abort, in der dritten die Nothzucht, im vierten die Nichtigkeit und Anfechtbarkeit der Ehe, im fünften die Dauer der Schwangerschaft. Wenn F. in diesem Kapitel sich dahin ausspricht, dass die Publikationen über erheblich längere Schwangerschaftsdauer als 302 Tage einer strengen Kritik nicht Stand hielten, so dürfte dem doch nach den F. v. Winckel'schen Untersuchungen zu widersprechen sein. Freilich in praxi hat sich ja der Gerichtsarzt mit dem gesetzlich festgelegten Schwangerschaftszeitraum von 181 bis zu 302 Tagen abzufinden.

In der sechsten Abtheilung wird die Fahrlässigkeit der Geburtshelfer und Hebammen abgehandelt. Dieses Kapitel kennzeichnet so recht die vorurtheilsfreie, vornehme Denkweise des Verfassers, den bedeutenden Besitzstand praktischer Erfahrung, das Verständniss für die Schwierigkeiten der ausserklinischen Geburtshülfe.

Den Beschluss des Buches bilden eine überaus werthvolle Litteraturübersicht, ein Namen- und Sachregister.

Wer sich Fritsch's Gerichtsärztliche Geburtshülfe nicht anschafft,

steht sich selbst im Lichten. Welche Verbreitung das Buch schon gefunden hat, wird dadurch illustrirt, dass vor wenigen Wochen das im Schwurgericht vorgetragene geburtshülfliche Gutachten des Referenten von einem Anwalt, den Fritsch in der Hand, kontrolirt wurde.

Ger.-A. Dr. Schwabe-Hannover.

Dr. Fritz Firgau, prakt. Arzt in Berlin: **Gifte und stark wirkende Arzneimittel in gerichtlicher, hygienischer, gewerblicher Beziehung.** Berlin 1901. Verlag von O. Häring. Gr. 8°, 305 Seiten, Preis: 8 Mark.

Der Verfasser des in der Ueberschrift genannten Buches wollte, wie er selbst in der Vorrede sagt, dem Kreisarztkandidaten im Besonderen, sowie dem gerichtsärztlichen Sachverständigen im Allgemeinen einen schnell und sicher orientirenden Wegweiser auf dem grossen Gebiet der Toxikologie schaffen.

Diesen Zweck hat er erreicht, mag man auch über Kritik und Vollständigkeit der Kasuistik, über die etwas stiefmütterliche Behandlung des einen oder anderen Abschnittes mit F. verschiedener Meinung sein.

F. behandelt zunächst die ökonomischen Vergiftungen, worunter er alle die in Nahrungs- und Genussmitteln bisher zur Aufnahme gekommenen Gifte begreift. Neben vielen Bekannten bringt F. in diesem mehr dispositionsartig gehaltenen Abschnitt manches interessante Neue. Recht instruktiv und übersichtlich ist das Kapitel über die gewerblichen Vergiftungen, welche in alphabetischer Reihenfolge — Akkumulatorenfabriken bis Zündholzfabrikation — in drei neben einander gestellten Spalten — Industriezweig bezw. Berufsart; spezielle Beschäftigung; Gift — gewissermassen in Telegrammstil abgehandelt werden. —

Es folgen dann die technischen Vergiftungen, d. h. die Vergiftungen, welche aus dem Giftgehalt fertiger technischer Präparate resultiren können. Meines Erachtens ist dieser Abschnitt zu wenig ausführlich und vollständig; auf der anderen Seite ist beispielsweise der Nikotingehalt eines benutzten Pfeifenrohrs doch nicht als der einem Pfeifenrohr als technischem Präparat anhaftende giftige Stoff zu bezeichnen.

Die medizinischen Vergiftungen, welche in solche in Folge von Fahrlässigkeit und Unkenntniss und in solche trotz korrekter therapeutischer Anwendung eingetheilt werden, bringen wohl einiges Neues bezw. weniger Bekanntes, lassen aber auch Wichtiges, wie beispielsweise die Verwechselung von Kali chloricum und Magnesium sulfuricum vermissen.

Der Diagnostik der Vergiftungen ist in der Symptomatologie am Lebenden wie an der Leiche, dem spektroskopischen Nachweis, dem chemischen und physiologischen Nachweis ein ziemlich breiter Raum gewährt, der aber m. E. für die Spektroskopie, welche doch gerade vom Arzt beherrscht werden soll und sein eigenstes Gebiet darstellt, nicht ausreicht.

Es folgt dann die Besprechung der gesetzlichen Bestimmungen, und zwar A. der Allgemeinen, B. der Besonderen. Die Anordnung derselben ist eine übersichtliche, erschöpfende und für den Gerichtsarzt werthvolle. Die eingestreuten Betrachtungen über fahrlässige Vergiftungen durch den Arzt und das niedere Heilpersonal sind zwar knapp in der Form gehalten, aber zur Orientirung ausreichend und anregend. Dass man früher der Meinung gewesen sei, schlecht schmeckende Substanzen wurden von den Selbstmördern vermieden, ist mir nicht bekannt, wohl aber von den Giftmeuchelmördern aus selbstverständlichen Gründen.

Unter den Giften, welche Psychosen im Gefolge haben können, vermisst man beispielsweise das Natr. salicyl., des Kokaïn, Artemisia Absinthium, Cannabis indica, Kalium bromatum und andere.

In den besonderen Bestimmungen, welche 1. die Bestimmungen über gewerbliche Anlagen, 2. die über Verwendung von giftigen Stoffen zu ökonomischen und technischen Zwecken, 3. die über Handel und Verkehr mit Arzneimitteln und Giften, 4. endlich die über Transport von Giften umfassen, ist zahlreiches zerstreut liegendes und deshalb nur mit grösserem Zeitaufwand zugänglich zu machendes Material praktisch, übersichtlich und ansprechend zusammengestellt.

Die von F. gegebene Interpretirung der im Verzeichniss A. der Kaiser-

lichen Verordnung vom 27. Januar 1890 genannten Zubereitungsformen von Arzneimitteln ist recht instruktiv. Kleine Meinungsverschiedenheiten mit dem Verfasser dürften freilich nicht ausgeschlossen sein. So scheint es dem Referenten doch fraglich, ob der Drogist Stramonium-Zigaretten verkaufen darf. Folia Stramonii sind laut Verzeichniss B. der Kaiserlichen Verordnung dem freien Verkehr entzogen; ob dieses sehr differente Medikament durch Einathmung seiner Verbrennungsdämpfe oder in Form anderer Zubereitung therapeutisch verwerthet wird, ist irrelevant, zumal die gefährlichen Nebenwirkungen in allen Zubereitungsformen auftreten können. Mit demselben Recht müsste der Drogist auch Opium in irgend eine sub 9 des Verzeichnisses A. der Kaiserlichen Verordnung nicht unterzubringende Form gebracht, zum Rauchen anstandslos abgeben können. Dass freilich in der Abtheilung 2 der Gifte (Polizei-Minist.-Verordnung vom 24. August 1895) Stechapfelblätter-Extrakt u. s. w. zum Rauch oder Räucherzweck nicht als Gift gelten, ist ebenso bedauernswerth wie unbegreiflich.

Den Schluss des Buches bilden noch Sektionsbericht und motivirtes Gutachten über einen fingirten Fall von Karbolsäurevergiftung, sowie ein umfangreiches Litteraturverzeichniss und Sachregister.

Das Firgau'sche Buch ist zu umfangreich, um durch ein Referat erschöpft werden zu können. Seine Einverleibung in die Bibliothek des Gerichtsarztes und dessen, der es werden will, kann mit Ueberzeugung warm empfohlen werden. Ger.-A. Dr. Schwabe-Hannover.

Dr. O. Rapmund, Reg.- und Geh. Med.-Rath in Minden: **Das öffentliche Gesundheitswesen.** Allgemeiner Theil. Leipzig 1901. Verlag von C. S. Hirschfeld. Gr. 8°, 336 Seiten. Preis: 9,50 Mark.

Das vorliegende Werk bildet einen vollständig selbstständigen, in sich abgeschlossenen Theil des grossen Hand- und Lehrbuchs der Staatswissenschaften, begründet von Kuno Frankenstein. Die Abfassung unterscheidet sich von den bisher meist gebräuchlichen deutschen Werken über das öffentliche Gesundheitswesen sehr wesentlich dadurch, dass diese sich meist auf die Staaten des deutschen Reichs beschränken, während Rapmund in getrennten Kapiteln nicht nur die deutschen, sondern auch die übrigen europäischen, sowie die aussereuropäischen Kulturstaaten behandelt. Und gewiss, das heutige öffentliche Gesundheitswesen lässt sich bei dem modernen freien und offenen Weltverkehr, bei der vielfachen Verschleppung von Seuchen durch den Seeverkehr etc. nur von einem internationalen Standpunkte aus in genügend relativer Weise erfassen und verwerthbar darstellen. Der vergleichend historische Standpunkt ist es, welcher bei der Abfassung des Werkes im Wesentlichen massgebend war. Indem es so den Leser anregt, sich bis zu den allgemeinen Prinzipien durchzudenken, behält es doch anderseits durch die strenge Selbstständigkeit der einzelnen Abschnitte und Kapitel seinen Werth als sicheres Nachschlagebuch über das positiv Bestehende.

Das Werk beginnt im 1. Abschnitt des ersten Theils mit der geschichtlichen Entwickelung des öffentlichen Gesundheitswesens im Alterthum, Mittelalter und Neuzeit. Es folgt dann im 2. Abschnitt die Erörterung über den Begriff des öffentlichen Gesundheitswesens, die zur Durchführung seiner Aufgaben nothwendigen allgemeinen staatlichen und sozialen Voraussetzungen, Betheiligung von Staat, Selbstverwaltung und Privaten dabei, die internationale Betheiligung etc.

Im 3. Abschnitt wird in ausführlicher Weise die Organisation der Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens durch die Gesundheitsbehörden dargestellt und zwar zunächst die Organisation im Allgemeinen mit Bezug auf Instanzenbildung, zentrale, Mittel- und Lokalinstanz, auf die Stellung, Aufgaben und Ausbildung der Medizinalbeamten, auf die Nothwendigkeit der Einrichtung technischer Gesundheitsämter für Verwaltungszwecke. Bei der speziellen Besprechung der Gesundheitsbehörden in den einzelnen Staaten werden die Staaten des Deutschen Reichs, Oesterreich-Ungarn, Schweiz, Italien, Spanien, Portugal, Frankreich, Belgien, Niederlande, Endgland, Dänemark, Schweden und Norwegen, Russland, Rumänien, Serbien und die Türkei einzeln und ausführlich behandelt, ebenso von aussereuropäischen Staaten Vereinigte Staaten von Nordamerika, Mexiko, englische Kolonialstaaten und Japan.

Ein besonderes Kapitel ist noch den bestehenden internationalen Gesundheitsbehörden und Sanitätseinrichtungen gewidmet. Im Einzelnen weise ich hier noch hin auf die Besprechung des Reichsgesundheitsamts, Reichsgesundheitsraths, des Verhältnisses der Reichsgesetzgebung zur Landesgesetzgebung, der Reichsbehörden zu den Landesbehörden etc.

In einem besonderen zweiten Theile giebt Verfasser eine Zusammenstellung der in einzelnen Staaten bestehenden, die Organisation der Gesundheitsverwaltung betr. Gesetze, Dienstanweisungen für die Gesundheitsbeamten u. s. w., bei der allerdings mit Rücksicht auf die Ueberfülle des Materials eine Auswahl getroffen ist. Berücksichtigung hat insbesondere die einschägige Gesetzgebung derjenigen Staaten gefunden, in denen das Gesundheitswesen während der letzten Jahrzehnte eine zeitgemässe Umgestaltung erfahren, oder deren Organisation des Gesundheitswesen vorbildlich fremden Staaten dienen kann. So sind z. B. mitgetheilt: die Geschäftsordnung für den Reichsgesundheitsrath, das preussische Kreisarztgesetz mit der Dienstanweisung für die Kreisärzte, die Geschäftsordnung für das Landesmedizinalkollegium und die Dienstinstruktion für die Bezirksärzte in Sachsen, die Medizinalordnung in Hamburg, die Gesetze über die Organisation des Sanitätswesens in Oesterreich-Ungarn, Italien, Portugal, Niederlanden, das englische Gesundheitsgesetz (Public Health Act) nebst Ergänzungsgesetz und Dienstvorschriften für die „Medical Officers of Health" und für die Inspectors of Nuisances u. s. w.; den Schluss bilden die internationalen Sanitätsübereinkünfte zur Verhütung der Einschleppung von Pest und Cholera.

Diese Hinweisungen ergeben wohl zur Genüge, einen wie reichen, anregenden und modernen Inhalt das Werk bringt. Bei den mannichfachen Umwälzungen des öffentlichen Gesundheitswesens durch die grossartigen Veränderungen und Erweiterungen des Weltverkehrs, von denen namentlich unser Deutsches Reich in so plötzlicher und weitreichender Weise berührt worden ist, darf wohl ein derartig abgefasstes Werk über öffentliches Gesundheitswesen in keiner Bibliothek eines deutschen Medizinalbeamten mehr fehlen, ein Werk, welches die Vorzüge eines systematisch belehrenden Buches mit dem eines zuverlässigen Nachschlagebuches für den Praktiker in so trefflicher Weise vereinigt.

Dr. Oebbecke-Breslau.

Dr. Baer, Geh. Medizinalrath und Kreisarzt in Berlin: **Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter.** Eine sozial-hygienische Studie. Leipzig 1901. Verlag von Georg Thieme. Preis: 2 Mark.

Nachdem Heller im verflossenen Jahr in der Münchener med. Wochenschrift eine sehr interessante Statistik über die Aetiologie des Selbstmordes auf Grund eines 300 Fälle umfassenden Sektionsmaterials veröffentlicht hat, darauf Sander in diesem Frühjahr einen Vortrag bezw. Artikel über die Entstehung des Selbstmordes hat folgen lassen, ist Baer bemüht gewesen, speziell den Motiven für den Selbstmord im kindlichen Lebensalter nachzuspüren.

Im ersten Abschnitt der Baer'schen Arbeit, welche von der Häufigkeit der Selbstmorde im kindlichen Lebensalter handelt, wird der Nachweis geführt, dass sowohl in Frankreich, als auch in England, der Schweiz, ganz besonders in Preussen die Jugendbetheiligung am Selbstmorde so stark zugenommen hat, dass Gustav Siegert in seiner Schrift, betitelt das Problem der Kinderselbstmorde, Deutschland nicht nur das klassische Land der Selbstmorde nennen, sondern auch den betrübenden Ausspruch machen konnte, dass unserer modernen Zeit, der Wiege der grossartigen sozialen Gesetzgebung, der traurige Ruhm vorbehalten sei, das Zeitalter der Kinderselbstmorde zu heissen.

Die Betheiligung der Knaben am Selbstmord betrug nach B.'s Untersuchungen im Alter unter 10 Jahren 78,49 %, der Mädchen 21,51 %; im Alter von 10—15 Jahren 79 % Knaben und 21,0 % Mädchen. Also ein sehr ähnliches Verhältniss der beiden Geschlechter bei den jugendlichen Selbstmördern wie bei den erwachsenen. — Die Zahl der Kinderselbstmorde übertrifft in Wirklichkeit die offizielle Statistik, weil eine Reihe von Kindersuizidien verheimlicht, eine andere nicht erkannt wird. B. zählt am Schlusse des Abschnittes 25 Kinderselbstmorde mit ihren Begleitumständen auf und lässt diese somit selbst einen anschaulichen Einblick in ihre Genese und ganz besonders in das räthselhafte und vielgestaltete Dunkel ihrer Motive gewähren. Von diesen 25 Kindern

waren 17 männlichen, 8 weiblichen Geschlechtes; bei 18 derselben konnte anscheinende Geistesgesundheit festgestellt werden, während 3 Knaben = 20% und 1 Mädchen = 12,50% geisteskrank waren. Bei den Knaben im Alter von 8—12 Jahren ist der Sprung aus dem Fenster, desgleichen bei dreiviertel der selbstmörderischen Mädchen als Todesart gewählt; bei den Knaben von 11 bis 15 Jahren ist der Erhängungstod der häufigste.

Furcht vor Strafe stand unter den erwähnten 25 Fällen an der Spitze der Selbstmordmotive, dann folgte Geisteskrankheit, dann gleichmässig: schlechte Behandlung, Scham und Schande, Jähzorn, verletztes Ehrgefühl, Spass. Bei Spass hat B. ein ? hinzugefügt. Mag speziell in dem B.'schen Falle auch das ? berechtigt sein, de facto ist bei Kindern der Selbstmord aus „Spass" nicht so ganz selten gesät. Referent hat zwei derartige Fälle erlebt, die über jeden Zweifel erhaben sind. Nach der Art Hysterischer hatten diese beiden Kinder den Eltern nur einen Schrecken einjagen und dadurch Straffreiheit erwirken wollen, dabei aber die Gefährlichkeit ihres Gaukelspiels, das sie mit dem Leben büssen mussten, unterschätzt; es handelte sich bei beiden um Erhängung.

Der zweite Abschnitt ist den Ursachen zum kindlichen Selbstmorde gewidmet, die, wie Stark zutreffend sagt, ein unglücklich dunkleres Gebiet darstellen, als bei erwachsenen Selbstmördern. B. unterscheidet einmal die Ursachen, welche innerhalb des kindlichen Organismus liegen. Dahin gehört vor allen Dingen die Geistesstörung. Die Zahl der geisteskranken Kinder ist in Preussen leider nicht unbedeutend: von 1886—1888 befanden sich unter 40076 Irrenanstaltskranken 1332 Kinder unter 15 Jahren. Dabei ist zu bedenken, dass bei Kindern nicht ausgeprägte Formen geistiger Störung sehr häufig sind, und ebenso häufig übersehen oder falsch gedeutet werden. Ferner kommt nach B. die minderwerthige Organisation, also die zahlreichen Erscheinungsformen der sogen. psychopathischen Minderwerthigkeit bei Kindern ganz besonders in Betracht, gekennzeichnet, wie Koch so lebenswahr schildert, durch Anomalien der Erregbarkeit, durch Mangel an Ebenmass, durch ein ungebührliches in den Mittelpunkt gerücktes, verschrobenes und widerspruchsvolles Ich, durch Seltsamkeiten und Verkehrtheiten, durch primordial-instinktive Regungen und Ausbrüche, und durch etwas Periodisches in ihrem Verhalten. Ferner ist die Abstammung von grossem Einfluss. Gewisse Rassen, gewisse Kulturvölker, gewisse Familien zeigen eine besondere Neigung zum Selbstmord. Besonders schwerwiegend ist, abgesehen von der erblich überkommenen psychopathischen Minderwerthigkeit, die ererbte Degeneration in Folge von Alkoholismus der Eltern und Voreltern. — Auch die krankhaften Affekte, die nach B. aus melancholischer schwer bedrückter Gemüths- und Seelenstimmung hervorgehen, führen häufig zum Suicidium der Kinder. Andere Autoren rechnen diese pathologischen Affektzustände der Hysterie zu. Zu den Ursachen des Kinderselbstmordes, welche ausserhalb des kindlichen Organismus liegen, rechnet B. in erster Linie die zugleich mit dem hellen Licht der verfeinerten Kultur auftretenden tiefen Schatten, von denen auch das Kind getroffen wird. „Das Kind der modernen Zeit wird nicht verschont von den Zuständen, welche das Getriebe der Weltereignisse ausmachen und das Räderwerk der Gesellschaftsmaschine treiben; es lebt nicht mehr das Leben einer ruhigen, langsamen und gedeihlichen Entwickelung, das es früher gelebt." Obwohl die Zahl der Kinderselbstmorde auf dem Lande zur Zeit kleiner ist, als in den Städten, so beginnen die Differenzen sich schon allgemach zu vermischen. Dass die Industriebezirke mehr jugendliche Selbstmörder aufweisen als die ländlichen, trifft nachweislich nur für Sachsen zu; in den ganz grossen Städten scheinen mehr Kindersuizidien vorzukommen wie in den kleinen. Genauere statistische Erhebungen werden erst die genügende Klarheit schaffen können. — Wie die engere Umgebung der Kinder von grosser Bedeutung für die Entwickelung von Selbstmordgedanken bei einem Kinde wird, führt B. anschaulich mit dazwischengeschobenen Einzelschilderungen besonderer Fälle aus. Neben dem mancherlei Elend in den armen und niederen Klassen der Bevölkerung schildert der Verfasser das Wohlleben, die Ueppigkeit, die Frühreife mit ihren entsprechenden verderblichen Einflüssen auf das Seelenleben des Kindes. — Sehr lehrreich ist das Kapitel, welches über den Einfluss etwaiger Ueberbürdung oder zu strammer Schulzucht auf das Zustandekommen von Kinderselbstmorden abhandelt. Hier muss das Original durchstudirt werden. Die Quintessenz ist die, dass wohl überflüssige Examina und rohe Schuldisziplin für einzelne Selbstmorde verantwortlich gemacht werden

müssten, dass aber im Allgemeinen die geistige Ueberbürdung und die zu strenge Schuldisziplin in das Gebiet der Fabel zu verweisen sind. Wie weit „das verletzte Ehrgefühl“ als Selbstmordmotiv dem Lehrer oder einer bereits kranken Gemüthsstimmung zugerechnet werden muss, ist von Fall zu Fall zu entscheiden. — Auch der Nachahmungstrieb und das suggestive Moment spielen bei den Kinderselbstmorden eine nicht zu unterschätzende Rolle, wie B. an einigen Beispielen erläutert.

B. spricht am Ende dieses Kapitels die Ansicht aus, dass je länger der Selbstmord von einem Kinde vorbereitet ist, je beharrlicher er versucht wird, um so berechtigter die Annahme einer psychopathischen Anlage erscheint.

Zum Schluss richtet B. einen warmen Appell an Eltern, Erzieher und Aerzte prophylaktisch gegen den Kinderselbstmord thätig zu werden.

Im Anhange giebt B. noch 6 Tabellen zu den Motiven und der provinziellen Vertheilung der jugendlichen Selbstmörder im Königreich Preussen.

Die Baer'sche Studie ist ebenso interessant wie lehrreich und verdient die weiteste Verbreitung in Aerzte- wie in Laienkreisen.

Ger.-A. Dr. Schwabe-Hannover.

Tagesnachrichten.

Der in der vorigen Nummer unter Tagesnachrichten (s. S. 491) mitgetheilte Erlass des Herrn Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 13. Juni d. J. über das **Umlagerecht der preussischen Aerztekammern** ist dem Aerztekammerausschus mit nachfolgender Zuschrift zugegangen:

„Dem Aerztekammerausschuss lasse ich beifolgende Abschrift meines Erlasses vom heutigen Tage, betreffend die Frage, ob die nicht praktizirenden approbirten Aerzte zu dem Umlagen der Kassen der Aerztekammern beizutragen haben, zur Kenntnissnahme zugehen. Wenn auch die Beitragspflicht zu bejahen ist, so lässt sich doch nicht verkennen, dass durch die Ausübung des Besteuerungsrechts unter Umständen, z. B. wenn der Arzt durch hohes Alter, körperliche Gebrechen u. s. w. an der Ausübung seiner Kunst thatsächlich behindert ist, Härten eintreten können. Es wird deshalb zu erwägen sein, ob es nicht angezeigt ist, dass die Aerztekammern übereinstimmende Beschlüsse darüber fassen, ob und unter welchen Voraussetzungen nicht praktizirende approbirte Aerzte nur mit geringeren als den regelmässigen Beiträgen zu den Umlagen der Aerzte-Kammern heranzuziehen sind. Den Aerztekammerausschuss ersuche ich, sich noch über diese Frage näher zu äussern.“

Darnach werden auch an massgebender Stelle die betreffenden Bestimmungen des Gesetzes vom 23. November 1899 über die ärztlichen Ehrengerichte als mit Härten verbunden und reformbedürftig angesehen.

In politischen Zeitungen wird die erfreuliche Nachricht gebracht, dass sich Sr. Majestät der Kaiser über den Verlauf und das Ergebniss des letzten **Militärbefreiungsprozesses**, sowie über die den angeschuldigten Aerzten hierbei zu Theil gewordene und auf dem Deutschen Aerztetage mit Recht gerügte Behandlung (s. vorige Nummer der Zeitschrift, S. 494) vom Justizminister habe eingehend Bericht erstatten lassen. Namentlich soll an hoher Stelle die Behandlung des 7 Wochen lang in Untersuchungshaft befindlichen Dr. Schultze-Köln, gegen den später das Verfahren eingestellt ist, sehr verstimmt haben. Der Minister des Innern hat strengste Untersuchung angeordnet und einen höheren Medizinalbeamten nach Köln entsandt, um die eingereichten Beschwerden zu prüfen. Die Angelegenheit wird auch voraussichtlich in der nächsten Reichstagssession auf Anregung verschiedener Fraktionen zur Erörterung gelangen.

Ausdehnung der Heilbehandlung auf Geschlechtskrankheiten der gegen Invalidität Versicherten. In einem Rundschreiben vom 20. Juni 1901 an die dem Reichsversicherungsamte ausschliesslich unterstellten Anstalten und Kasseneinrichtungen ist dieses der von der überwiegenden Mehrzahl der Versicherungsträger geäusserten Ansicht beigetreten, dass besondere statistische Erhebungen über die durch Geschlechtskrankheiten herbeigeführte Invalidität

in Verbindung mit den ärztlichen Begutachtungen der Rentenansprüche nicht zweckdienlich erscheinen, da die Zahl derjenigen Fälle, in denen Geschlechtskrankheiten die unmittelbare Ursache der Invalidität bilden, verschwindend klein und eine genaue statistische Feststellung der „mittelbaren" Herbeiführung der Invalidität durch derartige Krankheiten z. Z. nicht möglich sei. Ebenso wenig sei die Frage der Errichtung von Sonderheilstätten für Geschlechtskranke schon jetzt spruchreif. Vielmehr werde es sich empfehlen, in dieser Hinsicht die Erfahrungen abzuwarten, welche die Anstalt Berlin mit ihrer Anstalt dieser Art machen wird. Dagegen sei es erwünscht, dass die Versicherungsträger, soweit dies bisher noch nicht geschieht, in dem durch §. 18 ff. des Gesetzes gegebenen Rahmen, und zwar thunlichst in Verbindung mit den Organen der Krankenversicherung, in gleicher Weise wie auch sonstige Leiden ihr Augenmerk in Zukunft auf die sachgemässe Heilbehandlung von Geschlechtskrankheiten lenken. Diese werde wegen der Ansteckungsgefahr und der auch dem Interesse der Anstalten entsprechenden baldigen und sicheren Heilung der Kranken regelmässig in geeigneten Krankenhäusern stattzufinden haben. Das Amt hat, um die Zahl der auf Geschlechtskrankheiten sich beziehenden Fälle in Zukunft möglichst sicher zu ermitteln, die Aufnahme einer entsprechenden Frage in die Fragebogen für die alljährliche Heilbehandlungsstatistik in Aussicht genommen.

Im Grossherzogthum Hessen wird nach einer Mittheilung der Münch. med. Wochenschrift die Einführung der obligatorischen Leichenschau nur durch approbirte Aerzte beabsichtigt.

Der Tuberkulose-Kongress in London vom 22.—26. Juli, über den wir noch einen ausführlichen Bericht bringen werden, hat unter vernältnissmässig grosser Betheiligung des Auslandes stattgefunden; auch Deutschland war durch hervorragende Autoritäten auf dem Gebiete der Tuberkulose-Bekämpfung vertreten. Der Kongress stand vollständig unter dem Zeichen des am zweiten öffentlichen Sitzungstage gehaltenen Vortrage Robert Kochs: „Ueber die Bekämpfung der Tuberkulose im Lichte der Erfahrungen, die bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten gewonnen worden sind", in dem der Entdeckerdes Tuberkelbacillus auf Grund eingehender und gemeinsam mit Prof. Schütz an der thierärztlichen Hochschule in Berlin zwei Jahre hindurch durchgeführten Versuche die ebenso wichtige als überraschende Ansicht vertrat, dass die Tuberkulose des Menschen und die Rindertuberkulose ihrer Ursache nach durchaus verschiedene Krankheiten und deshalb auch die bisherigen Massnahmen gegen eine Uebertragung der Tuberkulose auf Menschen durch Milch oder Fleisch tuberkulöser Rinder entbehrlich seien. Die hauptsächlichste Quelle der Tuberkulose-Verschleppung sei der tuberkelbazillenhaltige Auswurf; alle Massnahmen müssten darauf gerichtet sein, dessen Verstreuung zu verhüten. Gegen die Ausführungen Koch's, denen minutenlanger, lebhafter Beifall folgte, wie überhaupt der deutsche Forscher Gegenstand ausserordentlicher Huldigungen war — bei einem ihm zu Ehren gegebenen Diner des Königl. Instituts für Volksgesundheitspflege wurde ihm von dem Vorsitzenden desselben, Prof. Rob. Smith die Harben-Medaille und das Diplom als Ehrenmitglied des Instituts überreicht — wurden, wie zu erwarten stand, die lebhaftesten Bedenken geäussert; allseitig war man jedoch der Ansicht, dass dieselben erst noch einer gründlichen Nachprüfung unterzogen werden müssten, ehe man daran denken könne, in Bezug auf Milch-, Butter- und Fleichkontrolle die praktischen Folgen zu ziehen; denn die Gesetzgebung dürfe sich nur an absolut bewiesene Thatsachen halten. Es ist daher mit Freuden zu begrüssen, dass sowohl die deutsche, als die englische Regierung bereits beschlossen hat, eine genauere Prüfung der Theorie Kochs vornehmen zu lassen.

In der am 26. Juli abgehaltenen Schlusssitzung des Kongresses wurde eine Reihe von Resolutionen einstimmig angenommen, in denen u. a. der Auswurf Tuberkulöser als Hauptquelle der Tuberkulosenverschleppung bezeichnet wird; dem zu Folge müsse gegen das Ausspeien auf den Boden und auf die Strasse, sowie gegen die Schleppen der Damen eingeschritten und den Hospitälern und Polikliniken empfohlen werden, jeden Phtisiker mit einer schriftlichen Anweisung für sein Verhalten zu versehen und auf den Gebrauch von besonderen Spucknäpfen hinzuwirken. Ueberhaupt müsse die Bevölkerung

müssten, dass aber im Allgemeinen die geistige Ueberbürdung und die zu strenge Schuldisziplin in das Gebiet der Fabel zu verweisen sind. Wie weit „das verletzte Ehrgefühl“ als Selbstmordmotiv dem Lehrer oder einer bereits kranken Gemüthsstimmung zugerechnet werden muss, ist von Fall zu Fall zu entscheiden. — Auch der Nachahmungstrieb und das suggestive Moment spielen bei den Kinderselbstmorden eine nicht zu unterschätzende Rolle, wie B. an einigen Beispielen erläutert.

B. spricht am Ende dieses Kapitels die Ansicht aus, dass je länger der Selbstmord von einem Kinde vorbereitet ist, je beharrlicher er versucht wird, um so berechtigter die Annahme einer psychopathischen Anlage erscheint.

Zum Schluss richtet B. einen warmen Appell an Eltern, Erzieher und Aerzte prophylaktisch gegen den Kinderselbstmord thätig zu werden.

Im Anhange giebt B. noch 6 Tabellen zu den Motiven und der provinziellen Vertheilung der jugendlichen Selbstmörder im Königreich Preussen.

Die Baer'sche Studie ist ebenso interessant wie lehrreich und verdient die weiteste Verbreitung in Aerzte- wie in Laienkreisen.

Ger.-A. Dr. Schwabe-Hannover.

Tagesnachrichten.

Der in der vorigen Nummer unter Tagesnachrichten (s. S. 491) mitgetheilte Erlass des Herrn Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 13. Juni d. J. über das **Umlagerecht der preussischen Aerztekammern** ist dem Aerztekammerausschus mit nachfolgender Zuschrift zugegangen:

„Dem Aerztekammerausschuss lasse ich beifolgende Abschrift meines Erlasses vom heutigen Tage, betreffend die Frage, ob die nicht praktizirenden approbirten Aerzte zu dem Umlagen der Kassen der Aerztekammern beizutragen haben, zur Kenntnissnahme zugehen. Wenn auch die Beitragspflicht zu bejahen ist, so lässt sich doch nicht verkennen, dass durch die Ausübung des Besteuerungsrechts unter Umständen, z. B. wenn der Arzt durch hohes Alter, körperliche Gebrechen u. s. w. an der Ausübung seiner Kunst thatsächlich behindert ist, Härten eintreten können. Es wird deshalb zu erwägen sein, ob es nicht angezeigt ist, dass die Aerztekammern übereinstimmende Beschlüsse darüber fassen, ob und unter welchen Voraussetzungen nicht praktizirende approbirte Aerzte nur mit geringeren als den regelmässigen Beiträgen zu den Umlagen der Aerzte-Kammern heranzuziehen sind. Den Aerztekammerausschuss ersuche ich, sich noch über diese Frage näher zu äussern.“

Darnach werden auch an massgebender Stelle die betreffenden Bestimmungen des Gesetzes vom 23. November 1899 über die ärztlichen Ehrengerichte als mit Härten verbunden und reformbedürftig angesehen.

In politischen Zeitungen wird die erfreuliche Nachricht gebracht, dass sich Sr. Majestät der Kaiser über den Verlauf und das Ergebniss des letzten **Militärbefreiungsprozesses**, sowie über die den angeschuldigten Aerzten hierbei zu Theil gewordene und auf dem Deutschen Aerztetage mit Recht gerügte Behandlung (s. vorige Nummer der Zeitschrift, S. 494) vom Justizminister habe eingehend Bericht erstatten lassen. Namentlich soll an hoher Stelle die Behandlung des 7 Wochen lang in Untersuchungshaft befindlichen Dr. Schultze-Köln, gegen den später das Verfahren eingestellt ist, sehr verstimmt haben. Der Minister des Innern hat strengste Untersuchung angeordnet und einen höheren Medizinalbeamten nach Köln entsandt, um die eingereichten Beschwerden zu prüfen. Die Angelegenheit wird auch voraussichtlich in der nächsten Reichstagssession auf Anregung verschiedener Fraktionen zur Erörterung gelangen.

Ausdehnung der Heilbehandlung auf Geschlechtskrankheiten der gegen Invalidität Versicherten. In einem Rundschreiben vom 20. Juni 1901 an die dem Reichsversicherungsamte ausschliesslich unterstellten Anstalten und Kasseneinrichtungen ist dieses der von der überwiegenden Mehrzahl der Versicherungsträger geäusserten Ansicht beigetreten, dass besondere statistische Erhebungen über die durch Geschlechtskrankheiten herbeigeführte Invalidität

in Verbindung mit den ärztlichen Begutachtungen der Rentenansprüche nicht zweckdienlich erscheinen, da die Zahl derjenigen Fälle, in denen Geschlechtskrankheiten die unmittelbare Ursache der Invalidität bilden, verschwindend klein und eine genaue statistische Feststellung der „mittelbaren" Herbeiführung der Invalidität durch derartige Krankheiten z. Z. nicht möglich sei. Ebenso wenig sei die Frage der Errichtung von Sonderheilstätten für Geschlechtskranke schon jetzt spruchreif. Vielmehr werde es sich empfehlen, in dieser Hinsicht die Erfahrungen abzuwarten, welche die Anstalt Berlin mit ihrer Anstalt dieser Art machen wird. Dagegen sei es erwünscht, dass die Versicherungsträger, soweit dies bisher noch nicht geschieht, in dem durch §. 18 ff. des Gesetzes gegebenen Rahmen, und zwar thunlichst in Verbindung mit den Organen der Krankenversicherung, in gleicher Weise wie auch sonstige Leiden ihr Augenmerk in Zukunft auf die sachgemässe Heilbehandlung von Geschlechtskrankheiten lenken. Diese werde wegen der Ansteckungsgefahr und der auch dem Interesse der Anstalten entsprechenden baldigen und sicheren Heilung der Kranken regelmässig in geeigneten Krankenhäusern stattzufinden haben. Das Amt hat, um die Zahl der auf Geschlechtskrankheiten sich beziehenden Fälle in Zukunft möglichst sicher zu ermitteln, die Aufnahme einer entsprechenden Frage in die Fragebogen für die alljährliche Heilbehandlungsstatistik in Aussicht genommen.

Im Grossherzogthum Hessen wird nach einer Mittheilung der Münch. med. Wochenschrift die Einführung der **obligatorischen Leichenschau nur durch approbirte Aerzte** beabsichtigt.

Der **Tuberkulose-Kongress in London vom 22.—26. Juli**, über den wir noch einen ausführlichen Bericht bringen werden, hat unter vernältnissmässig grosser Betheiligung des Auslandes stattgefunden; auch Deutschland war durch hervorragende Autoritäten auf dem Gebiete der Tuberkulose-Bekämpfung vertreten. Der Kongress stand vollständig unter dem Zeichen des am zweiten öffentlichen Sitzungstage gehaltenen Vortrage Robert Kochs: „Ueber die Bekämpfung der Tuberkulose im Lichte der Erfahrungen, die bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten gewonnen worden sind", in dem der Entdeckerdes Tuberkelbacillus auf Grund eingehender und gemeinsam mit Prof. Schütz an der thierärztlichen Hochschule in Berlin zwei Jahre hindurch durchgeführten Versuche die ebenso wichtige als überraschende Ansicht vertrat, dass die Tuberkulose des Menschen und die Rindertuberkulose ihrer Ursache nach durchaus verschiedene Krankheiten und deshalb auch die bisherigen Massnahmen gegen eine Uebertragung der Tuberkulose auf Menschen durch Milch oder Fleisch tuberkulöser Rinder entbehrlich seien. Die hauptsächlichste Quelle der Tuberkulose-Verschleppung sei der tuberkelbazillenhaltige Auswurf; alle Massnahmen müssten darauf gerichtet sein, dessen Verstreuung zu verhüten. Gegen die Ausführungen Koch's, denen minutenlanger, lebhafter Beifall folgte, wie überhaupt der deutsche Forscher Gegenstand ausserordentlicher Huldigungen war — bei einem ihm zu Ehren gegebenen Diner des Königl. Instituts für Volksgesundheitspflege wurde ihm von dem Vorsitzenden desselben, Prof. Rob. Smith die Harben-Medaille und das Diplom als Ehrenmitglied des Instituts überreicht — wurden, wie zu erwarten stand, die lebhaftesten Bedenken geäussert; allseitig war man jedoch der Ansicht, dass dieselben erst noch einer gründlichen Nachprüfung unterzogen werden müssten, ehe man daran denken könne, in Bezug auf Milch-, Butter- und Fleichkontrolle die praktischen Folgen zu ziehen; denn die Gesetzgebung dürfe sich nur an absolut bewiesene Thatsachen halten. Es ist daher mit Freuden zu begrüssen, dass sowohl die deutsche, als die englische Regierung bereits beschlossen hat, eine genauere Prüfung der Theorie Kochs vornehmen zu lassen.

In der am 26. Juli abgehaltenen Schlusssitzung des Kongresses wurde eine Reihe von Resolutionen einstimmig angenommen, in denen u. a. der Auswurf Tuberkulöser als Hauptquelle der Tuberkulosenverschleppung bezeichnet wird; dem zu Folge müsse gegen das Ausspeien auf den Boden und auf die Strasse, sowie gegen die Schleppen der Damen eingeschritten und den Hospitälern und Polikliniken empfohlen werden, jeden Phtisiker mit einer schriftlichen Anweisung für sein Verhalten zu versehen und auf den Gebrauch von besonderen Spucknäpfen hinzuwirken. Ueberhaupt müsse die Bevölkerung

durch gemeinverständliche Schriften und periodische Veröffentlichungen über die Tuberkulosebekämpfung aufgeklärt werden. Ferner empfiehlt der Kongress die Anzeigepflicht für Schwindsuchtsfälle, sowie die Errichtung von Sanatorien und Schwindsuchtsheilstätten; desgleichen legt er den Regierungen dringend an's Herz, sofort eine Untersuchung der Koch'schen Theorie zu veranlassen, inzwischen aber in den Vorsichtsmassregeln gegen infizirtes Fleisch und infizirte Milch nicht nachzulassen. Ausserdem empfiehlt der Kongress die Einsetzung eines ständigen internationalen Ausschusses, welcher das einschlägige Material sammeln, darüber berathen und Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose empfehlen soll. Schliesslich wurde beschlossen, dass auf dem nächsten Kongress die Frage der persönlichen Schwindsuchtsanlage, sowie der Mittel, dieser Anlage entgegen zu wirken, zur Berathung gestellt werden soll.

Der 5. internationale Kongress für kriminelle Anthropologie wird in Amsterdam vom 9. bis 14. September abgehalten werden. Unter den Gegenständen, die zur Verhandlung kommen sollen, sind besonders zu erwähnen: Anatomische und physiologische Charakteristik der Verbrecher; kriminelle Psychologie und Psychopathologie; Verbrechen und Wahnsinn; die kriminelle Anthropologie in ihren Anwendungen auf Gesetz und Verwaltung; der Alkoholismus; der Hypnotismus; die jungen Verbrecher; Verbrechen und Alter u. s. w.

Programm der vom 22.—27. September d. J. in Hamburg stattfindenden 73. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Sonntag, den 22. September: Morgens 10 Uhr: Sitzung des Vorstandes der Gesellschaft im Konzerthaus Hamburg. (Speisesaal.) — Morgens 11 Uhr: Sitzung des wissenschaftlichen Ausschusses im Konzerthaus Hamburg. (Speisesaal.) — Morgens 12 Uhr: Gemeinsame Sitzungen: a. des Vorstandes der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe und der Einführenden und Schriftführer der naturwissenschaftlichen Abtheilungen (Speisesaal); b. des Vorstandes der medizinischen Hauptgruppe und der Einführenden und Schriftführer der medizinischen Abtheilungen. (Hochzeitssaal.) — Nachmittags 3 Uhr: Gemeinsames Mittagessen der Mitglieder des Vorstandes und des wissenschaftlichen Ausschusses der Gesellschaft, der Vorstände der beiden Hauptgruppen und aller Abtheilungen, sowie der Mitglieder aller Ausschüsse im Uhlenhorster Fährhaus. — Nachmittags 3 Uhr: Blumenkorso des Allgemeinen Alster-Klubs auf der Aussenalster zu Ehren der Versammlung. Abfahrt von der Alsterlust; freier Zutritt daselbst gegen Vorzeigung der Theilnehmerkarte; auf vorherige Meldung werden Plätze reservirt. Abend 8½ Uhr: Begrüssung der Gäste im Konzerthaus Hamburg.

Montag, den 23. September: Morgens 10 Uhr: Erste Allgemeine Versammlung im grossen Saale des Konzerthauses Hamburg. 1. Begrüssungsansprachen. Vorträge: a. E. Lecher-Prag: Ueber die Hertz'sche Entdeckung elektrischer Wellen und deren weitere Ausgestaltung. b. F. Hofmeister (Strassburg): Der chemische Hausrath der Zelle. c. Th. Boveri-Würzburg: Das Problem der Befruchtung. — Nachmittags: Abtheilungs-Sitzungen. Abends 7 Uhr: Zwanglose Zusammenkunft im zoologischen Garten. (Konzert von 6 Uhr ab; festliche Beleuchtung des Gartens.) [Von Deutschlands Grossloge II des Guttempler-Ordens sind die Theilnehmer auf Montag, Abends 7 Uhr, zu einem Herbstfeste mit Ball im Sagebiel'schen Etablissement, Drehbahn 15/23, eingeladen worden. (Karten in der Haupt-Geschäftsstelle zu 1 Mark.)]

Dienstag, den 24. September: Morgens und Nachmittags: Abtheilungs-Sitzungen. — Abends 7½ Uhr: Empfang durch E. H. Senat in den Festsälen des Rathhauses; an diesem Empfange werden jedoch nur so viele Mitglieder der Versammlung theilnehmen können, als der Raum gestattet. Die Direktion der Hamburg-Amerika-Linie ladet ebenso eine grössere Zahl von Theilnehmern an Bord einiger ihrer grossen Dampfer ein; Abfahrt 5 Uhr von den St. Pauli-Landungsbrücken. (Wer der letzten Einladung folgt, kann an dem Empfange im Rathhause nicht theilnehmen.)

Mittwoch, den 25. September: Morgens 8½ Uhr: Geschäftssitzung der Gesellschaftsmitglieder im Theatersaal des Konzerthauses Hamburg. — Morgens 10 Uhr: Gesammtsitzung beider Hauptgruppen im grossen Saale des Konzerthauses Hamburg. Verhandlungsthema: Die neuere Entwickelung der Atomistik (Jonen, Gas-Jonen und Elektronen). Referenten:

W. Kaufmann-Göttingen: Die Entwickelung des Elektronenbegriffs. H. Geitel-Wolfenbüttel: Ueber die Anwendung der Lehre von den Gas-Jonen auf die Erscheinungen der atmosphärischen Elektrizität. Th. Paul-Tübingen: Die Bedeutung der Jonentheorie für die physiologische Chemie. W. His jun.-Leipzig: Die Bedeutung der Jonentheorie in der klinischen Medizin. — Nachm.: Abtheilungs-Sitzungen. — Abends 6½ Uhr: Festessen im zoologischen Garten.

(Der „Verein abstinenter Aerzte des Deutschen Sprachgebietes" hält seine Jahresversammlung am Mittwoch, den 25. September, Morgens 8 Uhr, in der Turnhalle der Volksschule, Seilerstrasse 41/43, ab.)

Donnerstag, den 26. September: Morgens 9 Uhr: Gemeinschaftliche Sitzung der medizinischen Hauptgruppe im grossen Saale des Konzerthauses Hamburg. Verhandlungsthema: Die Schutzstoffe des Blutes. Referenten: Ehrlich-Frankfurt a. M. und Gruber-Wien. — Nachmittags: Abtheilungs-Sitzungen. — Abends 7½ Uhr: Konzert und Ball im Sagebiel'schen Etablissement, Drehbahn 23.

Freitag, den 27. September: Morgens 10 Uhr: Zweite Allgemeine Versammlung im grossen Saale des Konzerthauses Hamburg. Vorträge: H. Curschmann-Leipzig: Medizin und Seeverkehr. W. Nernst-Göttingen: Ueber die Bedeutung elektrischer Methoden und Theorien für die Chemie. J. Reinke-Kiel: Ueber die in den Organismen wirksamen Naturkräfte. — Nachmittags: Erforderlichen Falls noch Abtheilungs-Sitzungen. Hafenrundfahrt, Elbfahrt nach Blankenese, Abfahrt 2 Uhr von den St. Pauli-Landungsbrücken. (Festliche Beleuchtung der Elbufer bei der Rückkehr.) — Abends 9 Uhr: Abschiedsfeier im Konzerthaus Hamburg.

Sonnabend, den 28. September: Fahrt nach Helgoland; Abfahrt 8 Uhr Morgens von den St. Pauli-Landungsbrücken. Sonstige Ausflüge, Besichtigungen und dergl. werden erst im Tageblatt angezeigt werden.

Abtheilung für gerichtliche Medizin.

Einführender: Physikus Dr. Wahncau. Schriftführer: Dr. Boltz. Dr. Lührs. — Sitzungslokal: Anatomie im Hafenkrankenhaus. — Frühstücks- und Mittagslokal: Fährhaus am Hafenthor.

Angemeldete Vorträge: 1. Haberda-Wien: a) die Form der Schädelverletzungen an Neugeborenen. b) Kleinere Mittheilungen. 2. Placzek-Berlin W.: Herzverletzung und Hämatoperikard. 3. Schäffer-Bingen: Thema vorbehalten. 4. Saenger-Hamburg: Konträre Sexualempfindung. 5. Stubenrath-Würzburg: Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin in Deutschland. 6. Stumpf-Würzburg: Der pathologische Rausch in strafrechtlicher Hinsicht.

Die Abtheilung ist ausserdem eingeladen von Abtheilung 15 zu: Jordan-Heidelberg: Ueber die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt unter Ausschluss von Frakturen, Hernien und traumatischen Neurosen, sowie von Abtheilung 21 zu den Vorträgen über die Licht- und Roentgentherapie.

Abtheilung für Hygiene, einschl. Bakteriologie u. Tropenhygiene.

Einführende: Direktor Prof. Dr. Dunbar. Physikus u. Hafenarzt Dr. Nocht. Schriftführer: Dr. Wolff. Dr. Kister. Stabsarzt Dr. Fülleborn. Sitzungslokal: Hygienisches Institut. — Frühstücks- und Mittagslokal: „Alsterblick", Ecke Glockengiesserwall und Alsterdamm.

Angemeldete Vorträge: 1. Baginsky-Berlin: Isolirhospitäler und Mischinfektionen. 2. Brieger-Berlin: Ueber die wirksamen Bestandtheile der deutsch-ostafrikanischen Pfeilgifte. 3. Cohn-Breslau: Der Zeitungsdruck vom augenärztlichen Standpunkte betrachtet. 4. Erismann-Zürich: a) die Zusammensetzung und der Nährwerth der Hungerbrote in Russland (mit Demonstrationen). b) Der Nährwerth der Schülersuppen in Zürich. 5. Ernst-Zürich: Bakterienstrukturen. 6. Fischer-Kiel: Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen. 7. Fürst-Berlin: Zur Prophylaxis des Nikotinismus und Koffeinismus. 8. Grassberger-Wien: Ueber die Buttersäurebazillen. 9. Griesbach-Mühlhausen-Basel: Die Aufgaben der Schulhygiene. 10. Kruse-Bonn: Der jetzige Stand der Dysenteriefrage. 11. Lode-Innsbruck: Die Absterbebedingungen einiger Schimmelpilzsporenarten. 12. Moro-Graz: Biologische Beziehungen zwischen Milch und Serum. 13. Neisser-Frankfurt a. M.: Staphylomykosen. 14. Niederstadt-Hamburg: Die Milch, insbesondere sog. Kindermilch. 15. Plehn-Davos i. d. Sch.: Einige neuere Probleme der Malaria-

forschung. 16. Ruge (Kiel): Irrthümer in der Malariadiagnose und ihre Vermeidung. 17. Sárkány-Craiova-Rumänien: Die Antherozoiden der Variola. 18. Scheube-Greiz: Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern. 19. Scheurlen-Stuttgart: a) Der Stand der Abwässerreinigungsfrage auf Grund praktischer Versuche in Württemberg. b) Beobachtungen und Untersuchungen über die pathologische Anatomie und Bakteriologie der epidemischen Schweisskrankheiten. 20. Schottelius-Freiburg i. Br.: Versuche über sterile Ernährung von Hühnchen und über die Bedeutung der Darmbakterien. 21. Schürmayer-Hannover: Der Keimgehalt der Nährpräparate und dessen hygienische und klinische Bedeutung (mit Demonstrationen von Kulturen und Photogrammen). 22. Weigmann-Kiel: Die Anwendung und die Art der Durchführung der Pasteurisirung im Molkereigewerbe. 23. Weyl-Charlottenburg: Anwendung des Ozons in der Hygiene. 24. Gärtner-Jena: Ein neuer Hämoglobinometer.

Die Abtheilung ist ausserdem eingeladen zu der Sitzung der Tuberkulose-Kommission, Freitag, den 27. September, Nachmittags 2 Uhr, Turnhalle der Volksschule, Seilerstrasse 41/43. Angemeldete Vorträge: Brunslow, O.-Rostosk: Ein Fall von Kniegelenkstuberkulose und seine Behandlung mit Koch'schem Tuberkulin neuer Art (T. K.). Friedeberg-Wiesbaden: Moderne Forderungen der Familienfürsorge. Gebhard-Lübeck: Ausdehnung der Invaliditätsfürsorge auf Frauen und Kinder. Liebe-Braunfels: Beschäftigung der Kranken in den Heilstätten. Martius-Rostock: Ueber die Konstitution bei Tuberkulose. Nägelsbach (Schöneberg): Ruhe und Bewegung in der Phthiseotherapie. Petruschky-Danzig: Der gegenwärtige Stand der diagnostischen und therapeutischen Tuberkulinbehandlung. Sprengel-Braunschweig: Welche Fälle von sogenannter chirurgischer Tuberkulose eignen sich für die Behandlung in den Heilstätten? Weicker (Görbersdorf): Die bisherigen Dauererfolge der Heilstättenbehandlung.

Für die beabsichtigte **Feier zur Ehrung von Rudolf Virchow** an seinem 80. Geburtstage (s. Nr. 8 der Zeitschrift, S. 303) sind nach einer Mittheilung des Festausschusses die Räume des Preussischen Abgeordnetenhauses in freundlichster Weise zur Verfügung gestellt. Es findet daselbst am 12. Oktober um 6 Uhr Abends ein Festmahl in engerem Kreise statt; dasselbe soll einen familiären Charakter tragen und die auswärtigen Deputationen vereinigen — die Theilnehmerzahl ist daher und in Rücksicht auf den verfügbaren Raum auf etwa 150 beschränkt. Der eigentliche Festakt am 13. Oktober im grossen Sitzungssaale beginnt um 8½ Uhr. Da insgesammt nur rund 900 Personen sich betheiligen können, werden in erster Linie die auswärtigen Herren, namentlich aber jene, welche als Delegirte von Körperschaften erscheinen werden, auf's Neue und dringend gebeten, schon jetzt dem Schriftführer — Prof. Dr. Posner-Berlin SW., Anhaltstr. Nr. 7 — eine dahin gehende Mittheilung zu machen, da sonst eine Zusicherung für Bereithaltung entsprechender Plätze nicht möglich ist. An den Festakt schliesst sich geselliges Beisammensein in den Restaurationsräumen und der Wandelhalle, wo Buffets aufgestellt sein werden. Für den am Tage zuvor (12. Oktober) Mittags 12 Uhr stattfindenden Empfang der Gäste u. s. w. im Hörsaale des neuen pathologischen Instituts ergehen besondere Einladungen. Beiträge für die Rudolf Virchow-Stiftung sind recht bald an das Bankhaus Mendelsohn & Co. Berlin W., Jägerstrasse Nr. 49/50, einzusenden.

Pest. In Marseille ist die durch den Dampfer „Laos" eingeschleppte Pest Dank der ergriffenen Massregeln auf die erkrankten Heizer (15) beschränkt geblieben; vier sind daran gestorben. Dagegen sind in Konstantinopel noch mehrere Pestfälle aufgetreten und in Folge dessen die ganze europäische Türkei als verseucht erklärt. Auch in Chios sollen mehrere pestverdächtige Fälle vorgekommen sein. In Aegypten sind in der Zeit vom 28. Juni bis 12. Juli 18 Pesterkrankungen und 9 Todesfälle angezeigt worden, davon in Zagazig 13 (8), in Alexandrien 3 (1), in Port Said 2 (0).

In Indien betrug die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle an Pest: während der Wochen vom 1.—21. Juni in der Präsidentschaft Bombay, 749 (575), 681 (521), 542 (492) und in der Stadt Bombay: 118 (77), 107 (69) 61 (49); also eine stete Abnahme.

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

14. Jahrg. 1901.

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. August.

Zur Organisation des Hebammenwesens in Hessen, mit besonderer Berücksichtigung der Wiederholungslehrgänge für Hebammen.

Prof. Dr. Walther, Hebammenlehrer an der Hebammenlehranstalt zu Giessen.

Nach einem im Wetterauer ärztlichen Verein zu Friedberg am 11. Februar 1901 gehaltenen Vortrag.

Wenn ich mir heute erlaube, über das Hebammenwesen im Grossherzogthum Hessen, speziell in der Provinz Oberhessen einen kurzen Bericht zu geben, so glaube ich dazu nicht nur berechtigt, sondern auch insofern verpflichtet zu sein, als ich seit nahezu 10 Jahren (mit kurzer Unterbrechung) sowohl mit der Ausbildung, als auch der Fortbildung der Hebammen der Provinz Oberhessen an der Hebammenlehranstalt zu Giessen betraut bin. Jedem Arzte ist bewusst und aus eigener Erfahrung hinreichend bekannt, wie hochwichtig vom sozialpolitischen und hygienischen Standpunkte die Hebammenfrage ist und dass dieselbe gerade in den letzten Jahrzehnten in Aerztekreisen lebhaft diskutirt worden ist. Ist doch mit der Hebammenfrage wieder eng verknüpft die Puerperalfieberfrage, welche von jeher die ärztlichen Kreise wie Gesundheitsbehörden beschäftigte und in den achtziger Jahren die werthvollen Arbeiten der Puerperalfieberkommission in Berlin zeitigte, an welche sich umfangreiche statistische Arbeiten von M. Boehr[1]),

[1]) M. Boehr, „Untersuchungen über die Häufigkeit des Todes im Wochenbett in Preussen", 1878.

JAN 22 1922

Nath[2]), Jacobi[3]), P. Ehlers[4]) u. A. anreihten. Gerade der letztgenannte Autor hat erst neuerdings eine umfangreiche, mit erstaunlichem Fleisse ausgearbeitete Statistik über die Sterblichkeit „im Kindbett" in Berlin und im Königreich Preussen 1877—1896 herausgsgegeben[5]) und darin den sicheren Nachweis erbracht, dass die Arbeiten der Puerperalfieberkommission sowie die sich anschliessenden Verordnungen insofern von Erfolg gekrönt gewesen sind, als thatsächlich jetzt eine Abnahme der Todesfälle im Kindbett, insbesondere an Kindbettfieber allenthalben, sowohl im Königreich Preussen, als ganz besonders in der Stadt Berlin zu konstatiren ist — dass also der seiner Zeit bei der Veröffentlichung der Boehr'schen Zahlen (l. c.) ersehnte Wunsch, die gesammte Bevölkerung möge des Segens theilhaftig werden, welchen die geburtshilfliche Prophylaxe gewährt, nunmehr wirklich in Erfüllung gegangen ist!

Es dürfte danach für uns von grossem Interesse sein, zu erfahren, ob auch in Hessen die Abnahme der puerperalen Sterblichkeit, mithin im Zusammenhange damit ein Fortschritt im Hebammenwesen nachzuweisen ist. Indessen hat schon vor einigen Jahren Neidhart[6]) in einer, auf zuverlässigem und kritisch gesichtetem Zahlenmaterial ruhenden Arbeit nachgewiesen, dass auch in Hessen eine Abnahme der Sterblichkeit im Kindbett, (wenn auch nicht ganz sicher) festzustellen war. Ich beschränke mich daher darauf, meiner Thätigkeit als Hebammenlehrer gemäss, hier lediglich die Frage zu erörtern, ob die Hebammen den an sie gestellten Anforderungen, namentlich in Bezug auf die geburtshilfliche Prophylaxe nachkommen, ob sich dies in der Puerperalfieberstatistik der letzten Jahre in Hessen ausspricht, und schliesslich ob der Hebammenstand weiter bestehen soll, und wenn dies der Fall, welcher Verbesserungen derselbe bedarf.

Wenn wir die Thätigkeit der Hebammen nach dem Lehrbuche[7]) definiren, so sagen wir etwa: Die Hebamme hat die Aufgabe, Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen beizustehen und für das neugeborene Kind die nothwendige Hülfe zu leisten, — müssen aber dabei betonen, dass die Hauptthätigkeit auf die Vorbereitung und Unterstützung bei der Geburt und im Wochenbett sich erstreckt. In Kurzem liesse sich daher in folgenden Hauptpunkten die Thätigkeit der Hebammen bei der Leitung einer Geburt zusammenfassen:

---

[2]) Nath, Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin, 1885 (Hebammenwesen im Reg.-Bez. Königsberg).

[3]) Jacobi, Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1888; (Kindbettfiebersterblichkeit in Breslau).

[4]) Ehlers, Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1889.

[5]) Ehlers: Die Sterblichkeit im „Kindbett" in Berlin und in Preussen 1877—1896 (mit einem Vorwort von Geh. Rath Löhlein-Giessen); Stuttgart 1900.

[6]) Neidhart, Correspondenz-Blatt der ärztl. Vereins des Grossherzogth. Hessen; 1891, S. 10, 11, 12 und 1892, Nr. 1.

[7]) Preuss. Hebammenlehrbuch 1892, S. 105. Instruktion f. d. Hebammen im Königreich Preussen, §. 4. Siehe auch A. L.-R., S. 712 ff.

Fernhaltung, Vermeidung der Infektion (daher: Vorbereitung zur Geburt — Beobachtung der Desinfektionsmassregeln — exakte Beobachtung der Geburt);

Fernhaltung von Verletzungen und Blutungen bei der Geburt (daher: Dammschutz — rationelle Leitung der Nachgeburtsperiode);

Fernhaltung von Schädlichkeiten im Wochenbett, also bei den puerperalen Wundheilungsvorgängen, (daher: exakte Durchführung der Asepsis — die Wöchnerin ein „noli me tangere"! — exakte Temperaturmessung zur frühzeitigen Erkenntniss von Gefahren).

Fassen wir diese relativ einfachen Vorschriften der geburtshilflichen Prophylaxe in's Auge, so drängt sich die Frage von selbst auf: kommt die Hebamme diesen Anforderungen nach?

Es möge hier zunächst kurz der Weg skizzirt sein, welcher uns als Hebammenlehrern es ermöglicht, über diese Frage ein Urtheil abzugeben, da wir ja, streng genommen, ausserhalb der Praxis stehen und mit Beaufsichtigung des Hebammenpersonals nichts zu thun haben.

Die Hebammen in Deutschland unterstehen der Aufsicht des Kreisarztes[8]) (Kreisphysikus). Dieser allein hat, wenn ich mal von den Praktikern absehe, Gelegenheit, die so mühsam im Unterrichte herangebildeten Hebammen weiter zu beobachten und auf ihre Fähigkeiten zu prüfen; nur in wenigen Provinzen Preussens bestehen sog. Hebammennachkurse (Fortbildungskurse, Wiederholungslehrgänge), allerdings ohne Zwang für die Hebamme. Hier ist nun Hessen den anderen Bundesstaaten mit einer Einrichtung vorangeeilt, welche meines Erachtens jetzt schon segensreich wirkt, nämlich auf Veranlassung Löhleins mit der Einführung der Wiederholungslehrgänge für (alle!) Hebammen[9]). Diese bestimmt, dass alljährlich an den Hebammenlehranstalten zu Giessen und Mainz etwa $^1/_5$ aller Hebammen zu einem, allerdings nur 8 Tage dauernden Kursus einberufen werden und zwar in solcher Auswahl, dass jedes fünfte Jahr die Neueinberufung zu dem Wiederholungslehrgang erfolgt. Auf diese Weise haben nicht nur die Hebammen den Vortheil, über das in der Geburtshilfe neu Erprobte und Bewährte, ganz besonders aber über die Antisepsis und Asepsis an der Hand der Beobachtung am Gebärbett und Krankenbett sich belehren zu lassen, sondern auch wir Hebammenlehrer sind in der Lage, an der Fortbildung der Hebammen regen Antheil zu nehmen und im Verein mit den Kreisärzten, wo möglich, auch mit den Aerzten, an der Reform des Hebammenwesens

---

[8]) §. 46 der Medizinalordnung für Hessen vom Jahre 1861; §. 2 der Hessischen Dienstanweisung 1888; §. 5 der allgemeinen Verfügung vom 6. August 1883, betr. das Hebammenwesen in Preussen.

[9]) Hessische Verfügung vom 21. Juni 1891, betr. Einrichtung von Wiederholungslehrgängen für Hebammen an den Hebammenlehranstalten zu Giessen und Mainz.

mitzuarbeiten und uns ein Urtheil über die Leistungsfähigkeit der draussen praktizirenden Hebammen zu bilden.

Die Nothwendigkeit solcher Fortbildungskurse, welche von namhaften Autoren, wie Schultze, Ahlfeld, Löhlein, P. Müller u. A. schon früher dringend empfohlen wurden, ergab sich aus den Erfahrungen, welche Aerzte wie Kreisärzte alljährlich bezüglich der Hebammen machten; es zeigte sich nämlich, dass trotz genauester Beaufsichtigung ein relativ grosser Bruchtheil der Hebammen der Degeneration verfällt, wenn nicht von Zeit zu Zeit eine Auffrischung der Kenntnisse und technischen Fertigkeiten stattfindet. Werden zwar die Hebammen durch die 1861 in der hessischen Medizinalordnung[10]) enthaltenen Bestimmung, dass bei den Impfterminen alljährlich eine Revision und Prüfung der Hebammen stattfinden soll, durch die Kreisärzte scharf kontrolirt, so genügt doch, wie die Kreisärzte selbst zugeben, diese „einmalige Parade oder Kontrolversammlung", wie ich mich mal ausdrücken möchte, nicht zur Fortbildung. In Preussen ist laut §. 5 der allgemeinen Verfügung im Jahre 1883 eine ähnliche Einrichtung getroffen, nach welcher alle drei Jahre der Physikus eine gründliche Nachprüfung abhält und beim Nichtbestehen der Prüfung nach $^1/_4$ Jahr dieselbe nochmals ansetzt;[11]) aber selbst bei dieser, allenthalben mit grosser Strenge und Sorgfalt durchgeführten Prüfung dürfte es sich doch stets nur um eine kurze Belehrung handeln, eine theoretische Unterweisung, welche einen nachhaltigen Erfolg doch wohl nicht versprechen dürfte. Hier füllen nun gerade die Nachkurse, sog. Wiederholungslehrgänge für Hebammen, diese Lücke vollkommen aus. Da die Nachkurse bereits seit 1891 in Hessen[12]) durchgeführt sind, also 10 Jahre schon, so ist man jetzt sehr wohl in der Lage, ein ziemlich abschliessendes Urtheil über den Nutzen derselben zu fällen.

Wenn ich von diesen Kursen nur die Jahre 1894—1900 herausgreife, so thue ich das, weil ich sie selbst abgehalten habe, und genaue Aufzeichnungen meinerseits über sie vorliegen.

In dieser Zeit waren im Ganzen 480 Hebammen zur Nachübung eingezogen, etwa 70—80 in jedem Jahre, in 3—4 Einzelkursen zu 20 Hebammen vertheilt[13]). Bei Gelegenheit dieser Kurse habe ich über die verschiedensten Punkte genaue Aufzeichnungen gemacht, so über die soziale Lage der Hebammen, ihre Beschäftigung, die Zahl der Geburts- und Todesfälle, Beschaffenheit des Instrumentariums, der Tagebücher und greife von diesen das Wichtigste heraus.

---

[10]) Medizinal-Ordnung 1861; §. 47, 48.

[11]) Allgemeine Verfügung, betr. das Hebammenwesen vom 6. August 1883; §. 5.

[12]) In Preussen sind nur in einzelnen Prozinzen Wiederholungslehrgänge für Hebammen eingeführt, jedoch nicht obligatorisch, so in Berlin, Brandenburg, Breslau, Hannover, Westfalen und Rheinprovinz.

[13]) Im Winter 1900 waren zum ersten Male auch preussische Hebammen der benachbarten preussischen Kreise Fulda und Hünfeld zum Wiederholungslehrgang einberufen worden, nachdem deren Gesuch vom Grossherzoglichen Ministerium genehmigt worden war.

Die soziale Lage der Hebammen, besonders der Landhebammen ist die denkbar traurigste; noch nicht 10 % waren in der Lage, sich durch den Beruf ein ausreichendes Einkommen zu erwerben, auch die besseren nicht. Dieser Missstand, welcher gerade die Degeneration mit veranlasst, ist in verschiedenen Faktoren zu suchen, zu deren Beseitigung wir also nach Kräften beitragen müssen. Zunächst darin, dass das Hebammenwesen noch völlig den Gemeinden überlassen ist; jede Gemeinde besitzt das Recht, sich eine eigene Hebamme zu halten, nimmt sich sogar das Recht, neben der ihr missliebigen eine zweite Hebamme anzustellen. Diesbezügliche Beispiele liegen vor. Ein weiterer Misstand ist, dass die Gemeinde allein die Entscheidung über die Höhe der Entschädigung besitzt. Dieses Gehalt, welches nach einer alten Bestimmung zwar nach einem vom Kreisamt bestätigten Vertrag zwischen der Gemeinde und der neuanzustellenden Hebamme zu bemessen ist, schwankt für die Landhebammen Oberhessens nach meinem Berechnungen zwischen 10 und 100 Mark und wird zum Theil sogar noch in Naturalien (Holz, Korn, Ertrag einer Wiese) entrichtet. Für die Ortschaften des Vogelsberges lässt sich sogar ein Durchschnittsgehalt von nur 18—25 M. berechnen. Genauere Zahlen sind von mir im Korrespondensblatt der Vereine hessischer Aerzte im Jahre 1897 mitgetheilt worden; Krug-Mainz[14]) machte für Rheinhessen und Starkenburg gleiche Zusammenstellungen, deren Ergebniss aber wesentlich günstiger war.

Aus der Zugehörigkeit nur zu 1 Gemeinde ergiebt sich die völlig unzureichende Beschäftigung der Hebammen[15]). Dieser Mangel an Beschäftigung ist mit der Hauptgrund für den Rückgang mancher Hebammen.

Demgegenüber sind die Hebammenverhältnisse in Preussen insofern günstiger, als durch die allgemeine Verfügung vom Jahre 1883 bestimmte abgegrenzte Bezirke geschaffen wurden, in welchen Bezirkshebammen thätig sind, neben denen Privathebammen nur in beschränkter Zahl praktiziren. Die Hebammen der benachbarten preussischen Kreise Fulda und Hünfeld hatten im Durchschnitt sämmtlich 30—50 Geburten im Jahre zu besorgen; die Höhe der jährlichen Entschädigung für die Bezirhshebammenstelle ist aber auch hier eine recht mässige und beträgt nur 30 M. pro Jahr.

Auch in Hessen ist der Gedanke eine Vereinigung mehrerer Gemeinden zu einem Hebammenbezirke angeregt worden; die Verfügung vom 15. April 1899 empfiehlt für solche Gegenden, in welchen dem Terrain nach dies möglich erscheint, die Bildung von kleinen Hebammenbezirken zu versuchen. Thatsächlich sind im Kreise Lauterbach und Alsfeld schon in mehreren Fällen bei Neu-

---

[14]) Siehe Korrespondenzblatt der ärztl. Vereine des Grossherzogthums Hessen 1898.

[15]) Als krassestes Beispiel für den Mangel an Beschäftigung führe ich die Gemeinde Hemmen, Kreis Lauterbach an: 138 Einw., besitzt eigene Hebamme, welche 1898: eine, 1899 eine, 1900 keine Geburt zu besorgen hatte. Die 68jährige Hebamme ist völlig degenerirt und dienstunfähig.

besetzung von Hebammenstellen kleine Hebammenbezirke geschaffen worden; der Kreis Giessen und der wenig gebirgige Kreis Friedberg würde sich zur Bildung von Hebammenbezirken weit besser noch eignen.

Die mangelhafte Beschäftigung bei dem jetzigen System dürfte aus folgenden Zahlen hervorgehen:

Von 115 Hebammen der Nachkurse im Jahre 1899 hatten:
nur 13 Hebammen mehr als 30, einige 50—60 Geburten im Jahre
62 „ im Durchschnitt 10—25 „ „ „
40 „ „ weniger als 10 „ „ „
8 „ sogar nur 1—3 Geburten im Jahre (Gemeinden Hemmen, Geis Nidda, Blofeld, Schadenbach, Bleidenrod, Gleimenhain).

Ganz abgesehen davon, dass sich die finanziellen Verhältnisse mit der geringeren Zahl der Geburten verschlechtern, so wird die Hebamme einfach aus der Uebung kommen, die Lust am Fache verlieren, die Verantwortung leichter nehmen und die Hebammenthätigkeit als kleine Nebenbeschäftigung betrachten. Hebammen auf dem Lande sind geradezu auf die schwierige Landarbeit angewiesen, bei welcher bekanntlich die Bildung von Schrunden und eiternden Wunden an den Händen nur allzuhäufig vorkommt. Wie leicht bei solcher Art Beschäftigung schwere puerperale Infektionen zu Stande kommen, liegt auf der Hand!

Sehr belehrend war indessen das Ergebniss einer Zusammenstellung der von den Hebammen beobachteten Geburtsfälle und der dabei erzielten Resultate; die Zusammenstellung konnte ich auf Grund der von den Kreisärzten kontrolirten Tagebücher machen. Die Zahl der Todesfälle war mir besonders interessant und gab mir ein ziemlich sicheres Bild bezüglich der Befähigung der Hebammen. Die Zahlen zeigen allenthalben eine Abnahme der Kindbettsterblichkeit und zwar ganz entsprechend der Durchführung der Antiseptik und der Verjüngung des Hebammenstandes. Besuchten im Jahre 1891 ff. bei den Nachkursen eine grosse Reihe älterer Hebammen, zwischen 55 und 75 Jahren! den Nachkursus, so sind, durch den Einfluss der Nachkurse und die thatkräftige Mitwirkung der Kreisärzte, eine Reihe der älteren als dienstunfähig entlassen worden. Noch ist allerdings der Zeitpunkt nicht erreicht, wo wir thatsächlich nur Hebammen besitzen, welche nach Einführung der Antiseptik (das Jahr 1875 mal als solchen Zeitpunkt angenommen) ausgebildet sind. Neidhart[16]) berechnete in der erwähnten Arbeit für das Jahr 1880 das Verhältniss wie folgt: 1000 Hebammen der vorantiseptischen Zeit, 200 der neuen Schule. Für 1885: 800 Hebammen der alten, 400 der neuen Schule. Für 1890: etwa beide zu gleichen Theilen. Inzwischen ist wohl gerade durch die Nachkurse eine weitere Verjüngung des Hebammenstandes gefolgt; für Oberhessen lässt sich berechnen, dass immer noch etwa 12—20 % in der vorantiseptischen Zeit ausgebildet sind. Die Regierung sucht allerdings allenthalben die älteren, unbrauchbaren Elemente schonend zu eliminiren[17]).

[16]) l. c.

[17]) Vergl. Verfügung vom 30. Januar 1899 betr. Nichteinberufung der über 65 Jahre alten Hebammen zu den Nachkursen.

Die bei Revision der Tagebücher erhaltenen Resultate sind nun folgende:

102 Hebammen des Kursus 1897 hatten: 42835 Geburten mit 215 † = 0,51 % Mortalität. In diesem Kursus waren 25 Hebammen der vorantiseptischen Zeit.

96 Hebammen des Kursus 1898 hatten: 33425 Geburten mit 108 † (bei Korrektion auf 120 † = 0,34 %. In diesem Kursus waren wesentlich jüngere Jahresklassen vertreten.

68 Hebammen des Kursus 1899 hatten: 18170 Geburten mit 50 † = 0,43 % Mortalität.

Wenn diese Zahlen auch nicht den Werth absoluter Genauigkeit haben, so geben sie doch einen ungefähren Anhaltspunkt über den Erfolg der Hebammenthätigkeit, und dieser ist selbst bei Korrektur der Zahlen noch ein recht günstiger. Erheblich genaueres Zahlenmaterial haben wir nun seit dem letzten Jahre, nachdem am 1. Januar 1899 (laut Verfügung vom 3. Dezember 1899) ein neues Tagebuchformular eingeführt wurde, welches neben genügender Uebersichtlichkeit vor Allem eine genaue Registrirung der Geburtsfälle und des Wochenbettsverlaufes ermöglicht. Bei Durchsicht der neu eingeführten, von Seiten der Kreisgesundheitsämter bereits kontrolirten Tagebücher konnten einige kleinere, aber um so sicherere Zahlenreihen gewonnen werden, welche uns über kleinere Bezirke ein zuverlässiges Bild liefern. Die Hebammen der Kreise Giessen, Büdingen, Schotten und Friedberg, welche 35 Gemeinden vertreten, haben bei 986 Geburten in den Jahren 1899 und 1900 keinen einzigen Todesfall (=0 % Mortalität) erlebt, gewiss ein erfreuliches Resultat! Eine Wöchnerin war, wie die Bemerkung des behandelnden Arztes ergab, etwa 6 Wochen nach der Geburt an Schwindsucht gestorben. Weniger günstig war das Resultat bei den von den Hebammen des Kreises Alsfeld und Lauterbach beobachteten Geburten; nämlich 5 Todesfälle bei nur 373 Geburten; allerdings handelte sich bei jenen, wie die Durchsicht der Tagebücher und weitere Erkundigung ergab, um hochpathologische Fälle, bei welchen verantwortungsvolle geburtshilfliche Operationen, 4 mal darunter Nachgeburtsoperationen, nothwendig gewesen waren, so dass diese Fälle als reine Hebammeninfektionen wohl nicht aufzufassen sind; auch hier zeigte sich, wie ungünstig gerade durch Nachgeburtsoperationen die puerperale Statistik beeinflusst wird (vergl. weiter unten). Von 47 Hebammen desselben Kursus hatten 18 Hebammen, gerade die jüngsten, bei einer Geburtenzahl von 2700 Geburten überhaupt noch keinen Todesfall erlebt, der beste Beweis für den Vortheil einer besseren Ausbildung, einer schärferen Kontrole und der Verjüngung des Hebammenstandes.

Die oben gewonnenen Durchschnittszahlen, etwa 0,47 % Mortalität (= 489 bezw. auf 500 korrigirte Zahl von Todesfällen bei 106600 Geburten) sind im Vergleich zu denjenigen der neuesten und zuverlässigsten Statistik von Ehlers (l. c.), welcher 0,502 % Gesammtmortalität im Kindbett berechnet, doch als relativ günstig zu bezeichnen. Diese Zahlen entsprechen, wenn auch nicht genau, den bezüglich der Befähigung gemachten Aufzeichnungen. Von den 480 Hebammen, welche ich 1894—1900 im Nach-

besetzung von Hebammenstellen kleine Hebammenbezirke geschaffen worden; der Kreis Giessen und der wenig gebirgige Kreis Friedberg würde sich zur Bildung von Hebammenbezirken weit besser noch eignen.

Die mangelhafte Beschäftigung bei dem jetzigen System dürfte aus folgenden Zahlen hervorgehen:

Von 115 Hebammen der Nachkurse im Jahre 1899 hatten:
nur 13 Hebammen mehr als 30, einige 50—60 Geburten im Jahre
62 „ im Durchschnitt 10—25 „ „ „
40 „ „ weniger als 10 „ „ „
8 „ sogar nur 1—3 Geburten im Jahre (Gemeinden Hemmen, Geis Nidda, Blofeld, Schadenbach, Bleidenrod, Gleimenhain).

Ganz abgesehen davon, dass sich die finanziellen Verhältnisse mit der geringeren Zahl der Geburten verschlechtern, so wird die Hebamme einfach aus der Uebung kommen, die Lust am Fache verlieren, die Verantwortung leichter nehmen und die Hebammenthätigkeit als kleine Nebenbeschäftigung betrachten. Hebammen auf dem Lande sind geradezu auf die schwierige Landarbeit angewiesen, bei welcher bekanntlich die Bildung von Schrunden und eiternden Wunden an den Händen nur allzuhäufig vorkommt. Wie leicht bei solcher Art Beschäftigung schwere puerperale Infektionen zu Stande kommen, liegt auf der Hand!

Sehr belehrend war indessen das Ergebniss einer Zusammenstellung der von den Hebammen beobachteten Geburtsfälle und der dabei erzielten Resultate; die Zusammenstellung konnte ich auf Grund der von den Kreisärzten kontrolirten Tagebücher machen. Die Zahl der Todesfälle war mir besonders interessant und gab mir ein ziemlich sicheres Bild bezüglich der Befähigung der Hebammen. Die Zahlen zeigen allenthalben eine Abnahme der Kindbettsterblichkeit und zwar ganz entsprechend der Durchführung der Antiseptik und der Verjüngung des Hebammenstandes. Besuchten im Jahre 1891 ff. bei den Nachkursen eine grosse Reihe älterer Hebammen, zwischen 55 und 75 Jahren! den Nachkursus, so sind, durch den Einfluss der Nachkurse und die thatkräftige Mitwirkung der Kreisärzte, eine Reihe der älteren als dienstunfähig entlassen worden. Noch ist allerdings der Zeitpunkt nicht erreicht, wo wir thatsächlich nur Hebammen besitzen, welche nach Einführung der Antiseptik (das Jahr 1875 mal als solchen Zeitpunkt angenommen) ausgebildet sind. Neidhart[16]) berechnete in der erwähnten Arbeit für das Jahr 1880 das Verhältniss wie folgt: 1000 Hebammen der vorantiseptischen Zeit, 200 der neuen Schule. Für 1885: 800 Hebammen der alten, 400 der neuen Schule. Für 1890: etwa beide zu gleichen Theilen. Inzwischen ist wohl gerade durch die Nachkurse eine weitere Verjüngung des Hebammenstandes gefolgt; für Oberhessen lässt sich berechnen, dass immer noch etwa 12—20 % in der vorantiseptischen Zeit ausgebildet sind. Die Regierung sucht allerdings allenthalben die älteren, unbrauchbaren Elemente schonend zu eliminiren[17]).

[16]) l. c.

[17]) Vergl. Verfügung vom 30. Januar 1899 betr. Nichteinberufung der über 65 Jahre alten Hebammen zu den Nachkursen.

Die bei Revision der Tagebücher erhaltenen Resultate sind nun folgende:

102 Hebammen des Kursus 1897 hatten: 42835 Geburten mit 215 † = 0,51 % Mortalität. In diesem Kursus waren 25 Hebammen der vorantiseptischen Zeit.

96 Hebammen des Kursus 1898 hatten: 33425 Geburten mit 108 † (bei Korrektion auf 120 † = 0,34 %. In diesem Kursus waren wesentlich jüngere Jahresklassen vertreten.

68 Hebammen des Kursus 1899 hatten: 18170 Geburten mit 50 † = 0,43 % Mortalität.

Wenn diese Zahlen auch nicht den Werth absoluter Genauigkeit haben, so geben sie doch einen ungefähren Anhaltspunkt über den Erfolg der Hebammenthätigkeit, und dieser ist selbst bei Korrektur der Zahlen noch ein recht günstiger. Erheblich genaueres Zahlenmaterial haben wir nun seit dem letzten Jahre, nachdem am 1. Januar 1899 (laut Verfügung vom 3. Dezember 1899) ein neues Tagebuchformular eingeführt wurde, welches neben genügender Uebersichtlichkeit vor Allem eine genaue Registrirung der Geburtsfälle und des Wochenbettsverlaufes ermöglicht. Bei Durchsicht der neu eingeführten, von Seiten der Kreisgesundheitsämter bereits kontrolirten Tagebücher konnten einige kleinere, aber um so sicherere Zahlenreihen gewonnen werden, welche uns über kleinere Bezirke ein zuverlässiges Bild liefern. Die Hebammen der Kreise Giessen, Büdingen, Schotten und Friedberg, welche 35 Gemeinden vertreten, haben bei 986 Geburten in den Jahren 1899 und 1900 keinen einzigen Todesfall (=0 % Mortalität) erlebt, gewiss ein erfreuliches Resultat! Eine Wöchnerin war, wie die Bemerkung des behandelnden Arztes ergab, etwa 6 Wochen nach der Geburt an Schwindsucht gestorben. Weniger günstig war das Resultat bei den von den Hebammen des Kreises Alsfeld und Lauterbach beobachteten Geburten; nämlich 5 Todesfälle bei nur 373 Geburten; allerdings handelte sich bei jenen, wie die Durchsicht der Tagebücher und weitere Erkundigung ergab, um hochpathologische Fälle, bei welchen verantwortungsvolle geburtshilfliche Operationen, 4 mal darunter Nachgeburtsoperationen, nothwendig gewesen waren, so dass diese Fälle als reine Hebammeninfektionen wohl nicht aufzufassen sind; auch hier zeigte sich, wie ungünstig gerade durch Nachgeburtsoperationen die puerperale Statistik beeinflusst wird (vergl. weiter unten). Von 47 Hebammen desselben Kursus hatten 18 Hebammen, gerade die jüngsten, bei einer Geburtenzahl von 2700 Geburten überhaupt noch keinen Todesfall erlebt, der beste Beweis für den Vortheil einer besseren Ausbildung, einer schärferen Kontrole und der Verjüngung des Hebammenstandes.

Die oben gewonnenen Durchschnittszahlen, etwa 0,47 % Mortalität (= 489 bezw. auf 500 korrigirte Zahl von Todesfällen bei 106600 Geburten) sind im Vergleich zu denjenigen der neuesten und zuverlässigsten Statistik von Ehlers (l. c.), welcher 0,502 % Gesammtmortalität im Kindbett berechnet, doch als relativ günstig zu bezeichnen. Diese Zahlen entsprechen, wenn auch nicht genau, den bezüglich der Befähigung gemachten Aufzeichnungen. Von den 480 Hebammen, welche ich 1894—1900 im Nach-

kursus unterrichtete, konnten etwa 18—20 % als sehr mässig, zum Theil völlig unbrauchbar — nämlich gerade die ältesten, noch in der vorantiseptischen Zeit ausgebildeten — 1/3 als „mittleren Ansprüchen“ genügend, 1/3 als völlig genügend, und der Rest nur 15 % etwa gut, sogar recht gut qualifizirt bezeichnet werden. Von den 20 % degenerirten Hebammen sind inzwischen eine ganze Reihe theils durch Tod abgegangen, theils freiwillig zurückgetreten oder auf schonende Weise von Seiten der Kreisgesundheitsämter eliminirt worden.

Es erscheint nun von grossem Interesse im Vergleiche zu den oben angeführten, keineswegs sicheren Zahlen die Ergebnisse der hessischen Landes-Statistik zu betrachten; ich verdanke die lerzteren Zahlen der Freundlichkeit des leider jüngst verstorbenen Herrn Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Pfeiffer, dessen Name als Statistiker schon für die Genauigkeit der Zahlen bürgt. Zur Orientirung über die puerperalen Verhältnisse giebt die beifolgende Tabelle ein getreues Bild, und zwar um so mehr, als seit dem Jahre 1877 die Registrirung der Todesfälle seitens der Kreisgesundheitsämter ausserordentlich genau vorgenommen wurde. Wurde doch ein wirklich zuverlässiges Urmaterial erst durch die Einführung der Zählkarten gewonnen, welches nach Einführung der Anzeigepflicht im Jahre 1887 noch genauer wurde und sogar einige Anhaltspunkte zur Beurtheilung der Mortalität lieferte. Ein Blick auf die Tabelle zeigt nun einen deutlichen Rückgang

Jahr	Zahl der Wöchnerinnen	Zahl der Todesfälle im Kindbett	Zahl der Todesfälle: an Kindbettfieber	Zahl der Todesfälle: an anderen Folgen der Geburt	1 Todesfall auf wieviel Geburten?	Wieviel Todesfälle auf 100 Geburten?	Besondere Bemerkungen
1877	34 740	161	127	34	1 : 213,2	= 0,46 %	1877 Revision der Zählkarten.
1878	34 030	194	144	50	1 : 174,3	= 0,57 „	
1879	33 738	163	100	63	1 : 204,4	= 0,48 „	
1880	32 502	177	120	57	1 : 181,3	= 0,55 „	
1881	32 323	176	118	58	1 : 180,5	= 0,55 „	
1882	31 779	158	80	78	1 : 200,0	= 0,49 „	1882 Verfügung über Eintragung der anderen Folgen der Geburt incl. der puerp. Infektionen.
1883	31 175	173	81	92	1 : 177,9	= 0,56 „	
1884	31 792	197	97	100	1 : 159,4	= 0,62 „	
1885	31 220	188	86	102	1 : 166,1	= 0,61 „	
1886	31 737	188	100	88	1 : 166,7	= 0,59 „	
1887	31 386	199	82	117	1 : 155,7	= 0,64 „	
1888	31 476	168	78	90	1 : 183,7	= 0,54 „	1888 Einführung d. Dienstanweisung f. Hebammen.
1889	31 958	140	65	75	1 : 225,0	= 0,44 „	
1890	31 159	144	88	56	1 : 210,8	= 0,43 „	
1891	33 314	143	94	49	1 : 229,8	= 0,43 „	1891 Verlängernng d. Hebammenunterrichts auf 6 Monate u. Einführung d. Hebammennachkurse.
1892	32 718	172	106	68	1 : 185,5	= 0,56 „	
1893	33 960	220	147	73	1 : 152,3	= 0,65 „	
1894	33 188	141	74	67	1 : 231,0	= 0,43 „	
1895	34 226	138	64	74	1 : 245,1	= 0,41 „	
1896	34 955	134	70	64	1 : 257,5	= 0,38 „	
1897	35 429	134	57	77	1 : 260,8	= 0,38 „	
1898	36 628	117	62	55	1 : 309,2	= 0,32 „	1898 neues Formular des Hebammen-Tagebuches. Temperaturzettel.
1899	37 163	132	68	64	1 : 285,8	= 0,35 „	

in der puerperalen Mortalität, sowohl der Gesammtmortalität, wie der Sterblichkeit an Kindbettfieber, und zwar ganz entsprechend der Zeit, in welcher die Dienstanweisung für Hebammen (vom Jahre 1881), verbunden mit der darin enthaltenen Belehrung über Antisepsis und geburtshilfliche Prophylaxe, sowie der Zeit, in welcher die Nachkurse mit ihren theoretischen und vor Allem praktischen Unterweisungen mit Nachdruck durchgeführt wurden.

Neidhart (l. c.) hatte bereits 1892 in der oben erwähnten Arbeit einen sehr werthvollen Ueberblick über die puerperalen Verhältnisse im Grossherzogthum Hessen für die Jahre 1863 — 1890 gegeben und eine Durchnittsmortalität von 0,63 % (= 1 Todesfall auf 158 Geburten) berechnet [5442 Todesfälle bei 857 355 Geburten]. Eine noch wesentlichere Abnahme der puerperalen Gesammtmortalität zeigt eine Uebersicht über die Jahre 1877 bis 1898 incl., in welcher Zeit bei 745 483 Geburten sich 3627 Todesfälle ereigneten, was einer Durchschnittsmortalität von 0,49 % (= 1 Todesfall auf 205 Geburten) entspricht. Die Sterblichkeit an Kindbettfieber lässt sich für diese Zeit mit nur 0,27 % [18]) berechnen, ein Resultat, welches demjenigen gut geleiteter Anstalten annähernd gleichkommt. In einzelnen Jahren sank die Sterblichkeitsziffer sogar noch mehr:

so 1897 auf 0,38 % = 1 Todesfall auf 260 Geburten
und 1898 „ 0,32 % = 1 „ „ 309 „

Wenn wir die oben gefundene Durchschnittsmortalität von 0,49 % (= 49 Todesfälle auf 10 000 Geburten oder = 147 Todesfälle bei den etwa alljährlich stattfindenden 35 000 Geburten in Hessen), welche sich bei etwa nothwendig vorzunehmender Korrektur nur unwesentlich erhöhen würde, mit dem von Ehlers für Preussen gefundenen vergleichen, so kann sie als eine recht günstige bezeichnet werden. Ehlers (l. c.) hat in der oben erwähnten Arbeit auf Grund eines Riesenmaterials mit geradezu bewundernswürdigen Fleiss die puerperalen Verhältnisse für Berlin und Preussen bearbeitet und für Preussen für die Jahre 1877—1896 eine Durchschnittsmortalität von 0,502 % berechnet. Der Rückgang der Mortalität war hauptsächlich in Stadtgemeinden zu konstatiren und betraf im Wesentlichen die Sterblichkeit an Kindbettfieber. Boehr hatte für die Jahre 1859—1879 (l. c.) im Königreiche Preussen noch die Mortalität von 0,792 % festgestellt. In einer neueren Arbeit über die puerperalen Verhältnisse der Schweiz [19]) wurden für die Jahre 1891—1898: 0,67 % Mortalität berechnet. Nach Hönck [19a]) betrug die Gesammtmortalität infolge des Kindbetts in Hamburg 1890—1899 = 0,48 %, gegenüber 0,60 % in den Jahren 1880—1884.

Aus diesen Zahlen spricht das erfreuliche Resultat, dass die puerperalen Todesfälle wie allenthalben, so auch im Grossherzogthum Hessen erheblich an Zahl abgenommen haben

[18]) Auch Neidhart berechnete für die Jahre 1891—1896 eine puerperale Infektions-Mortalität von 0,27 % (cfr. Ehlers; l. c., S. 15 bis 16).
[19]) Zeitschr. f. Schweiz. Statistik 1899.
[19a]) Sammlung klin. Vorträge; II. F., Nr. 174.

und denjenigen gut geleiteter Anstalten gleichkommen. Berücksichtigen wir zum Vergleiche nur die, aus der letzten Zeit berechnete Sterblichkeit in den Anstalten, so lässt sich in allen Anstalten ein erhebliches Sinken der puerperalen Verhältnisse konstatiren; Löhlein[20]) berechnete für die Giessener Klinik für die Jahre 1889—1893 noch eine Gesammtmortalität von 0,53 %, wobei sehr wohl zu berücksichtigen ist, dass relativ häufig schwere Komplikationen bei dem klinischen Material sich ereignen und oft genug schon draussen operirte und gar infizirte Fälle zur Klinik transferirt werden. In den letzten Jahren ist diese Zahl erheblich gesunken, wenn wir von den von draussen transferirten Fällen absehen.

Wenn die Verhältnisse in der Praxis trotz der sichtlichen Besserung denjenigen der Anstalt noch etwas nachstehen, so ist dies eben in den Verhältnissen der Praxis begründet, vor Allem in den Schwierigkeiten, unter denen der Praktiker mitunter Geburtshilfe treiben muss. Dass nun in allen Fällen an der Sterblichkeit die Hebammen zu beschuldigen sind, dürfte nicht zutreffen, obwohl man sich eigentlich daran gewöhnt hat, den Hebammen in jedem Falle die Schuld beizumessen. Gerade über diesen Punkt kann man sich weniger aus der grossen Landesstatistik ein Bild machen, als vielmehr dann urtheilen, wenn man die puerperale Sterblichkeit im kleinen Wirkungskreis prüft, da sich hier die Zahlen, das statistische Urmaterial, erheblich genauer prüfen lassen. Ich greife zu diesem Zwecke den Kreis Giessen heraus, der mir am meisten bekannt ist, zum grossen Theil durch die Konsiliarpraxis. Auf Grund der Zählkarten konnte ich feststellen, dass 1891—1899 im Kindbett 79 Frauen starben und zwar wiederum 63 infolge von Kindbettfieber, 16 an anderen Folgen der Geburt. In 25 Fällen davon haben geburtshilfliche Operationen stattgefunden, und dabei wiederum in der Hälfte dieser Fälle Nachgeburtsoperationen, also gerade die verantwortungsvollsten der landläufigen geburtshilflichen Operationen. Demnach würden für diesen Kreis höchstens $^2/_3$ der Todesfälle den Hebammen zur Last zu legen sein; eine genaue Durchsicht der Zählkarten und im Vergleich mit der von mir über sämmtliche Hebammen der Provinz seit 1895 geführten Qualifikation ergab wiederum, dass im Wesentlichen ältere, aus der vorantiseptischen Zeit stammende Hebammen die Todesfälle verschuldeten. — Der Kreis Mainz, dessen Zählkarten ich genau kontrolirte, zeigte ähnliche Verhältnisse: von 32 Todesfällen während der Jahre 1896 bis 1899 war in 19 Fällen operirt, und zwar 8 Mal wiederum die Lösung der Nachgeburt ausgeführt worden. Auch hier zeigt sich, dass nicht nur durch die Degeneration der Hebammen, sondern auch durch die operative Vielgeschäftigkeit (Nachgeburtsoperationen!) die puerperale Sterblichkeitsziffer ungünstig beeinflusst wird. Hegar, Löhlein u. a.[21])

---

[20]) Vergl. auch Schröder, Inaug.-Dissertation 1899: Statistik über die fieberhaften Puerperalprozesse der Giessener Frauenklinik von 1894—1897.

[21]) Hegar; Sammlung klinischer Vorträge; Nr. 351, N. F. Nr. 29, und Löhlein, gynäkologische Tagesfragen, 1898.

haben bereits früher darauf hingewiesen, dass die übergrosse operative Thätigkeit die Wochenbettsstatistik wesentlich beeinflusse.

Betrachten wir nun die Ortschaften auf die puerperalen Todesfälle genauer, so findet man bei Vergleich mit dem von mir aufgestellten Hebammenstammbuch der Provinz, dass in erster Linie diejenigen Orte betroffen wurden, in welchen noch alte, aus der vorantiseptischen Zeit stammende Hebammen praktiziren, während in Ortschaften, in welchen junge, nach Einführung der Antisepsis ausgebildete Hebammen thätig sind, die puerperalen Todesfälle erheblich seltener geworden sind. Als Beispiele führe ich Ortschaften aus der Umgegend Giessens an, welche mir aus der eigenen geburtshülflichen Praxis genügend bekannt sind: Leihgestern, Göbelnrod, Annerod, Garbenteich, Rödgen, Heuchelheim; während die Gemeinde Wieseck, in welcher noch zwei alte Hebammen (die eine 73 Jahre alt!) praktiziren, alljährlich von puerperalen Fällen heimgesucht ist, ist in den erst erwähnten Orten während der letzten Jahre, seitdem daselbst jüngere Hebammen thätig sind, ein puerperaler Todesfall überhaupt nicht vorgekommen. In dem benachbarten Orte Leihgestern, welcher alljährlich 30—35 und mehr Geburten erlebt, waren beispielsweise bis zur Anstellung der neuen Hebammen alljährlich schwere puerperale Erkrankungsfälle, auch Todesfälle, vorgekommen, seit 1896 hat sich mit Installirung der jungen, antiseptisch ausgezeichnet geschulten Hebamme ein puerperaler Todesfall nicht mehr ereignet, auch sind schwerere puerperale Erkrankungen dort nicht zur Beobachtung gekommen. Von gewissem Einfluss ist natürlich auch der Umstand, ob im betreffenden Orte oder Bezirke Aerzte praktiziren, welche gern und oft operiren. Die Rücksicht auf die ärztliche Kollegialität verbietet mir, gerade hier auf Einzelheiten einzugehen.

Ich lege auf die eben erwähnten, kleinen Zahlen einen besonderen Werth, da diese Fälle erheblich genauer beobachtet und kontrolirt sind, als die grossen Zahlen der Landesstatistik, ganz besonders in Bezirken, wo die eigene konsultative Thätigkeit mir Gelegenheit zur Beurtheilung der Fälle gab.

Beobachten wir schärfer im kleinen Wirkungskreise, gehen wir als Aerzte den Hebammen mit gutem Beispiel voran, suchen wir Alle in der geburtshülflichen Thätigkeit die idealen Resultate der Anstalten nachzuahmen, dann wird auch die Sterblichkeit an Kindbettfieber und den anderen Folgen der Geburt noch mehr sinken, — vorausgesetzt, dass die Hebammen das Gleiche thun! Dazu bedarf es aber der Mitwirkung der Aerzte, nicht der Erziehung der Hebammen allein! Dass man geburtshülflich so arbeiten kann, dass man die Resultate der Anstalten erreicht, mögen einige Zahlen aus meiner eigenen geburtshülflichen Thätigkeit beweisen, so unbescheiden dies auch klingen mag:

Bei 390 geburtshülflichen Fällen der Jahre 1895—1900 und über 250 geburtshülflichen, zum Theil schweren Operationen (dabei 24 indizirte Nachgeburtsoperationen!) habe ich weder einen Todesfall an Puerperalfieber noch einen an Verletzung, oder Verblutung

zu verzeichnen. Ein Todesfall ereignete sich am 14. Tage des Wochenbettes, wie die Sektion erwies, an Lungenembolie, ein Unglücksfall, der wohl keinem Operateur erspart geblieben ist. Ein Praktiker, Dr. Weber-Alsfeld,[22]) berichtet soeben über eine Serie von hundert geburtshülflichen Operationen mit nur einem Todesfall. Suchen wir also in der eigenen geburtshülflichen Thätigkeit möglichst ideale Resultate zu erzielen! Dass dies auch bei ausgedehnter, vielfältiger geburtshülflicher Praxis möglich ist, wurde durch die eben zitirten Ziffern bewiesen. Beschuldigen wir aber auch nicht kritiklos in jedem Falle von puerperaler Infektion die Hebamme! Denn wenn wir uns die geburtshülfliche Thätigkeit des Arztes näher ansehen, so müssen wir offen gestehen, dass auch hier Besserung Noth thut, und dass manche Aerzte Fortbildungskurse ebenso nöthig haben, als Hebammen.

Lassen wir uns aber auf der anderen Seite durch die, oben erwähnten relativ günstigen Mortalitätsziffern in der Hebammenpraxis nicht täuschen! Dass es besser geworden ist, geht zwar aus den Ziffern hervor, dass das Hebammenwesen auch weiter bestehen kann, besonders bei der nothwendig gewordenen Verjüngung, und nicht verdient, kurzweg abgeschafft zu werden, sondern scharf kontrolirt und, was Noth thut, gebessert, reorganisirt zu werden, geht aber ebenfalls aus obigen Ausführungen hervor. Vergegenwärtigen wir uns dabei, dass 99 % aller Geburten ausserhalb der Anstalten stattfinden und dass die Hebamme als diejenige Sachverständige stets zuerst zu Rathe gezogen wird, welche die Vorbereitungen zur Geburt zu treffen und somit in erster Linie die Verantwortung für den Einzelfall zu tragen hat, so wird uns die Nothwendigkeit, gerade die Hebammen für die verantwortungsvolle Thätigkeit vorzubereiten, stets vor Augen stehen müssen.

Worin die Besserung, die Reorganisation des Hebammenwesens beruht, mag in Folgendem in Kürze ausgeführt werden.

Das Thema „Reform des Hebammenwesens“ ist in den beiden letzten Jahrzehnten von namhafter Seite so lebhaft diskutirt worden, dass ich mich nur auf das Allernothwendigste hier beschränken darf. Bezüglich der Reformvorschläge stehen sich im Wesentlichen zwei Richtungen gegenüber. Vorschläge einerseits, welche sich sehr schwer oder niemals realisiren lassen, solche anderseits, welche einer Durchführung nahe stehen oder wenigstens beachtenswerth sind; zu den letzteren gehören diejenigen, welche das Fortbestehen des Hebammenstandes als einer bestimmten Klasse des Heilpersonals anerkennen, aber eine gründliche Aufbesserung wünschen, zu den ersteren die extremen Forderungen, welche darauf hinausgehen, den Hebammenstand gänzlich abzuschaffen und zu ersetzen durch Aerzte, Aerztinnen oder Wartefrauen.

Ohne im Einzelnen auf die hiermit angedeuteten vielfachen Reformvorschläge einzugehen, welches Thema von namhaften

[22]) Zeitschrift für praktische Aerzte; 1901, Nr. 4 und 5.

Autoren in den letzten Jahrzehnten lebhaft diskutirt wurde, sei hier nur auf die Hauptpunkte hingewiesen.

Die Autoren, welche die erwähnten extremen Forderungen stellten, stützen sich auf die Erfahrungen, welche man in anderen Ländern, z. B. England und Amerika gemacht hat, wo bekanntlich Aerzte die Geburten leiten und Wartefrauen ihnen assistiren. Andere halten auch den Hebammenstand moralisch wie intellektuell für nicht genügend befähigt und wünschen Rekrutirung aus besseren Kreisen, Vorschläge welche bis zu einem gewissen Grade sehr wohl beherzigt werden müssen, bezüglich der Durchführung aber etwas über das Ziel hinausschiessen. Der erstgenannte Vorschlag, Hebammen einfach durch Aerzte zu ersetzen, lässt sich durch die einfache Ueberlegung zurückweisen, dass, abgesehen von der Kostspieligkeit, der Ersatz schon aus Mangel an Aerzten nicht durchzuführen sein dürfte. Wachs[23]) hat bereits früher diesen Vorschlag energisch zurückgewiesen. Nehmen wir die durchschnittliche Geburtsziffer von 38,1 – 40,0 pro Mille für Deutschland an, so würde sich eine Geburtenzahl von 1 900 000 berechnen lassen, von denen nur ein kleiner Prozentsatz, nach Ehlers (s. r.) etwa 1 %, in Anstalten stattfindet; bei einer zu 20000 geschätzten Zahl Geburtshülfe treibender Aerzte würden also mindestens 90—100 Geburten pro Jahr auf einen Arzt entfallen. Dies ist aber schon rücksichtlich der Entfernungen, Zeitverhältnisse nicht durchführbar, ausser wenn der Arzt über eine Gehülfin, ähnlich einer Hebamme, verfügt; ein erheblicher Vortheil würde auch in der Puerperalfrage, wie ich oben nur eben andeutete, m. E. durch ärztliche Hülfe bei jeder Geburt nicht erreicht!

Vielleicht erscheint bei der jetzt brennend gewordenen Frauenfrage der Gedanke sympathischer, die Hebammen durch Frauenärztinnen zu ersetzen; diese utopische Forderung ist vor einigen Jahren von Frau Adams Walther[24]) aufgestellt worden, hat aber allenthalben die gebührende Abweisung erfahren.

Nicht nur an der absoluten Zahl der ausgebildeten Geburtshelferinnen würde es auch hier fehlen, sondern diese mit Zange, und dem übrigen operativen Apparat ausgerüsteten weiblichen Aerzte würden sicherlich wieder Gehülfinnen für die niedrigen Hülfeleistungen nothwendig haben; ein Hebammen- oder Wärterinnenstand zweiter Klasse würde sich nothwendiger Weise daraus entwickeln. Auch der Ersatz der Hebammen durch Wartefrauen, Wochenpflegerinnen, ist meiner Ansicht nach in keiner Weise zu empfehlen; leider hat sich in manchen Städten die Unsitte, statt der Hebamme eine Wartefrau zuzuziehen, so eingebürgert, dass die Hebammen geschlossen gegen diesen Unfug

---

[23]) Wachs, Eulenberg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1882, Bd. 37; vergl. auch B. S. Schulze, Volkmann's Vorträge, Nr. 247, sowie Löhlein, Deutsche med. Wochenschrift; 1885, Nr. 15, 1886, Nr. 6.

[24]) Adams Walther, Centralblatt für Gynäkologie; 1884.

[25]) Vergl. Eingabe des Mainzer Hebammenvereins an Grossh. Ministerium und die Aerztlichen Vereine vom 29. April 1897, sowie Entwurf für ein Wochenpflegerinnengesetz, vorgelegt auf dem 8. Delegirtentage der Hebammen in Bremen.

vorgehen.[25]) Wie ich schon a. a. O.[26]) hervorhob, macht thatsächlich die Leitung einer Geburt ohne Hebamme, also mit Zuziehung einer Wartefrau, die Anwesenheit des Arztes von Anfang bis zu Ende der Geburt nothwendig, da ja die Wartefrauen etwa auftretende Gefahren, wie Eklampsie, Blutungen u. a. nicht kennen und Hülfeleistungen, wie Dammschutz u. a. nur dann leisten können, wenn sie ebenso wie die Hebammen ausgebildet sind; man würde also auch auf diese Weise wieder zu einer Art Hebamme kommen.

Hieraus ergiebt sich mit nothwendiger Konsequenz, dass wir den Stand der Hebammen nicht entbehren können, sondern ihn sehr wohl bedürfen, zumal, wenn wir die Verhältnisse der weniger Bemittelten, die bekanntlich das Gros der Geburten stellen, in Betracht ziehen. Anderseits müssen aber die von sachverständiger Seite gemachten Vorschläge[27]) in Bezug auf die Hebammenreform sehr wohl beachtet werden; dieselben beziehen sich übereinstimmend auf:

1. bessere Auswahl der Schülerinnen;
2. gründliche Ausbildung derselben im Hebammenlehrgang;
3. bessere soziale Stellung und Fürsorge für eine ausreichende Beschäftigung;
4. strenge Beaufsichtigung der Hebammen;
5. Fürsorge für bessere Fortbildung durch Nachkurse.

Es bedarf wohl kaum einer Begründung, wenn ich von diesen Punkten die Besserung der materiellen Lage vorwegnehme, da sie in allen Bestrebungen der Hebammenreform den Angelpunkt bilden wird.

Hier drängt sich nun die Frage auf, welche eben schon angedeutet wurde: Bedarf jede Gemeinde eine Hebamme? — Wie schon oben hervorgehoben wurde, besteht in Preussen das System der Bezirkshebammen. Theoretisch ist gegen eine solche Vereinigung mehrerer Ortschaften zu einem Bezirke nichts einzuwenden, praktisch ist jedoch die Einrichtung nicht überall durchzuführen. Ich erinnere nur an die Gebirgsgegenden — wobei ich natürlich von der Vereinigung kleiner Gehöfte, wie z. B. in der Rhön, auch im Schwarzwald, absehe — in welchen mitunter tage-

---

[25]) Walther: Zur Ausbildung der Wochenpflegerinnen und deren Wirkungskreis. Deutsche Krankenpflege-Zeitung; 1900, Nr. 7 und 8.

[27]) Aus der reichlich angewachsenen Literatur verweise ich insbesondere auf:

B. S. Schultze, Volkmann's Vorträge, Nr. 247.
Löhlein, Deutsche med. Wochenschrift, 1885, Nr. 15, 1886, Nr. 6.
Fehling, Deutsche med. Wochenschrift, 1889, Nr. 7 und 27.
Dohrn, Abegg, Ahlfeld u. a., 1889; ibidem.
Schatz, Deutsche med. Wochenschrift, 1895, Nr. 41.
Beiträge zur Reform der geburtshülfl. Ordnung. Staude, Berlin 1898.
Langerhans und Lemmer, Verhandlungen der XVI. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins; 1899, Berlin.
Brennecke, Kritische Bemerkungen hierzu; Halle 1900, Marhold.
Löhlein, Referat über Reform des Hebammenwesens; Verhandlungen des ärztlichen Zentralausschusses, Darmstadt 1897.
Krug, Referat über Reform des Hebammenwesens; ibidem.

lang ein Verkehr zwischen Ortschaften fast unmöglich ist. Die materielle Lage würde allerdings durch Schaffung grösserer Bezirke gebessert, aber die einzelne Gemeinde könnte doch mal darunter leiden.[28]) Da, wo dem Terrain und auch der Entfernung nach (setzen wir mal 3 km als Maximum der Entfernung) eine Vereinigung mehrerer Ortschaften zu einem kleinen Hebammenbezirke möglich erscheint, sollte sie durchgeführt werden. Wie erwähnt, hat schon Grossherzogl. Ministerium neuerdings auf §. 39 der hess. Medizinalordnung vom Jahre 1861 zurückgegriffen und in der Verfügung vom 15. April 1899 die Bildung der Hebammenbezirke bei Besetzung der Hebammenstellen empfohlen. Auch wurde oben darauf hingewiesen, dass im Kreise Lauterbach und Alsfeld bereits an mehr als 20 Orten diese Einrichtung durchgeführt ist und sich gerade für die flachen Gegenden der Wetterau die Bildung von kleinen Hebammenbezirken empfehlen würde.

Allerdings besitzen wir kein rechtliches Mittel, der Gemeinde das Recht zu nehmen, sich eine eigene Hebamme zu halten, wenn nicht überhaupt von Seiten des Kreises oder des Staates die Hebammen angestellt werden.

Es würde zu weit führen, wollte ich hier auf Einzelheiten eingehen und alle Vorschläge zur Besserung der sozialen Lage erörtern. Neuerdings haben sich aber, was hier lobend anerkannt werden muss, preussische Aerztekammern in Sachsen, Schlesien und besonders eingehend 1899 (l. c.) der Preussische Medizinalbeamtenverein mit der Hebammenfrage beschäftigt. Gerade die sehr beachtenswerthen Vorschläge der sächsischen Aerztekammer, zu welchen u. a. Brennecke-Magdeburg, Dietrich-Merseburg und Bertog-Oschersleben ausführliche Referate lieferten, sind zu bekannt, um sie hier zu wiederholen;[29]) es reihen sich diesen die eingehenden Berichte der Herren Langerhans-Celle und Lemmer-Alfeld an, welche 1899 in der erwähnten Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins diskutirt wurden.[30]) Trotz einiger innerer Widersprüche und Abweichungen in der Beurtheilung der Hebammenkalamität liefen doch die Hauptergebnisse der Referate auf die oben erwähnten Vorschläge hinaus; Vorschläge, welche auch unsererseits alljährlich bei den offiziellen Berichten dem Grossh. Ministerium unterbreitet wurden, und etwa wie folgt lauten dürften:

Bessere Auswahl der Schülerinnen, mit Aufnahme auf Probezeit.

---

[28]) Im Kreise Giessen ist in einem etwas abgelegenen Orte, welcher damals keine Hebamme besass und weit von ärztlicher Hülfe entfernt lag, vor 3 Jahren ein Verblutungstod vorgekommen. Zwei Bezirkshebammen der preuss. Kreise berichteten mir, in Folge der weiten Entfernung seien zwei Verblutungstodesfälle bei ganz regelmässiger Geburt vorgekommen. Schuld daran war natürlich weniger die Einrichtung der Hebammenbezirke, als der Umstand, dass das indolente Publikum eben zu spät schickt. Immerhin giebt dies Anlass zur Einschränkung allzugrosser Entfernungen bei Bildung von Hebammenbezirken.

[29]) Vergl. Beiträge zu einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im preussischen Staate. Herausgegeben von der Kommission der Aerztekammer der Provinz Sachsen. Berlin 1898. E. Staude.

[30]) l. c.

Strengere Ausbildung im Lehrkursus und scharfe Beaufsichtigung in der Praxis.

Regelmässige Einziehung zu Nachkursen.

Besserung der materiellen Lage.

Brennecke (l. c.) hat gerade die Langerhans'schen Ausführungen einer Kritik unterzogen und dabei wiederum auf seine früheren Vorschläge hingewiesen, Frauen und Mädchen höherer Bildungskreise dem Hebammenstand zuzuführen und ihn hierdurch sittlich wie sozial zu heben. Im Allgemeinen ist dieser Vorschlag voll und ganz zu unterschreiben und wo irgend möglich auch zu unterstützen. Wollten sich aus besseren, gebildeten Kreisen endlich mal Frauen und Mädchen, wie dem Krankenpflegerinnenberufe, so auch dem so verantwortungsvollen und dabei nicht so recht geachteten (um nicht zu sagen „verachteten") Stande widmen, dann würde zur Hebung desselben schon hierdurch erheblich beigetragen. Hierin hat Brennecke vollkommen Recht! Es fragt sich nur, wie die praktischen Erfahrungen hierzu sich verhalten, und hierin kann ich seiner, an den Langerhans'schen Ausführungen geübten scharfen Kritik nicht vollkommen beistimmen. Unsere Erfahrungen, nicht nur im Hebammenlehrgange, sondern meine eigenen bei der Beobachtung in der Privatpraxis, haben gezeigt, dass die sogenannte höhere Töchterschulbildung für die Zulassung durchaus nicht in allen Fällen erforderlich, in einzelnen Fällen allerdings nicht unerwünscht ist. Frauen mit Mittelschul- oder Volksschulbildung eignen sich nach unserer Beurtheilung vortrefflich zur Ausbildung im Hebammenberufe. Gerade Bürgersfrauen, welche mit den Bedürfnissen des alltäglichen Lebens und seinen Einschränkungen, besonders aber mit den Verhältnissen minderbemittelter Kreise bekannt und vertraut sind, eignen sich zu dem Berufe sehr gut, vorausgesetzt natürlich, dass sie gründlich im Kurse ausgebildet sind und auch Gelegenheit zur Fortbildung im Berufe haben. Mit den wenigen — das mag allerdings ein Zufall sein — aus besseren Kreisen stammenden Schülerinnen haben wir nicht die besten Erfahrungen gemacht; Vorzüge auf der einen Seite, so das wirkliche Verständniss für Antiseptik und Aseptik, hatten viele Nachtheile auf der anderen Seite, besonders in der späteren Ausübung des Berufes, so Ueberhebung dem Arzte gegenüber, Sichbedienenlassen von Pflegerin und Dienstmädchen, zur Folge.

Dies führt uns zu einem Punkte, auf welchem ich als Hebammenlehrer besonders Gewicht lege: nämlich zu der sehr berechtigten Forderung einer strengeren Ausbildung, welche neben der besseren Auswahl mit eine Hauptrolle spielt. Die Auswahl der Schülerinnen laut den vom Gesetze vorgeschriebenen Formalitäten ist speziell in Hessen von den Kreisärzten in den letzten Jahren, von Jahr zu Jahr, in vollkommener und ausreichender Weise so ausgezeichnet getroffen worden, dass wir zur Entlassung unfähiger Elemente sozusagen niemals Anlass hatten. Die einmal zum Berufe erwählte Schülerin bedarf aber auch einer gründlichen Ausbildung, das verlangt der Staat, die Gemeinde wie das Publi-

kum. In Hessen ist die Dauer des Kurses seit 1891 bereits auf 6 Monate verlängert worden;[31]) ob diese Zeit ausreicht, mag an dieser Stelle besonders nicht erörtert werden; bisher hat eine Verlängerung des Kurses uns nicht nothwendig geschienen, vielmehr erschien es, wie vor Allem auch im ärztlichen Zentralausschusse 1899 von Löhlein[32]) hervorgehoben wurde, wichtiger, den Unterricht mehr zu vertiefen, gründlicher zu gestalten. Der Unterricht soll nicht mehr in der Hand eines noch unerfahrenen, meist mit den Bedürfnissen der Praxis durchaus nicht vertrauten Assistenten ruhen, sondern in der des Direktors oder eines geeigneten Stellvertreters.

Neben der gründlichen theoretischen Unterweisung muss eine praktische Ausbildung Hand in Hand gehen und vor Allem die Fürsorge für die Beobachtung einer ausreichenden Geburtenzahl im Auge behalten werden. In der Lehranstalt zu Giessen liess es sich beispielsweise bei der geringen Anzahl von Schülerinnen (15—20 per Kursus) leicht ermöglichen, dass jede Schülerin mindestens 15—18 Geburten und mehr selbstständig leitete und die erforderliche Hülfe (Dammschutz, Expression der Placenta) dabei leistete.

Die gründliche Ausbildung würde aber vor der Degeneration nicht bewahren, wenn nicht vom Tage der Anstellung ab eine sorgfältige Ueberwachung durch die Aufsichtsbehörde, das ist die Kreisgesundheitsbehörde, und die Fürsorge für eine weitere Fortbildung Hand in Hand gingen. Die bei Gelegenheit der Impftermine, besonders aber die oft unerwartet stattfindenden Revisionen der Hebammen seitens der Kreisärzte, welche meist mit einer gründlichen Belehrung einhergehen, sorgen hierfür in ausreichender Weise. Für die Fortbildung im engeren Sinne genügen aber diese sog. Nachprüfungen, wie sie in Preussen und anderwärts eingeführt sind, nicht; hierfür hat die Hebammenlehranstalt zu sorgen, schon weil sie die Gelegenheit zu praktischen Uebungen geben kann, und zwar durch die Wiederholungslehrgänge, die Nachkurse für schon praktizirende Hebammen.

Man hat gehofft durch Vereinigung der Hebammen zu Hebammenvereinen, sowie durch Lektüre der Hebammenzeitung könnte der Degeneration gleichfalls vorgebeugt und gleichzeitig Ersatz für Nachkurse geschaffen werden. Ich halte die Organisation der Hebammenvereine, in welchen allmonatlich belehrende Vorträge gehalten werden, nicht nur zur wissenschaftlichen Weiterbildung, sondern auch zur Förderung der Standesinteressen für ausgezeichnet und bedauere nur, dass nicht in allen grösseren und mittelgrossen Städten solche Vereinigungen existiren. Leider können jedoch nur die Hebammen einer Stadt diesen Vortheil geniessen; auf dem Lande lässt sich mit Rücksicht auf die Entfernungen eine ständige Vereinigung bedauerlicher Weise nicht, oder wenigstens nur mit grossen Schwierigkeiten durchführen.

---

[31]) Verfügung vom 22. April 1891.
[32]) l. c.

Hier treten die Nachkurse als Ersatz ein, bei welchen eben durch die Beobachtung an der Lebenden das Erlernte leicht und rasch repetirt, und das Neuhinzugekommene bald erfasst wird.

Die Nachkurse bieten aber gerade uns Hebammenlehrern Gelegenheit, über die Hebammen der Provinz Heerschau zu halten und diejenigen zu vermerken, welche sich, sowohl in der Praxis draussen, als auch bei der Beobachtung gelegentlich der Kurse als untauglich erwiesen haben. Die meinerseits über die Befähigung seit Jahren geführte und alljährlich ergänzte Stammliste, sagen wir mal Qualifikationsliste, giebt uns ein genaues Bild über die Beschaffenheit der Hebammenorganisation der Provinz.

Mit Befriedigung konnten wir bei der Mehrzahl der Hebammen, welche den Kursus bereits zum zweiten Male besuchten, die Thatsache konstatiren, dass das Interesse, auch der älteren Jahrgänge, für die geburtshülfliche Beobachtung und besonders die Antisepsis seit Einführung der Kurse wach gehalten wurde und, wie ich oben nachzuweisen suchte, die Resultate auch thatsächlich besser geworden sind. Es darf dreist behauptet werden, dass sämmtliche Hebammen die Nachkurse jetzt thatsächlich nicht etwa, wie zu Anfang, als eine Last, sondern als eine Wohlthat empfinden, sie als eine willkommene Gelegenheit ansehen, sich über den Stand der Geburtshülfe auf dem Laufenden zu halten. In diesem Sinne haben die Kurse ausserordentlich fördernd gewirkt.

Noch eines Vortheiles muss ich gedenken, auf welchen mich Kollegen verschiedener Kreise aufmerksam machten: man theilte mir übereinstimmend die Thatsache mit, dass seit Einführung der Nachkurse die Häufigkeit der Nachgeburtsoperationen abgenommen hat. Die Erklärung hierfür ist meines Erachtens darin zu suchen, dass die Hebammen eben gelernt haben, die dritte Geburtsperiode besser, rationeller zu beobachten; gerade die älteren Hebammen haben sich ja bei der Leitung der Nachgeburtsperiode vielfach Fehler zu Schulen kommen lassen; Zug am Nabelstrang, Abreissen desselben oder ähnliche Kunstfehler werden wir bei unseren jüngeren Hebammen sozusagen nie erleben. Da wo ich es in der Konsilarpraxis sah — es war zwei Mal der Fall — hatte es sich um alte Hebammen gehandelt. Seit Durchführung der Nachkurse hat sich aber der Hebammenstand bei uns wesentlich verjüngt, so dass ganz entsprechend Fehler der Leitung der Nachgeburtszeit seltener werden müssen. Sollte dies wirklich der Fall sein, so erscheint mir dieser Punkt von besonderer Wichtigkeit für die Beurtheilung der puerperalen Verhältnisse; denn wie sehr gerade durch Nachgeburtsoperationen die puerperalen Verhältnisse beeinflusst werden, geht aus meinen obigen Ausführungen hervor.

Alles in Allem hat sich die Einrichtung der Nachkurse in Oberhessen, wie in Hessen überhaupt, vortrefflich bewährt und die seiner Zeit bei verschiedenen Gelegenheiten gegen sie erhobenen Einwände sind durch die oben erwähnten Thatsachen reichlich widerlegt. Zugeben muss ich allerdings, dass die Dauer der Kurse mir eine zu kurze erscheint und vielleicht (nach Analogie der Landwehrübungen) auf 10—12 Tagen

später einmal zu verlängern sein dürfte. Dazu kommt noch, dass die Zahl der alljährlich eingezogenen Hebammen von Jahr zu Jahr etwas abgenommen hat, zumal die ältesten Jahresklassen (s. v.) nicht mehr eingezogen werden sollen; nach meiner Berechnung würde daher statt des 5jährigen vielleicht ein 4jähriger Turnus den Hebammen öfter und nachhaltiger die Gelegenheit zur Fortbildung geben. Bei der kleinen Zahl der Theilnehmerinnen des Einzelkurses (15 bis 20 Personen) liesse sich eine Verlängerung des Kurses leicht durchführen. Betonen möchte ich nur, dass es innerhalb der kurzen Zeit von 8 oder sogar 6 Tagen für den Lehrer sowohl, wie für die Theilnehmerinnen einer gewaltigen Anspannung und Anstrengungbedarf, den als Ziel gesetzten Stoff zu verarbeiten. Es dürfte gerade dieser Punkt seiner Zeit den zuständigen Faktoren, den Kreisgesundheitsämtern, sowie dem Medizinalbeamtenverein zur Beurtheilung bezüglich der Möglichkeit der Durchführung einer Verlängerung der Kurse vorzulegen sein.

Schliesslich möchte ich noch einen Vortheil hervorheben, welcher eigentlich der Einführung der Nachkurse entspringt: das ist die Verjüngung des Hebammenstandes, auf welche ich schon oben hinwies, durch die seitens der Kreisgesundheitsämter vorsichtig ausgeführte Eliminirung der älteren, untauglichen Elemente. Dieselbe ist, soweit es sich jetzt überblicken lässt, in grösserem Umfange durchgeführt, leider aber ist es noch nicht erreicht, dass sämmtliche in der vorantiseptischen Zeit ausgebildete Hebammen entlassen sind. Die Schwierigkeit liegt eben in dem gänzlichen Mangel der Möglichkeit einer für das Alter, sowie die seitherige Beschäftigung angemessenen Entschädigung.

Wenn ich zum Schluss noch einmal auf die Besserung der materiellen Lage der Hebammen zu sprechen komme, so geschieht dies, weil dieser Punkt den Kardinalpunkt in der Hebammenfrage bildet. Die wenigen Zahlen, welche ich oben anführte, dürften uns schon ein Fingerzeig sein, dass, solange die materiellen Verhältnisse der Hebammen so schlechte sind, leider Frauen und Mädchen besserer Stände, mit besserer Vorbildung für solchen Beruf wohl nicht gewonnen werden können, höchstens für die Thätigkeit in der Stadt, und dass wir bezüglich der ländlichen Verhältnisse stets wieder auf die Rekrutirung aus den solchen Kreisen entstammenden Frauen angewiesen sind, zumal sie sich auch den hier bestehenden Verhältnissen weit besser anpassen.

Wie soll und kann aber auch diesen geholfen werden?

Mit einigen Worten durch folgende Vorschläge:

1. Vorerst bessere Bezahlung durch die Gemeinden nach vorher kreisamtlich bestätigtem Vertrag. (Eventuell bei ärmeren Gemeinden Unterstützung durch die Kreiskasse.)

2. Bessere Bezahlung, mithin Anerkennung der geburtshülflichen Leistung (vergl. Hebammentaxe vom Jahre 1889).

3. Vereinigung nahe gelegener Ortschaften zu einem kleinen Hebammenbezirk, besonders in flachen Ge-

genden (anlehnend an die Verfügung des Grossh. Ministeriums vom 15. April 1899).

4. Aufnahme sämmtlicher Hebammen in die Alters-, Kranken- und Invalidenversicherung, besonders hinsichtlich der Pensionirung unbrauchbarer älterer Hebammen.

5. Fürsorge für geeignete Nebenbeschäftigung in Ortschaften mit geringer Geburtenzahl.

Es sei mir gestattet, nur ganz kurz auf einzelne der erwähnten Punkte einzugehen. Zunächst sei darauf hingewiesen, dass in einzelnen Kreisen Preussens die Hebammen von Seiten des Kreises erhebliche Unterstützungen erhalten (z. B. Kreise Fulda, Liebenwerda u. s. w.); auch ist für Preussen auf Grund des Gesetzes vom 28. Mai 1875 (Zuschuss seitens der Kreisverbände) und §. 10 der allgemeinen Verfügung vom 6. August 1883 eine solche Unterstützung empfohlen worden. Man bedenke, wieviel der Kreis für öffentliche Zwecke, Strassen, Schulhäuser, Meliorisirung u. s. w. opfert, da könnte auch für das Hebammenwesen mitunter ein Schärflein abfallen!

Was die Aufnahme der Hebammen in die Versicherungsanstalten betrifft, so ist in Hessen der Kreis Worms den anderen mit gutem Beispiele vorangegangen, insofern durch die Bemühungen des Kreisarztes, Med.-Rath Dr. Fertig, durch Vereinbarung mit den Kreis- und Kommunalbehörden beschlossen und auch bereits durchgeführt wurde, dass die Hebammen unter 40 Jahren in der II. Stufe der Reichsinvaliditäts- und Altersversicherungskasse auf Gemeindekosten, die Hebammen über 40 Jahre in der Alterszuschusskasse auf Kreiskosten versichert werden sollen.[33]) Für das Königreich Preussen ist am 17. Januar 1901 eine Verfügung erschienen, in welcher der gesetzliche Versicherungszwang dringend empfohlen wird.[34]) Bezüglich der Krankenversicherung sind einzelne Kreise bereits selbstständig vorgegangen, so dass in einzelnen Gemeinden (z. B. Kreis Schotten) Oberhessens die Hebammen auf Gemeindekosten gegen Krankheit versichert sind. Im Kreise Friedberg ist Dank der regen Antheilnahme des dortigen Kreisarztes, Geh. Med.-Rath Dr. Lorenz, eine Vereinbarung bezüglich der Versicherung der Hebammen bereits in Bearbeitung und dürfte in absehbarer Zeit zur Ausführung gelangen.

Für geeignete Nebenbeschäftigung ist seitens einzelner Gemeinden Oberhessens selbstständig Sorge getragen worden; so wurden Hebammen mit geringer Beschäftiguug in Handarbeiten, Bügeln u. A. auf Gemeindekosten unterrichtet, einzelne übernahmen sogar an den Fortbildungsschulen den Unterricht in Handarbeiten, eine Beschäftigung, welche den Hebammen einigen Nebenverdienst verschafft und sie von der, zur Hebammenthätigkeit nicht gut passenden Landarbeit fernhält.

Man sieht, allenthalben ist man bemüht, hinsichtlich der Besserung der materiellen Lage fördernd zu wirken; es fehlt

---

[33]) Korrespondenzblatt der ärztlichen Vereine Hessens; 1901, Nr. 2.
[34]) Vrgl. Beilage zu Nr. 4 dieser Zeitschrift, S. 25.

aber noch an der Gleichartigkeit und der Einheitlichkeit. Die Schwierigkeiten der Durchführung der erwähnten Reformvorschläge sind nur allzubekannt; dass hier etwas geschehen muss, wird von allen Seiten betont; in Preussen haben sich die Aerztekammern von Schlesien und vor Allem von der Provinz Sachsen von jeher, so auch neuerdings wieder, eingehend mit der Hebammenfrage befasst. Da wir gerade auf den Rath der praktizirenden Aerzte mit angewiesen sind, so wäre zu wünschen, dass in bestimmten zeitlichen Zwischenräumen auch in den ärztlichen Kreis- und Landesvereinen die Hebammenfrage zur Diskussion gelangte. Gerade in einem Kleinstaat, wie Hessen, könnte man auf diese Weise im Verein mit den Kreisgesundheitsbehörden, der Hebammenschule und der Aerzteschaft die Verwirklichung der Hebammenreform erheblich fördern.

Greift nun noch der Staat, wie bei anderen öffentlichen Interessen — ich erinnere beispielsweise an die Unterstützung der Fortbildungsschulen der Gemeinden — da, wo es Noth thut, hülfreich ein, so sind unsere Wünsche erfüllt und werden wir der Frage der Hebammenreform, mit welcher ja das Wohl der Frauen so eng verknüpft ist, beruhigt entgegensehen und auch mit dem vielfach angefochtenen Hebammenwesen ruhig weiter arbeiten, dann hoffentlich „zum Segen deutscher Frauen, zum Segen deutscher Kinder!“

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Kreisärzte des Regbz. Erfurt in Leinefelde am 28. Juni 1901.

Anwesend waren die Kreisärzte: Med.-Rath Dr. Wehr-Worbis, Med.-Rath Dr. Häbler-Nordhausen, Med.-Rath Dr. Koppen-Heiligenstadt, Dr. Seifert-Mühlhausen und Dr. Martini-Langensalza.

Nach einer einleitenden Besprechung einzelner Paragraphen der **Dienstanweisung für die Kreisärzte** stellt Dr. Seifert den Antrag, alle amtlichen Atteste, welche eine Bestätigung der Qualifikation des Empfängers für einen bestimmten Beruf enthalten, als Gutachten zu betrachten, und für dieselben, seien sie auch noch so kurz, wenigstens den Minimalsatz von 6 Mark zu fordern. Als Befundschein (Minimalgebühr 3 Mark) sollen nur kurze Bescheinigungen über Gesundheit oder Krankheit gelten. Der Antrag wird einstimmig angenommen; der Beschluss soll zur Herbeiführung einer gewissen Einheitlichkeit auch allen übrigen, nicht anwesenden Kreisärzten des Regierungsbezirks mitgetheilt werden.

Eine Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten über die etwaige Einführung der **obligatorischen Leichenschau** wird zur Diskussion gestellt. Hierbei ergiebt sich, dass, abgesehen von einzelnen Kreisen, es im Allgemeinen nicht durchführbar erscheint, die Leichenschau ausschliesslich den approbirten Aerzten zuzuweisen, so wünschenswerth dies auch im öffentlichen Interesse erscheint. Eine in diesem Sinne abgefasste Polizeiverordnung nebst Leichenschau, welche seit Jahresfrist im Kreise Niederbarnim Geltung hat, wird in ihren einzelnen Punkten erörtert; einige Vorschläge zur Abänderung gelangen mit Stimmenmehrheit zur Annahme. Ohne das Urtheil der einzelnen Kreisärzte zu präjudiziren, wird die Mehrheit derselben in dem oben angedeuteten Sinne an den Herrn Regierungspräsidenten berichten.

Nach einigen Mittheilungen und Bemerkungen aus der Praxis, welche mehr persönlicher Art waren, wird die Versammlung geschlossen.

Bei der nächsten Zusammenkunft ist ein Ausflug nach dem Südharz geplant, an welchem sich auch die Damen der Kollegen betheiligen sollen.

Dr. H. Martini-Langensalza.

Bericht über die XVII. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin am 15. Juli 1901 zu Stettin.

Anwesend sind die Kreisärzte: Schulze und Freyer-Stettin, Bahr-Greifenhagen, Bütow-Stargard, Dietrich-Demmin, Gasters-Ueckermünde, Gerloff-Labes, Meinhardt-Anklam, v. Münchow-Swinemünde, Voigt-Cammin, kommiss. Kreisarzt Schlütter-Pyritz und Kreisassistenzarzt Pollack-Stettin. Abwesend in Folge dienstlicher Beurlaubung waren der Vorsitzende des Vereins Herr Regierungs- und Med.-Rath Dr. Vanselow-Stettin, Kreisarzt Hassenstein-Greifenberg und amtlich behindert Freyer-Naugard.

Zur Berathung steht als einziger Punkt der Tagesordnung: **Die Dienstanweisung für die Kreisärzte.**

Ein gleich zu Anfang der Berathung gestellter Antrag, bei dem Regierungspräsidenten zu beantragen, dass die Dienstanweisung zur Kenntniss der Landräthe und der Ortspolizeibehörden gebracht werde, findet nicht die allgemeine Zustimmung; dagegen wird im Laufe der Berathung als nothwendig anerkannt, dass wenigstens diegenigen Paragraphen der Dienstanweisung zur Kenntniss der genannten Behörden gebracht würden, welche Bestimmungen für diese Behörden enthalten, so namentlich §§. 14, 35, 60 (Schlusssatz) und 81, ferner §. 82 zur Kenntniss der Aerzte und der ganze Abschnitt XIII zur Kenntniss der Apotheker.

§. 12, Abs. 3. Die Versammlung ist der Ansicht, dass nur diejenigen Berichte des Kreisarztes an den Regierungspräsidenten durch die Hand des Landraths einzureichen sind, welche gesundheitliche Angelegenheiten des Kreises enthalten und somit für den Landrath ein dienstliches Interesse haben.

§. 17. Mit Bezug auf die Bezeichnung von Orten im Kreise, an denen die Errichtung von Gesundheitskommissionen begründet zu erscheinen hätte, werden im Wesentlichen folgende Gesichtspunkte hervorgehoben:

Heranziehung der Aerzte des Ortes zu den hygienischen Fragen,
belehrende Einwirkung auf die Mitglieder der Kommission und dadurch auf weitere Kreise des Ortes,
Vorhandensein grösserer öffentlicher Einrichtungen,
grösserer Verkehr, namentlich zu Wasser,
grössere Fluktuation der Bevölkerung (Sachsengängerei).

§. 27. Die mehrfach in der Versammlung geäusserte Anschauung, dass die Ausübung einer nennenswerthen ärztlichen Privatpraxis für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte unmöglich werden wird, wird lebhaft besprochen, eine bestimmte Folgerung jedoch mit Rücksicht darauf, dass die entgültige Festsetzung der Gehälter noch aussteht, für die nächste Versammlung vorbehalten.

§. 30, Abs. 4. Es bestehen Zweifel, ob auch für einen ganz kurzen Zeitraum, etwa von 1—2 Tagen, vorschriftsmässiger Urlaub einzuholen sei. Eine bezügliche Bestimmung wird erwünscht erachtet.

§. 31. Bei Urlaubsgesuchen sei es zweckmässig, einen Stellvertreter sogleich in Vorschlag zu bringen und deshalb schon vorher bei demselben sich zu vergewissern, ob er in der Lage und bereit sei, die Stellvertretung zu übernehmen.[1])

§. 42. Es erscheint fraglich, ob die Fähigkeitszeugnisse für die zu dem Hebammenberuf sich meldenden Personen (§. 60) stempelpflichtig, oder in gleicher Weise wie die Zeugnisse für Präparanden u. A. als Vorzeugnisse stempelfrei sind.

§. 43. Es wird zur Sprache gebracht, dass nachdem der Kreisarzt nunmehr auch der öffentlich bestellte gerichtsärztliche Sachverständige geworden,

---

[1]) Falls der in Aussicht genommene Stellvertreter kein Medizinalbeamter ist, dürfte es sich wohl empfehlen, vorher erst bei dem Regierungspräsidenten anzufragen, ob er ihm genehm ist; denn eine etwaige spätere Ablehnung wird von jenem sicher nicht angenehm empfunden. Red.

es angezeigt erscheint, darauf hinzuwirken, dass der Kreisarzt ebenso, wie zu gerichtlichen Leichenöffnungen, auch in Entmündigungssachen von den Gerichten als Sachverständiger in erster Reihe zuzuziehen sei, entgegen den Verfügungen des Herrn Justizministers vom 10. Mai 1887 und 28. November 1899, §. 14, Abs. 2.

Es wird beschlossen, einen bezüglichen Antrag an den Vorstand des Preuss. Medizinalbeamtenvereins zur weiteren Veranlassung zu richten.

§. 45. Die Meldepflicht der Medizinalpersonen bezieht sich auch auf Aerzte, die einen anderen Arzt nur vorübergehend vertreten oder als Assistent eines anderen Arztes praktiziren.

§. 47. Die Apotheken, welche im Laufe des Jahres nicht gelegentlich anderweiter Anwesenheit am Orte besichtigt werden konnten, sind gegen Schluss des Jahres der vorgeschriebenen Jahresmusterung zu unterziehen. Zu den hierzu erforderlichen Reisen (Rundreise) ist vorher die Genehmigung des Regierungspräsidenten einzuholen.

§. 54. Es ist anzustreben, dass bei den Revisionen der Drogen- und ähnlichen Handlungen der Kreisarzt in erster Linie und stets als Revisor betheiligt wird, in Abänderung des Ministerial-Erlasses vom 1. Februar 1894. Ein bezüglicher Antrag zur weiteren Veranlassung soll an den Vorstand des Preuss. Medizinalbeamtenvereins gerichtet werden.

§. 57, Abs. 3. Bei der gehörigen Instandhaltung der Instrumente etc. der Hebammen ist darauf zu achten, dass die Instrumente nicht im Schlafraume oder in Behältnissen gemeinschaftlich mit Wirthschaftsgegenständen aufbewahrt werden. Zur ausschliesslichen Aufnahme ihrer Geräthe sind ihnen besondere Schränke anzuempfehlen.

Abs. 4. Formular V wird in der vorletzten Rubrik nicht mit der im Hebammenlehrbuch angegebenen übereinstimmend gefunden.

§. 91. Bei der Begutachtung gewerblicher Anlagen wird empfohlen, die Prüfung derselben möglichst an Ort und Stelle vorzunehmen, da so erst ein sicheres Urtheil zu gewinnen ist. Diese Begutachtungen werden noch diesseits für liquidabel gehalten. (Vergl. auch Bescheid d. Regierungspräsidenten zu Liegnitz vom 11. März 1901., Nr, 10 d. Beil. d. Zeitschr. f. Medizinalbeamte vom 15. Mai 1901, S. 130.)

Schliesslich wird noch einem bereits früher in Anregung gebrachten Antrage Folge gegeben, den Vorstand des Preuss. Medizinalbeamtenvereins zu geeigneten Schritten bei dem Herrn Minister der Medizinal-Angelegenheiten zu veranlassen, dass die Medizinalbeamten, da sie bei den Wahlen für das Ehrengericht weder wahlberechtigt, noch wählbar sind und der Zuständigkeit des Ehrengerichts nicht unterstehen (§. 8, Abs. 2 der Dienstanw.) in Zukunft von denjenigen Antheil zu den durch das Umlageverfahren der Aerztekammern jährlich bestimmten Beiträgen zu befreien sind, welcher auf die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens entfällt.

Zum Schluss wird die Tagesordnung der nächsten Versammlung, welche laut einem in der Versammlung mitgetheilten Erlass des Herrn Ministers unter grösserer Betheiligung von Verwaltungsbeamten und Aerzten stattfinden soll, wie folgt festgesetzt und für jeden Gegenstand ein Berichterstatter und Mitberichterstatter ernannt:

I. Die Durchführung des Gesetzes betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen.
   Ber.: Kreisarzt Gasters-Ueckermünde,
   Mitb.: „ Gerloff-Labes.
II. Das Reichsseuchengesetz.
   Ber.: Kreisarzt v. Münchow-Swinemünde,
   Mitb.: „ Bahr-Greifenhagen.
III. Die Dienstanweisung für die Kreisärzte.
   Ber.: Kreisarzt Hassenstein-Greifenberg,
   Mitb.: „ Voigt-Cammin.

Bei dem gemeinsamen Essen gelangte die Ausweiskarte für jedes Mitglied und die Mittheilung über die Höhe der jährlichen Amtsunkostenentschädigung zur Vertheilung.

Dr. Freyer-Stettin.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Hämoglobinkrystalle zur Unterscheidung von Menschenblut und Thierblut. Von Dr. Moser in Weimar. Vierteljahrschrift für gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen; III. F., XXII. Bd, 1. Heft, S. 44. 1901.

Verfasser hat die Hämoglobine des Menschen und der verschiedenen Thiere auf ihre Krystallformen untersucht und hält sich berechtigt, aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse zu ziehen: Aus frischem, flüssigem bis eben noch feuchtem, altem Blut, sowie aus noch nicht allzulange angetrockneten Blutspuren lassen sich Hämoglobinkrystelle leicht erhalten. Die Formen derselben bei Menschenblut sind so charakteristisch verschiedene von denjenigen des Thierblutes, dass aus ihnen mit unbedingter Sicherheit geschlossen werden kann, ob das zur Untersuchung vorliegende Blut Menschen- oder Thierblut ist.

Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber die Verwendbarkeit der von Siefert angegebenen Modifikation der Guajak-Wasserstoffsuperoxyd-Reaktion zum Nachweis von Blutspuren. Von Dr. Arthur Schulz, Assistent an der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin. Ibidem; S. 104.

Verfasser hat die Siefert'sche Reaktion auf ihren Werth für die forensische Blutdiagnose einer Prüfung unterzogen und fand, dass eine Blaufärbung allein durch den Zusatz von Na Cl bewirkt wird, somit hierdurch ein positiver Ausfall der Reaktion vorgetäuscht werden kann. Wurde der Kochsalzzusatz fortgelassen, so gab die Probe auch mehrmals trotz der Anwesenheit von Blut ein negatives Resultat. Auch andere Substanzen, so übermangansaures Kalium sind im Stande, einen Erfolg vorzutäuschen. Versuche, durch Aenderung der Methode die ihr anhaftenden Mängel zu beseitigen, misslangen.

Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber die ungleiche Resistenz des Blutfarbstoffes verschiedener Thiere gegen Alkalien und eine hierauf begründete Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. Von Dr. Ziemke, I. Assistent an der Unterrichtsanstalt f. Staatsarzneikunde in Berlin. Ibidem; Seite 77.

Die Angaben von Krüger und Körber, welche unter Alex. Schmidts Leitung arbeiteten, über ungleiche Resistenz des Hämoglobins verschiedener Thiere gegen Alkalien und die von Magnanimi unternommenen Versuche, auf diese Thatsachen eine Differenzirung von Thier- und Menschenblut zu gründen, wurden einer exakten Durchprüfung unterzogen und die Resultate im Wesentlichen bestätigt. Eine zweckmässige Modifikation versucht die Methode der Praxis zugänglich zu machen, und ihre Anwendbarkeit auch auf solche Fälle auszudehnen, in denen das Hämoglobin schon umgewandelt ist. Die Umwandlung des Hämoglobins in alkalisches Hämatin durch Zusatz von Kalilauge in bestimmter Konzentration erfolgt bei den verschiedenen Thierspezies in verschieden langer Zeit, beim Menschen ist diese am kürzesten. Die Untersuchung hat an colorimetrisch gleichgestellten Lösungen und unter Kontrole eines grösseren Spektralapparates zu erfolgen. Bei zweckmässig gewählter Konzentration der Blutlösungen und der Kalilauge liegen die Grenzen der Zersetzungszeiten der bisher untersuchten Blutarten soweit auseinander, dass auf diese Weise die Unterscheidung von Menschen- und Thierblut möglich ist.

Autoreferat.

Ueber den Tod durch Benzinvergiftung. Von Kreisarzt Dr. Racine in Essen. Ibidem; Seite 63.

Auf Grund einer eigenen Beobachtung bespricht Verfasser die in der Litteratur bekannt gewordenen Fälle von Benzinvergiftung. Ein zweijähriges Kind hatte aus einer Benzinflasche ca. 15 gr gewöhnliches, käufliches Benzin getrunken und war bald darauf unter Cyanose, Bewusstlosigkeit, Pupillenerweiterung und terminalen chronischen Krämpfen gestorben. Der Obduktionsbefund wird ausführlich geschildert. Hervorzuheben ist die hellkirschrothe Beschaffenheit des flüssigen Blutes, Hämorrhagien in verschiedenen Organen, Gastroenteritis mit starker Betheiligung des lymphatischen Apparates, Schwellung

und Röthung der Bronchialschleimheit, sowie Hyperämie des Gehirns und seiner Häute. Bemerkenswerth ist ferner die Aehnlichkeit des Leichenbefundes mit dem bei der Kohlenoxydvergiftung, namentlich die hellrothe Farbe der Todtenflecke. Dr. Ziemke-Berlin.

Befund bei Vergiftung mit Höllensteinstiften. Von Max Edel in Charlottenburg. Ibidem; S. 39.

Ein Geisteskranker hatte bei einem Selbstmordversuch neben einer geringen Menge Schweinfurter Grün drei Höllensteinstifte verschluckt und war nach wenigen Tagen an einer fibrinösen Pneumonie gestorben. Die Zunge war an ihrer Spitze mit einem dicken, dunkelbraunschwarzen, rissig trocknen Schorf belegt, der nach hinten allmählich schmäler wurde. Unter demselben war die Schleimhaut geröthet und entzündet. Die Seitentheile der Zungenoberfläche waren milchig weis und dick belegt. Der Gaumen war geröthet und entzündet; Uvula, Tonsillen, Gaumenbögen waren von dickem, kroupösem, graugrünlichem, Belag umhüllt, ebenso Epiglottis und die Sinus pyriformes. Die Speiseröhre erschien fast geschlossen durch die gleiche kroupöse Auskleidung, die der ganzen Länge nach bis zum Magen zu verfolgen war. Am stärksten waren die Verätzungen in den Sinus pyriformes; sie erstrekten sich von hier aus über die Ligg. aryepiglottica in den Kehlkopf, wo sie über den Stimmlippen als geschwürige Streifen zu sehen waren. In der Magenschleimhaut fanden sich vereinzelte Blutaustritte; die Duodenalschleimheit war stark geröthet und geschwollen. Die tödtliche Lungenentzündung kann zufällig zu der Vergiftung hinzugetreten sein. Da aber bei Vergiftungen mit Silbersalzen an Thieren eine starke Hypersekretion der Bronchialschleimhaut regelmässig beobachtet wird, so ist nicht ausgeschlossen, dass in Folge der Giftwirkung des Arg. nitricum zunächst eine profuse Sekretion der Bronchialschleimhaut und auf diesem günstigen Boden erst die Pneumonie entstand, und damit ein Zusammenhang zwischen Vergiftung und Tod denkbar. Dr. Ziemke-Berlin.

Tätowirung bei Verbrechern. Von Kreisarzt Dr. Berger in Hannover. Ibidem; S. 56.

Verfasser wirft die Frage auf, ob die von Liersch zur Wiedererkennung von Verbrechern vorgeschlagene Zwangstätowirung juristisch zulässig sei. Nach seiner Auffassung ist dies nicht der Fall, da sie zweifellos eine Verletzung der Integrität des Individiuums, also eine Körperverletzung im Sinne des §. 223 St. G.-B. bedeutet und deswegen nicht straffrei wird, weil sie einen löblichen Zweck verfolgt. Um eine solche Massregel einzuführen, wäre eine Aenderung der Reichsgesetzgebung erforderlich. Diese Auffassung deckt sich mit der massgebender juristischer Kreise. Interesse erregen die Mitheilungen, die Verfasser über das Vorkommen von Tätowirungen bei Verbrechern an der Hand einer umfangreichen Beobachtung im Gefängniss zu Hannover macht. Er leugnet mit Leppmann und Bär im Gegensatz zu Lombroso die anthropologische Einheit in der Art der eingestochenen Zeichen und führt das Vorkommen der Tätowirungen mehr auf äussere Ursachen, wie Langeweile, Spielerei, Nachahmung, also auf innere zurück. Dr. Ziemke-Berlin.

Ueber die nach Schädeltrauma eintretenden psychischen Störungen. Von Dr. Rathmann in Mühlheim a./Rhein. Ibidem; S. 1.

Verfasser hat die Journale der letzten 10 Jahre der Rheinischen Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn auf die Häufigkeit der traumatischen Psychosen durchgesehen und fand unter 3635 aufgenommenen Patienten in 1,40 % psychische Erkrankungen nach Schädelverletzungen, davon betrafen 2,79 % Männer und 0,41 % Frauen. Bei der Auswahl der Fälle wurde sehr sorgfältig gesichtet und nur solche Erkrankungen in die Statistik übernommen, welche zweifellos mit einem Trauma im Zusammenhang standen. Ein traumatisches Irresein mit spezifischem Charakter giebt es nicht, es kommen die verschiedensten Krankheitsbilder, namentlich Schwachsinnszustände vor. Auffallend ist besonders die Aenderung des Charakters, Vergesslichkeit, Intoleranz gegen Alkohol und vor allem grosse Reizbarkeit. Die Zahl der akuten primären traumatischen Psychosen ist erheblich geringer, als die sekundären Formen; sie betrug nur 11,76 %. Unter diesen wurden fast 50 % geheilt, während von den 45 sekundären nur 6 Fälle

geheilt entlassen wurden. Zum Schluss werden zwei selbst beobachtete Fälle von Gehirntumoren mitgetheilt, welche mit einer Schädelverletzung in ursächlichem Zusammenhang standen und ebenfalls Geistesstörung zur Folge hatten.

Dr. Ziemke-Berlin.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Zur Kenntniss der Tenazität des Scharlachgiftes. Von Dr. Felix Lommel, I. Assistent der medizinischen Klinik in Jena. Münchener medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 29.

Verfasser berichtet von einer Scharlachansteckung, welche am 133. Tage nach Erkrankung eines im gleichen Zimmer 7 Tage gelegenen Patienten erfolgte.

In einem kleinen, von anderen Gebäuden etwas abgelegenen Erziehungsinstitute für schwerhörige und ertaubte Kinder erkrankte am 10. Oktober 1900 ein Knabe an Scharlach und wurde an demselben Tage in die Klinik verbracht. 21 Tage später erkrankte sein Zimmergenosse Willy an Scharlach, wurde in das Isolirzimmer verbracht und von hier am nächsten Tage in die Klinik verlegt. Am 19. Januar 1901 geheilt entlassen, kehrte Willy in's Institut zurück und verkehrte mit den übrigen Insassen desselben, ohne dass eine neue Ansteckung eintrat. Das Isolirzimmer wurde wenige Tage nach Willys Aufenthalt mit Formalin (in freilich nicht einwandfreier Weise) desinfizirt, dann wurde es während des ganzen Winters von einem 16jährigen Mädchen bewohnt, das sich dauernd unter den übrigen Hausgenossen bewegte. Nach gründlicher erneuter Reinigung vor Ostern wurde am 9. April 1901 der 9jährige Sohn des Direktors (Karl) in das Zimmer gelegt und verbrachte hier die Nächte bis zum 15. April 1901, um dann wieder in das vorher bewohnte Zimmer zurückzukehren. Am 20. April 1901, also am 12. Tage nach Beziehung des ehemaligen Isolirzimmers und am 133. Tage, also mehr als 4 Monate nach Willys Aufenthalt in diesem Zimmer, erkrankte Karl an Scharlach.

Jede andere Infektionsquelle war auszuschliessen; insbesondere waren weder kurz vor, noch nach Karls Erkrankung Scharlachfälle in der Anstalt oder sonst in Jena vorgekommen, auch die Person des Scharlachrekonvaleszenten Willy konnte nicht der Ansteckungsherd gewesen sein — in diesem Falle hätte wohl die Scharlacherkrankung früher eingesetzt und sich wohl auf mehrere der Kinder erstreckt.

Das Scharlachkontagium blieb also in dem Zimmer 133 Tage lang ansteckungsfähig.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1898. Zusammengestellt aus den Mittheilungen der einzelnen Bundesregierungen. Berichterstatter: Reg.-Rath Dr. Buckhardt. Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte; VI. Band. Drittes (Schluss) Heft. Mit 4 Tafeln. Berlin. Verlag von Julius Springer.

Zur Erstimpfung waren vorzustellen 1763442 Kinder = 3,28 % der mittleren Bevölkerung, gegen 3,27 % im Vorjahre. Hiervon wurden von der Impfung befreit:

a. weil sie die natürlichen Blattern überstanden hatten: 118;

b. weil sie bereits im Vorjahre als mit Erfolg geimpft eingetragen waren: 73159;

c. weil sie bereits in vorhergehenden Jahren mit Erfolg geimpft, aber erst im Berichtsjahre zur Nachschau erschienen waren: 3624.

Von den erstimpfpflichtig gebliebenen 1686541 Kindern wurden geimpft: a. mit Erfolg 1438542, b. ohne Erfolg 38980, c. mit unbekanntem Erfolge, weil nicht zur Nachschau erschienen 3288. Von je 100 geimpften Erstimpflingen wurden mit Erfolg geimpft 97,15; im Vorjahre 96,84. Am günstigsten waren die Erfolge in Waldeck 99,65 %, am ungünstigsten in Schwarzburg-Rudolstadt mit 90,34 %. Von den 36 Regierungsbezirken Preussens bewegten sich die Verhältnisszahlen von 90,79 bis 99,15 %. Gleichmässig waren die Erfolge in Bayern und Sachsen, am gleichmässigsten in Hessen, Baden, Württemberg und Elsass-Lothringen. Ohne Erfolg wurden geimpft 38980 Erstimpfpflichtige = 2,31 % gegen 2,58 % im Vorjahre. Diese Zahl hat sich

demnach um 0,27 % günstiger gestellt. Auf je 100 ausgeführte Erstimpfungen entfielen 2,68 ohne Erfolg, gegen 2,94 im Vorjahre.

Nicht zur Nachschau erschienen waren im Ganzen 0.19 %, d. h. ebenso viele wie im Vorjahre.

Es blieben ungeimpft: a. weil auf Grund ärztlicher Zeugnisse zurückgestellt 156242, b. weil nicht aufzufinden oder zufällig ortsabwesend 13750, c. weil vorschriftswidrig der Impfung entzogen 35739. Auf Grund ärztlicher Atteste wurden die meisten zurückgestellt in Reuss j. L. (19,54 %), die wenigsten im Fürstenthum Lübeck (0,81 %). Die vorschriftswidrigen Entziehungen haben sich vermehrt in 41 Bezirken und vermindert in ebenso vielen. Im Fürstenthum Lübeck sind seit 1890 Entziehungen nicht vorgekommen.

Die Impfungen wurden ausgeführt a. mit Menschenlymphe in 361, b. mit Thierlymphe in 1485209, c. mit Lymphe nicht näher bezeichneter Art in 411 Fällen.

Zur Wiederimpfung waren 1234276 = 2,30 % der mittleren Bevölkerung gegen 2,28 % im Vorjahre vorzustellen. Unter diesen wurden von der Impfung befreit: a. weil sie während der vorhergehenden 5 Jahre die natürlichen Blattern überstanden hatten 199, b. weil sie während der vorhergehenden 5 Jahre mit Erfolg geimpft waren 6191. Von je 100 vorgenommenen Wiederimpfungen waren erfolgreich 91,79 gegen 91,59 im Vorjahre. Die höchsten Erfolgsziffern wurden ermittelt im Schwarzwaldkreise (99,69 %), die niedrigsten in Reuss ä. L. mit 75,55 und in Hamburg mit 50,67 %. Von je 100 Wiedergeimpften wurden 8,03 ohne Erfolg geimpft, gegen 8,27 im Vorjahre. Vorschriftswidrig der Impfung entzogen wurden 0,46 %, im Vorjahre 0,45 %. Gar keine Entziehungen kamen vor in fünf Bezirken (im Vorjahre in drei) und zwar im Fürstenthum Lübeck, Sondershausen, Waldeck, Schaumburg-Lippe und Lippe. Von den Wiederimpfungen wurden vollzogen a. mit Menschenlymphe 87, b. mit Thierlymphe 1194973, c. mit Lymphe nicht näher bezeichneter Art: 145.

In Bayern hält sich die Zahl der Privatimpfungen immer ungefähr auf derselben Höhe. Der hierbei erzielte Erfolg steht aber erheblich hinter denjenigen der öffentlichen Impfung (2,15 und 1,6 %) zurück. In Württemberg und Baden hat die Zahl der Privatimpfungen zugenommen. Die zahlreichen Privatimpfungen werden deshalb als bedenklich bezeichnet, weil bei ihrer Ausführung vielfach abweichend von den bestehenden Vorschriften verfahren wird.

Todesfälle nach der Impfung, welche auf der besonderen Wirkungsweise oder einer Verunreinigung des Impfstoffs, oder auf fehlerhafte Ausführung der Impfoperation zurückzuführen wären, sind, wie im Vorjahre, auch im Berichtsjahre, nicht vorgekommen. Dagegen sind in 5 Fällen Wundkrankheiten tödtlich verlaufen, welche bei den Impflingen in Folge später, nach der Impfung ohne Verschulden des Impfarztes erfolgter Verunreinigung der Impfstellen aufgetreten sind. Der Impfung selbst zur Last zu legen ist nur ein geringer Theil der bei Impflingen beobachteten Erkrankungen nach der Impfung. Es handelt sich dabei ausschliesslich um leichte Fälle, welche sämmtlich und zumeist in ganz kurzer Zeit zur Heilung gelangten.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Versuch einer städtisch beaufsichtigten Milchversorgung. Von W. Robertson. Nach einem Vortrag vor der schottischen Medizinalbeamten Vereinigung in Glasgow. Public Health; 1901, März, S. 412.

In seinem geistreich geschriebenen Essay tadelt der Verfasser die Interesselosigkeit, die bei den englischen Gesundheitsbeamten der Frage der Milchversorgung gegenüber herrscht. Regulative allein führen nicht zum Ziel; die Medizinalbeamten dürfen nicht, wie Cronje, still sitzen und warten, ob es den Kuhbesitzern gut dünkt, nachzugeben und den Anforderungen, welche die Gesundheitspflege an sie stellt, zu entsprechen. Man beklagt die grosse Kindersterblichkeit an Sommerdiarrhoen, tödtet Kokken und lebende Keime aller Art, vergisst aber die schmutzigen Ställe, den Bodensatz in der Milch, und lässt den Gesundheitsinspektor auf Grund der Food and Drugs-Akts Nahrungsmittelproben entnehmen, statt dass der Medizinalbeamte selbst eine Besichtigung der Stallungen vornimmt.

Dem Autor, der Medical Officer of Health in Paisley ist, gelang es nun in seinem Wirkungsgebiete unter städtischer Kontrole die Milchversorgung der-

art zu regeln, dass, obwohl es sich um kleine Verhältnisse handelt, die Einrichtung als vorbildlich angesehen werden kann.

Es war, auch nachdem ein höherer Preis für die zu liefernde Milch versprochen worden war, schwer, einen Viehbesitzer zu gewinnen, der für das Krankenhaus eine Milch zu liefern verpflichtet werden konnte, die folgenden Bedingungen genügte: Die Auswahl der Kühe sollte der behördlichen Aufsicht unterliegen, die Thiere durften auf Tuberkulin nicht reagiren, der Stall sollte frei ventilirt sein, Fenster und Oberlicht haben, die Milch sollte sorgfältig filtrirt werden, der Transport der Kannen zum Hospital sollte geregelt sein. Die Auslagen entfielen alle auf das Konto der Stallbesitzer; da die städtische Behörde nur auf 14 Kühe reflektirte, so musste das Ganze für den Unternehmer von zweifelhaftem, pekuniärem Erfolge sein.

Thatsächlich fand sich nur ein einziger Viehbesitzer; der sich — und zwar mit Verpflichtung auf 3 Jahre — auf die Vorschläge einliess; trotz alledem ist er heute zufrieden und sind seine Betriebseinrichtungen für Andere als mustergültig zu erachten.

Die Steinmauer der Stallung ist fest zementirt, die Decke mit Holz belegt, gewölbt, in Crême-Farbe gehalten, Querbalken fehlen völlig. Durch Klappen nach Belieben verschliessbare Ventilationsöffnungen finden sich im Dache. Der gut belichtete Stall gewährt jeder Kuh 800 Kubikfuss Luftraum; der Dunghaufen ist 50 yards entfernt. Ueber den Köpfen der Kühe geht ein dauernder Luftstrom durch drei Fenster an der Südwand des Stalles.

Die sorgfältige Filtration der Milch geschieht durch ein feines Drahtnetz, dann durch eine Lage sterilisirter Watte.

Gewaschen werden die Kannen in siedendem Wasser; dann werden sie durch Dampf sterilisirt, den ein Apparat liefert, welchen der Unternehmer bereits vorher besessen hatte.

Referent hat den wesentlichen Inhalt des Artikels aus dem Grunde wiedergegeben, weil von autoritativer Seite — Dunbar — (M. m. W.; 1900, 914) gesagt worden ist: „Eine Anstalt von 2 bis 10, günstigsten Falls mit 20 bis 30 Kühen ist nicht in der Lage, alle diejenigen Apparate anzuschaffen und in gutem Zustande zu erhalten, welche erforderlich sind, um die Lieferung einer durchaus einwandfreien Milch zu gewährleisten.“ Allerdings giebt der englische Autor nicht den Preis an, den die städtische Behörde für die Lieferung der Milch an das Krankenhaus zahlt. Dr. Mayer-Simmern.

Die Ethik des öffentlichen Sanitätswesens. Von D. John C. Mc. Vail, President of the Society of Medical Officer of Health. Public Health. XIII, Mai 1901, S. 536—554.

Der gross angelegte Vortrag, der an hervorragender Stelle als Programm-Vortrag von dem ersten Vorsitzenden des englischen Medizinalbeamtenvereins gehalten wurde, giebt in reizvollen Zügen auf Grund langer Erfahrung ein Gesammtbild von den Aufgaben, den Zielen und dem Pflichtenkreis des Gesundheitsbeamten.

Zwei Sätze haben der Thätigkeit des Gesundheitsbeamten voranzuleuchten: „Das Leben ist werth, dass man es lebt“ und ferner: „es ist werth dass man es gut lebt“. Allen philosophischen Theorien gegenüber bleib, seine Pflicht dieselbe; die Systeme haben ihre Zeit und ihre beschränkte Dauer die täglichen Aufgaben des Medizinalbeamten sind aber wichtiger, als alle philosophischen Probleme. Sein Programm muss sein, die Gesundheit zu erhalten, das Leben zu schützen, dem Tode vorzubeugen, wo und wann immer sich die Gelegenheit bietet. Die tägliche Pflichterfüllung hat nicht das Interesse, das hohes philosophisches Denken, grosse wissenschaftliche Vollendung bietet, doch „ob gekrönt oder ungekrönt wir in's Grab sinken, es macht nichts aus, wenn nur Gottes Werk gethan ist“.

Sentimentale Gemüther bekämpfen die Impfung, wissenschaftliche Geister finden an den sanitären Einrichtungen Mängel, die eigenen Kollegen kritisiren die Isolirung durch Hospitäler. Was hat mitten in diesen widerstreitenden Stimmen ein armer Medizinalbeamter zu thun? Seine Pflicht, deren Erklärung allerdings schwierig ist!

Je mehr Verfasser auf dem Gebiete der Sanitätsverwaltung zu thun hatte, um so stärker imponirten ihm theils durch Erfolg, theils durch eigene

Misserfolge die „kurzen Gesichtspunkte". Ein Beispiel: In einer aufstrebenden Stadt liegt ein hoffnungslos ungesundes Haus. Es ist alt, feucht, zerfallen, die Zimmer sind klein, schlecht ventilirt, es fehlen die ersten Anfänge zu der Möglichkeit einer befriedigenden Existenz. Der Medizinalbeamte schreibt dem Eigenthümer, er solle das Haus schliessen und es ihm ersparen, Theil II des Arbeiterwohnungsgesetzes anzuwenden. Dieser erwidert, „was die armen Leute denn thun sollten; wer denn andere Häuser für sie baue; man thue besser, am anderen Ende anzufangen und veranlasse die Behörde zum Erlass einer Bauverordnung. Es gebe doch schlimmere Häuser im Gebiete, die man zuerst schliessen solle". Letzteres ist der weite Gesichtspunkt; der Mebeamte zieht aber besser den kurzen ersteren vor; es wird sich, da die Geschäfte gut gehen und Wohnungen gesucht werden, in kurzer Zeit ein neues und zwar besseres Gebäude an der Stelle des alten erheben.

Ein anderer Fall: Auf den Vorschlag, ein Fieberhospital zu bauen, erhebt sich der Einwand, dass man doch allgemein der Meinung sei, wenn man die neue Wasserleitung, Kanalisation und Abfuhr habe, sei ein Hospital nicht mehr nöthig, weil alsdann die Infektionskrankheiten abnehmen müssten. Das ist der weite Gesichtspunkt, der kurze dagegen: „Baue Dein Hospital."

Dem Gesetzgeber gegenüber ist festzuhalten, dass der Medizinalbeamte als solcher, wohl auch der Aerztestand als solcher sich auf unsicherem Boden bewegt, wenn sie verlangen, dass Massregeln obligatorisch gemacht werden sollen, welche die Wissenschaft als bedeutungsvoll nachgewiesen hat. In solchem Falle dürfe man offiziell dem Lande und dem Parlamente nur die Thatsachen, welche die Frage klären, darlegen, müsse mit allem Nachdruck der Oeffentlichkeit die wissenschaftlichen Schlüsse vorführen, die aus den Thatsachen abgeleitet werden können. Für die Aerzte ist es aber nicht immer am Platze, zu verlangen, dass nun sofort ein Gesetz durchgehe, welches den Wahrheiten, die sie zur Kenntniss gebracht haben, praktische und allgemeine Geltung verschaffen solle. Die Interessen des ärztlichen Standes müsse man natürlich wie andere Stände fördern und schützen, in allen übrigen Fragen aber nur die Rolle des wissenschaftlichen Berathers spielen und es dem Parlament überlassen, zu entscheiden, ob es klug ist oder nicht, zweckdienlich oder schädlich, alle Mitbürger zu zwingen oder nur den Versuch zu machen, sie zu zwingen, in ihrer Lebensführung die von uns gezogenen Konsequenzen zu ziehen. Angenommen, das Parlament stimme mit den Aerzten dahin überein, dass sehr wahrscheinlich die körperliche Konstitution, welche die Entwickelung der Schwindsucht begünstigt, vom Vater auf das Kind übertragen werde. Müsste es denn nicht ebenso wie bei befürchteter erblicher geistiger Belastung den Erlass eines Gesetzes anstreben, das die Heirath von Schwindsüchtigen zu verhindern sucht? Das Parlament muss jedoch erwägen, dass bei der natürlichen Neigung der Geschlechter ein Verbot der Heirath schlimmere Folgen haben könnte, als es die zu bekämpfende Krankheit ist; es muss den Schaden in der einen mit dem Vortheil in der anderen Richtung vergleichen.

Aehnlich ist es mit der Impfung. Die Bevölkerung muss durch die wissenschaftliche Forschung davon fest überzeugt werden, dass die Impfung die Pocken sicher verhütet, dass Pocken ohne Impfung nicht verhütet werden können und wie schrecklich eine Pockenepidemie ist, der man ohne Impfung wehrlos gegenüber steht. Der Gesetzgeber dagegen hat die Aufgabe, zu entscheiden, ob eine Pockenepidemie eine grössere oder kleinere öffentliche Gefahr darstellt, als der auf Gemeinden ausgeübte Zwang, die durch geschäftige Agitation mit Vorurtheil und Leidenschaft gegen den Schutz, den man ihnen anbietet, aufgehetzt werden.

Den Behörden gegenüber müssen die Medizinalbeamten mit allem Ernste die Gefahr der einen Wasserversorgung, die Sicherheit der anderen, die Einwände gegen ein Abfuhrsystem, die Vortheile des anderen betonen. Sie dürfen aber nicht nur hergehen und den Versuch machen, Kommissionsmitglieder zu beeinflussen, für einen Plan zu stimmen und den andern zu bekämpfen, sondern müssen den Behörden mit Thatsachen und Schlüssen, die sich auf Thatsachen stützen, an die Hand gehen. Sache der Behörden als Verwaltungsorgane und Vertreter der Steuerzahler ist es, dann zu beschliessen, wie auf Grund der vorgelegten Thatsache zu handeln ist.

Der Medizinalbeamte hat bei der modernen Richtung sozialer Fürsorge, welche die Leistungen des Staates und der städtischen Behörden von Tag zu Tag

extensiver und bedeutsamer werden lässt, hie und da Gelegenheit, zu beobachten, dass Unselbstständigkeit, Mangel an Selbstzucht auftreten, der Sinn für persönliche Pflichterfüllung und Verantwortlichkeit in Abnahme begriffen ist.

So wurden in den letzten 10 Jahren in Schottland in ländlichen Kreisen Hospitäler gebaut, für ärztliche Hülfeleistung und Pflege wurde gesorgt, die Epidemien wurden nach Ursache und Verlauf verfolgt, infizirte Gebiete und Häuser wurden gereinigt. Mit dieser Thätigkeit der Behörden ging eine abfällige Beurtheilung seitens der Bevölkerung, die ja immerhin einen Theil der Kosten zu tragen hatte, Hand in Hand. Ferner lernten die Leute langsam, nichts für sich zu thun, die Behörde alles thun zu lassen, sie verlangten Bezahlung dafür, dass sie ihr eigenes Haus rein hielten, glaubten, eine Aera der Faulheit und des Nichtsthuns sei angebrochen.

Obwohl das Gesetz von 1897 nach dem Auftreten von Infektionskrankheiten die Reinigung des Hauses der Ortsbehörde übertrug, hat Verfasser sie unter behördlicher Aufsicht immer durch die Bewohner ausführen lassen, um wenigstens etwas zur Stärkung des Verantwortlichkeitsgefühles beizutragen.

Ausser dem direkten Vortheil, welcher der lebenden Generation aus der Besserung der hygienischen Verhältnisse erwächst, ausser dem Nutzen, den unsere Mitbürger in 50 Jahren aus der Fortdauer und Weiterentwickelung sanitärer Anlagen ziehen werden, dürfte noch ein weiterer Punkt von belebendem Einfluss auf die Anstrengungen und die Thätigkeit des Hygienikers sein. Es darf angenommen werden, dass die Eltern, deren Gesundheit wir fördern, durch Vererbung auch solche Eigenschaften auf die Nachkommen übertragen, die sie selbst als Resultat besserer Luft, besserer Nahrung, steter Uebung erworben haben.

Dr. Mayer-Simmern.

Tagesnachrichten.

Die **Grundsätze für die Gehaltsregulirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte** sind jetzt im Ministerium festgestellt. Es ist darnach statt des ursprünglich beabsichtigten reinen Individual-Stellensystem ein gemischtes Besoldungssystem mit aufsteigender Besoldung und mit persönlichen pensionssicheren Zulagen angenommen, so dass sämmtliche Kreisärzten mit zunehmendem Dienstalter wenigstens den jetzt auf 2700 Mark erhöhten Besoldungsdurchschnittssatz erreichen. Die Kreisärzte erhalten demgemäss ein pensionsfähiges Gehalt von 1800—2700 Mark, steigend von 1800 auf 2250 und 2700 Mark, so dass je ein Drittel derselben 1800, 2250 und 2700 Mark erhalten; das Aufrücken in die einzelnen Stufen erfolgt nach Massgabe des Dienstalters je nach dem Eintritt von Vakanzen. Daneben werden persönliche pensionsfähige Zulagen von 600, 900 und 1200 Mark gewährt, für deren Bewilligung folgende Gesichtspunkte massgebend sind: Schwierigkeit der Stellenbesetzung, Umfang der amtsärztlichen Obliegenheiten ohne gleichzeitige Entschädigung durch Gebühren, geringe Einnahmen von pensionsfähigen Gebühren, besondere örtliche Theuerungsverhältnisse. Die Gerichtsärzte, deren Einnahmen an Gerichtsgebühren nicht pensionsfähig sind, sollen je 1200 Mark als pensionsfähige Zulage erhalten.

Mit diesen Grundsätzen der Gehaltsregulirung kann man sich nur einverstanden erklären; sie entspricht vor allem auch den Wünschen der Medizinalbeamten weit mehr als die früher beabsichtigte, so dass diese dem Herrn Minister nur dankbar dafür sein können.

Am 31. Juli d. J. ist der frühere preuss. Kultusminister D.Dr. Bosse nach längerem Leiden verstorben. Noch nicht zwei Jahre hat er sich des wohlverdienten Ruhestandes erfreuen können, in den er erst vor nicht ganz zwei Jahren (am 4. September 1899) nach einer langjährigen, ebenso schwierigen als arbeitsreichen Amtsführung getreten war. Ebenso wie der Herr Amtsvorgänger hat der Verstorbene, durch die Verhältnisse mehr oder weniger gezwungen, den Schwerpunkt seiner amtlichen Thätigkeit auf das Gebiet der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten gelegt; er hat aber auch den ihm unterstellten Medizinalwesen stets ein warmes Interesse entgegen gebracht und ihm dieses auch nach seinem Ausscheiden aus dem Staatsdienste im vollsten

Maasse erhalten. Neben der grossen Förderung, welche die medizinische Wissenschaft während seiner Amtsperiode durch Bereitstellung reicher Mittel für Unterrichtszwecke u. s. w. erfahren hat, ist am Schlusse derselben auch der erste und wichtigste Schritt für die seit Jahrzehnten angestrebte Reform des Medizinalwesens erfolgt und dadurch eine wesentliche Grundlage für den weiteren Ausbau desselben geschaffen. Die Medizinalbeamten, denen der Verstorbene stets ein äusserst wohlwollender Chef gewesen ist, schulden ihm dafür grossen Dank. Sein Andenken werden sie daher stets in hohen Ehren halten!

Die Vorarbeiten für die **Ausführung des Fleischbeschaugesetzes** sind im Kaiserlichen Gesundheitsamte jetzt soweit vorgeschritten, dass die betreffenden Bestimmungen voraussichtlich dem Bundesrathe bald nach seinem Wiederzusammentritt vorgelegt werden können. Nach denselben soll u. A. alles mit Borsäure, schwefliger Säure, schweflig- und unterschwefligsauren Salzen, ebenso wie alles mit Farbstoffen irgend welcher Art behandelte Fleisch zum Genuss untauglich erklärt werden, also das Färben von Wurst sowie die Verwendung der verschiedenen Präservesalze unbedingt verboten sein.

Tagesordnung der XXVI. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Rostock am 18., 19., 20. und 21. September 1901.

Dienstag, den 17. September: 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung im Hôtel Fürst Blücher (Blücherstrasse 23/24).

Mittwoch, den 18. September, 9 Uhr Vormittags, im grossen Saale des Hôtel Fürst Blücher: Eröffnung der Versammlung. — Rechenschaftsbericht und geschäftliche Mittheilungen. — Die örtlichen Gesundheits-Kommissionen in ihrer Bedeutung für Staat und Gemeinde, sowie für die amtliche Thätigkeit der Medizinalbeamten. Referenten: Regierungs- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund (Minden), Privatdozent Dr. Jastrow, Stadtrath (Charlottenburg-Berlin). — Frühstückspause. — Hygiene der Molkereiprodukte. Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Löffler (Greifswald). — 6 Uhr Abends: Festessen mit Damen im grossen Saale des Hôtel Fürst Blücher (Preis des Gedeckes ohne Wein 4 Mark).

Donnerstag, den 19. September, 9 Uhr Vormittags: Fortschritte auf dem Gebiete zentraler Heizungs- und Lüftungsanlagen für Wohnhäuser und öffentliche Gebäude im letzten Jahrzehnt. Referent: Landes-Maschinen-Ingenieur A. Oslender (Düsseldorf). — Die Bedeutung der hygienisch wichtigen Metalle (Aluminium, Blei, Kupfer, Nickel, Zinn und Zink) im Haushalt und in den Nahrungsgewerben. Referent: Prof. Dr. K. B. Lehmann (Würzburg). — Mittagessen nach freier Wahl. — Von 3½ Uhr Nachmittags Besichtigungen: 1. Städtische Wasser-, Gas- und Elektrizitätswerke; 2. Neue Schulbauten; 3. Schlachthof; 4. Werft; Mohr & Ollerich's Brauerei; 5. Irrenanstalt Gehlsheim. (Näheres durch Spezialprogramm.) — Abends 7 Uhr: Zwanglose Zusammenkunft auf Mohr & Ollerich's Keller.

Freitag, den 20. September, 9 Uhr Vormittags: Strassenbefestigungsmaterialien und Ausführungsarten, sowie ihr Einfluss auf die Gesundheit. Referenten: Stadtbaurath E. Genzmer (Halle a. d. S.), Privatdozent Dr. Th. Weyl (Charlottenburg-Berlin). — Mittagessen nach freier Wahl. — 3 Uhr Nachmittags: Fahrt nach Warnemünde auf Einladung der Stadt Rostock. Besichtigung der Hafenbauten. — Bootfahrt in See. 8 Uhr Abends: Rückfahrt auf der Warnow bei Beleuchtung der Ufer. (Näheres durch Spezialprogramm.)

Samstag, den 21. September: Gemeinsamer Ausflug nach Doberan und Heiligendamm. (Näheres durch Spezialprogramm.)

Für den im Jahre 1903 in Madrid stattfindenden XIV. Internationalen medizinischen Kongress hat sich jetzt unter dem Vorsitz von Prof. Calleja y Sanchez ein Exekutivkomitee gebildet, das die Tage vom 23.—30. April 1903 als Sitzungstage bestimmt hat. Der Beitrag ist auf 30 Pesetas (24 Mark) festgesetzt. Unter den Abtheilungen deren Zahl 16 betragen soll, ist auch eine für Hygiene und Epidemiologie, sowie eine für gerichtliche Medizin vorgesehen.

Die ministerielle „Berliner Korrespondenz“ schreibt über den britischen **Tuberkulosekongress**: „Im Mittelpunkte des Interesses standen unstreitig die Anschauungen, welche unser Landsmann Robert Koch in glänzender Rede über die Bekämpfung der Tuberkulose im Lichte der bei anderen Infektionskrankheiten gesammelten Erfahrungen entwickelte. Sein an Anregungen reicher Vortrag brachte den Hörern eine grosse Ueberraschung. Wohl in allen Ländern hat die Presse bereits die Nachricht verbreitet, dass Koch bei Untersuchungen, die er in Gemeinschaft mit dem bekannten Veterinärarzt Prof. Schütz in Berlin anstellte, die Ueberzeugung gewonnen hat, dass die menschliche Tuberkulose auf unsere grösseren Hausthiere, besonders auf Rinder, nicht übertragbar ist. Er sprach ferner die Ansicht aus, dass auch umgekehrt, die Gefahr einer Uebertragung der Tuberkulose durch die Milch tuberkulöser Kühe oder durch von solchen stammenden Molkereiprodukten, falls sie überhaupt bestehe, nicht so gross sei, wie man bisher allgemein angenommen habe.

Die Ergebnisse der genannten Untersuchungen waren unseren Reichs- und Staatsbehörden nicht unbekannt; schon im Anfang des Monats Juli hat sich auf Anregung Robert Koch's, der selbst eine Nachprüfung seiner Angaben wünschte, im Kaiserlichen Gesundheitsamte eine zu diesem Zwecke einberufene Kommission, der eine Reihe der hervorragendsten Fachmänner, u. a. auch Rudolf Virchow und Prof. Bollinger-München angehörten, mit der vorliegenden Frage beschäftigt. Es wurde bei dieser Gelegenheit allgemein die Nothwendigkeit anerkannt, auf diesen Punkt gerichtete Forschungen im grösseren Massstabe in Angriff zu nehmen; ein entsprechender Versuchsplan wurde ausgearbeitet. Natürlich bedingen derartige Versuche erhebliche Kosten, weil mit grösseren Hausthieren, wie Rindern, Schafen, Schweinen, oder mit schwierig zu beschaffenden kleineren Thieren, wie Affen, gearbeitet werden muss, und hierin ist auch zum Theil der Grund zu suchen, weshalb solche Untersuchungen früher unterblieben sind. Es sind zwar ähnliche Forschungen bereits an den gewöhnlich zu Versuchszwecken benutzten Meerschweinchen und Kaninchen ausgeführt, aber ohne dass es gelungen wäre, deutliche Unterschiede zwischen den Bazillen der Perlsucht und denen der menschlichen Tuberkulose nachzuweisen. Ausserdem schien die Frage durch die Entdeckung des Tuberkelbacillus und durch den Nachweis anscheinend identischer Bazillen in den krankhaften Veränderungen sowohl bei der Perlsucht, wie bei der menschlichen Tuberkulose durch Robert Koch im Sinne einer Identität beider Krankheiten entschieden. Ein dringender Anlass zur Erweiterung dieser Arbeiten lag damals um so weniger vor, als bei mehreren anderen auf den Menschen übertragbaren Thierkrankheiten das Experiment an kleineren Thieren zu zuverlässigen Ergebnissen geführt hatte. Nachdem aber nunmehr von Koch selbst Zweifel geäussert sind, wird durch Heranziehung grosser Thiere ein abschliessendes Urtheil zu erstreben sein.

Schon jetzt unsere Massnahmen gegenüber der Verbreitung der Tuberkelbazillen durch Milch und Milchprodukte zu ändern, liegt jedoch kein Grund vor, zumal vielleicht mehrere Jahre vergehen werden, bevor die Versuche endgültig abgeschlossen sind. Es darf nicht vergessen werden, dass eine der wichtigsten Massregeln in dem Kampfe gegen die Ausbreitung der Tuberkulose unter dem Rindvieh und den Schweinen die Verhütung der Verschleppung lebender Tuberkelbazillen mit den Molkereiabfällen darstellt. Die Molkereien werden also auch künftig im Interesse der Produzenten für eine Beseitigung dieser Gefahr durch Erhitzung der Milch in geeigneten Apparaten schon aus veterinären Gründen sorgen müssen. Ebenso kann den Konsumenten nicht dringend genug gerathen werden, die Milch vor dem Genusse wie bisher gründlich abzukochen, um auch den Erkrankungen durch andere in der Milch unter Umständen enthaltene ansteckende Keime, wie die Erreger der Darmkrankheiten der Kinder, des Typhus u. a., vorzubeugen.“

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

J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

14. Jahrg. 1901.

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. Sept.

Einige Bemerkungen über das Entmündigungsverfahren.

Von Geh. Med.-Rath Dr. Lissner, Kreisarzt in Kosten.

Es ist auffallend, dass selbst in amtlichen Dingen, welche durch unzweideutige Bestimmungen festgelegt scheinen, sich Usancen (fast möchte man es „Moden" nennen) herausbilden, welchen eine ernstere, sachliche Begründung nicht zur Seite steht. Während meiner langjährigen gerichtsärztlichen Thätigkeit bin ich bei einer grossen Zahl von Entmündigungen als Sachverständiger thätig gewesen. Vor Einleitung des Entmündigungsverfahrens waren dem Gericht seitens der Antragsteller mancherlei Beweismittel für das Vorhandensein einer geistigen Störung bei dem Provokaten unterbreitet worden; in manchen Fällen lag ein kurzes Attest des behandelnden Arztes vor. Der als Sachverständiger vom Gericht zugezogene Arzt (in den meisten Fällen waren es deren zwei) machte alsdann einen oder mehrere Vorbesuche, später fand die Vernehmung des zu Entmündigenden vom Richter und genaueste Niederschrift der Ergebnisse der vom Richter und dem Sachverständigen an den zu Entmündigenden gestellten Fragen und der erhaltenen Antworten statt, worauf der Sachverständige genau nach den Bestimmungen des Ministerial-Erlasses vom 14. November 1841 [1]) in zweifellosen Fällen sofort sein endgültiges

[1]) Die hier in Betracht kommenden wichtigsten Bestimmungen des sehr umfangreichen Ministerial-Erlasses sind Folgende:

„2. In den Explorationsterminen haben die Aerzte von ihrem Standpunkte als Sachverständige aus, auf Grund und mit Benutzung der Resultate ihrer vorgängigen Information, den Befund des körperlichen Zustandes, des Habitus, Benehmens etc. des Imploraten, sowie das mit demselben zur Er-

Gutachten zu Protokoll gab, oder ein solches, mehr oder weniger ausführliches, aber möglichst begründetes in allen irgend zweifelt haften Fällen nachträglich dem Gerichte einreichte. Diese Ar- des prozessualischen Vorgehens entsprach genau den angegebenen Vorschriften und erschien auch als das naturgemässe, den richterlichen Zweck erfüllende.

Erst in den letzten Jahren ist in manchen Bezirken das Vorgehen des Richters ein anderes geworden. Bei Durchsicht der den Physikern regelmässig zur Kenntniss zugehenden Protokolle und Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände gelangt man zu der Ueberzeugung, dass im hiesigen Bezirk während der letzten Jahre ein verändertes Verfahren zur Regel, das von mir geschilderte zur Ausnahme geworden ist. Der bei einem Entmündigungsverfahren zugezogene Sachverständige erhält vom Gerichte den Auftrag, den zu Entmündigenden vor dem Termin in seiner Behausung zu besuchen und alsdann vor dem Termin ein begründetes Gutachten über den Geisteszustand des zu Entmündigenden dem Gericht einzureichen. Im Termin finden alsdann die Unterredungen mit dem Provokaten statt und zum Schluss giebt der Sachverständige die eidliche Versicherung ab, dass er bei dem vor dem Termin dem Gerichte eingereichten schriftlichen Gutachten stehen bleibe, dasselbe aufrecht halte und ihm Nichts hinzuzusetzen habe.

Ist nun diese in letzter Zeit beliebte Art des Vorgehens zweckentsprechender als die frühere und was lässt sich zu ihrem Gunsten anführen? Das wichtigste (und vielleicht das einzige) Argument, welches zu Gunsten der neueren Methode geltend gemacht wird, ist: dass Richter und Staatsanwalt von vornherein eine Grundlage für ihre Urtheilsfindung, einen Wegweiser für die an den zu Entmündigenden zu richtenden Fragen erhalten. Staatsanwalt und Richter seien sonst in Gefahr, sich mit Dingen zu beschäftigen, welche ihr Urtheil nicht klären, sondern geradezu verwirren könnten; deshalb sei es wünschenswerth, dass sie durch das sachverständige Gutachten von vornherein belehrt würden, in welcher Richtung die geistigen Störungen,

---

forschung des Gemüthszustandes geführte Colloquium nach Fragen und Antworten speziell und vollständig zu Protokoll zu geben und ihr vorläufiges Gutachten über den Gemüthszustand des Provokaten beizufügen.

„3. In der Regel, von welcher eine Ausnahme nur in den am Schlusse dieser Verfügung erwähnten Fällen gestattet ist, ist nach dem Termin ein besonderes und motivirtes Gutachten den Gerichtsbehörden einzureichen."

Alsdann heisst es weiter unter d:

„dass die Gebühren für das nach dem Termin abzugebende besondere und motivirte Gutachten dann wegfallen, wenn das Ergebniss der Untersuchung im Termin ein ganz zweifelloses gewesen ist, und der Arzt deshalb sogleich ein definitives Gutachten zu Protokoll aussprechen konnte."

Und der letzte Passus lautet:

„dass es den Aerzten im Einverständniss mit den Gerichtsdeputirten überlassen bleiben soll, in denjenigen Fällen von einfachem Wahnsinn oder Blödsinn, in welchen das Ergebniss der Exploration ein zweifelloses ist, ein solches sofort in Gemässheit der vorstehend gestellten Anforderungen zu Protokoll zu geben."

die Wahnideen, die Sinnestäuschungen des sonst vielleicht gesund erscheinenden Provokaten liegen.

Ich behaupte, dass gerade dieses, angeblich so wichtige Moment nicht für, sondern entschieden gegen die vorherige Einreichung eines begründeten Gutachtens spricht. Selbstredend habe ich hier nicht eine kurze ärztliche Bescheinigung im Auge, welche das Amtsgericht vor Einleitung des Verfahrens nach §. 649 der Zivilprozessordnung zu fordern berechtigt ist,[1]) sondern nur die begründeten, meist sehr ausführlichen Gutachten.

Das ganze Verfahren hat doch den Zweck, dem Staatsanwalt und Richter Klarheit zu verschaffen, ob der zu Untersuchende thatsächlich an geistiger Störung leide. Es ist von grösster Wichtigkeit, dass der Richter und der zur Wahrnehmung der Gerechtsame des zu Entmündigenden berufene Staatsanwalt vollständig unbefangen an die Untersuchung herangehen und vor Allem die ganze Persönlichkeit, das Benehmen, die Haltung des zu Entmündigenden während des meist länger dauernden Termins auf sich wirken lassen. Es ist kein Unglück, wenn die ersten Fragen nicht direkt auf das Ziel losgehen und zuerst den allgemeinen Eindruck fixiren. Und falls es wirklich von Wichtigkeit sein sollte, dass den Fragen eine bestimmte Richtung gegeben werde, so ist der Sachverständige während des Termins dazu jeden Augenblick in der Lage. Eine solche Einwirkung des ärztlichen Sachverständigen ist sicher erlaubt und zweckmässig. Etwas ganz Anderes ist jedoch der Einfluss, welchen ein vorher eingereichtes, begründetes Gutachten unter Umständen haben kann. Ich will nicht so weit gehen, zu behaupten, dass dadurch ein Voreingenommensein des Staatsanwalts und Richters eintreten könne; jedoch muss in einem Gerichtsverfahren, welches für das Lebensglück des Betheiligten entscheidend sein kann, in vorsichtigster Weise auch der Schein einer Beeinflussung streng vermieden werden. Eine grosse Anzahl von Abgeordneten aller Parteien, von Stöcker bis zu Lenzmann, hat es sich zur Aufgabe gemacht, dem deutschen Volke Misstrauen gegen die ärztlichen Sachverständigen einzuflössen und nachzuweisen, dass das jetzige Entmündigungsverfahren der Bevölkerung keine Gewähr gebe gegen Vergewaltigung und widerrechtliche Einsperrung in Irren-Anstalten. Einer solchen Agitation gegenüber muss auch der entfernteste Schein eines nicht ganz vorschriftsmässigen Vorgehens in peinlichster Weise beseitigt werden. Es ist geradezu ein Nonsens, dass die Thätigkeit des Sachverständigen im Entmündigungsverfahren damit beginnt, dass er sofort nach den Vorbesuchen ein begründetes Gutachten abgiebt, und dass der eigentliche Entmündigungstermin als eine nachträgliche Zugabe erscheint, welche bei dem Gutachten des Sachverständigen kaum noch eine Rolle zu spielen hat.

Stützt sich nun dieses neuerdings beliebte Verfahren auf irgend eine neuere, von dem früheren Ministerial-Erlass ab-

[1]) Siehe Dande: Das Entmündigungsverfahren. Berlin 1899, Seite 21 und 23.

weichende Verfügung? Unter dem 28. April 1887 hat der Herr Kultusminister eine allgemeine Verfügung an die Medizinalbeamten erlassen, deren Nr. 2 folgendermassen lautet:

„In den Gutachten, sei es, dass dieselben im Termin zum Protokoll genommen worden oder, was sich in schwierigen Fällen empfiehlt, nach Anordnung des Richters als besondere Gutachten schriftlich einzureichen sind, ist u. s. w."

Es folgen alsdann Bestimmungen über den Inhalt und die Anordnung der Gutachten, in vollständiger Uebereinstimmung mit dem Ministerialerlass vom 14. November 1841. Wenn der neuere Erlass das vom Sachverständigen einzuschlagende Verfahren auch nicht so umständlich und in allen Einzelheiten vorschreibt, wie der ältere, so hiesse es doch, der Sprache Gewalt anthun, wenn die Folgerung gezogen würde, dass der Erlass von 1887 die Ermächtigung gebe, schon vor dem Termin ein begründetes Gutachten abzugeben. Der Erlass verbietet allerdings das schon vor dem Termin abzugebende Gutachten nicht klipp und klar, einfach deshalb, weil ein schon vor dem entscheidenden Termin abzugebendes, begründetes Gutachten in dem ganzen prozessualischen Vorgehen gar keine Analogie oder Stütze findet.

Auch in der vom Herrn Justizminister erlassenen „Allgemeinen Verfügung vom 10. Mai 1887, das Entmündigungsverfahren betreffend", (Nr. 20 des Justizministerial-Blattes vom 20. Mai 1887) ist keine Bestimmung enthalten, welche ein schon vor dem Termin einzureichendes, begründetes Sachverständigen-Gutachten wünschenswerth erscheinen liesse, allerdings auch keine, welche dies direkt untersagte.

Ebenso enthält der neueste für die Staatsanwälte und Gerichte massgebende Erlass des Herrn Justizministers vom 28. November 1899 über das „Verfahren bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche" keine Bestimmungen über die Gutachten der ärztlichen Sachverständigen.

Die Juristen, welche diese vorher einzureichenden, begründeten Gutachten verlangen, berufen sich auf eine Stelle in dem oben bereits angeführten Buche von Daude. Dort heisst es Seite 40 und 41:

„Jeder Arzt wird," wie Neumann sehr richtig bemerkt, „wohlthun, wenn er diese Voruntersuchung (nämlich durch Vorbesuche, Ausforschen der Angehörigen, des behandelnden Arztes u. s. w.) so gründlich anstellt, dass er sich für den eigentlichen Termin nichts mehr aufhebt; die Voruntersuchung ist dazu da, dass der Sachverständige sich seine Ansicht bildet, mit sich abschliesst und den Termin alsdann als Beweis seiner Ansicht hinstellt. Nur so ist es möglich, der Terminaluntersuchung diejenige Präzision und Abrundung zu geben, ohne die sie keinen Werth hat. Die Voruntersuchung macht der Arzt für sich und um seinetwillen, der Termin ist das Forum; der verschiedene Zweck macht natürlich eine verschiedene Methode nöthig. In der Voruntersuchung studirt der Arzt den Kranken, im Termin produzirt er den Provokaten dem Richter; er experimentirt im edelsten Sinne des Wortes mit ihm, d. h. er führt durch die Unterhaltung die geistigen Bedingungen herbei, unter denen sich der Geist des Kranken am schnellsten und am schlagendsten als gesund oder krank erweist."

Daude macht hier also eine Ansicht von Neumann[1]) zu seiner eigenen. Wenn aber der ärztliche Sachverständige nach

[1]) Neumann: Theorie und Praxis der Blödsinnigkeitserklärung nach Preuss. Gesetz. Erlangen 1860. S. 53.

den Vorbesuchen zur Klarheit über den Zustand des zu Entmündigenden gekommen sein soll, so folgt doch daraus nicht, dass er schon vor dem, für das ganze Verfahren doch eigentlich entscheidenden Termine ein begründetes Gutachten zu den Akten einreichen soll. Es ist zuzugeben, dass ein solches Gutachten den Termin wesentlich abkürzt und vereinfacht. Nach der Niederschrift der gepflogenen Unterhaltung erklärt der Sachverständige einfach seine Personalien und alsdann „zur Sache" zu Protokoll, dass er auf das abgegebene Gutachten verweise und dasselbe auch jetzt noch in allen Punkten aufrecht erhalte. Der Fall, welcher in den Ministerial-Erlassen eine grosse Rolle gespielt hat, dass nämlich in klaren, ganz zweifellosen Fällen ein endgültiges Gutachten sofort im Termin zu Protokoll gegeben wird, sich also ein motivirtes schriftliches Gutachten überhaupt erübrigt, kann nach dem neuerdings oft eingeschlagenen Verfahren gar nicht mehr vorkommen. Der Richter kann und darf nicht von dem Gesichtspunkte ausgehen, dass der ihm grade vorliegende Fall ein ganz zweifelloser ist, und erfordert demnach in jedem Falle ein vor dem Termin einzureichendes, begründetes Gutachten. Es handelt sich also hier auch um eine fiskalische Frage, welche unter Umständen von Wichtigkeit sein könnte.

Ganz unwidersprochen möchte ich übrigens die Ansicht Neumann's nicht lassen, dass der Sachverständige schon durch die Voruntersuchung seine Ansicht über den zu Entmündigenden abgeschlossen haben soll. In den meisten Fällen wird dies möglich und auch unbedenklich sein. In allen irgendwie zweifelhaften jedoch soll der Arzt alle Mittel, also auch die Ergebnisse des Termins, benutzen und unbefangen auf sich einwirken lassen. Der Anstaltsarzt, welcher den zu Entmündigenden seit längerer Zeit beobachtet und welchem auch die Krankheitsjournale zur Verfügung stehen, wird allerdings mit seinem Urtheil schon vor dem Termin in den allermeisten Fällen fertig sein können; aber auch für ihn erscheint es im Interesse der Sache geboten, dass er sich nicht vorzeitig mit einem abgegebenen Gutachten die Hände bindet.

Hier möchte ich noch darauf hinweisen, dass auch die praktischen Musterbeispiele, welche Daude am Ende seines Buches (S. 134 und folg.) giebt, nicht als Argument für das schon vor dem Termin eingeforderte, begründete Gutachten eingeführt werden können. Ein motivirtes Sachverständigengutachten ist naturgemäss überhaupt nicht abgedruckt, wohl aber ein „Protokoll über die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden" und in diesem erklären die Sachverständigen übereinstimmend, „dass sie auf Grund der von ihnen gemachten Vorbesuche und der heute mit der E. Sch. gepflogenen Unterredung schon jetzt im Stande seien, ein endgültiges Gutachten über den Geisteszustand der letzteren abzugeben". Nach Angabe ihrer Personalien erklären alsdann die Sachverständigen ihr Gutachten mit Bezug auf §. 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Nirgends ist hier auf ein vor dem Termin bereits abgegebenes, begründetes Gutachten verwiesen, nirgends auch nur eine solche Möglichkeit erörtert.

Nach §. 655 der Zivilprozessordnung darf die Entmündigung nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat. Während früher in den allermeisten Fällen zwei Sachverständige geladen wurden, ist es in den letzten Jahren üblich geworden, sich mit einem zu begnügen. Es kann zugegeben werden, dass dies für manche Fälle thatsächlich genügt. Kennt aber der Richter diese Fälle schon vorher? Giebt nicht die Zuziehung zweier, selbstredend nicht nur vor Gericht, sondern auch ihrer Lebensstellung nach gleichberechtigter Sachverständigen eine noch grössere Gewähr auch gegen die entfernte Möglichkeit eines Irrthums? Bei der masslosen Agitation, durch welche weite Volksklassen gegen die ärztlichen Sachverständigen aufgehetzt werden, sollten die Gerichte jedes Mittel anwenden, welches auf das Publikum beruhigend einwirken könnte; denn am letzten Ende fällt das Odium auch nicht so sehr auf die zugezogenen Sachverständigen, wie auf die Gerichte, welche für das ganze Verfahren verantwortlich sind. Oder stellen sich die Gerichte auf den Standpunkt, grade wegen der wüsten Agitation jede Konzession an die öffentliche Meinung grundsätzlich abzulehnen? Hierbei an den Kostenpunkt zu denken, wäre bei der Geringfügigkeit der in Betracht kommenden Gebühren überaus kleinlich; es ist auch nicht anzunehmen, dass dieser Gesichtspunkt bei der Beschränkung auf nur einen Sachverständigen massgebend sei. Der Ministerialerlass vom 14. November 1841, der für diese Frage von vorbildlicher Klarheit ist, bestimmt im Absatz 2 zu Nr. 2 ausdrücklich:

„Die Protokolle über Gemüthszustandsuntersuchungen haben in gerichtsärztlicher Beziehung dieselbe Wichtigkeit und Bedeutung, wie die Obduktionsprotokolle, nämlich: vollständige Ermittelung, Darlegung und Feststellung der Ergebnisse des Befundes als Grundlage für das abzugebende Gutachten. Um diese wünschenswerthe Uebereinstimmung mit den bei den Obduktionsverhandlungen längst bestehender gesetzlicher Bestimmungen noch zu vervollständigen, haben die Sachverständigen u. s. w.“

Wenn dieser Erlass auch aufgehoben ist, so bleibt doch die Analogie zwischen der gerichtsärztlichen Thätigkeit beim Entmündigungsverfahren und bei der Obduktion bestehen. Hat doch die Staatsanwaltschaft die Verpflichtung, die ausführlichen Protokolle über die Entmündigungsverhandlungen ebenso an die Regierungspräsidenten in Abschrift einzusenden, wie diejenigen über Leichenöffnungen! Ausserdem hat auch das Gesetz vom 9. März 1872 die Zuziehung zweier Sachverständigen zum Entmündigungsverfahren vorgesehen, indem es im §. 4 Satz 2 bestimmt: „Sind zwei Medizinalbeamten zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den Gemüthszustand eines Menschen aufgefordert, so erhält jeder derselben die Gebühr.“

Ich fasse meine Ausführungen in Folgendem zusammen:

1. Ein im Entmündigungsverfahren vom Sachverständigen schon vor dem Termin einzureichendes, begründetes Gutachten ist nirgends im Gesetz, noch in den Erlassen der Behörden vorgesehen.

2. Das Einfordern eines solchen Gutachtens entspricht nicht dem Zwecke des Entmündigungsverfahrens.

3. Es liegt im Interesse der Gesammtheit, dass möglichst zu jedem Entmündigungsverfahren zwei und zwar einander gleichberechtigte ärztliche Sachverständige zugezogen werden.

Some problems of tropical Medicine. (Einige Probleme der Tropen-Medizin).

Vortrag, gehalten am 3. Oktober 1900 in der Londoner School of tropical Medicine.

Von Sir **William Macgregor**-London.

The Lancet vom 13. Oktober 1900.

Autorisirte Uebersetzung von Dr. **Ohlemann**-Wiesbaden.

Je mehr sich in Deutschland das Interesse unseren Kolonien zuwendet, um so mehr müsste es sich auch auf ihre Ureinwohner erstrecken, zumal deren Zahl keine sehr grosse ist. In erster Linie kämen hier in Betracht die Eingeborenen der Pazifik-Kolonien, die auch schon ethnographisch unsere ganz besondere Antheilnahme erwecken, nicht blos, weil sie, wie auf den Samoa-Inseln, bekanntlich als besonders schöner Menschenschlag über andere Papua-Rassen hervorragen, sondern deshalb, weil man die Befürchtung hegen muss, dass auch diesen ziemlich hoch entwickelten Menschen in nicht ferner Zeit dasselbe Schicksal bevorstehen mag, wie so vielen Ureinwohnern der pazifischen Inselgruppen, die in näherem Verkehr mit den Europäern durch die von ihnen eingeschleppten Krankheiten in erschreckend kurzer Zeit dahin schwanden.

Es dürfte daher zeitgemäss sein, wenn eine Rede, die Sir William Macgregor an der Londoner School of tropical Medicin seinen Zuhörern, jungen Aerzten, die sich für die Kolonialpraxis ausbildeten, hielt, in ihrem wesentlichen Inhalt auch heimischen Kreisen zugänglich zu machen.

Nach einer allgemeinen Einleitung über die merkwürdigen Veränderungen von alten Krankheiten bei neuen Rassen, über die Nothwendigkeit der Bildung von Kolonialgesundheitsbeamten, wendet sich Redner zur Schilderung des

Typhus. Nach den Erfahrungen von Sir Thomas Watson war Typhus in Polynesien bis 1875 unbekannt. Um diese Zeit wurde ein Einwanderer, der aus Australien kam, krank; bald darauf erkrankte ein Europäer in derselben Gegend, wo, ist nicht ersichtlich, doch scheint Fiji gemeint zu sein, andere sporadische Fälle folgten, doch gering an Zahl. Man nimmt an, dass die Seltenheit der Fälle davon komme, dass das Wasser von den Dächern herrühre (also Regenwasser) und in eisernen Behältern aufbewahrt werde. Es giebt ausserdem aber in Fiji eine andere Art Fieber, das dem Typhus sehr ähnlich ist. Es hält an bis zum 9. Tage, erreicht zu der Zeit seine Krisis, der wenige Tage darauf die Genesung folgt. Ebenso ist Typhus unbekannt in British New-Guinea, auch wird dort das in Fiji beobachtete Fieber nicht angetroffen. Desgleichen ist Typhus in Westafrika nicht vorhanden. Es möchte scheinen, als ob diese Krankheit ein Nebenprodukt der Civilisation wäre, wie Krebs, Diphtherie und einige andere Erkrankungen. Da in Fiji eine bedeutende Anzahl Europäer wohnen, so ist die Ausbreitung dieser Krankheiten dort auch am grössten.

Die Yaws-Krankheit. Diese Krankheit ist in Polynesien endemisch. Wenn ein eingeborenes Fiji-Kind von derselben wieder gesundet, dann stehen

trotzdem seiner zukünftigen Gesundheit schreckliche Zustände bevor. Die Yaws repräsentiren unsere Masern, Scharlach, Wasserpocken, Diphtherie und Keuchhusten alles zusammen. (Mischinfektion? d. Ref.) Kein europäischer Arzt dürfte lange in den Tropen praktiziren, der nicht sehr bald mit dieser Krankheit Bekanntschaft macht. Wahrscheinlich handelt es sich um eine parasitäre Erkrankung. Auf den Seychellen-Inseln traf der Vortragende sie zuerst. Doch kommt sie auch auf den Antillen und in Afrika vor. Sie charakterisirt sich durch Geschwülste, die ansteckend sind, vom Aussehen von Erdbeeren oder Himbeeren. Die Geschwülste ulzeriren und führen zu grosser Abmagerung. Es giebt ihrer zwei Arten, die sehr differiren, je nachdem sie in Afrika oder in Amerika vorkommen. Es ist sehr seltsam, dass diese Krankheit sehr viel milder ist bei der afrikanischen und der Papua-Rasse als bei den Polynesiern.[1]) Es mag sein, dass sie bei diesen noch neu ist, da sie erst durch die Plantagen-Arbeiter verbreitet wurde. Bei den Afrikanern treten die Symptome zuweilen so gering hervor, dass die Diagnose sehr erschwert wird, und der nicht geübte Praktiker die Erkrankung nicht auf den ersten Blick erkennt.

Für den Europäer ist sie nicht sehr ansteckend, wenn er aber ergriffen wird, dann ist sie sehr ekelhaft und verursacht viele Beschwerden. Vortragender sah keinen Kranken, der nicht 3—6 Monate daran litt. Hauptsächlich wurde sie gesehen in Neu-Guinea; dort und in Polynesien erhielt Referent den Auftrag, sie zu beobachten.

Von den Fiji-Eingeborenen kam die Yaws zu den Insulanern, und diese gaben ihre ekelhafte (loathsome) Tinea imbricata zu den Fiji-Bewohnern. Auch die Salomon-Insulaner brachten die Tinea nach Fiji.

Venerische Erkrankungen waren den Pazifik-Insulanern nicht bekannt, auch nicht den Papuanern, bis die Europäer sie dorthin brachten. Gewisse soziale Gewohnheiten erleichterten das rasche Verbreiten der Erkrankungen, und sie gediehen mit der gewohnten Ueppigkeit auf dem neuen Boden. Die Pazifik-Insulaner neigen ausserordentlich leicht zu weichem Schanker, sehr leicht entwickelt dieser sich zu einer grossen schwammartigen Geschwulst, die bei leisester Berührung schon blutet. Nicht selten trat bei der Tiefenentwickelung Durchbruch nach der Bauchhöhle hin ein mit tödtlichem Ausgange. Die Ansteckung ist ausserordentlich leicht.

Anderseits hat Gonorrhoe nicht die Wirkung auf die Wilden, wie man erwarten sollte; sie überall heilbar mit Ausnahme bei den eingeborenen Frauen. Die Eingeborenen werden durch die Geistlichen für die Plantagenarbeit ausgesucht, es kam zuletzt auch vor, dass sie ein Bischof besuchte, und die zur Arbeit für die Plantagen Tauglichen aussuchte. Aber diese Leute sehen ja nicht „hinter den Calico“ „come storpiato è Marmotto“.

Masern und Krätze. Fiji war das Zentrum der Ausbreitung einer grossen Masernepidemie im Jahre 1874, die durch ein Kriegsschiff eingeschleppt worden war. Ihr fiel $^1/_3$—$^1/_4$ der ganzen Bevölkerung zum Opfer. In British Neu-Guinea wurde die Krätze (itch-disease) durch alte Kleidung eingeschleppt. Die Krankheit verbreitete sich der Küste entlang; binnen wenig Wochen zeigten Tausende von Menschen vom Kopfe bis zum Fusse die Folgen der Erkrankung. Sie verbreitete sich vielleicht dadurch rascher, dass ein Hemd z. B. von mehreren Menschen an einem Tage getragen wird, wie überhaupt Kleider gemeinsam getragen werden.

Dysenterie. Als epidemische und kontagiöse Form war Dysenterie in British Neu-Guinea unbekannt selbst noch vor ein halb Dutzend Jahren. In der Neuzeit jedoch hat sie viele Todesfälle verursacht. Sie begann in Fiji mit dem Kommen der europäischen Einwanderer und führte dort zu einer bedeutenden Sterblichkeit; aber während und nach der Masern-Epidemie nahm auch sie eine epidemische Form an. Erst als die Europäer Regenwasser zur Wasserversorgung brauchten und bessere Wohnungen bekamen, wurde die Krankheit seltener. Auf dem Lande und bei den Eingeborenen war die Krankheit leicht bösartig; es kamen Beispiele vor, wo 50 % und 75 % der polynesischen Arbeiter an einer Plantage an dieser Krankheit starben, die ihnen noch ganz neu war. Dieselbe ausserordentlich hohe Mortalität trat unter den

[1]) Auch nach **Webster** sind die Erkrankungen an Yaws in Amerika verschieden von denen, die in Afrika vorkommen. Die Bezeichnung einiger Handwörterbücher, „Lustseuche der Neger“ ist nicht zutreffend.

Arbeitern der Queensland-Plantagen auf, die ebenfalls Polynesier waren. Auf einer Plantage war von 115 Neu-Britain-Insulaner nur ein einziger Knabe übrig geblieben. Das war das Werk der Dysenterie. Wohl trug dazu bei, dass beim Transport auf Schiffen die Menschen oft 30 Stunden zusammengepfercht waren. Die Behandlung anlangend, so tappte man zuerst im Dunkeln. Die Ueberlebenden waren mit Sublimat behandelt; an Nachkrankheiten starb keiner von ihnen mehr, aber das Heilmittel versagte völlig beim Ausbruch an zwei anderen Stellen der Kolonien. Während einer anderen Saison wirkte Salizylsäure mit ausserordentlichem Nutzen, um später ebenfalls wieder im Stich zu lassen. Die Dysenterie ist die Krankheit, die mehr Todesfälle in den Tropen herbeiführt, als irgend eine andere Krankheit, keine, die so weit verbreitet ist und von so konstantem Verlaufe. Der Ansicht von Dr. Patrik Manson, dass Malaria die gefährlichste Krankheit der Tropen sei, kann Vortragender auf Grund seiner Erfahrungen nicht beipflichten. Er hat in zwei Gegenden praktizirt, wo keine Malaria war, aber in keiner, wo die Menschen nicht an Dysenterie starben. Im letzten Jahre wurden in Lagos 39 Fälle von Dysenterie behandelt, davon starben 10, also einer auf vier, während von 128 Malariakranken nur 4 starben, also einer auf 32. Die Dysenterie ist die Hauptursache der raschen Entvölkerung in den pazifischen Gegenden, und zwar schwillt die Sterblichkeitsziffer nicht so sehr unter den Europäern an, als unter den Eingeborenen.

In Westafrika geschieht die Verbreitung der Ruhr besonders durch die Abflusswässer (sewerage), wo Trinkwasser und Abwässer in einen sog. clay pit (Lehmtopf) fliessen, aus dem die Leute ihr Wasser beziehen. Der Mann, der durch praktische Massregeln hier bessern, helfen würde, wäre der grösste Wohlthäter der eingeborenen Rassen, die in den Tropen leben; man könnte ihn vor Allem den Retter der Pazifik-Insulaner nennen. Die Dysenterie richtet riesenhafte Zerstörung an; die Trunksucht ist ein Zwerg dagegen.

Malaria. Die Voraussage, dass bei Malariafieber ein Parasit gefunden werden würde, der auch im Blute der Moskito kreiste, lässt sich wohl vergleichen mit der Goodrick's Theorie vom Kreislauf des Algol,[1]) mit Adam's und Leverrier's angekündigter Stellung des Neptun, mit Murchison's Vorhersage von Gold in Australien. Es erinnert an die früheste Keimtheorie der Antisepsis durch den unsterblichen Lister. Es mag auch dies möglicher Weise zu einer ähnlich grossen Umwandlung in der Medizin führen. Die Stellung, die der britischen Wissenschaft auf diesem Gebiete von fremden Schriftstellern eingeräumt wird, die Grösse der neueren Entdeckungen, ist das Ehrenvollste für sie und die ganze Nation. Der Name von Dr. Manson, eine der berühmtesten Leuchten dieses Instituts, wird stets verbunden bleiben mit der fruchtbaren Theorie, die zu den werthvollsten Entdeckungen der hervorragendsten Beobachter (Ross, Grassi, Celli, Bignami, Bastinelli, Koch u. a.) geführt haben.

Das Malariafieber ist für die Italiener in erster Linie von der grössten Wichtigkeit, da, wie sie sagen, elf Millionen ihrer Einwohner dieser Krankheit ausgesetzt sind. Nach Celli beträgt die jährliche Sterblichkeit 15000, von Indien sagt Laveran,[2]) dass das Sumpffieber eine Sterblichkeit von 40 unter 100 der allgemeinen Sterblichkeit verursache.

Es scheint gegenwärtig Neigung zu sein, den Ursprung der Malaria in den Tropen bei den farbigen Kindern zu suchen. Gewiss aber muss anerkannt werden, dass es sich um eine alte Krankheit im vereinigten Königreiche und dem Kontinente handelt, für die die Kinder der Ureinwohner nicht verantwortlich gemacht werden können. Ist es doch bekannt, dass zu Beginn dieses Jahrhunderts die Anopheles eine der mächtigsten britischen Armeen vollständig in die Flucht schlug, die je auf den Kontinent geschickt worden war.

In der neueren Zeit haben die Italiener bei den Untersuchungen ihr Theil gethan, ebenso die Deutschen durch ihren berühmten Koch. Die Engländer schulden einen grossen Theil Laveran; dem Vortragenden scheint, dass Manson

---

[1]) Fixstern in Konstellation mit Perseus.

[2]) The Malarial Germ of Laveran. Von Dr. Councilman, Professor der Anatomie der John Hopkins University. Report der American Public Health Association; 1888, S. 224 der Uebersetzung.

der Ingenieur war (surveyor), Laveran das Bahnbett legte, Ross die Brücken baute und die Schienen legte, Grassi, Bostinelli, Bignami und Celli das Rollmaterial verschafften. Der Franzose M. Emile Bertaux spricht sich folgendermassen aus: Die ersten Beobachtungen, welche über die neue Theorie der Malaria niedergelegt wurden, sind nicht in Italien gemacht. Es ist Dr. Laveran, dem diese Ehre unbestritten seit 1880 zukommt, dass der Parasit, der sich im menschlichen Blute findet, die einzige und direkte Ursache des Fiebers ist. Aber es war der englische Arzt Dr. Ross, welcher zuerst mit Genauigkeit das Agens der Uebertragung bestimmte. Koch sagt, über das eigentliche Wesen der Malaria haben wir erst in der neuesten Zeit Erklärung durch Laveran erhalten. Dieser sagte 1892: „j'ai émis l'hypothèse que les moustiques jouaient une rôle dans la propagation des paludisme come dans celle de la filariose." Seine Hauptstütze findet er an Manson; gegenwärtig sind viele Naturforscher an der Arbeit auf diesem Gebiete, und ohne Zweifel wird diese Thatsache noch weiter ausgebaut werden.

Obgleich die Art der Infektion bekannt ist, so sind doch die Experimente, die gegenwärtig von Engländern hier und in Italien ausgeführt werden, keineswegs überflüssig. In dem Werke von Christy findet man ähnliche Experimente, wie sie von italienischen Untersuchern gemacht sind, geschildert. Aber es ist wünschenswerth, dass sie an britischem Blute ausgeführt werden, um das englische Publikum auch zu überzeugen.

Redner wendet sich dann zu den Schwierigkeiten, den Gefahren, die die Moskitos bringen, entgegenzutreten, namentlich an den Küsten Westafrikas. Wie die Wände mit weisser Farbe zu versehen seien, um die Mücken zu erkennen. Wie Gazefenster und -Thüren, Moskitonetze für jedes Bett nothwendig seien, dass alle Wasserbehälter mit Drahtnetze überdeckt werden müssten, damit die Moskitos nicht hineinkommen könnten, ebenso Blumentöpfe, kurz, Wasserbehälter aller Art. Alle Brutplätze von Moskitos in der Nähe der Hospitäler und menschlichen Wohnungen müssten für ihre Fortpflanzung ungeeignet gemacht werden. Die Krankenpfleger seien zu instruiren; in allen Schulen müssten diese Dinge gelehrt und Preise in der Malariaklasse ausgesetzt. werden. Die Damen müssten verstehen lernen, dass man nicht in leichten Abendtoiletten soupiren, die Herren, dass man die Fussknöchel nicht nur mit seidenen Socken bedeckt unter dem Tische den Insektenstichen aussetzen dürfe. — Die Malaria in den Tropen ist sehr viel schwieriger zu bekämpfen als Typhus, Hundswuth oder Pocken im Inlande, und auch diese sind noch nicht ausgerottet. Man muss im Gegentheil fürchten, dass Enttäuschungen eintreten; denn zu allen Schwierigkeiten kommt die Vermehrung der Moskitos. Howard wies nach, dass eine Regentonne 19110 Larven enthielt, die 12 Generationen in einem Sommer produzirten; diese, zu 70 Eier für eine Moskito berechnet, würde somit ineinem Sommer eine Summe von Moskitos ausmachen, die einer Zahl von 25 Stellen entsprechen würde. Ficalbi schätzt die Zahl bei der fünften Geenration schon auf 50 Milliarden.

Ein anderer wichtiger Punkt ist: Wie hoch fliegen die Anopheles. Celli giebt an, dass Moskitos 3 Meilen horizontal fliegen, in der Höhe von 1000 Fuss fand sie Koch in den Fiebergegenden Javas, doch wird man noch von ihnen gestochen in der Höhe von 1000 Fuss; lästig waren sie noch 5000 bis 6000 Fuss hoch. In der Höhe liegt demnach keine Sicherheit. Vortragender fand sie niemals auf Fiji, wo Malariafieber unbekannt war und noch ist. Doch fand in neuester Zeit Theobald eine todte Moskito. Fiji würde in der Lage sein, wie Mauritius und Bourbon vor dem schrecklichen Ausbruch des Fiebers 1867. Es war eine Gegend, die bis dahin frei von Fieber war, aber bevölkert wurde mit indischen Kulis, die Fieberblut hatten, von denen zu jeder Zeit eine Epidemie ausbrechen konnte.

Redner sah die Anopheles zuerst eines Nachmittags an der Westküste Britisch Neu-Guineas vor 9 Jahren. Koch hat beobachtet, dass der Fieber-Parasit sehr häufig in Kaiser Wilhelm-Land vorkommt. Am meisten litten an Fieber die Mannschaften des Dampfers Merrie England, die häufiger als andere täglich in den Sümpfen und Wälder waren und das Fieber nachher an Bord bekamen.

Betreffs der Frage, ob und warum geistige Aufregung, starke Temperaturschwankungen, intensives Sonnenlicht, kaltes Wetter, Regen oder irgend ein anderes Agens die Ursache eines Fieberanfalles bilden, lange nach einer

möglichen Infektion und trotz langem und fortgesetztem Gebrauch von Chinin, ist Vortragender der Ansicht, dass ein Fieberanfall verursacht zu werden scheint bei intensivem Sonnenlicht, ohne Rücksicht auf Temperatur. In Britisch-Guinea leiden zweifellos Pferd und der Hunde auch an Malaria, da die Experimente Koch's zeigen, dass selbst die Fieberparasiten vom Menschen und anthropomorphen Affen verschieden, und nicht von einem auf den anderen übertragbar sind.

Texasfieber. Wenngleich wir über die spezifische Natur des menschlichen Parasiten unterrichtet sind, so bleibt die Frage für einen ihm verwandten Parasiten eine offene, die von grosser ökonomischer Wichtigkeit ist. Es handelt sich nämlich um eine Krankheit der Pferde, die es schwierig macht, diese in den Wäldern, die nahe der Küste an der Westküste Afrikas sich befinden, am Leben zu erhalten. Koch ist überzeugt (Aerztliche Reiseberichte in den Tropen, 1898), dass eine Impfung praktisch ausführbar sei. Dies und seine Beobachtungen an der Surrakrankheit (Reiseberichte) verbinden sich mit den Beobachtungen von Smith und Kilborne. Redner räth, der Staatssekretär der Kolonien sollte einen Preis aussetzen für die Entdeckung von Schutzmassregeln, welche die Pferde immun gegen diese Krankheit machten, da die Erfahrungen anderer Forscher lehrten, dass gewisse Arten von Thieren schon immun gegen die Tsetsefliege und das Texasfieber seien.

Elephantiasis. Es ist jüngst mitgetheilt, dass die Moskitos auch mit dieser Erkrankung in Verbindung gebracht würden. Sie kann jeden Theil des menschlichen Körpers treffen vom Kopf bis zum Fuss; bei Thieren wurde sie nicht gefunden. Nach Erfahrungen des Redners besteht kein Zusammenhang zwischen Malaria und Elephantiasis in Fiji, wo Malaria gar nicht vorkmmt, Elephantiasis dagegen aber ganz gewöhnlich ist. Aehnliches findet sich auf anderen kleineren Inseln. Das grösste Scrotum, das Vortragender sah, wog 122 Pfund. In Britisch Guinea, wo Malaria häufig ist, kam Elephantiasis selten zur Beobachtung; dasselbe gilt von Lagos. Diese Krankheiten stehen daher, wie es scheint, eher in gegensätzlicher Beziehung. Weder in dem einen, noch in dem anderen Lande waren Europäer daran erkrankt, mit Ausnahme von zwei europäischen Beamten auf der Insel Rotumah. Es handelt sich daher um eine Krankheit von geringerer Wichtigkeit im Vergleiche zu Dysenterie und Malariafieber.

Phthisis. Die Schwindsucht ist den Papuanern unbekannt. Die Eingeborenen von Neu-Guinea jedoch sind einer Form von Pleuro-Pneumonie epidemischer Art ausgesetzt beim Beginn der kälteren Jahreszeit, der manche erliegen. Aehnlich liegen die Verhältnisse für Fiji.

Diphtherie. Weder in Fiji noch in Britisch Neu-Guinea gab es eine Erkrankung wie Croup oder Diphtherie, selbst noch nicht, als Vortragender 1898 von dort fortging. Später sind zwei Fälle bei einem 7jährigen Kinde und dessen Mutter, die aus Sidney kamen, beobachtet; beide starben. — Einige Wochen später erkrankten Leute in einem Gefängniss derselben Gegend. Sporadische Fälle kommen demnach jetzt vor, wenn auch selten. Diphtherie ist weder in Lagos (Westafrika), noch von Koch in Deutsch-Ostafrika beobachtet.

Krebs. In einigen Gegenden giebt es einzelne interessante Punkte betreffend Krebs. Redner erinnert sich nicht, je einen Polynesier oder Melanesier an Krebs operirt zu haben, obgleich er bei Europäern in Fiji öfter vorkommt. Vor neun Jahren sah er keinen Fall von Krebs in Britisch Neu-Guinea, aber gegen Ende dieser Periode kam ein Fall von Enzephaloidkrebs der Tibia vor bei einem Papuaner, der 7 oder 8 Jahre nach europäischer Art lebte und täglich australisches Büchsenfleisch ass. Es schien kaum möglich, dass eine Infektion von einer anderen Person vorlag.

Lupus ist sehr häufig in Neu-Guinea, aber er unterscheidet sich doch sehr von Krebs. Dieser ist in Australien verhältnissmässig ausgebreitet. Es mag hierbei erwähnt werden, dass Polynesier und Papuaner Vegetarianer sind.

Dr. O. Johnson berichtet über Lagos, dass er dort in der Zeit von 14 Tagen 5 Fälle von Krebs bei Eingeborenen gesehen habe, und dass die Erkrankten in jedem Falle nach europäischer Art gelebt hatten. In Westafrika kommen ebenfalls Fälle von destruktivem Lupus vor.

Tetanus. Eine bemerkenswerthe Beobachtung wurde mit Tetanus gemacht. Während der Unruhen in Fiji 1876 und 1877, als die Berghäuptlinge die Autorität der englischen Regierung nicht anerkannten und mit Waffengewalt dazu gezwungen wurden, wurden gegen 150 Verwundete mit den verschiedensten Verletzungen behandelt. Obgleich die Pflege eine schwierige war, kamen doch

nach den Operationen keine Fälle von Tetanus vor. Anderseits starb ein Offizier an Tetanus in Britisch Guinea, der durch eine Dynamitexplosion schwere Verletzungen erlitten hatte. Er wurde zuerst gelagert etwa 60 Meilen von der See am Fusse eines Hügels auf Alluvialboden, 5 Tage später kam er an Bord des Schiffes und einige Tage später stellten sich die ersten Zeichen von traumatischem Tetanus ein. Er wurde nach dem Hospitale von Cooktown übergeführt, wo er starb. Sonst sind keine Fälle von Tetanus dort vorgekommen, auch Wundrose wurde in den dortigen Gegenden nicht beobachtet.

Tinea imbricata. Der konstante heimische Fortschritt bei neuen Invasionskrankheiten war zu beobachten in Britisch Neu-Guinea im Falle der Tinea imbricata. Die Krankheit war Haus bei Haus im Westen, am Flyflusse z. B., wo sie unter demselben Namen bekannt ist, wie der Tabak, aber auch häufig im Osten, wo sie „to curl" oder „fuld up" genannt wird. Der zentrale Distrikt war vor 10—12 Jahren noch frei; erst während der letzten 3—4 Jahre erschien sie im Moresbyhafen. In einigen Jahren wird die Krankheit über die ganze Ostküste verbreitet sein, eine grosse Ausbreitung, vom Aequator und den Salomoninseln, vom Westen und Osten gleichzeitig. Die beste Behandlung auf Fiji war Räuchern mit Schwefel; aber man kann das Mittel in Neu-Guinea nicht in der Weise anwenden, dass die Krankheit dadurch gänzlich zum Schwinden gebracht wird.

Andere Tropenkrankheiten. Es ist kein Zweifel, dass Anckylostomiasis endemisch in den pazifischen Gegenden vorkommt. Sie wurde 1876 sowohl bei den Fiji-Bergbewohnern, als auch bei den Salomon-Insulanern beobachtet.

Cerebrospinalmeningitis kam bei den indischen Kulis vor.

Beri-Beri fand man nicht auf Fiji; sie wurde aber von japanischen Arbeitern aus Japan eingeschleppt, auch in Neu-Guinea kam sie sporadisch vor.

Dann wird eine seltsame Krankheit beobachtet, die in Form multipler Tumoren auftritt, die oft so gross sind wie Wallnüsse, besonders an Ellbogen oder an Körperstellen, auf die man sich stützt, wenn man auf dem Boden liegt und schläft. Diese Krankheit ist noch nicht erforscht, sie ist aber wahrscheinlich parasitär.

Rabies und Dingos. Dingo ist der eingeborene Hund Australiens und Neu-Guineas. In beiden Ländern kommt Hundswuth nicht vor. Die australischen Kolonien haben sich gegen Einschleppung vor dieser Krankheit durch europäische Hunde durch eine Quarantäne geschützt; seitens der Volksvertretung wurde vorgeschlagen, dass der Staatssekretär der Kolonien bei Frankreich, Deutschland und Belgien dieserhalb vorstellig werden sollte, damit dort ähnliche Gesetze erlassen würden, um dem vorzubeugen, dass Hundswuth in deren Kolonien eingeschleppt würde. Der Minister für Queensland, Sir Samuel Griffith erkannte die Wichtigkeit dieser Massregel und unterstützte sie warm. Lord Knutsford und Lord Salisbury erreichten ein Zusammenwirken mit den drei fremden Regierungen, so dass zu hoffen sei, dass diese schreckliche Krankheit aus den Kolonien fernbleibe.

Leprosy. Es ist allgemein bekannt, dass diese Krankheit übertragbar ist und ihre Isolirung nothwendig macht. Selbst die Eingeborenen von Westafrika isoliren ihre Kranken, ebenso die der Südsee; oft begraben sie sie lebendig, wenn sie ein vorgeschrittenes Stadium der Krankheit erreicht haben. Mehr als vor 20 Jahren las Redner in einem deutschen Buche, dass in Schottland die Lepra ausgerottet sei durch die „Entmannung der Männer"; doch fand er keine Autorität für diese Behauptung. Die Behandlung in Fiji besteht darin, den Kranken nahe an einem niedrigen Feuer zu erhitzen. Es sollen Fälle dadurch geheilt sein.

The Jigger. Der Jigger (Chigre, Chigoe, Chegre, Chigger) ist ein kleines Insekt von der Familie der Flöhe, das in Westindien und Südamerika vorkommt, sich an den Füssen einnistet und dort in die Haut einbohrt, wo er sich ausserordentlich vermehrt. Er verursacht Geschwüre, die, vernachlässigt, schwierig zu heilen sind. Die indische Regierung wurde auf die Einschleppung dieses Insektes aufmerksam gemacht, doch kostet es Zeit und Mühe, die Ausbreitung des Flohes zu ermitteln. Auf Grund der Erfahrungen in Lagos konnte festgestellt werden, dass der Jigger keine bemerkenswerthe Unbequemlichkeiten verursacht und auch im Privatleben keine besondere Aufmerksamkeit erregt.

Quarantäne. Eine Quarantäne würde für die Kolonien von grosser Wichtigkeit sein; es ist ein Gegenstand, dem in der Schule für tropische Medizin eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt wird. Vortragender räth zu Quarantäne gegen Einschleppung von kontagiösen und infektiösen Krankheiten. In allen internationalen Konferenzen in Quarantänesachen nahmen die britischen Delegirten stets einen Standpunkt ein gegen die Einführung einer Quarantäne. Ihr System ist Isolirung von kranken oder der Krankheit verdächtigen Individuen, die Desinfektion von Schiffen und zuweilen des Cargos. Dies kann aber nur ausgeführt werden in den Gegenden, wo eine gut entwickelte Hafenpolizei sich befindet. Es bedarf der Hospital-Einrichtung und der Isolir-Gebäude; es bedarf auch eines Stabes gut ausgebildeter Gesundheitsbeamter, wie es nur im vereinigten Königreich durchgeführt werden kann, aber nicht in den Kolonien; dort fehlt es an Allem.

Sehr wichtig ist die Untersuchung des Wassers; nicht blos ist Wasser wichtig als indirekte Ursache für Krankheiten, wie Malaria, es bleiben noch andere wichtige Punkte übrig. So ist es für den Gesundheitsbeamten in Westafrika wichtig zu wissen, ob ein Brunnenwasser etwa den Guinea-Wurm enthält. Zur Verbreitung von Cholera, Dysenterie, Typhus trägt Wasser ausserordentlich bei.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 7. Juli d. J. in Stade abgehaltene erste diesjährige Versammlung des Medizinalbeamten-Vereins für den Regierungsbezirk Stade.

Anwesend waren: Reg.- und Med.-Rath Dr. Nesemann, die Kreisärzte Geh. Med.-Rath Dr. Vogel-Stade, Geh. Med.-Rath Dr. Ritter-Bremervörde, Med.-Rath Dr. Röhrs-Rotenburg, Med.-Rath Dr. Gaehde-Blumenthal, Dr. Elten-Freiburg, Dr. Hoche-Geestemünde, Kreisassistenzarzt Dr. Saehrend-Zeven, die pro physicatu geprüften Aerzte Dr. Ocker-Verden, Dr. Guttmann-Otterndorf, Dr. Ritter-Bremervörde.

Nachdem zunächst Reg.- und Med.-Rath Dr. Nesemann, Kreisassistenzarzt Dr. Saehrend und Dr. Prölss-Scheessel auf ihren Antrag in den Verein aufgenommen waren, verlas der Schriftführer einen Abschiedsbrief des in Folge seiner Versetzung nach Köln ausgeschiedenen Vorsitzenden, Reg.- und Med.-Rath Dr. Rusak, und beschloss der Verein, demselben durch den Schriftführer seinen besonderen Dank für seine treue Leitung der Vereinsgeschäfte und für sein reges Eintreten für die Interessen der Medizinalbeamten auszusprechen.

Zum Vorsitzenden wurde darauf einstimmig Reg.- und Medizinal-Rath Dr. Nesemann gewählt. Derselbe wies, nachdem er die Wahl mit Dank angenommen hatte, zunächst darauf hin, dass sowohl durch die soeben erfolgte Ernennung älterer Kreisärzte zu Medizinalräthen bezw. Geheimen Medizinalräthen, als auch durch Erlass der Dienstanweisung die ganze Stellung der Kreisärzte eine sozial würdigere und einflussreichere geworden sei. Es wäre aber mit Bezug auf das amtliche Vorgehen eine weise Mässigung zu empfehlen, da diese allein geeignet sei, das Vertrauen der betheiligten Kreise zu gewinnen und Erspriessliches zu wirken.

Es wurde sodann zum Hauptpunkte der Tagesordnung, Besprechung der **Dienstanweisung für die Kreisärzte**, übergegangen, aus welcher folgende Punkte hervorgehoben werden mögen:

Zu §. 12, Abs. 3, erklärte der Vorsitzende, dass nach seinen Informationen jedes Schreiben einer unteren Instanz an eine höhere als Bericht aufzufassen sei —, dass demnach auch alle Schriftstücke, für welche nicht durch besondere Bestimmungen der Dienstanweisung etwa direkte Einreichung an den Regierungspräsidenten speziell vorgesehen sei, durch die Hand des Landraths einzureichen seien. Für diejenigen Kreisärzte, deren Thätigkeit zwei Kreise umfasse, empfehle sich bei allgemeinen Berichten vorläufig die Einreichung durch den für den Amtssitz des Kreisarztes zuständigen Landrath, bei solchen Berichten, welche nur einen Kreis betreffen, durch den Landrath dieses Kreises. Jedoch sei die gelegentliche Herbeiführung einer prinzipiellen Entscheidung des Herrn Regierungspräsidenten den betreffenden Kreisärzten anzurathen.

Zu §. 18 wurde unter allseitiger Zustimmung bemerkt, dass seitens des

technischen Beamten des Kreises wohl noch in keinem Falle versucht ist, sich über die beide bezüglichen Wirkungskreise berührenden Fragen mit dem Kreisarzt in's Benehmen zu setzen. Ein gedeihliches Zusammenarbeiten sei aber nur zu erwarten, wenn beiderseits gleichmässig verfahren werde.

Bei §. 28 wurde hervorgehoben, dass die pensionsfähigen Gebühren im Regierungsbezirk Stade theilweise recht geringe seien. Es wurde von Seiten der Versammlung festgestellt, welche Gebühren des Kreisarztes amtliche, mithin pensionsfähige seien, und genaue Buchführung in dieser Richtung empfohlen.

Zu §. 29 erklärte sich der Vorsitzende und Geheimer Medizinalrath Dr. Vogel bereit, in der nächsten Sitzung ein Referat über die in Betreff der Wittwenversorgung u. s. w. gültigen Bestimmungen zu übernehmen.

Zu §. 47 wurde bemerkt, dass die Musterung der Apotheken ausserhalb des Amtssitzes thunlichst gelegentlich anderweitiger dienstlicher Verrichtungen vorzunehmen sei; habe sich jedoch eine derartige Gelegenheit bis zum 1. Oktober nicht ergeben, so seien die Musterungen ohne besonderen Auftrag vorzunehmen.

Es erschien wünschenswerth, dass bei den Revisionen von Drogenhandlungen überall ein gleiches, nicht zu ausführlich gefasstes Formular benutzt wird. Der Vorsitzende und Geheimrath Vogel übernahmen die Aufstellung eines solchen.

Bei §. 56 wurde vom Vorsitzenden betont, dass es dringend geboten sei, alle Konzessionsanwärter für den Handel mit Giften recht streng zu prüfen, und zwar in Betreff ihrer Kenntnisse in allen drei Abtheilungen der Gifte. Auch empfehle es sich, bei mangelndem Bedürfniss für Ablehnung der Konzessionsanträge sich auszusprechen.

Zu §. 57 wurde bemerkt, dass sich, ehe gegen eine Hebamme vorgegangen wird, dringend genaue Prüfung empfiehlt, ob auch wirklich eine Verfehlung vorliegt. Zur Erleichterung der Uebersicht bei dieser Prüfung stellte der Vorsitzende ein Formular in Aussicht. Die nicht ganz eindeutige Fassung der Bestimmungen des §. 57 über die Untersuchung an Ort und Stelle bei Todesfällen im Wochenbett sei so auszulegen, dass die Untersuchung auf jeden Todesfall bei der Entbindung, sofern diese ohne ärztliche Hülfe erfolgt sei, und im Wochenbette sich beziehe.

Der Paragraph gab noch Gelegenheit, die Frage der Desinfektion der Hebammen, sowie ihrer Instrumente und Geräthschaften genauer zu besprechen.

Zu §. 69 hatte Geheimrath Vogel ein besonderes Referat übernommen, in welchem er etwa Folgendes äusserte:

Bezüglich der neuen Aufgaben, welche dem Kreisarzte in der Besichtigung der einzelnen Ortschaften seines Bezirks gestellt sind, erscheine es wünschenswerth einige allgemeine Gesichtspunkte zu gewinnen, um die Besichtigung einigermassen einheitlich zu gestalten. Es seien nach seiner Ansicht besonders zwei Punkte, auf welche das Hauptaugenmerk zu richten sei, auf die Verhütung der Ausbreitung endemischer Krankheiten und die Abschwächung epidemischer Krankheiten, so besonders der Diphtherie und des Abdominal-Typhus. Zu diesem Zwecke seien gerade diejenigen lokalen Verhältnisse zu studiren, welche geeignet erscheinen, diese Krankheiten zu begünstigen, besonders aber den Wasserentnahmestellen besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

In der Diskussion wurde noch hervorgehoben, dass auch den etwaigen Ursachen der starken Verbreitung der Tuberkulose in einzelnen Bezirken besondere Beachtung zu widmen sei. Es wurde sodann in Bezug auf das Referat betont, dass die von dem Referenten erhobenen Anforderungen bereits im Formular VII der Dienstanweisung enthalten seien. Referent gab dieses nur theilweise zu, war aber doch der Ansicht, dass der im Formular gelassene Spielraum ein zu weiter sei.

Zu §. 122 wurden sodann Dr. Saehrend und Dr. Hoche mit der Abfassung eines Terminkalenders beauftragt.

Zu §. 123 theilte der Vorsitzende mit, dass auf seinen Wunsch der die Aufsicht über die Registratur der Regierung zu Stade führende Beamte den in Nr. 13 dieser Zeitschrift von dem Medizinalbeamtenverein für den Reg.-Bez. Merseburg veröffentlichten Entwurf mit Rücksicht auf die Brauchbarkeit für die hiesigen Verhältnisse prüfe. Unter Berücksichtigung der von dieser

Seite eventuell vorgebrachten praktischen Bedenken werde er eine Registratur für die Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stade in Vorschlag bringen.

Hiermit schloss die Sitzung. Nach derselben vereinigte ein gemeinschaftliches Mittagessen die Theilnehmer, bei welchem noch die Gründung eines Lesezirkels besprochen und der Schriftführer mit der Vorbereitung derselben betraut wurde. Dr. Hoche-Geestemünde.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber einen Fall von Chromsäurevergiftung. Von Dr. Hans v. Baeger. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 31.

Durch Verwechselung einer Schnapsflasche mit einer ähnlichen mit Induktionsflüssigkeit gefüllten Flasche im Keller eines Apothekers hatte der Ausgeher desselben auf Anerbieten der Hausmagd aus letzterer Flasche zwei Mal je einen kräftigen Schluck gethan. Nachdem der Ausgeher alsbald heftige Schmerzen bekam und die Magd ihm auf Vorhalt, was sie ihm denn gegeben habe, ihre Täuschung und Verwechselung der Flaschen eingestanden hatte, begab er sich in die Apotheke, um Hülfe zu suchen, worauf ihm sofort Kalkwasser, Milch und Eier gegeben wurde, was zum Erbrechen führte.

Einige Stunden später in die Behandlung des Dr. H. getreten, fand dieser folgenden Stat. praes. bei dem Ausgeher; Lippen weiss, die Schleimhaut der Mundhöhle weiss belegt, Gesicht blass und eingefallen, Augen tief in den Höhlen liegend, die Pupillen etwas erweitert, Haut kühl, Puls klein, frequent und etwas unregelmässig, grosse Unruhe und heftige Krämpfe an den Beinen, die sich namentlich am zweiten Tage steigerten; dabei konstantes Erbrechen, d. h. in ganz kurzen Zwischenräumen; die erbrochene Flüssigkeit hatte starken, etwas fauligen Geruch; Urin war sehr eiweisshaltig; später trat Sistirung der Urinentleerungen ein und hartnäckige Obstipation. Der Ausgeher hatte bis zum Tode ein unstillbares Erbrechen, die erbrochene Flüssigkeit war bräunlich gefärbt und mit Epithelial- und später Schleimhautfetzen gemengt. Am 7. Tage nach der Einverleibung obiger Induktionsflüssigkeit erfolgte der Tod.

Obduktion, ein Tag später (Prof. Dr. M. Hofmann); der wesentliche Befund ergab folgendes:

1. Männliche Leiche, 170 cm lang, gut genährt, etwa 26 Jahre alt.

4. Mund offenstehend, die Zunge hinter den Zahnreihen liegend. Die Schleimhaut der Lippen graublau, an der inneren Seite braungelb und eingetrocknet. Zahnfleischschleimhaut blassgrüngefärbt.

Bauchhöhle. 5. Unterhautfettgewebe graugelb, Muskulatur braunroth und sehr trocken.

6. Beim Durchschneiden der Bauchdecken kein spezifischer Geruch mehr wahrnehmbar.

7. Die Darmschlingen vom Netz bedeckt. Dünndarm ziemlich stark lufthaltig, äusserlich blassgrauroth und glänzend.

9. Milz 10½ cm lang, 7 cm breit und 1½ cm dick, Kapsel schwach gerunzelt, Gewebe grauroth und stark erweicht.

10. Bauchfellüberzug der Leber glänzend, Lebergewebe brüchig, aus den durchschnittenen Leberblutgefässen entleert sich sehr viel dunkles flüssiges Blut.

11. Noch über der Mündung und dem absteigenden Theile des Zwölffingerdarmes unterbundenen Magen wurden die Därme und die Speiseröhre zwischen den Unterbindungsstellen durchschnitten und der Magen uneröffnet aus der Leiche herausgenommen.

12. Magen mässig ausgedehnt, seine Wände graugelb, die an der kleinen Krümmung verlaufenden Blutgefässe sehr stark gefüllt, als starke Wülste hervortretend.

13. Magen enthält ungefähr 100 g einer schwarzbraunen dünnen Flüssigkeit, welches blaues Lakmuspapier roth färbt. Magenschleimhaut ist gelb gefärbt, an der Mündung und an der kleinen Krümmung sind die Blutgefässe der Magenschleimhaut bis in ihre kleinsten Verzweigungen angefüllt. An einigen 20 Pfennig-Stück grossen Stellen ist an der Magenmündung die Schleim-

haut mit grauweissen, abziehbaren Häutchen bedeckt. Magenschleimhaut geschwellt und getrübt.

14. Der obere Theil des Zwölffingerdarmes enthält schwarzbraunen Schleim. Erhebliche Füllung der Blutgefässe des Zwölffingerdarmes, Hervortreten der querverlaufenden Falten als stark hervorragende Wülste. Dicht unter dem Pförtner finden sich in der Schleimhaut des Zwölffingerdarmes etwa thalergrosse, schwarzbraune, sich derb anfühlende Stellen. Die Schleimhaut ist theilweise abgestossen, der Bauchfellüberzug des Zwölffingerdarmes ist an der betreffenden Stelle dunkel schwarzbrauuroth gefärbt.

15. Dünndarmschleimhaut enorm geschwollen und verdickt; der obere Theil des Dünndarmes mit hell graugelbem Schleim, der untere mit ziemlich viel dünner graugelber Flüssigkeit gefüllt. Die Darmschleimhaut zeigt an einzelnen Stellen rothe Stellen, die von Gefässinjektion herrühren. Die einzeln stehenden Drüsen in der Nähe der Klappe sind sehr stark geschwellt und mit einem schmalen, rothen Saum umgeben.

16. Der Dickdarm enthält ziemlich viel hellgelben breiigen Koth. Im unteren Theil des Dickdarmes zeigen die Kothballen grauweisse Farbe. Im Blinddarm und aufsteigenden Theile des Dickdarmes ist die Schleimhaut theilweise intensiv geröthet und geschwellt.

17. Linke Niere 14 cm lang, 7 cm breit und 3 cm dick. Nierenkapsel leicht ablösbar; die äussere Seite der Rindensubstanz blass grauroth, die Rindensubstanz bis zu 1½ cm breit, quillt über die Schnittfläche hervor und fühlt sich sehr weich an.

18. Rechte Niere wie die linke.

19. Harnblase enthält einige Tropfen grauweissen Schleimes; Harnblasenschleimhaut blassgrauroth.

Brusthöhle.

22. Herz mässig verbreitert, sich sehr weich anfühlend. An der Hinterseite der Herzkammern bemerkte man eine grössere Anzahl von punktförmigen Blutaustritten.

23. In den rechten Herzhöhlen viel schaumiges Blut und ein grosses Speckhautgerinnsel. In den linken Herzhöhlen dunkles flüssiges und geronnenes Blut.

24. Die halbmondförmigen Klappen sind schlussfähig. Muskulatur des Herzens grauroth, sehr mürbe. Die innere Auskleidung des Herzens etwas verwachsen.

25. Linke Lunge fühlt sich durchaus weich an und knistert bei Betastung. Schnittfläche im oberen Lappen hellroth, im unteren dunkelbraunroth. Auf die Schnittfläche im oberen und unteren Lappen der beiden Lungen ergiesst sich ziemlich dunkelrothes, schmieriges Blut und etwas schaumige Flüssigkeit.

26. Die Luftröhrenäste der Lungen enthalten schmieriges, zähes Blut; die Schleimhaut der Luftröhre ist dunkelroth verwachsen.

28. Zungenschleimhaut ist mit einem dicken gerunzelten Belage bedeckt; sie fühlt sich hart und derb an und ist verdickt.

29. Rachenschleimhaut mit zähem Schleim bedeckt, geschwellt und geröthet.

30. In der Speisenröhre findet sich etwas graugelber zäher Schleim, in der Mitte löst sich die Schleimhaut der Speiseröhre in zusammenhängenden Fetzen ab, die darunter liegenden Blutgefässe sind sehr stark gefüllt.

31. Im Kehlkopf und oberen Theil der Luftröhre etwas blutiggefärbter Schleim, Luftröhrenschleimhaut blassroth.

Anatomische Diagnose:

Akute toxische Stomato-Pharyngitis, desquamative nekrotisirende Oesophagitis, toxische Gastroenteritis mit haemorrhagischen Erosionen des Zwölffingerdarmes und Bluterguss in den Magen und oberen Dünndarm. Akute parenchymatöse Nephritis; subperikardiale Ecchymosen des Herzens.

Vorläufiges Gutachten.

Der Tod des Obduzirten kann durch Vergiftung mit Schwefelsäure herbeigeführt worden sein.

Chemische Untersuchung der Leichentheile. (Prof. Hilger.)

Da im Anfang der Untersuchung die Vergiftung irrthümlicher Weise als

durch Schwefelsäure hervorgerufen betrachtet wurde, suchte Prof. Hilger nur nach freier Schwefelsäure und schreibt:

In Anbetracht des Umstandes, dass dem Vergifteten Neutralisationsmittel gereicht worden waren und dass er noch eine Zeit lang nach der Vergiftung (7 Tage) weiterlebte, bot die chemische Untersuchung von vornherein so gut wie keine Aussicht auf Erfolg. Es folgt nun die Untersuchungsmethode. Am Schlusse äussert Prof. Hilger: Die chemische Untersuchung hat keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein freier Schwefelsäure ergeben. Dieser negative Befund schliesst indessen nicht aus, dass trotzdem freie Schwefelsäure ursprünglich vorhanden gewesen sein kann, da Neutralisationsmittel in Anwendung kamen und der Tod erst einige Zeit nach der Vergiftung eintrat. Der Nachweis gebundener Schwefelsäure kann nicht als Beweis für das Vorhandensein freier Schwefelsäure angesehen werden, da Sulfate normale Bestandtheile des Organismus sind.

Erst zwei Monate später wies Bez.-Arzt Dr. M. darauf hin, dass die Induktionsflüssigkeit ausser Schwefelsäure noch andere Bestandtheile enthält.

Apotheker v. P. wies nach, dass fragliche Flüssigkeit hergestellt war aus: 30 Th. Kalium bichromat, 4 Th. Quecksilbersulfat, 40 Th. Schwefelsäure und 400 Th. Wasser.

Der Verlebte hatte zwei kräftige Schlucke zu sich genommen (ein Schluck = 35 cm gerechnet, entspricht 70 ccm Induktionsflüssigkeit, worin annähernd 3,5 g Chromsäure, 3,5 g Schwefelsäure in 5proz. Lösung, 0,7 g Quecksilbersulfat enthalten sind.

Aus dieser Berechnung der Zusammensetzung der Induktionsflüssigkeit ersieht man, dass in toxologischer Hinsicht vor Allem das sehr giftige Chrom in Betracht kommt. Aber auch dem Quecksilber darf im vorliegenden Falle eine schädliche Wirkung nicht abgesprochen werden. Die freie Schwefelsäure ist ebenfalls nicht zu vernachlässigen, da die letale Dosis nach Kobert auf 4—5 g geschätzt wird und der Verlebte etwa 3,5 g zu sich genommen hat.

Nach einigen Bemerkungen über die Toxokologie der Chromsäure und ihrer Salze weist Verfasser am Schlusse noch auf eine Angabe von Viron hin, der als Gegenmittel das wenig giftige Natriumsulfit empfiehlt, wobei sich das weniger giftige schwefelsaure Chrom bildet.

Dr. Waibel-Kempten.

Experimentelle Resorption, Mumifikation und Mazeration des Meerschweinchenfötus. Von Bruandet. Aus dem Laboratorium von Professor Chantemesse. Comptes rendus soc. de biol.; 1901, S. 584.

Nach Ligatur des graviden Uterus vom Meerschweinchen hängt das Schicksal des Fötus und der Eihüllen zum grossen Theil von dem Zeitpunkte ab in welchem die Entwickelung des Schwangerschaftsproduktes in Folge der Beeinträchtigung des arteriellen Zuflusses gehemmt wird.

Geschieht die Ligatur im ersten Drittel der Schwangerschaft, so wird der Embryo resorbirt; Amnios und Liquor Amnii schwinden. Die Bindegewebszellen der Haut wuchern, nehmen das Aussehen von Wanderzellen an und verbinden sich mit verwandten Zellen der Eihäute. Von den embryonalen Organen verändert sich zuerst die Leber. Leukozyten finden sich reichlich in den Gefässen, in den Lebertrabekeln und auf den peritonealen Auskleidungen. Allmählich schwinden die parenchymatösen Organe; Knorpelzellen, Linsengewebe, die durch einfache Imbibition sich erhalten, stellen die letzten Spuren dar. Auch diese schwinden. Die Leukozyten durchsetzen ferner Placenta und Eihäute; diese Elemente verschwinden entweder an Ort und Stelle oder dringen als Wanderzellen in den mütterlichen Organismus ein.

Mumifikation des Eies tritt ein, wenn die Ligatur des Uterus im zweiten Drittel der Schwangerschaft erfolgt. Die Eihäute werden stark verdickt, resistent, adhäriren an die fötale Haut. Der Fötus verliert seine flüssigen Bestandtheile, das Skelett springt unter der mit Haaren bedeckten Haut vor. Im letzten Drittel angelegte Ligatur hat Mazeration des Fötus zur Folge. Das Herz steht still, das Meconium wird ausgeschieden, eine röthliche, blutige Flüssigkeit infiltrirt die Gewebe. Die Leber verliert ihre Konsistenz, wird mattgrau, brandig; das grosse Netz pulpös, zähschleimig.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Veränderungen der Tubuli seminiferi in einem drei Monate alten Falle tuberkulöser Epididymitis. Von Tribondeau. Ibidem; 1900, S. 1045.

Die Beobachtung des Verfassers hat den Werth eines Laboratorium-Experimentes. Die Erkrankung setzte 14 Tage nach einem Trauma des Hodensackes ein. Die Epididymis zeigte eine derartige Induration, dass davon sicher eine Verlegung des Kanals ausgegangen ist. Nach 3 Monaten musste Kastration vorgenommen werden. Die mikroskopische Untersuchung des von tuberkulösen Granulationen infiltrirten weichen Hodenparenchyms und der von der tuberkulösen Schwellung verlegten Epididymis ergab: Grosse zentrale Lichtung der Tubuli, Schwund der Epithelialschicht, ödematöse Infiltration der intertubulären Räume, völliges Fehlen der Spermatozoen.

Ein menschlicher Hoden, dessen exzernirender Kanal 3 Monate hindurch in Folge tuberkulöser Infiltration verschlossen war, zeigte also atrophische, in mehr oder weniger hohem Grade der Degeneration befindliche Tubuli seminiferi. Die Sertoli'schen Zellen dagegen fanden sich trotz der Degenerationserscheinungen in amitolischer Theilung. Dr. Mayer-Simmern.

Gelenktraumen, insbesondere Hydrarthrosen, und Sensibilitätsstörungen. Von Dr. Chavigny. (Bakteriol. Laboratorium des VI. Armeekorps in Chalons sur Marne.) Ibidem; 1901, S. 695.

Verfasser hat die Beobachtung gemacht, dass nach traumatischem Flüssigkeitserguss in's Kniegelenk Sensibilitätsstörungen am Oberschenkel auftreten. Ein Theil seiner Verletzten gab an, sie hätten eine besondere Kälteempfindung dem Gesässe entlang, als ob eine kalte Flüssigkeit von oben her bis zum Knie herabliefe. Diese Empfindung dauere nur einige Sekunden. Verfasser, der selbst eine Kniegelenksverletzung durchgemacht hat, hatte dieselbe Empfindung.

Schon am 6. Tage nach dem Unfall wurde ferner eine Herabsetzung der Berührungsempfindung, die sich in der ganzen oberflächlichen Verbreitung des N. cruralis beobachten liess, in einigen Fällen nachgewiesen. In schweren Fällen kann die Hypästhesie 1 Jahr und länger noch bestehen.

Bekannt ist, dass nach Schulterkontusionen mit Läsion des N. axillaris eine solche Herabsetzung der Berührungsempfindung vorkommt und dass damit Hand in Hand eine Parese des Deltamuskels mit recht lange dauernder funktioneller Schwäche einhergehen kann.

Man muss annehmen, dass die Kontusion auf die sensiblen Nervenendigungen, die die Synovialis versorgen, einwirkt und dass die sensible Leitung, die den „pathogenen Choc" auf die Rückenmarkszellen überträgt, auf längere Zeit geschädigt wird; so würde sich auch die Muskelatrophie nach Kontusionen und Gelenkergüssen gut erklären. Dr. Mayer-Simmern.

Lumbalpunktion und Schädelfraktur. Von Tuffier und G. Millian. Ibidem; 1901, S. 558.

Ein 26jähriger Mann wurde von einem Automobil umgerannt und am 15. Mai 1901 zum Hospital Beaujon gebracht. Er hatte nur einige oberflächliche Hautabschürfungen. Da er über unbestimmte Schmerzen klagte, wurde er in die Abtheilung für innere Kranke aufgenommen. Schon nach zwei Tagen wurde er entlassen und ging zu Fuss nach seiner Wohnung.

Drei Tage später kehrte er zurück und wurde in Tuffier's Abtheilung aufgenommen. Dieser fand ihn am 20. Mai Morgens benommen; er reagirte aber noch auf vorgelegte Fragen. Da ein Krampfanfall vorangegangen war, aus der Nase einige Tropfen Blut ausgetreten waren, dachte Tuffier an eine Schädelfraktur. Etwas später traten wieder Krampfanfälle auf, die ein zufällig anwesender Nervenarzt für hysterischer Natur hielt.

Zur Aufklärung des Befundes machten die Autoren die Lumbalpunktion Es ergoss sich reichliche, röthlich-fleischfarbene Flüssigkeit. Diese klärte sich nach zwei Stunden und zeigte nur einen röthlichen Bodensatz, während an der Oberfläche ein Eiweisscoagulum schwamm. Das Mikroskop ergab rothe und weisse Blutkörperchen. Die Anwesenheit dieses leichten hämorrhagischen Ergusses genügte zur Annahme der Diagnose Schädelbasisfraktur. Der weitere Verlauf entsprach dieser Annahme. Es traten weitere Konvulsionen, Coma ein. Der Tod erfolgte, ohne dass chirurgisches Eingreifen möglich war.

Ebenso wie die subkonjunktivalen Ecchymosen erst spät auftreten, braucht auch der Erguss in den Cerebrospinalkanal sich erst spät blutig zu färben.

Dr. Mayer-Simmern.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Herzleiden und Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 30. April 1901.

Die Militärbehörde hat beauskunftet, dass der Kläger während seiner zweijährigen Dienstzeit gesund gewesen ist, er ist nur vorübergehend an zwei kleinen Körperbeschädigungen behandelt worden. Auch bei seiner langjährigen Arbeit in der Zeche Dahlbusch, in welcher er auch den Unfall hatte, nämlich vom 12. Oktober 1895 bis zum Unfall, welche Zeit nur durch seine Militärdienstzeit unterbrochen war, hat er nur zweimal, das erste Mal Anfang 1898 zwölf Tage, das zweite Mal Anfang 1899 elf Tage wegen Krankheit gefeiert. Erwägt man, dass die noch nicht lang zurückliegende Militärdienstzeit und die Arbeit im Bergwerk grosse körperliche Anstrengungen erforderten und eine körperliche Leistungsfähigkeit schnell hätte hervortreten lassen müssen, so ergiebt sich der hinreichend zuverlässige Schluss, dass der Kläger bis zum 9. August 1899 gesund war.

An diesem Tage arbeitete der Kläger zusammen mit dem Hauer Joachim R. im Bergwerk, wo er Steine in die Förderwagen lud und bis zum Pferdewechsel fuhr. Nachdem er eine Zeit lang gearbeitet hatte, kam er zu R. und klagte ihm, dass er sich mit dem Steinwagen verhoben und dass er Schmerzen im Leibe habe. Er konnte während der Schicht nicht mehr recht arbeiten, R. hielt ihn für krank, am nächsten Tage kam er nicht mehr zur Arbeit. Die Thatsache, dass der Kläger sich bei dieser Arbeit körperlich beschädigt hat, kann nach diesem Sachverhalt als erwiesen gelten.

Es bleibt also nur zu untersuchen, ob die beim Kläger jetzt bestehenden Krankheitserscheinungen als Folge dieses Unfalls zu erachten sind.

Der Arzt Dr. L., welcher den Kläger im Krankenhaus zu Gelsenkirchen behandelte, stellte fest, dass bei der Aufnahme in's Krankenhaus leichte Dämpfung der rechten Lungenspitze und ein Herzklappenfehler vorhanden war, welche auf den Unfall nicht zurückgeführt werden können; der Arzt hält es aber für wohl möglich, dass die Insuffizienz des Herzmuskels auf den Unfall zurückzuführen sei. Dr. C., von welchem der Kläger zwei Befundscheine vom 7. März und 1. August 1900 eingereicht hat, stellt geringe Dämpfung über den beiden Lungenspitzen mit Rasselgeräuschen, Verstärkung und Verbreiterung des Herzstosses und Schwachheit des Pulses fest. Er hält, da der Kläger Soldat gewesen und bis zum Unfall ohne Unterbrechung gearbeitet hat, die vorhandene Herzerkrankung und deren Folge, die Herzneuralgie, für eine Folge des Unfalls. Aus denselben Gründen bejahen die schiedsrichterlichen Obergutachter Prof. Dr. Sch. und Prof. Schm. in Bonn, dass die Krankheitszustände an Herz und Nieren des Klägers in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfall stehen. Selbst die Aerzte Prof. Dr. L. und Dr. St. in Bochum, welche den Zusammenhang verneinen, müssen zugeben, dass ein so schwächlicher Mann wie der Kläger so aussergewöhnlichen Anstrengungen, wie dem Heben eines beladenen Förderwagens, nicht gewachsen ist und durch eine solche Ueberanstrengung in seinem Wohlbefinden gestört werden kann.

Auf Grund dieser ärztlichen Gutachten, unter welchen insbesondere das der beiden vom Schiedsgericht gehörten Obergutachter von Bedeutung sein musste, konnte es keinem Bedenken unterliegen, entgegen den Gutachtern Prof. Dr. L. und Dr. St. und in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit anzunehmen.

Die Höhe der durch den Unfall bedingten Erwerbsunfähigkeit wird von den Professoren Dr. Sch. und Dr. Schm. nach eingehender klinischer Beobachtung auf 50 % angegeben, was gerechtfertigt erscheint.

Kompass; Nr. 13, 1901.

Ueber die bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit von Geisteskranken in Betracht zu ziehenden Gesichtspunkte. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 2. Mai 1901.

Nachdem der Kläger von dem Vorstande der beklagten Versicherungsanstalt abgewiesen worden war mit der auf das Gutachten des Kreisphysikus sich stützenden Begründung, dass er zu allen leichteren Arbeiten in ungefährdeten Betrieben noch fähig sei, ist in der Berufungsschrift geltend gemacht worden, dass der Kläger, soweit es nicht vorübergehend aus Mitleid geschehe, nirgends Arbeit bekomme, weil er geisteskrank sei. Diese Angabe stimmte überein mit einer Anführung in dem Gutachten des Dr. B. zu R., in dem gesagt wird, in der anfallsfreien Zeit scheue sich Jedermann, den als geisteskrank bekannten Kläger zu beschäftigen. Wenn das Schiedsgericht, ohne diese Behauptungen zu prüfen oder auch nur zu würdigen, sich lediglich den Gründen des Ablehnungsbescheids und damit dem Gutachten des Kreisphysikus — das auf einmaliger Untersuchung beruhte, übrigens am Schlusse hervorhebt, dass dem Gutachter in einem sehr wichtigen Punkte, nämlich hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer der Krankheitsfälle, keine genügende Kenntniss des Thatbestandes zur Verfügung stehe — angeschlossen hat, so ist damit der Begriff der Erwerbsunfähigkeit verkannt. Bereits in der Revisions-Entscheidung 250 (Amtliche Nachrichten des R. V. A. I. u. A. V. 1893 Seite 95) ist dargelegt worden, dass der Grundsatz der Nichtberücksichtigung der Arbeitsgelegenheit bei Prüfung der Erwerbsfähigkeit in denjenigen Fällen keine Anwendung finde, in denen es sich um eine zwar zur Arbeitsleistung als solcher befähigte, aber gleichwohl durch ein besonders geartetes Leiden vom Arbeitsmarkt ausgeschlossene Person handele. Was dort bezüglich eines körperlichen Krankheitszustandes erörtert worden ist, passt in vielen Beziehungen auch auf den hier gegebenen Fall geistiger Gestörtheit, und zwar unbeschadet der inzwischen in der Revisions-Entscheidung 670 (Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1898 S. 390) hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit von Fallsüchtigen angenommenen Grundsätze. Während der Fallsüchtige durch plötzliche Ausbrüche seines Leidens regelmässig nur sich selbst gefährdet, ferner in den anfallfreien Zeiten durchaus zur Arbeit verwendbar sein kann, auch seine Krankheit eher Mitgefühl als Widerwillen zu erwecken pflegt, befindet sich der Geisteskranke in allen diesen Beziehungen in ungünstigerer Lage. Es ist in der Natur der Sache begründet und wird durch die tägliche Erfahrung bestätigt, dass im Allgemeinen Jedermann den Verkehr mit einer als geistig nicht gesund bekannten Person vermeidet, nicht nur wegen der Besorgniss, der Kranke könne in Folge eines plötzlichen Anfalls seiner Umgebung gefährlich werden oder sonst durch sinnloses Handeln Schaden anrichten, sondern vor Allem auch wegen des Gefühls der Scheu und Abneigung, das durch den Zustand eines unter vernunftwidrigen und mehr oder weniger unerklärlichen inneren Einflüssen stehenden Menschen nothwendig hervorgerufen wird. Selbstverständlich werden sich diese Rücksichten je nach der Art und dem Grade der geistigen Erkrankung in den einzelnen Fällen mit verschiedener Stärke geltend machen. Immerhin aber bedarf es, soweit nach Lage der Sache Geisteskrankheit als Erwerbsunfähigkeitsursache in Frage kommt, stets auch einer Erwägung des vorstehend erörterten Gesichtspunkts. In dem vorliegenden Falle zumal musste die Auslassung des Dr. B. in Verbindung mit dem mehrfach in den Verhandlungen erwähnten Umstande, dass der Kläger wiederholt in einer Irrenanstalt untergebracht gewesen ist, und den Anführungen der Berufungsschrift das Schiedsgericht zu weiteren Erhebungen darüber veranlassen, ob der Kläger wegen seines Krankheitszustandes in einem zur Feststellung der Erwerbsunfähigkeit berechtigenden Masse von dem Arbeitsmarkt allgemein ausgeschlossen war.

Verpflichtung der Berufsgenossenschaften zur Lieferung von „künstlichen Gliedmassen". Schreiben des Reichsversicherungsamts vom 17. April 1901.

Die Frage, ob „künstliche Gliedmassen" ebenfalls zu denjenigen „Hülfsmitteln" zu rechnen sind, welche der Gesetzgeber im §. 9, Abs. 1, Ziffer 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 neben Krücken, Stützapparaten und dergleichen unter diesem Begriff zusammenfassen wollte, lässt sich nicht ohne weiteres durch Aufstellung eines allgemeinen, für alle Fälle

massgebenden Grundsatzes entscheiden. Diese Entscheidung wird vielmehr immer nur von Fall zu Fall, unter Berücksichtigung der gesammten in Betracht kommenden Verhältnisse herbeigeführt werden können. Sofern „künstliche Gliedmassen" zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens oder zur Erleichterung der Folgen der Verletzungen erforderlich sind, sind die Berufsgenossenschaften allerdings zu ihrer Lieferung verpflichtet. Die Ansicht, dass „künstliche Gliedmassen" niemals zu den „Hülfsmitteln" zu rechnen seien, welche der Gesetzgeber in dem §. 9, Abs. 1, Ziffer 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesesetzes unter diesem Begriff erfassen wollte, ist mithin unhaltbar.

Der dortigen Anregung, ein die Frage grundsätzlich verneinendes Rundschreiben an die Schiedsgerichte zu erlassen, ist unter solchen Umständen das Reichsversicherungsamt zu entsprechen nicht in der Lage.

Unzulässigkeit der Nichtberücksichtigung ärztlicher Gutachten. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungamts vom 13. Februar 1901.

Die beiden ärztlichen Sachverständigen, die den Kläger untersucht haben, sind auf Grund des objektiven Befunds zu dem Ergebniss gelangt, dass seine Erwerbsfähigkeit um nicht mehr als 50 Prozent herabgesetzt sei. Hiervon abweichend hat das Schiedsgericht Invalidität im Sinne des Gesetzes angenommen, indem es mit Rücksicht auf den hinfälligen Eindruck des im Verhandlungstermin erschienenen Klägers die Schätzung seiner Erwerbsunfähigkeit zur Zeit als zu niedrig gegriffen erachtete. Das Schiedsgericht hat daher dem Kläger die Rente erst vom Tage der mündlichen Verhandlung zugesprochen. Hieraus ist zu entnehmen, dass der Vorderrichter die ärztlichen Gutachten an sich nicht für unzutreffend erklären wollte, sondern eine dauernde Verschlechterung in dem Zustande des Klägers bis zur Invalidität nach der letzten Untersuchung angenommen hat. Da aber das Gutachten des Kreisphysikus Dr. B. nur 10 Tage vor dem Verhandlungstermin erstattet ist, so ist eine solche Verschlechterung in der Zwischenzeit an sich unwahrscheinlich, und sie durfte vom Schiedsgerichte nicht festgestellt werden, ohne die sich darbietenden Mittel zur Klarstellung des Sachverhalts zu erschöpfen, d. h. den Kreisphysikus Dr. B. nochmals zu hören. Hat aber das Schiedsgericht die Schätzung der Erwerbsfähigkeit durch die beiden Aerzte überhaupt, d. h. auch zur Zeit der von ihnen vorgenommenen Untersuchung für unzutreffend erklären wollen, indem es sich lediglich auf den Augenschein stützte, so hat es die Grenzen seines Rechtes freier Beweiswürdigung überschritten. Gegenüber dem Gutachten des Dr. B. vom 25. September 1900, wonach der Kläger ein Mann von kleinem regelmässigen Körperbau, mässig derber Muskulatur und gesunder Gesichtsfarbe ist, durfte das Schiedsgericht sich nicht mit dem Eindruck von der Hinfälligkeit des Klägers begnügen, sondern musste versuchen, durch geeignete weitere Ermittelungen seine Wahrnehmungen mit denjenigen des Sachverständigen zu vereinigen.

Die Berücksichtigung eines erst nach der Entscheidung des Schiedsgerichts abgegebenen ärztlichen Gutachtens ist unzulässig. Revisions-Urtheil des Reichsversicherungsamts vom 21. Februar 1901.

Das angefochtene Urtheil stützt sich ausschliesslich auf das „bei den Akten befindliche" Gutachten des Medizinalraths Dr. L. Dieses Gutachten ist aber ausweislich der Akten erst eine Woche nach der Sitzung des Schiedsgerichts, in welcher das Urtheil gesprochen ist, eingegangen. Sein Verfasser war allerdings in dieser Sitzung anwesend, hat sich aber dort Inhalts des Protokolls auf die Angabe beschränkt, dass er den Kläger für erwerbsunfähig nicht erachten könne und erklärt, dass er ein schriftliches Gutachten zu den Akten geben werde, was denn auch geschehen ist. Dass dieses Gutachten in der Verhandlung bereits mündlich vorgetragen ist, ergiebt das Protokoll nicht. Das Urtheil stützt sich also auf ein Gutachten, welches zur Zeit der Entscheidung noch nicht vorhanden war und dem Gerichtshofe nicht vorgelegen hat, demnach auch nicht von ihm gewürdigt werden konnte.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber typhusähnliche, durch einen bisher nicht beschriebenen Bacillus (Bac. bremensis febris gastricae) bedingte Erkrankungen. Von Dr. Kurth, Deutsche medizinische Wochenschrift; Nr. 30 u. 31, 1901.

Klinische wie bakteriologische Forschung haben die Anschauung begründet, die heute als allgemein gültige acceptirt ist, dass der Unterleibstyphus seine Entstehung allein dem Koch-Eberth'schen Typhusbacillus dankt. Ob wir aber nicht allmählich unsere Ansichten darüber einer gründlichen Revision unterziehen müssen, erscheint nach einigen jüngsten Forschungsergebnissen als eine nicht von der Hand zu weisende Möglichkeit. Nachdem schon Schottmüller im vorigen Jahr einen Typhusfall beschrieben hatte, als dessen Erreger mit Sicherheit ein Bacillus anzusehen war, der sich sehr wesentlich vom echten Typhusbacillus unterschied, liegt jetzt von dem jüngst im blühenden Mannesalter dahin gerafften Bremer Bakteriologen Kurth eine Arbeit vor, in der sogar über fünf ähnliche Fälle, die im vorigen Jahr in Bremen beobachtet wurden, berichtet wird.

Nach den bei diesen Fällen erhobenen klinischen Befunden, waren sie ohne Frage nicht gut anders als Unterleibsthyphus anzusprechen, denn, wenn auch in zweien die Fieberkurve nicht die ganz typische war, so fehlten doch bis auf den fünften Fall mit etwas verschwommenen Symptomen, kein Mal Milztumor, Roseolen, Bronchitis und Darmerscheinungen, drei Mal wurde deutliche Diazoreaktion gefunden. Alle Kranke genasen. In allen diesen Fällen, bei denen auch die Widal'sche Typhusreaktion negativ ausfiel, wurde nun der Typhusbacillus vermisst, an seiner Stelle dagegen ein anderer Bacillus gefunden und der Serumnachweis für ihn erbracht, ein Bacillus, der mit dem Typhusbacillus nichts zu thun hat. Am meisten Aehnlichkeit zeigt er in morphologischer und kultureller Beziehung mit dem Bac. enteritidis Gaertner, aber doch auch wesentliche Unterschiede von ihm: erstens durch das Ausbleiben der Reaktion bei dem Bac. enteritidis im Versuch mit den vier menschlichen Serumproben von den bezeichneten Kranken, ferner durch das Fehlen jeglicher Giftigkeit bei seinen Kulturen, sobald sie erhitzt wurden, sei es auf 100° oder auch schon auf 60°, schliesslich durch seine völlige Unwirksamkeit im Fütterungsversuch. Vom Typhusbacillus, mit dem er Form, Grösse und Fehlen der Indolbildung gemeinsam hat, unterscheidet ihn das Fehlen der Serumreaktion, die reichliche Gasbildung im glukosehaltigen Nährboden und längere Geisseln. Vom Bacterium coli sind seine scharfrandigen, kreisrunden und gleichmässig gewölbten Kolonien ohne weiteres am zweiten Tage zu unterscheiden. Schliesslich sei noch hervorgehoben, dass er in Bouillon nach 24 Stunden ein Häutchen bildet und dass er gegenüber jungen Meerschweinchen im Gewicht bis zu 300 g ausserordentlich pathogen ist. Kurth glaubt, dass möglicherweise in Folge der Auffindung dieses Bacillus die in jetziger Zeit als selbstständige Krankheitsform aufgegebene Febris gastrica wieder als solche aufgefasst wird.

Dr. Wolff-Harburg.

Die Aktinomykose in Thüringen. Von Otto Rigler. Inaug. Diss. Jena 1901.

Die Aktinomykose gehört in Thüringen nicht zu den Seltenheiten. Aus der chirurgischen Klinik in Jena (Prof. Dr. Riedel) berichtet Verfasser über 27 Fälle aus den letzten Jahren. Hierzu kommen 2 Fälle von Hautaktinomykose. Es handelt sich wesentlich um Kiefer- und Halsaktinomykose (24 Fälle); 18 der Kranken waren Landwirthe oder im landwirthschaftlichen Betriebe thätig.

Der Umstand, dass in den letzten Jahren eine weitaus grössere Zahl[1]) von Strahlenpilzerkrankung zur Beobachtung gelangte, ist nur darauf zu beziehen, dass mit der wachsenden Fähigkeit, die verschiedenen Symptome zu deuten, es öfter, als früher gelingt, die Diagnose zu stellen.

Ausschlaggebend ist der Befund der Körner im Eiter, die, wenn sie nur einigermassen gross sind, dem aufmerksamen Beobachter nicht entgehen. Bis-

---

[1]) Cf. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901, S. 287, 418.

weilen wird man mit der einfachen Betrachtung des Eiters aber nicht auskommen und die mikroskopische Untersuchung zur Hülfe nehmen müssen, um die im Eiter schwimmenden einzelnen Elemente des Pilzes zu erkennen.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Beleuchtungsanlagen in den Erziehungs- und Unterrichtsanstalten. Von Gen.-Arzt Dr. Seggel u. Prof. Dr. Eversbusch in München. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 29 und 30.

Das k. Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten in Bayern hat sich veranlasst gesehen, eine sachverständige Prüfung jener Gesichtspunkte herbeizuführen, welche für die öffentlichen und privaten Erziehungs- und Unterrichtsanstalten bei der Wahl zwischen Gasglühlicht und elektrischem Licht nach dem dermaligen Stand der Beleuchtungstechnik in Betracht zu kommen haben.

Zu diesem Behufe erstatteten der k. Generalarzt z. D. Dr. K. Seggel-München und die medizinische Fakultät München durch den k. Universitätsprofessor Dr. Eversbusch-München ausführliche Gutachten, deren Wortlaut mit seiner klaren und erschöpfenden Darstellung sich für den Rahmen eines Referates leider nicht eignet, weshalb Referent sich darauf beschränken muss, die den betreffenden Gutachten am Ende beigefügten gemeinsamen Schlussfolgerungen beider Referenten bezw. Gutachten mitzutheilen.

„Die hygienischen Anforderungen an eine künstliche Beleuchtung sind:

1. Die Luftverderbniss durch Sauerstoffzersetzung und durch Produkte der vollkommenen und unvollkommenen Verbrennung der Leuchtstoffe soll möglichst gering sein.

2. Durch die künstliche Beleuchtung darf keine wesentliche Temperatursteigerung durch die heissen Verbrennungsgase und Wasserdämpfe im beleuchteten Raume verursacht werden.

3. Die Wärmestrahlung der Lichtquellen (dunkle Strahlen) muss eine möglichst geringe sein, auch müssen Lichtquellen, die einen grossen Glanz besitzen, oder durch Vorherrschen der kurzwelligen (chemischen) Strahlen Blendung verursachen, dem Auge entrückt sein.

4. Ein Zucken der Lichtquellen — abwechselnde Zu- und Abnahme der Lichtintensität — darf nicht stattfinden, die Lichtquelle muss überhaupt von konstanter Intensität sein.

5. Neben genügender Flächenhelligkeit der Arbeitsplätze — 10 Meterkerzen für gewöhnliche, 15—25 Meterkerzen für feinere Arbeiten — soll auch eine gute nicht kontrastirende Raumbeleuchtung bestehen und soll überhaupt eine gleichmässige Vertheilung des Lichtes ohne störende Schattenbildung vorhanden sein.

Hierzu tritt noch die weitere Forderung, dass die Kosten der Einrichtung und des Betriebes keine zu hohen seien, die Beleuchtung möglichst billig sei.

Nach diesen Grundsätzen ist von künstlicher Beleuchtung mittelst Petroleum (höchstens Petroleumglühlicht!) und Leuchtgas in Form von offenen (Schmetterlings-) Flammen und Argandbrennern überhaupt abzusehen und erhält die indirekte Beleuchtung vor der direkten den Vorzug.

Die indirekte Beleuchtung, welche darin beruht, dass das den Beleuchtungskörpern entströmende Licht nicht direkt zu den einzelnen Plätzen gelangt, sondern durch Reflektoren entweder ganz oder nur theilweise nach der Decke und nach den Wänden geworfen und von dort aus nach allen Richtungen vertheilt wird, erfordert etwas grössere Einrichtungs- und Nebenkosten. Letztere sind dadurch gegeben, dass bei indirekter Beleuchtung, um das Licht besser reflektiren zu können, die Decke und die oberen zwei Drittel der Wände, ebenso Thüren und Fensterrahmen einen Anstrich mit weissem Emaillack oder dem billigeren Zinkweiss, der Sockel der Wände (unterstes Drittel) einen braunen bezw. hellbraunen Anstrich mit Oel- oder Leimfarbe erhalten [1]) und dieser An-

---

[1]) In Zimmern, welche sehr helles Tageslicht haben (Südlage etc.) und in denen das glänzende Weiss der Decke und Wände an sonnigen Tagen Blendung verursachen würde, empfiehlt sich mattweisser Anstrich der Decke und des oberen Drittels der Wände und sehr hellgrüner des übrigen Theiles der Wände mit entsprechender Erhöhung der Lichtquellen.

strich je nach Heizmethode und Bodenbeschaffenheit (Rauch und Staub) alle 2 bis 3 Jahre erneuert werden muss; auch müssen die bei Nacht dunklen Fenster dicht gewirkte, weisse Vorhänge erhalten. Dazu treten dann noch die etwas höheren Kosten für Reinigung und Instandhaltung der Schirme, da wo Arbeitspersonal hierfür nicht schon zur Verfügung steht.

Die direkte Beleuchtungsform erfordert dagegen grösseren Gas- und Stromverbrauch wegen der erforderlichen grösseren Zahl von Lampen, da höher hängende ungeschützte Lampen, bei welcher die Zahl nicht grösser zu sein brauchte, als bei indirekter Beleuchtung, einerseits durch Blendung, anderseits durch die Schattenbildung störend wirken.

Die Reihenfolge, in welcher künstliche Beleuchtung sich bei dem jetzigen Stande der Beleuchtungsfrage empfiehlt, ist demnach folgende:

I. Auer'sches Glühlicht als indirekte Beleuchtung

und zwar in erster Linie:

als gemischt indirekt mittels kegelförmiger Milchglasschirme, unter der Flamme angebracht und mit der weiten Oeffnung nach oben gerichtet (oberer Durchmesser 25, unterer 6, Höhe 12,5 cm) in Räumen, die mindestens 3 Meter Höhe haben;

in zweiter Linie:

als rein indirekte mittels Metallreflektoren mit oben blank glänzender (polirter) oder weiss emaillirter Fläche (obere Oeffnung von 60 cm und Neigung von 22° in Räumen, die nicht höher sind als 4 m).

Die unter a und b angeführte Beleuchtungsart ist die billigste, da die etwas grösseren Einrichtungskosten durch den geringeren Gaskonsum ersetzt werden; sie empfiehlt sich besonders da, wo schon Gasbeleuchtung besteht. Bei beiden Arten von Reflektoren ist ein Auerglühlicht auf 6—12 qm Bodenfläche, je nach Verwendung des Raumes für feinere oder gröbere Arbeiten, für Zeichensäle oder Auditorien zu rechnen.

Ausserdem ist die Zahl der Lampen noch abhängig vom vorhandenen Gasdruck. Der Beleuchtungskörper soll im Mittel 3 m (zwischen 2,5 und 3,5 m, je nach Höhe des Raumes) über dem Fussboden angebracht sein. Von Wichtigkeit ist ferner die richtige Vertheilung der Lampen.

II. Elektrisches Bogenlicht (selbstverständlich nur mit schützender Hülle, am zweckmässigsten mit sog. Holophanglocken ausgestattet) als indirekte Beleuchtung mittels grosser Metallreflektoren oder der neuen Schuckert'schen Bogenlichtlaternen. Diese Beleuchtungsart giebt das intensivste, dem Tageslicht am meisten gleichkommende Licht und tritt an erste Stelle, wenn bei Anschluss an eine kräftige Zentrale mit Wechselstrom gleichmässiges Brennen sicher gestellt ist. Die Kosten der Einrichtung sind nicht höher als bei Auerglühlicht und auch der Geldbetrag für den Gesammtkonsum kein erheblich höherer, bei billigem elektrischem Strome unter Umständen sogar geringer. In sehr hohen Räumen — von 5 m und mehr Höhe — ist das elektrische Bogenlicht dem Auer'schen Glühlicht vorzuziehen. Erforderlich ist eine Lampe von 10 Ampère auf 43 qm Bodenfläche, zwei Lampen von 6 Ampère auf 50 bis 60 qm Fläche. Das Bogenlicht erfordert sehr aufmerksame Bedienung.

Hierzu wäre noch zu bemerken, dass in Hörsälen mit feststehenden Wandtafeln, insbesondere in solchen, in denen die Wandtafel zur Aufnahme von Zeichnungen, Zahlenreihen und Schriftmustern dient, sich eine besondere Beleuchtung der Wandtafel mit einer mit Auerlicht beleuchteten Reflektoreinrichtung, die an den oberen Theilen der Wandtafel angebracht wird, empfiehlt.

III. Auer'sches Glühlicht in Form der direkten Beleuchtung mit Augenschützern oder Schirmen, empfiehlt sich in Räumen, welche nur zum Theil benutzt werden, oder bei einer kleineren Zahl von Schülern, ferner da, wo nach Gipsmodellen gezeichnet wird.

IV. Das elektrische Glühlicht in Form der direkten Beleuchtung kann Anwendung finden unter gleichen Verhältnissen, wie das Auer'sche Glühlicht sub III, steht hinter demselben jedoch zurück, da es sich dem Tageslicht weniger nähert als dieses und etwas mehr Wärmestrahlung hat, namentlich aber, weil es ganz erheblich theuerer ist als das Auerlicht (das elektrische Glühlicht ist auch theuerer als das elektrische Bogenlicht). Dagegen empfiehlt sich das elektrische Glühlicht gegenüber dem Auer'schen dadurch, dass es die Temperatur des Raumes nicht erhöht, die Luft nicht verschlechtert und am leichtesten zu bedienen ist.

Die ersteren beiden Vorzüge hat auch das elektrische Bogenlicht vor dem Auerlicht in indirekter Anwendung. Letzteres erfordert daher gegenüber dem elektrischen Lichte häufigere Lüftung der Räume."

Dr. Waibel-Kempten.

Die Wohnungsfrage in London von 1855—1900. Prepared to an order of the Housing of the Working Classes Commitée of the London County Council unter the direction of C. J. Stewart. Printed from P. S. King u. Sohn. 2. u. 4. Greet Smith-Street. London S. W.

Dieses Buch ist gerade zur rechten Zeit erschienen. Auf 381 Seiten und 62 Grundrissen zeigt es, welch ungeheure Arbeit von den gesetzgebenden und ausführenden Organen Londons vom Jahre 1855 bis 1900 zur Beschaffung besserer Wohnungsverhältnisse der arbeitenden Klassen geleistet worden ist. Es wird der Bewegung in Deutschland zur Lösung der Wohnungsfrage, welche seit vorigem Jahr in Berlin sich mit diesem Problem befasst hat, manch wichtigen Aufschluss und Fingerzeig geben. In der Einleitung berichtet der Autor über die verschiedenen Erhebungen, welche vom Jahre 1842 an in London gemacht wurden um die Aufmerksamkeit der gesetzgebenden Körperschaften auf die überfüllten und ungesunden Wohnungen der kleinen Leute zu lenken. Sie führten im Jahre 1853 zu dem „Commun lodging houses Act, 1868 zu Torrens Gesetz, 1875 zu Cross' Gesetz, 1882 zu Artizians Wohnungsgesetz. Diese Gesetze, schlechtweg unter Torrens Act mit seinen Zusatzbestimmungen verstanden, befassten sich mit der hygienischen Fürsorge für einzelne Häuser, und es wurde als Mangel empfunden, dass nicht ganze Gruppen von ungesunden Wohnungen und nicht ganze Häuserkomplexe davon betroffen wurden. Erst im Jahre 1888, durch das Local Government Act, dessen Ausführung dem County Council von London unterstellt war, wurden die Mängel, welche den früheren Gesetzen anhafteten, beseitigt. Ein Gesundheitsrath mit einem Stab von Inspektoren wurde angestellt, diese hatten sämmtliche überfüllten und ungesunden Wohnungen zu revidiren, die Aufsicht über die Schlafhäuser zu führen, deren Mängel dem Komitee vorzutragen waren, und die betreffenden Abänderungsvorschläge zu machen.

Dem Komite, an der Spitze dem Secretary of State, lag die Pflicht ob, die beanstandeten Wohnungen entweder niederreissen zu lassen, die Eigenthümer der Zinshäuser nach der üblichen Taxe zu entschädigen und für neue gesunde Wohnungen am gleichen Platz zu sorgen oder in entfernteren Theilen der Stadt Neubauten zu errichten. Theilweise konnten staatliche Plätze benutzt werden, um auf ihnen Arbeiterviertel entstehen zu lassen, doch meistens mussten entfernter liegende Gegenden bebaut werden. Damit wuchsen naturgemäss die Schwierigkeiten; denn die Bewohner wurden weitab vom Sitz ihres Verdienstes untergebracht. Dann handelte es sich also darum, von den Eisenbahngesellschaften zu bestimmten Tagesstunden Arbeiterzüge eingelegt zu bekommen. Solche waren auch nach vielen Verhandlungen eingerichtet worden. Es würde zu weit über den Rahmen des Referates hinausgehen, alle die einzelnen Punkte zu besprechen, welche die Gesetzgebung festlegen musste, um die Thätigkeit des County Council zu einer segensreichen zu gestalten; die Erfahrungen in der Ausführung liessen von Jahr zu Jahr neue Bestimmungen entstehen, auf welche die Interessenten angelegentlichst im Buch selbst verwiesen seien. Einige Zahlen mögen die Thätigkeit vom Jahre 1875—1889 beleuchten. Innerhalb dieser 14 Jahre wurden auslogirt: 29151 Personen, in die aufgebesserten Wohnungen wieder eingesetzt: 27780 Personen, bei einem Kostenaufwand von 1983892 £ = 39,677,940 M. Als Normalinhalt für das Wohnzimmer wurden 160 Quadratfuss und für das Schlafzimmer 110 Quadratfuss vorgesehen. Hatte die Familie ein Wohn- und zwei Schlaf-Räume, so genügten 100, resp. 120 Quadratfuss. Jeder bewohnte Raum musste sein Tageslicht mindestens unter einem Einfallswinkel von 45° haben. Die Zahl der Bewohner, welche eine Treppe benutzen durften, war festgesetzt; Bade- und Waschgelegenheit für jeden Häuserblock war einzurichten, ein kleiner lüftbarer Vorraum trennt die Küche vom Abort, welcher sein Fenster nach der freien Luft öffnen liess; die Strassenbreite hatte mindestens $1\,^1/_8$ der Höhe des Hauses zu betragen.

Referent hatte Gelegenheit durch die gütige Vermittelung von Dr. Shirly-Murphy einige der alten und neugeschaffenen Vierteln zu be-

sichtigen. Die Besprechung eines derselben, mag den Lesern Gelegenheit geben, die geleistete Arbeit mit zu bewundern. Auf Seite 196—214 mit den Plänen 27—32 ist es genauer beschrieben. Dieses Stadtviertel ist besonders lehrreich, da in ihm zum ersten Male der Versuch mit einem Zentral-Waschhause gemacht wurde, und sich gut bewährt hat. Das Stadtviertel umfasst einen von 13 Strassen und 1 freiem Platz gebildeten Raum mit 30 Häuserblocks, in der Beschreibung als „Bonndary Street Scheme" geführt; für ca. 5524 Menschen ist Wohnung geschaffen, ausserdem sind 18 Kaufläden und 77 Werkstätten daselbst errichtet worden. Jede Parzelle hat ihren eigenen Abort, mit Ausnahme von 25 Wohnungen, welche nur für eine Person vorgesehen sind. Drei öffentliche Gärten, ungefähr $^3/_4$ Acker gross sind in diesem Stadttheil angelegt. Im Zentrum liegt ein bepflanzter, in der Mitte etwas erhöhter Platz mit Bänken versehen, auf welchem Raum für eine Musikkappelle eingerichtet ist. Die Wohnungen sind ein- bis sechszimmrig berechnet und kosten 3—14 Shilling wöchentlich Miethe. Gasbeleuchtung oder Heizung sind nur durch Automaten erhältlich; die Treppenbeleuchtung erlischt um 9 Uhr Abends. Dem Zentralwaschhaus in Verbindung mit dem Badehaus stehen ein Wärter, eine Wärterin und ein Ingenieur vor. In 42 Waschständen können die Umwohner die Wäsche reinigen. Am Eingang vertheilt die Aufseherin die betreffenden Nummern, welche gerade unbesetzt sind; die Kosten sind $1^1/_2$ Penny für je eine der ersten 2 Stunden, 2 Penny für je eine der nächsten zwei, und 3 Penny für jede weitere Stunde, Seife ist gleichfalls am Eingang käuflich. Nehmen wir an, dass z. B. eine Frau den Stand Nr. 2 erhält, so findet sie dort kaltes und warmes Wasser vor. An der gegenüberliegenden Wand befinden sich 42 Wandfächer, welche einen Heisluftraum abschliessen. Ist die Wäsche gereinigt, zieht die Frau den Schrank Nr. 2 auf, hängt da hinein ihre Wäsche, welche sie nach ca. 20 Minuten demselben getrocknet wieder entnehmen kann. Ein Ofen in der Nähe ist mit 42 nummerirten Bügeleisen armirt, sie nimmt Nr. 2 vom Ofen, geht damit nebenan in den Bügelraum, bügelt hier ihre Wäschestücke; Kragen und Manschetten werden für sich zwischen vermittelst Gas erhitzten Stahlrollen gebügelt. Ausserdem stehen noch 3 Zentrifugal-Ringmaschienen und 4 Mangeln zur Verfügung. Will Jemand ein Bad benutzen, so hat er für ein kaltes Bad 1 Penny, für ein warmes 2 Penny zu entrichten. Die Preise sind so kalkulirt, dass sich die Kosten für die Anlagen nach ca. 50 Jahren amortisirt haben.

Dieses ist die Einrichtung des besten Viertels; aber auch die Schlafhäuser bieten viel Interessantes. Die Stadt London hat 2 Arten Schlafhäuser, entweder nur für das männliche und nur für das weibliche Geschlecht, oder für Ehepaare. In der Einrichtung für Schlafhäuser ist das Vorgehen der Heilsarmee mustergiltig gewesen. Referent hat derartige Einrichtungen der Heilsarmee gesehen; es herrschte darin eine Ordnung und Sauberkeit, dass er nur seine volle Anerkennung zollen kann.

Der Gedanke und die Ausführung der von County Conner errichteten Schlafhäuser ist beispielsweise auf Seite 264 ff. und Plan 59 und 60 niedergelegt. Am Eingange zu demselben befindet sich ein Waarenlager, wo jeder Ankömmling für billiges Geld Eier, Fleisch, Gemüse, Fett, etc. kaufen kann. Auf einen grossen offenen Herd und nebenan auf heissen Platten, bereitet sich Jeder seine Mahlzeit zu und verzehrt dieselbe in dem gemeinsamen Essraum. Entsprechend dem Speisesaal und der Küche befinden sich auf der anderen Seite ein Tagesraum zum Lesen und zur Unterhaltung, dahinter Waschräume zum Reinigen der Wäsche und ein Kaufladen für Erneuerung der Wäsche. Die Abortanlagen und Badezellen befinden sich im Hof. Im ersten und zweiten Stock liegen die Schlafstätten, grosse Säle mit Einzelbetten, peinlich sauber, versehen mit einer wollenen Decke. Das Nachtlager kostet 5—6 Penny. Ausser in schönen Sommertagen sind die Betten stark begehrt und können z. B. in dem Lodging House in Parker Street, Drury Lane. W. C. (pag. 265) jede Nacht 324 Männer ein gutes reinliches Bett finden. Das letzte grosse Werk, welches das County Council auszuführen hatte, war, für 1210 Personen Wohnung zu schaffen, welche durch den grossen Blackwall-Tunnel von Poplar bis Greenwich unter der Themse sich hinziehend, obdachlos geworden waren. Die Lösung dieser Frage bildet das Ende des Werkes. Die nächsten Jahre werden sicher weitere schöne und grosse Aufgaben bringen, da der „Strand" verbreitert werden

soll, wodurch wiederum eine bedeutende Anzahl ungesunder Wohnungen aufgehoben werden. Dr. Pfeiffer jun.-Weimar.

Untersuchungen zur Strassenhygiene. Bericht im Auftrage des internationalen Komitees für Strassenhygiene dem internationalen Kongresse für Hygiene und Demographie in Paris 1900 vorgelegt und bearbeitet von Dr. E. Almquist, Professor in Stockholm, Dr. R. Blasius, Professor in Braunschweig, Herzog, Branddirektor in Breslau, Dr. Axel Holst, Professor in Christiania, Dr. Hirschmann, städtischer Ingenieur in München, Dr. Gauch, Oberbürgermeister in Stuttgart, Dr. Th. Weyl in Berlin. Herausgegeben von Dr. Th. Weyl, d. Z. Geschäftsführer des Komitees. Mit 20 Abbildungen im Text. Berlin 1900. Carl Heymann's Verlag. Gr. 8°, 103 Seiten. Ladenpreis: 3 Mark.

Der dem internationalen Kongresse für Hygiene und Demographie in Paris 1900 erstattete Bericht über die besten Methoden der Aufsammlung und Beseitigung des Mülls, sowie über andere Fragen der Strassenhygiene stützt sich auf einen von Th. Weyl auf's eingehendste ausgearbeiteten Fragebogen. Es werden nacheinander die strassenhygienischen Einrichtungen beschrieben für München, Nürnberg, Augsburg, Stuttgart (Schnee-Einwurf), Braunschweig, Breslau, Stockholm, Norwegen. Diesen von den im Titel genannten Mitarbeitern verfassten Einzelabhandlungen sind dann noch eine Schilderung von Neuerungen auf dem Gebiete der Strassenhygiene (Hartwich's Koprophor, Hentschel's Strassenwaschmaschine, die Müllschmelze, Patent Wegener, in Berlin), sowie die dem internationalen Kongresse für Hygiene und Demographie Paris 1900 von Th. Weyl vorgelegten Leitsätze, die Strassenhygiene betreffend, angefügt.

Da die Leitsätze die augenblicklichen Anschauungen über Strassenhygiene kurz und treffend darstellen, möge ihre Wiedergabe an dieser Stelle gestattet sein:

„1. Die Aufsammlung und Abfuhr der häuslichen Abfallstoffe (Müll) ist Sache der Stadt.

2. Die Aufsammlung des Mülls in den Häusern geschieht am besten in verschliessbaren Wechselgefässen, welche derart eingerichtet sind, dass beim Füllen der Kästen jede Entwickelung von Staub vermieden wird. Das Müll auf den Höfen zur Beförderung in die Müllwagen in grössere Behälter umzuschütten, ist nicht zu gestatten. Besondere Behälter für Müll und für Asche sind empfehlenswerth.

Die Herstellung zusammenlegbarer und zugleich widerstandsfähiger Müllbehälter in Sackform ist noch nicht in befriedigender Weise gelöst; derartige Apparate wären werthvoll, weil sie das todte Gewicht der Ladung verringern würden.

3. Die Auswechselung der Wechselkästen muss in regelmässigen Zeitabschnitten, mindestens ein Mal wöchentlich für jedes Haus erfolgen.

4. Das Aussuchen (Schaalen) des Mülls in den Häusern und auf den Strassen ist aus ästhetischen und hygienischen Gründen zu untersagen.

5. Für die Abfuhr des Mülls dürfen nur staubdichte Wagen benutzt werden. Welche Wagenkonstruktionen den hygienischen Anforderungen entsprechen, ist von Zeit zu Zeit durch die städtischen Behörden bekannt zu machen. Von einem bestimmten Zeitpunkte ab, welcher einige Jahre zuvor bekannt zu machen ist, dürfen Wagen nicht mehr benutzt werden, welche die hygienischen Ansprüche nicht befriedigen.

6. Die Abfuhr des Mülls muss im Sommer um 9 Uhr, im Winter um 10 Uhr in allen belebten Theilen der Stadt vollendet sein.

7. Folgende Methoden der Müllbeseitigung kommen in Betracht:

a. Landwirthschaftliche Verwerthung. Diese ist überall dort anzustreben wo sie ökonomisch möglich ist.

Hierbei sind die Vorschriften der Hygiene streng innezuhalten. Namentlich sollte das Sortiren ausschliesslich durch Maschinen, nicht aber mit der Hand erfolgen.

Die Aufspeicherung des Mülls darf nur an solchen Stellen geschehen, die der Ueberschwemmung nicht ausgesetzt sind.

b. Verbrennung und Schmelzung. Diese beiden Methoden kommen in Be-

tracht überall dort, wo die landwirthschaftliche Verwerthung sich nicht rentirt, und wo es sich um infektionsfähiges Müll, z. B. aus Krankenhäusern, handelt.

8. Eine Aufspeicherung der Müllmassen auf sogenannten Abladeplätzen ist eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit und daher nicht weiter zu gestatten. Sollten sich aus lokalen Gründen Abladeplätze vorläufig noch nicht umgehen lassen, so sind auf diesen die an jedem Tage angefahrenen Müllmassen täglich mit einer Schicht Erde von mindestens einem halben Meter Höhe zu überdecken.

9. Abladeplätze dürfen an Flüssen nicht angelegt werden, weil die Verunreinigung des Wassers beim Transporte des Mülls, aber auch durch Regenwasser erfolgen kann, welches die Müllhaufen auswäscht (Vergl. auch 7 a).

Aus der ganzen, sehr dankenswerthen Veröffentlichung können mancherlei, auch für kleinere Verhältnisse verwerthbaren Anregungen geschöpft werden; besondere Beachtung verdient der vorliegende Bericht auch seitens des preussischen Medizinalbeamten, dem jetzt durch Theilnahme an den Sitzungen der neugebildeten, städtischen Gesundheitskommissionen ein gewisser, unmittelbarer Einfluss auf das öffentliche Gesundheitswesen auch der Städte eingeräumt ist.

Dr. Brummund-Uelzen.

Besprechungen.

Dr. med. F. Helwes-Wunstorf (Hannover): **Der Kampf gegen die Tuberkulose.** Gemeinverständliche Darstellung nebst einer Uebersicht über die Lungenheilstätten in Deutschland und der Schweiz. Benno Konegen's Verlag. Leipzig 1901. Gr. 8°, 48 Seiten. Preis: 1 Mark.

Das im volksthümlichen Tone geschriebene Büchelchen will „ein Weckruf im Kampfe gegen die Tuberkulose" sein. Es darf wohl der Wunsch ausgesprochen werden, dass die kleine Schrift eine möglichst ausgedehnte Verbreitung und auch die gehörige Beachtung finde; sie wird dann nicht nur ein Weckruf, sondern gleichzeitig auch ein dankenswerthes Kampfmittel gegen die verheerendste Volksseuche sein. Dr. Brummund-Uelzen.

Dr. Eschle, Direktor der Kreis-Pflege-Anstalt in Hub (Baden), vordem erster Assistent an der medizinischen und Kinder-Poliklinik der Universität Freiburg i. Br.: **Kurze Belehrung über die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre.** Vierte mit der dritten neubearbeiteten und vermehrten Auflage gleichlautend. Benno Konegen's Verlag. Leipzig 1901. Gr. 8° (klein), 86 Seiten. Preis: 1,20 Mark; gebunden: 1,60 Mark.

Die in dem Schriftchen Eschle's in allgemein verständlicher Form niedergelegten, auf den modernen, hygienischen Anschauungen beruhenden Rathschläge verdienen die eingehendste Berücksichtigung aller jungen Mütter und werden sicher auch den Aerzten und Hebammen, die in ihrer Praxis oft genug allen möglichen schädlichen Gewohnheiten gerade bei der Pflege von Säuglingen entgegentreten müssen, bei der Berathung unerfahrener Mütter eine willkommene Unterstützung bieten. Dr. Brummund-Uelzen.

Dr. G. Sommer, Dozent in Würzburg: **Die Prinzipien der Säuglingsernährung.** Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der praktischen Medizin. I. Band, 6. Heft. Würzburg 1901. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Einzelpreis: 0,75 Mark. Jährlich erscheinen 12 Hefte, die zusammen einen Band von ca. 20 Druckbogen bilden. Subskriptionspreis pro Band 7,50 Mark.

Nach einigen physiologischen Vorbemerkungen wird zunächst die natürliche Ernährung des Säuglings und sodann die Ernährung des Säuglings aus der Flasche besprochen. Besonders eingehend ist die künstliche Säuglingsernährung berücksichtigt, die ja heute leider so sehr häufig nothwendiger Weise die natürliche ersetzen muss. Durch die neueren Forschungen auf dem Gebiete der künstlichen Säuglingsernährung sind wir aber glücklicher Weise in der Lage, den Säuglingen eine der natürlichen fast völlig gleichwerthige, künstliche

Nahrung bieten zu können. Nur ist die Herstellung der künstlichen Säuglingsnahrung vorläufig noch mit so mancherlei Umständlichkeiten und auch nicht unerheblichen Kosten verbunden, dass es noch vieler, angestrengter Arbeit bedarf, um die vielfachen, der Durchführbarkeit der künstlichen Säuglingsernährung (besonders in ärmeren Familien) noch entgegenstehenden Schwierigkeiten zu beseitigen. Dr. Brummund-Uelzen.

George Vivian Poore, M. D., F. R. C. P.: **Essays über Hygiene auf dem Lande.** Wiesbaden, Verlag von Rud. Bechtold & Comp. Preis: 3,50 Mark.

Die Poore'schen Essays beschäftigen sich eigentlich weniger mit der Hygiene auf dem Lande, als mit einer scharfen Kritik der sanitären Einrichtungen in den grossen Städten Englands und Amerikas und dem Mahnruf ex urbe in rus.

P. erklärt in den 12 Kapiteln, in welche er seine Essays getheilt hat, der Schwemmkanalisation den Krieg bis auf's Messer. Sie macht er verantwortlich für die Verseuchung der Brunnen und Wasserläufe und damit für die Entwickelung von Typhus- und Choleraepidemien; in ihr sieht er eine schwere Gefahr für den nationalen Wohlstand, weil sie den organischen Unrat fortschwemmt, anstatt ihn dem Erdboden zuzuführen; in ihr erblickt er eine unverantwortliche Selbsthülfe der grossen Städte, welche das Land systematisch ruiniren.

P. schildert in lebhaften Farben und an der Hand umfangreichen statistischen Materials die Gefahren für die öffentliche Gesundheit, welche aus dem Sichzusammendrängen der Bevölkerung in den grossen Städten sich ergeben. Er zeigt, dass trotz aller Fortschritte in der Hygiene und ihrer Nutzbarmachung für die grossen städtischen Gemeinwesen die Todesziffer von Zentral-London während der letzten 54 Jahre keine materielle Veränderung erfahren hat. Besondere Besprechung widmet er dem Londoner Nebel mit seinem Gefolge von Dunkelheit, Kälte, Feuchte und Windstille. Er vergleicht die Bewohner Londons mit Fischen in einem Bassin, dessen Wasser man zu erneuern vergessen hat. Den grossen Städten das genügende Quantum frische Luft zu schaffen, erachtet er für die allerschwierigste Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege. Keuchhusten, Masern, Scharlachfieber, Diphtherie, Tuberkeln (?), Typhus, Pocken, Influenza, Lungenentzündung, Pest und in geringerem Masse Typhoidfieber werden nach Poore's Ansicht durch die Luft verbreitet und demgemäss durch die Uebervölkerung mit ihrer Luftverderbniss stark befördert. — Eile, Geiz, Geldgier, Vergnügungssucht, Selbstsucht nennt P. die Triebfedern für den ungesunden Zuzug in den grossen Städten und für die Sucht selbst dort, wo viele Landstriche zum Bau von Ein- oder Zweifamilienhäusern naturgemäss anregen müssten, wie beispielsweise in Amerika, sogen. „Wolkenkratzer" aufzuführen. Die städtischen Behörden tragen nach P. auch nur dem augenblicklichen materiellen Interesse der Städte mit ihren sanitären Einrichtungen Rechnung und kümmern sich weder um ihre Durchführbarkeit noch um den Schaden, den sie der Allgemeinheit zufügen. P. bekämpft lebhaft die modernen Wasserleitungen mit maschinellem Druck, die es nur ermöglichen, diese modernen Riesenhäuser mit ihren hygienischen Nachtheilen zu errichten. Der Städter wird zum Sklaven der enorm theueren öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. — Lebhaft wendet sich P. gegen die Vermischung des organischen Unrathes mit Wasser, wodurch man nur die Fäulniss der Massen begünstige, anstatt sie dem natürlichen Oxydationsprozess der Erde zu übergeben. Am günstigsten sei ein Feuchtigkeitsgehalt von 33 %. Die Schwemmkanäle seien überdies eine beständige Quelle der Verarmung des Bodens. Nichts will P. von Wasserklosets wissen; das von ihm konstruirte Erdkloset sei das einzig richtige. So erhalte der Boden, was des Bodens sei. Chinesen und Japaner gingen uns in dieser Beziehung mit dem besten Beispiel voran. — Eigenartig berührt es, wenn P. behauptet, die Japaner seien in Folge ihrer rationellen Exkrementverwerthung verschont von zahlreichen Krankheiten, unter denen wir in Folge der Schwemmkanalisation seufzten, während er wenige Zeilen darauf die jährlichen Choleraepidemien in Japan wieder auf die Art der Unrathbeseitigung schiebt. P. weist darauf hin, dass im Wesentlichen nur die oberste Schicht der Erdoberfläche das lebende, schwarze Erdreich, wie er es nennt, die natürliche Verwesung der

organischen Stoffe leiste und allein als wirksames, zuverlässiges Filter in Frage komme. Es sei daher ein thörichtes Beginnen, den Humusboden mit Röhren zu durchziehen und das Schmutzwasser in den Untergrund ziehen zu lassen, denn wir schlügen damit gleichsam ein Loch in das Filter. Den Urin will P. in absorbirenden Stoffen, wie Stroh, Sägespähne, Torfmull aufgefangen wissen.

Das Idealhaus nach P. darf natürlich kein Spülkloset besitzen, sondern soll mit so viel Gartenland umgeben sein, dass täglich der organische Unrath eingegraben werden kann und zu keiner Ueberdüngung führt. Im Kapitel „Luft" werden die Gesundheitsschädigungen durch den Rauch besprochen, an dem nicht nur die Fabriken, sondern auch die grossen Miethskasernen mit ihren zahlreichen Feuerstellen schuld sind. — Bei der Wasserversorgung plaidirt P. für vorschriftsmässig angelegte Brunnen, deren Verunreinigung bei Aufgabe der Schwemmkanalisation durch Anlage von Erdklosets und Abführung des Gebrauchswassers in offenen Rinnen in fliessende Gewässer ausgeschlossen sei. Senkgruben seien eine völlig unmoralische sanitäre Einrichtung. — Verbrannt dürfen nach P. nur die nicht organischen Stoffe werden. Deshalb ist P. auch gegen die Leichenverbrennung. Die tiefen Gräber hält er für durchaus falsch, denn die obere Erdschicht leiste den naturgemässen Verwesungsprozess. — P. giebt zu, dass unter Umständen, besonders bei Fabrikabwässern eine Filterung vor Einleitung in einen Wasserlauf nothwendig sein könne, er verlangt dann offene Gossen und keine zentralisirten Filtrirstationen. — Ist organischer Unrath infektiös, so soll er einfach in die Erde gegraben, aber nie mit Antisepticis, welche die natürlichen biologischen Vorgänge in der Erde gefährden, vermischt werden. Langsames Kochen in siedendem Wasser hält P. für alle infizirten Gewebe für vollkommend ausreichend.

Poore's Essays werden in zahlreichen Punkten auf Widerspruch des Lesers stossen; sie sind aber interessant, anregend, lehrreich und verdienen volle Beachtung. Ger.-A. Dr. Schwabe-Hannover.

Tagesnachrichten.

Am 26. August d. J. ist der Generalstabsarzt der Armee, Chef des Sanitätskorps und der Medizinal-Abtheilung des Kriegsministeriums, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rath Dr. v. Coler gestorben. Sein Tod bildet für das Militär-Sanitätswesen einen schwer zu ersetzenden Verlust; ist es doch seiner unermüdlichen, aufopfernden, mit Energie und ausserordentlicher Sachkenntniss verbundenen Thätigkeit in erster Linie zu verdanken, dass jenes eine den grossen Fortschritten der medizinischen und hygienischen Wissenschaft der Neuzeit in allen Punkten Rechnung tragende Entwickelung und Vervollkommnung erfahren hat. Der Verstorbene zeichnete sich aber nicht nur durch reiche Begabung, bewundernswerthe Arbeitskraft und umfassendes Wissen, sondern auch durch vornehme Gesinnung und grosses Wohlwollen für seine Untergebenen aus. Trotz seiner hohen amtlichen Stellung hat er auch allen den ärztlichen Stand betreffenden Fragen das grösste Interesse entgegengebracht; sein Name wird daher nicht nur in der Geschichte des Militär-Sanitätswesens unauslöschbar fortleben, sondern auch beiallen seinen Berufsgenossen in theuerem Andenken bleiben!

Für die im Reichsgesundheitsrath aus hervorragenden Bakteriologen, Aerzten und Wasserbautechnikern gebildete besondere Abtheilung für Wasserversorgung der Städte und der Beseitigung der Abfallstoffe einschliesslich der Reinhaltung von Gewässern sind durch Bundesrathsbeschluss die Kompetenzen dahin festgestellt, dass sie zunächst eine technische Behörde mit gutachtlichem Charakter sein wird, nicht nur für die Einzelstaaten, sondern auch für die Kommunen, welche derartige Ableitungen in Flüsse vornehmen wollen. Wenn indessen auf Grund der Ableitung von Abfallwässern in öffentliche Flüsse ein Streit zwischen zwei Bundesstaaten entstehen sollte, so wird der Bundesrath, welcher auf Grund des Artikel 76 der Reichsverfassung Streitigkeiten zwischen Bundesstaaten zu entscheiden bezw. zu erledigen hat, das Gutachten dieser Körperschaft zur Grundlage seiner Entscheidung machen.

Das im vorigen Jahre in der Thronrede angekündigte, aber nicht zur Vorlage gelangte preussische Seuchengesetz wird sich, wie die politischen Blätter mittheilen, hauptsächlich auf eine Regelung des Meldewesens bezüglich

der einheimischen Infektionskrankheiten erstrecken. Die Verpflichtung zur Anzeige soll in erster Linie den Aerzten auferlegt und auf die infektiösen Krankheiten beschränkt werden, gegen die sanitätspolizeiliche Massnahmen zu treffen sind. In Folge dessen sind Masern, Keuchhusten, Cholerine und Lungenentzündung nicht auf die Liste der zur Anzeige zu bringenden Krankheiten gestellt; doch soll es den Polizeibehörden gestattet sein, falls eine dieser Krankheiten bösartig auftritt, sie der Liste der zur Anzeige zu bringenden Krankheiten einzureihen.

Am 20. August d. J. hat in Breslau die zweite amtliche **Prüfung von Desinfektionsschülern** stattgefunden. Dieselben waren vom 12. bis 19. d. M. im hygienischen Universitätsinstitut und in der hiesigen städtischen Desinfektionskolonne ausgebildet worden. Von den 16 Theilnehmern konnte 14 die Qualifikation als öffentlicher Desinfektor ertheilt werden.

Unter den im Döberitzer Barackenlager untergebrachten Truppen des Gardekorps ist eine umfangreiche **Ruhrepidemie** zum Ausbruch gekommen. Eine an Ort und Stelle unter Theilnahme von H. Geh. Rath Prof. Dr. Koch vorgenommene Untersuchung hat in Bezug auf alle in Betracht kommenden Einrichtungen, Wasserversorgung, Speisen und Getränke, Bedürfnissanstalten u. s. w. keine Anhaltspunkte für die Entstehung der Epidemie ergeben. Koch gewann im Verein mit den Militärärzten nach Lage der Sache jedoch die Ueberzeugung, dass das Lager selbst vollkommen verseucht und deshalb seine Räumung angezeigt sei, die in Folge dessen auch erfolgt ist.

Nach Bekanntmachung im Reichs- und Staatsanzeiger ist jetzt die **amtliche Zurücknahme** des seiner Zeit dem praktischen Arzt Dr. Steffan in Marburg ertheilten **Patentes als Sanitätsrath** erfolgt. Nach einer Mittheilung des betreffenden Arztes hat dieser übrigens schon am 17. Oktober v. J., nachdem er seinen Prozess gegen den Staatsfiskus durch Reichsgerichtsurtheil verloren hatte, freiwillig der zuständigen Regierung das Patent als Sanitätsrath unter Verzichtleistung auf diesen Titel zurückgereicht. Eine Zurückerstattung der unter Protest erfolgten Stempelsteuerzahlung ist übrigens bisher noch nicht erfolgt.

Aerzte und Apotheker. Im Jahresbericht der Handelskammer zu Wiesbaden für 1900 findet sich S. 133 unter der Rubrik: „Chemisch-technische und hygienische Präparate“ folgender Bericht:

„Ueber Apotheken wird uns geschrieben: Der Gang des Geschäftes war ziemlich derselbe wie bisher. Der Nutzen wird alle Jahre geringer durch Steigerung der allgemeinen Geschäftsunkosten und namentlich durch die unglaubliche(!) Verordnungsweise der Aerzte, welche eigentlich nichts verstehen, als Geheimmittel zu verordnen, welche ihnen von beliebigen Machern in die Hand gedrückt werden. Neuerdings fängt die englische Firma Bourronychs (soll wohl heissen Bourroughs), Wellcome und Co. auch an, den Aerzten den Bezug ihrer Arzneitabletten, die zum guten Theil in den Apotheken garnicht vorräthig gehalten werden dürfen, zum direktem Bezuge und zur Abgabe an das Publikum zu empfehlen, obgleich den Aerzten natürlich solcher Handel mit Arzneien verboten ist. Der Mangel einer verständigen Verwaltung der Apotheken-Angelegenheiten macht sich immer empfindlicher bemerkbar und wird das noch mehr thun, solange der oberste Grundsatz der ist, die Apotheken von der selbstständigen Leitung ihrer Existenzfragen auszuschliessen. Jede neue Verordnung erfüllt mit Schrecken. Verbesserungen irgend welcher Art sind bei Apotheken ganz unbekannt.“

„Man muss sich“, sagt die ‚Frankfurter Zeitung‘ mit Recht, „beim Lesen dieses Berichtes unmittelbar fragen: Wie ist es möglich, das ein solches Machwerk als Klage- und Wehruf eines wohl hier ansässigen Apothekers im Bericht der hochangesehenen Handelskammer hat Aufnahme finden können, wenn es nicht, ohne vorher gesehen, gelesen und von der Kammer gebilligt zu werden, der Presse und somit der weitesten Oeffentlich-keit überliefert worden ist. Oder soll man annehmen, dass sich die Kammer, welche die angesehensten Fabrikanten und Handelshäuser umfasst, mit den in dem Berichte ausgesprochenen Unrichtigkeiten, Beleidigungen und Gehässigkeiten gegen den gesammten Stand

der Aerzte einverstanden erklären wollte? Fast will es uns erscheinen, als ob der Referent zu einer neuen Kategorie von „Agrariern“ gehörte, zur Kategorie der „Apotheker-Agrarier“, die für ihre Situation, anstatt sie auf den übermässig hohen Ankauf der Apotheke und auf andere sozialpolitische und neuindustrielle Ursachen zu schieben, nun den Stand der Aerzte verantwortlich machen möchten.“

Von der Handelskammer in Wiesbaden ging bekanntlich vor einigen Jahren auch die Anregung aus, die Medizinalbeamten als Apothekenrevisioren zu beseitigen. Der Apotheker, der damals als Inspirator der Handelskammer fungirt hat und wohl auch jetzt die Veranlassung zu dem vorstehenden Nothschrei gewesen ist, muss recht ungünstige Erfahrungen mit den beamteten und nicht beamteten Aerzten gemacht haben, dass er in ihnen die Wurzel alles Uebels sieht. Diese werden sich allerdings über derartige Herzensergüsse, die einen werthvollen Einblick über die ihnen in manchen Apothekenkreisen entgegengebrachte Gesinnung gewähren, zu trösten wissen. Interessant für sie ist nur die in dem Bericht vertretene Anschauung, dass sich auch jetzt noch trotz der pharmazeutisch-technischen Mitarbeit in der Zentralinstanz „der Mangel einer verständigen Verwaltung der Apothekenangelegenheiten immer empfindlicher bemerkbar macht“ und „jede neue Verordnung mit Schrecken erfüllt“; ein so absprechendes Urtheil hat jene Mitarbeit sicherlich nicht verdient! Aber es scheint, dass sie ebenso wenig Gnade vor den eigenen Fachgenossen gefunden, wie die der bösen Medizinalbeamten.

Pest. In Konstantinopel und Umgegend sind seit dem Einschleppen der Pest 13 Erkrankungen mit 3 Todesfällen vorgekommen; in Aegypten in den 5 Wochen vom 12. Juli bis 17. August: 24 Erkrankungen und 10 Todesfälle, seit April d. J. im Ganzen: 114 Erkrankungen und 48 Todesfälle.

Im Kaplande ist die Seuche am Erlöschen; die Zahl der Erkrankungen betrug vom 30. Juni bis 27. Juli: 39 mit 9 Todesfällen, davon entfielen auf Port Elizabeth 17 Erkrankungen.

Dagegen hat die Pest in Indien wieder an Ausbreitung sehr bedeutend zugenommen; in den 5 Wochen vom 22. Juni bis 26. Juli wurden in der Präsidentschaft Bombay Pest-Erkrankungen und Todesfälle angemeldet: 966 (667), 1391 (981), 1447 (1105), 1947 (1370) und 2402 (1739), in der Stadt Bombay 60 (64), 84 (65), 78 (79), 145 (113) und 108 (112).

Auch in Hongkong hat sich die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle wieder vermehrt; sie betrug vom 8. Juni bis 6. Juli 151 (151) 155 (152), 62 (61), 47 (46); zusammen: 415 (409), davon 309 in der Stadt Viktoria.

Auf der Insel Mauritius sind vom 7. Juni bis 11. Juli 6 Erkrankungen an Pest mit 5 Todesfällen vorgekommen.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Mitglieder des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins werden auf die am **13. und 14. September d. J. in Berlin** stattfindende

XVIII. Hauptversammlung

nochmals mit dem Bemerken aufmerksam gemacht, dass auf die Tagesordnung des ersten Verhandlungstages noch ein Antrag des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin, betreffend **„Heranziehung der Medizinalbeamten zu den Umlagen für die Aerztekammern“** als Diskussionsgegenstand gestellt ist.

Minden, den 1. September 1901.

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, um in derselben den vorläufigen Bericht über die XVIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins bringen zu können.

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

14. Jahrg. 1901.

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. Sept.

Vorläufiger Bericht über die am 13. und 14. September d. J. in Berlin stattgehabte XVIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.[1]

1. Sitzungstag, Freitag, den 13. September 1901.

Nach der Begrüssung am Abend zuvor bei Sedlmayer fand am Freitag, den 13. September, Vormittags 9¼ Uhr, im Festsaal des Savoy-Hôtels

I. **Die Eröffnung der Versammlung** statt. Die ausserordentlich zahlreich erschienenen Mitglieder (120) wurden von dem Vorsitzenden, Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. **Rapmund**-Minden begrüsst. Derselbe betonte, dass, wenn er auf der vorletzten Hauptversammlung das Jahr 1899 als einen Merkstein in der Geschichte des preussischen Medizinalwesens und des Vereins bezeichnet habe, dies von dem Jahre 1901 in noch weit höherem Maasse gelte; denn das damals die gesetzliche Sanktion erhaltene Kreisarztgesetz sei jetzt zur Durchführung gelangt und damit nicht nur der erste, sondern auch der namentlich für die betheiligten Medizinalbeamten wichtigste Schritt zu der seit Jahrzehnten allseitig als nothwendig anerkannten Medizinalreform geschehen. Das Kreisarztgesetz sei in seiner Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege vielfach, auch in ärztlichen Kreisen, unterschätzt worden; jetzt, wo es in Kraft getreten sei, und die Rechte und Pflichten der Kreisärzte durch eine den Anforderungen der öffentlichen Gesund-

[1] Die Referate über die einzelnen Vorträge sind sämmtlich Autoreferate.

heitspflege in hervorragender Weise entsprechenden Dienstanweisung geregelt seien, dürfte wohl dahin volle Uebereinstimmung herrschen, dass es einen ausserordentlichen Fortschritt auf gesundheitlichem Gebiete bedeute und eine ungemein werthvolle Grundlage darstelle, auf der mit Erfolg weiter gebaut werden könne und sicherlich auch weiter gebaut werde. Für diesen Weiterausbau gebe gerade die für die Kreisärzte erlassene Dienstanweisung die beste und sicherste Garantie! So freudig die betheiligten Medizinalbeamten die jetzt erreichte finanzielle Besserstellung begrüssen und so dankbar sie dafür sowohl der Königl. Staatsregierung, als dem Landtage, insbesondere dem Abgeordnetenhause seien, das dieser Frage das wärmste Interesse entgegengebracht habe, noch grösser sei jedenfalls ihre Freude und ihr Dank für die völlige Umgestaltung und Erweiterung ihrer amtlichen Stellung, durch die ihnen nunmehr ein überreiches und nach allen Richtungen hin befriedigendes Feld der Thätigkeit gegeben sei. Das grosse Vertrauen, das damit die Staatsregierung den Medizinalbeamten entgegengebracht habe, werde aber sicherlich nicht getäuscht werden; sondern sich diese mit allen Kräften bemühen, demselben in jeder Weise gerecht zu werden und das öffentliche gesundheitliche Wohl nach allen Richtungen hin zu fördern!

Der Vorsitzende gedenkt hierauf derjenigen Medizinalbeamten und Vereinsmitglieder, die in Folge der Durchführung des Kreisarztgesetzes aus dem aktiven Staatsdienste ausgeschieden sind und leider die Früchte ihrer jahrelangen Bemühungen nicht mehr geerntet haben. Gleichwohl dürfe man hoffen, dass sie sich ebenfalls über das Erreichte freuen und vor allem nicht aufhören werden, sich zu den Medizinalbeamten und dem Verein als zugehörig zu betrachten; auf die Erfüllung dieses Wunsches sei um so mehr zu rechnen, als bis jetzt nur eine verhältnissmässig kleine Zahl von ihnen ihren Austritt aus dem Verein angemeldet haben.

Zum Schluss dankt der Vorsitzende nochmals für die ausserordentliche Ehrung, die ihm seitens der Vereinsmitglieder zu seinem diesjährigen Geburtstage bereitet sei. Wenn dieselbe auch weithinaus über seine bescheidenen Verdienste als langjähriger Schriftführer und Vorsitzender des Vereins gehe, so habe sie doch seinem Herzen überaus wohl gethan und dies mit unauslöschbarer Dankbarkeit gefüllt. Die kostbare Ehrengabe sei für ihn ein äusserst werthvoller Beweis der Anerkennung, Liebe und Freundschaft seiner Kollegen; demgegenüber er ausser Dank nur den einen Wunsch habe, dass sie ihm in gleichem Maasse für alle Zeiten erhalten bleiben mögen!

Nachdem der Vorsitzende hierauf die anwesenden Gäste, H. Reg.-Rath Dr. Wutzdorf, als Vertreter des Reichsgesundheitsamtes, H. San.-Rath Dr. Aschenborn, Hülfsarbeiter in der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums, begrüsst und diese im Namen des Vereins für ihr Erscheinen gedankt hatte, eröffnete er die Versammlung und erstattete an Stelle des Schriftführers den

II. Geschäfts- und Kassenbericht.

Die Mitgliederzahl des Vereins hat seit der letzten Hauptversammlung, wo sie 1004 betrug, wiederum eine Zunahme erfahren, wenn auch nicht eine solche wie in früheren Jahren. Seit Oktober 1900 sind 77 Mitglieder neu aufgenommen, so dass die Gesammtzahl derselben nach Abzug der Ausgetretenen (21) und Verstorbenen (20) zur Zeit 1040 beträgt.

Die Einnahmen haben 12277,56 Mark, die Ausgaben 12018,85 Mark betragen; es ergiebt sich daraus ein Ueberschuss von 258,71 Mark, durch den sich das Vereinsvermögen auf 3830,18 Mark erhöht.

Der Vorsitzende gedachte sodann der seit dem 1. Oktober v. J. verstorbenen Mitglieder, deren Zahl (23) diesmal leider eine ungemein grosse ist; zum Andenken der Verstorbenen erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen.

Hierauf erstattet er Bericht über die Ausführung des im Vorjahre gefassten Beschlusses betreffs Bildung eines „Deutschen Medizinalbeamtenvereins". Auf seine Einladung hin hat in Frankfurt a. M. am 2. Juli d. J. eine Versammlung von Delegirten bezw. Vertretern der Medizinalbeamten in den einzelnen Bundesstaaten stattgefunden, in der einstimmig die Bildung eines derartigen Vereins beschlossen sei, und zwar unter voller Berücksichtigung der auf der vorjährigen Hauptversammlung ausgesprochenen Wünsche. Darnach bleiben die bisher vorhandenen oder noch zu bildenden Landesvereine in der bisherigen Weise bestehen und ist es ihrem Ermessen anheimgestellt, ob sie in corpore in den neuen Verein eintreten oder den Beitritt ihren Mitgliedern überlassen wollen. Die Vereinssitzungen des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins sollen ebenfalls alljährlich, abwechselnd an verschiedenen geeigneten Orten und thunlichst im Anschluss an die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, aber nicht an demselben Orte, stattfinden, damit die Mitglieder bequem und ohne grosse Kosten an beiden Versammlungen theilnehmen können. Als Vereinsorgan soll die Zeitschrift für Medizinalbeamte beibehalten werden; der Beitrag kann von den Landesvereinen erhoben werden und wird so festgesetzt, dass für die Mitglieder des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins eine Erhöhung des jetzigen Beitrages nicht erforderlich ist. Im Uebrigen nimmt der Vorsitzende auf die zur Vertheilung gelangten gedruckten Verhandlungen der Delegirtenversammlung Bezug und schlägt im Namen des Vorstandes vor, dass der Preussische Medizinalbeamten-Verein in corpore in den neuen Verein eintreten möge. Der Antrag wird nach kurzer Debatte einstimmig angenommen.

Nach der darauf folgenden Wahl der Kassenrevisoren sowie nach einigen geschäftlichen Mittheilungen betreffs der Tagesordnung, Besichtigungen u. s. w. theilt der Vorsitzende noch mit, dass H. Med.-Rath Dr. Fielitz wegen eines vor Kurzem erfolgten Todesfalles in seiner Familie leider verhindert sei, seinen Vortrag über die Dienstobliegenheiten des Kreisarztes zu halten und es bei der Kürze der Zeit nicht mehr möglich sei, einen Stellver-

treter für ihn zu bekommen. Bei der Wichtigkeit des Vortrages und namentlich der sich anschliessenden Debatte schlägt deshalb der Vorstand vor, den Gegenstand auf die Tagesordnung des nächsten Tages zu setzen und ihm inzwischen die Wünsche der Mitglieder in Bezug derjenigen Paragraphen und Punkte der Dienstanweisung mitzutheilen, die zur Besprechung als besonders wünschenswerth erachtet werden. Die Versammlung erklärt sich einstimmig damit einverstanden; desgleichen mit dem Vorschlage, die Vorträge II. und IV. des zweiten Verhandlungstages auf die heutige Tagesordnung zu stellen. Schliesslich bemerkt der Vorsitzende betreffs der zur Vertheilung gelangten, von ihm auf vielseitigen Wunsch aufgestellten Dienstaltersliste[1]) der preussischen Medizinalbeamten, dass diese mit Rücksicht auf die Kürze der Zeit nur nach den Ernennungsjahren, nicht nach dem genauen Ernennungsdatum festgestellt sei; letzteres solle erst später auf Grund einer Umfrage geschehen. Etwaige Irrthümer bittet er ihm mitzutheilen.

III. Zur Bekämpfung der Tuberkulose.

H. Dr. **Krause**-Sensburg: Der Vortragende geht davon aus, dass über kurz oder lang der Staat eine noch umfassendere Bekämpfung der Tuberkulose als bisher wird in die Hand nehmen müssen. Der grösste Theil dieser Aufgabe wird alsdann dem Kreisarzt zufallen, für den somit eine Beschäftigung mit dieser Frage um so nothwendiger ist. Gefordert muss werden, dass alle Erkrankungen an Tuberkulose zur Anzeige gelangen. Aber schon jetzt, vor Erlass einer dementsprechenden Verfügung, kann der Kreisarzt auf dem Boden der Dienstanweisung einen Ueberblick über den Stand der Tuberkulose in seinem Bezirk erlangen. Vortragender erläutert dies im Einzelnen und weist darauf hin, wie die Dienstanweisung den Kreisarzt in den Stand setzt, auf verschiedenen Gebieten — wie Schulen, gewerblichen Betrieben, Krankenhäusern, Verkauf von Nahrungsmitteln u. s. w. — in energischer Weise die Verbreitung der Tuberkulose zu bekämpfen Die Wohnungsfrage wird hierbei unerörtert gelassen, weil diese ein ganzes Thema für sich bildet. Im Uebrigen ist der grösste Werth auf hygienische Erziehung der Tuberkulösen und Belehrung weiterer Volkskreise zu legen.

Hinsichtlich der Uebertragung durch Nahrungsmittel, welche von perlsüchtigen Rindern herstammen, muss abgewartet werden, ob die neuesten Koch'schen Behauptungen in seinem Vortrag auf dem Londoner Kongress sich als begründet erweisen werden. Einen bedeutungsvollen Schritt in der Bekämpfung der Tuber kulose stellt der von der norwegischen Regierung durch Gesetz vom 8. Mai eingeschlagene Weg der zeitweisen Isolirung der Kranken dar. Eine solche ist unzweifelhaft von grossen Segem für die Allgemeinheit und ihre Einführung in allen Kulturstaaten auf das Eifrigste zu fördern.

[1]) Dieselbe ist für die preussischen Mitglieder des Vereins der heutigen Nummer beigefügt.

In der Therapie haben die inneren Mittel, namentlich die mit grossem Lärm empfohlenen Kreosotpräparate, ganz versagt; über Behandlung mit Zimmtsäure nach Landerer fehlt dem Vortragenden ausreichende Erfahrung. Allgemeine Sympathie wird der Heilstättenbewegung entgegen gebracht, und zweifellos mit Recht. Sollten aber in Zukunft Staatsmittel zur Verfügung gestellt werden, so würde das Geld vielleicht besser zur Erbauung von Tuberkulosenheimen nach Analogie der Lepraheime anzuwenden sein. In den Heilstätten und in den Tuberkuloseabtheilungen der Krankenhäuser sowohl, wie auch in der Privatpraxis könnte mehr erreicht werden, wenn man sich entschliessen würde, die Kranken mit den beiden von Koch entdeckten spezifischen Mitteln, dem alten Tuberkulin und dem neuen T. R. genannten, zu behandeln. Beide stehen sehr mit Unrecht im Verruf. Vortragender erläutert eingehend, dass namentlich das alte Tuberkulin bei richtiger Anwendung ein durchaus ungefährliches Mittel ist, das in geeigneten Fällen immer günstig wirkt. Es beeinflusst den lokaltuberkulösen Prozess in heilsamer Weise und schützt den Organismus gegen die chronische, durch die Tuberkelbazillen bewirkte Toxinvergiftung. Ausserdem hat es den Vorzug, in einzig dastehender Weise die Diagnose zu sichern. Vortragender ist überzeugt, zumal sich in den letzten Jahren Stimmen für Tuberkulinanwendung wieder gemehrt haben, dass diesem Mittel in Zukunft ein hervorragender Platz bei der Bekämpfung der Tuberkulose eingeräumt werden wird.

Zum Schluss empfiehlt Vortragender, mit Rücksicht auf die Bedeutung der Angelegenheit, mindestens alle zwei Jahre eine Besprechung über die Tuberkulose als Thema für die Hauptversammlung anzusetzen.

Diskussion.

H. Dr. Wolf **Becher**-Berlin weist auf die Erholungsstätten vom Rothen Kreuz hin. Die Erholungsstätten sind aus der Erwägung entstanden, dass es darauf ankomme, Lungenkranke, so viel es geht, während der Sommermonate aus ihren Wohnungen über Tag in's Freie zu schaffen, um auf diesem Wege die Schäden der schlechten Wohnungsverhältnisse möglichst herabzumindern. Die Erholungsstätten liegen auf fiskalischen Gelände im Walde. die Kranken werden dort über Tag verpflegt; die Kosten der Verpflegung tragen die Krankenkassen, soweit es sich um Kassenmitglieder handelt. Den Bau und die Einrichtung der Erholungsstätten hat die Sonderabtheilung für Erholungsstätten des Vereins vom Rothen Kreuz für Lungenheilstätten (Vorstand Frau Staatsminister Studt, Frau Konsul Staudt, Oberstabsarzt Dr. Pannwitz, Regierungsrath Dr. jur. Zahn) übernommen, die auch den Wirthschaftsbetrieb überwacht. Was die Lungenkranken angeht, so finden sich in den Erholungsstätten Kranke in allen Stadien der Lungentuberkulose; einerseits solche, die für Lungenheilstätten vorgemerkt sind, auf die Aufnahme aber warten müssen, anderseits Schwertuberkulöse, denen die Lungenheilstätten nicht zugänglich sind. Wesentlich ist, dass Erholungsstätten mit verhältnissmässig wenigen Mitteln herzurichten sind.

H. Reg.- und Med.-Rath Dr. **Meyhöfer**-Düsseldorf sieht den Kernpunkt des Kampfes gegen die Tuberkulose nicht in einem individuellen Vorgehen gegen den einzelnen Tuberkulösen oder den einzelnen Bacillus, wie durch die Fränkel'sche Maske u. s. w., sondern in der allgemeinen Wohnungsverbesserung und Heilstättenbehandlung. Er empfiehlt die Wohnungsinspektion, die für die neue Gesundheitskommission ein praktisches Feld der Thätigkeit eröffnet. Die Heilstätten, die ein geradezu verblüffendes günstiges Resultat

in der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ergeben hätten, könnten einen grösseren, allgemeinen Segen entfalten, wenn die angewendeten privaten Mittel statt für luxuriöse, kostspielige Bauten, durch welche das Bett auf 6—8000 M., die Austattung bis auf über 1 Million Mark zu stehen kämen, für schlichtere Anstalten Verwendung finden, in denen das Bett auf 4000 Mark und weniger komme, wie dies z. B. in dem Bezirk des Vorsitzenden in Lippspringe erzielt sei. Jedenfalls empfiehlt es sich mehr für den Kreisarzt, diesen Bestrebungen nachzugehen, als den einzelnen kranken Individuen oder dem Bacillus nachzujagen.

Der **Vorsitzende** bestätigt, dass in der im Regierungsbezirk Minden in Lippspringe für 100 Betten eingerichteten Heilstätte das Bett 4000 Mark koste; seiner Ansicht nach liesse sich sogar, besonders bei grösseren Anstalten mit 2—500 Betten mit einem geringeren Satz (2500—3000 M.) auskommen.

H. Dr. **Beinhauer**-Höchst: Die Lücke, welche die Heilstätten lassen, in dem sie nur Kranke im Anfangsstadium aufnehmen, werde durch die neuen Erholungsstätten ausgefüllt, daher begrüsse er sie, weil sie den für die Allgemeinheit viel gefährlicheren vorgeschrittenen Kranken eine Aufnahme gewähren.

H. Med.-Rath Kreisarzt Dr. **Behla** macht darauf aufmerksam, dass bei der Bekämpfung der Tuberkulose mitten im Leben, mitten in der Bevölkerung noch mehr Zwangsmassregeln eintreten müssen. Er schildert das Regimen des Tuberkuloseverfahrens zur Verhütung der Uebertragung in der Strafanstalt in Luckau als ein Beispiel, was man da erreichen könne, wo der Zwang im vollem Sinne zur Geltung komme. Isolirung der Tuberkulösen in einer besonderen Stube, Desinfizirung des Sputums, Speifläschchen, eigene Bibliothek, Zurückstellung beim Abendmahl, vierteljährliche mikroskopische Untersuchungen des Auswurfs u. s. w. schliessen jede Art der Uebertragung aus. Es ist auch thatsächlich seit der Beobachtung dieses Verfahrens kein Fall mehr von Infektion bekannt geworden.

In seinem kurzen Schlusswort sprach der Vortragende seine Genugthuung aus, dass seine Ausführungen im Allgemeinen die Zustimmung der Versammlung gefunden haben, denn auch der Widerspruch des Kollegen Meyhöfer sei nur ein scheinbarer.

IV. Experimentelle, mikroskopische Studien zur Lehre vom Erhängungstode (Autoreferat).

H. Dr. **Placzek**-Berlin: Die Lehre vom Erhängungstode hat im Laufe der Zeit mancherlei Umwandlung erfahren. An die Stelle des Dogmas von der Kompression der Luftröhre trat die Anschauung, dass Zungenbein und Zungengrund an die hintere Rachenwand gedrückt werden und so den Zugang zum Kehlkopf verschliessen. Dazu gesellte sich der experimentelle Beweis, dass auch die Karotiden komprimirt würden, und schliesslich der Nachweis, dass auch die Vertebrales in gleicher Weise beeinträchtigt würden. Immer weiter figurirte aber auch in der erweiterten Lehre die Annahme, dass ein lokaler Reiz auf die Vagi stattfände. Die Möglichkeit, dass der gleiche Effekt durch hemmende Erregungen zu Stande kommen könnte, welche die durch Sauerstoffmangel oder Kohlensäureüberladung maximal erregte Medulla oblongata auf der Bahn der Vagi entsendet, blieb unberücksichtigt.

Um die noch offene Frage nach der Bedeutung des Vagus für den Erhängungstod zu beantworten, erschien dem Referenten zunächst die anatomische Untersuchung des Nerven selbst verwerthbar. Geleitet von dem Gedanken an das mikroskopische Bild eines Nerven, hielt er es theoretisch für denkbar, dass ein übermässiger Druck, wie ihn die Strangulation auf die Halsorgane übt, ana-

tomisch greifbare, mikroskopisch sichtbare Druckspuren hinterlassen könnte, analog den Intimarissen in Karotiden und Jugularvenen. Das Ergebniss der grossen Serie von Vagus-Präparaten, die von Erhängten und von experimentell suspendirten Leichen stammen, war völlig negativ. Weder die äussere Form der Nervenquerschnitte, noch die markhaltigen Fasern selbst werden verändert.

Hiermit war aber nur bewiesen, dass der Nerv anatomisch unverändert blieb; es war aber die Annahme nicht aus der Welt geschafft, dass er funktionell geschädigt würde und an den Erscheinungen des Erhängungstodes mitwirkte. Hier konnte nur das Thierexperiment entscheiden; unanfechtbare Ergebnisse waren aber nur dann zu erwarten, wenn die Versuche mit und ohne Einschluss der Vagi erfolgten. Bedingung war ausserdem, dass jede Blutdruckänderung sorgfältig automatisch registrirt wurde. Indem sich Vortragender die Mittheilung der Versuchsprotokolle und der Registrirkurven für die Veröffentlichung in der Vierteljahrschrift f. ger. Medizin vorbehält, will er hier nur das Ergebniss kurz mittheilen. Der auffälligste Effekt der Strangulation, und zwar gleichgültig, ob die Vagi innerhalb oder ausserhalb der Schlinge sind, ist die Verlangsamung der Herzsystolen, also eine ausgesprochene Erregung des medullären Vaguszentrums durch das qualitativ veränderte, die Med. oblongata durchströmende Erstickungsblut. Der Blutdruck, das Ergebniss des Ringens zwischen Vagus- und Vasomotorenzentrum, wechselt sehr; bald sinkt er schon zu Beginn der Strangulation, bald bleibt er minutenlang auf gleicher Höhe, bald steigt er sogar anfänglich. Irgend ein einheitlicher Einfluss der Versuchsanordnung auf das Ergebniss ist nicht erkennbar.

Im zeitlichen Ablauf der Versuche sind geringfügige Schwankungen nachweisbar, das Ergebniss der individuell verschiedenen Widerstandskraft der Thiere, nicht der jeweiligen Versuchsanordnung.

Demnach liegt für die Annahme einer örtlichen Kompression der Vagi, die schon theoretisch in Anbetracht ihrer geschützten Lage wenig glaublich erschien, nicht der geringste Anlass vor.

Eine Diskussion schliesst sich an den Vortrag nicht an.

V. Die aus der Unfallversicherungs-Gesetzgebung erwachsenden besonderen Pflichten des ärztlichen Sachverständigen.

Der Referent, H. Dr. **P. Stolper**-Breslau, führt in der Einleitung aus, dass man die praktische und wissenschaftliche Verwerthung des neuen Rechts, das den Aerzten in den sogenannten sozialen Gesetzen gegeben ist, und welches die öffentliche Fürsorge für den Arbeiter in sich schliesst, als versicherungsrechtliche Medizin künftighin bezeichnen solle, ähnlich wie man von gerichtlicher Medizin spreche in Bezug auf die Anwendung ärzt-

lichen Sachverständnisses auf die Fragen des bürgerlichen Rechts und des Strafrechts und in Bezug auf die wissenschaftliche Behandlung derselben.

Das Versicherungsrecht umfasse das Krankenversicherungsgesetz, die Unfallversicherungsgesetze und das Invalidengesetz; nur auf die im Unfallversicherungsgesetz begründete Sachverständigenthätigkeit geht Referent unter Ausschluss aller therapeutischen, allgemein-medizinischen und ätiologischen Fragen ein, dabei die durch das Gesetz vom 30. Juni 1900 erfolgten Aenderungen der bisherigen Bestimmungen besonders berücksichtigend.

Der ärztliche Sachverständige sei naturgemäss des Verletzten erster Anwalt und Rechtsberather. Als solcher müsse er mit viel natürlichem Takt und feinem psychologischen Verständniss für das Empfinden des kranken Arbeiters handeln und rathen, wenn er dem grossen humanen Grundzuge dieses Gesetzes in allen Stücken gerecht werden wolle. Dazu sei eine gründliche Kenntniss der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere auch der durch das Gesetz geschaffenen Organe, ihrer Obliegenheiten und Praxis erstes Bedingniss. Man dürfe so wenig als behandelnder wie als Vertrauensarzt in den Berufsgenossenschaften, mit denen man vornehmlich zu thun habe, lediglich eine Partei im Rentenfeststellungsverfahren erblicken. Die Berufsgenossenschaft sei eine vom Gesetz bestellte Behörde zur Durchführung öffentlichen Rechts, und zwar eines Rechts, welches dem Arbeiter in wohlwollendester Weise Entschädigung für Verluste aus Unfällen im Betriebe zubilligt. Als Behörde erwachse ihr aber auch die Pflicht, nach Klarstellung der Thatsachen etwaige unberechtigte Ansprüche abzuweisen. Auf die Entscheidung im positiven oder negativen Sinne sollte der ärztliche Sachverständige in versicherungsrechtlichen Dingen so wenig wie in gerichtlichen irgendwie Einfluss nehmen wollen. Der Weg strengster Objektivität gehe sich indess oft nicht leicht. Man sei unter dem Eindruck des schweren Leidens eines armen Mitmenschen leicht geneigt, die thatsächliche Unwahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges seiner Krankheit mit einem Unfall zu bemänteln. Man rede sich selbst ein, damit einen Akt der Humanität zu vollziehen, während man streng rechtlich genommen, doch eine Unwahrheit mit seiner beruflichen Autorität deckt und wohlthut nicht aus eigener Tasche, sondern auf Kosten Anderer!

Den Berufsgenossenschaften zu Liebe die berechtigten Ansprüche der Unfallverletzten zu kürzen, habe man anderseits — z. B. als Vertrauensärzte — ganz und gar nicht nöthig; denn diese selbst erfüllen erfahrungsgemäss gern und vollauf alle berechtigten Ansprüche ihrer Versicherten.

Des Weiteren geht Stolper auf den Gang des Rentenfeststellungsverfahrens im Einzelnen ein. Er betont dabei die Abänderung gegen das frühere Gesetz. So zahlt jetzt die Berufsgenossenschaft schon innerhalb der Wartezeit, d. i. vor Ablauf der 13. Woche nöthigenfalls eine Rente (§. 13 G. U. G., §. 15 Landw. U. G.). Es ist künftighin neben der Vollrente von

100 % = 66⅔ % des Jahresarbeitsverdienstes und der entsprechend bemessenen Theilrente, noch eine erhöhte Rente bis zu 100 % des Jahresarbeitsverdienstes zu bewilligen, „wenn der Verletzte in Folge des Unfalls nicht nur völlig erwerbsunfähig, sondern auch derart hülflos geworden ist, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann“ (§. 9 Abs. 4 G. U. G., §. 8 Abs. 3 Landw. U. G.). Ueber diese Begriffe, sowie über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes sollte der Arzt des Oefteren die Rentennachsucher belehren, die in irrthümlicher Ueberschätzung ihrer gesetzlichen Ansprüche dem für sie so segensreichen Gesetze oft unberechtigt grollen.

Stolper empfiehlt auch der Bestimmung des §. 76 c des Krankenversicherungsgesetzes in einschlägigen Fällen rechtzeitig zu gedenken, welcher die Uebernahme des Heilverfahrens noch während der Wartezeit den Berufsgenossenschaften gestattet. Es liegt oft im Interesse des Arbeiters, dass man sich nicht mit der äusseren, anatomischen Heilung begnügt, sondern die funktionelle möglichst bald fördert, z. B. durch mechanische Behandlung verletzter und schliesslich versteift gebliebener Glieder. Das Interesse der zuständigen Krankenkasse geht oft zu Ende mit der anatomischen Heilung. An diesem Punkte, wenn nicht schon früher, beginnt dasjenige der Berufsgenossenschaft, die, rechtzeitig darauf aufmerksam gemacht, das weitere Heilverfahren gern auf ihre Kosten übernimmt. Ein Arzt, der es mit dem Verletzten gut meint, wird also zu rechter Zeit der zuständigen Berufsgenossenschaft die Uebernahme des Falles noch in der Wartezeit empfehlen.

Das neue Gesetz beschränkt anderseits (§. 11 G. U. V.) die etwa allzu willkürliche Beunruhigung der Verletzten dadurch, dass dieselben aus gut geleiteten Krankenanstalten etwa fernab in eine andere nicht übergeführt werden dürfen.

Der §. 69 Abs. 3 (G. U. V. bezw. §. 75 Abs. 3 Landw. U. G.), welcher bestimmt, dass bei der Rentenfeststellung der behandelnde Arzt zu hören ist, bringt in erster Linie das immer beachtenswerthe Prinzip zum Ausdruck, dass die erste Feststellung seitens des erstbehandelnden Arztes von ausschlaggebender Bedeutung für die Beurtheilung eines Unfalles und seiner Folgen ist. Diese neue Bestimmung legt allen Aerzten insbesondere allen Kassenärzten die Verpflichtung auf, sich bei allen Betriebsunfällen sorgfältige Notizen zu machen. Dass die Berufsgenossenschaften immer ein Gutachten von dem behandelnden Arzt verlangen müssten, ist schon deshalb nicht denkbar, weil bis zur Arbeitsfähigkeit den Verletzten oft ein halbes Dutzend Aerzte behandeln, und der Erstbehandelnde keineswegs immer ein richtiges Urtheil über die Schwere der Verletzung gewinnen kann (Commotio cerebri, Fingerverletzung und sekundäre eitrige Metastase u. a. m.).

Das Gutachten zum Zweck der ersten Rentenfestsetzung ist von besonderer Wichtigkeit, weil durch glückliche, richtige Schlüsse desselben viele Weiterungen dem Verletzten, wie den Rentenzahlern erspart werden, und weil alle späteren Gutachten zwecks Aufhebung oder Erhöhung der Rente darauf zurück-

greifen. Referent bespricht deshalb die Abfassung desselbe eingehend.

Eine besonders schwierige Stellung hat der ärztliche Sachverständige als Vertrauensarzt bei dem Schiedsgericht, welchem er in mündlicher Aussprache im Wesentlichen die vorliegenden Gutachten zu interpretiren, etwa sich widersprechende Thatsachen aufzuklären hat. Dazu gehört viel Takt und grosse Erfahrung in versicherungsrechtlichen Fragen.

Zum Schlusse betonte Redner, dass der Arzt als Sachverständiger durch das Unfallversicherungsgesetz einen ausserordentlich grossen Wirkungskreis zugewiesen erhalten habe. Die Thätigkeit könne auch sehr wohl eine wissenschaftliche Ausbeute ergeben, wenn man sie ernst nähme. Durch die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang haben alle Disziplinen unserer Wissenschaft neue Anregung erhalten. Es wird nicht lange währen, so wird die versicherungsrechtliche Medizin, was praktisch wichtige Forschungsergebnisse anbelangt, ebenbürtig neben ihrer Schwester, der gerichtlichen Medizin, stehen. Beide verlangen vom ärztlichen Sachverständigen ein hohes Mass von Objektivität und Zurückhaltung.

In der Diskussion bezweifelte zunächst H. Kreisarzt Dr. **Bräutigam-Königsberg (Neum.)**, dass ein praktischer Arzt gesetzlich gezwungen werden könne, in einer Unfallsache ein Gutachten auszustellen. Es gebe aber manchen praktischen Arzt, der grundsätzlich die Abgabe eines solchen verweigere.

Der Referent ist der Ansicht, dass ein solcher Zwang in Bezug auf die Abgabe von Gutachten allerdings nicht bestehe, wohl aber in Bezug auf die Ausstellung von informatorischen Attesten seitens des behandelnden Arztes.

Der **Vorsitzende** betont demgegenüber, dass das Unfallversicherungsgesetz den Berufsgenossenschaften das Recht einräume, die Mitwirkung der Polizei- und Gerichtsbehörden in Anspruch zu nehmen und diese einem derartigen Ersuchen nachkommen müssten. Weigere sich also ein Arzt, ein Attest auf Verlangen der Berufsgenossenschaft abzugeben, so kann diese die Polizei um Hülfe ersuchen und ihn durch diese wie jeden Zeugen des Unfalls erforderlichen Falls behufs mündlicher Abgabe eines Gutachtens vorladen lassen. Fraglich sei allerdings, ob die Polizeibehörde im Zwangswege gegen den Arzt vorgehen könne; in seinem Regierungsbezirke schwebe augenblicklich ein derartiger Fall, durch den diese Frage voraussichtlich zum Austrag gebracht werde. Auf alle Fälle könne aber ein Arzt durch das Schiedsgericht zur Abgabe eines Gutachtens gezwungen werden. Der Vorsitzende weist unter lebhaftem Beifall der Versammlung die auf dem diesjährigen Aerztetage unwidersprochen gebliebene Ansicht des Referenten San.-Rath Dr. Thiem zurück, dass zur Begutachtung in Unfallsachen nur derjenige geeignet sei, der noch ärztliche Praxis ausübe, eine Ansicht, die ihre Spitze zweifellos gegen die Medizinalbeamten richte, wenn sich der Referent auch als Freund derselben bezeichnet habe. Manchen Aerzten sei es vielleicht sehr angenehm, wenn die Medizinalbeamten, denen die Ausübung ärztlicher Privatpraxis untersagt oder nicht mehr möglich sei, nun auch als Konkurrenten bei der Begutachtung von Unfallverletzten ausschieden; denn thatsächlich würden diese z. Z. in dieser Hinsicht von den Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten bevorzugt und zwar ohne ihr Zuthun. Der Vorsitzende ist weit davon entfernt, diese Thätigkeit für die Medizinalbeamten in Anspruch zu nehmen; hier sei der praktische und beamtete Arzt völlig gleichberechtigt, der letztere aber auch noch dann, wenn er nicht mehr praktizire, denn das „Kranken heilen" komme nicht in Betracht, sondern in erster Linie die Feststellung der Art und der Folgen von Verletzungen, sowie ihres ursächlichen Zusammenhanges mit einem Unfall, also eine „diagnostische" Thätigkeit, die sich von der gerichtsärztlichen des beamteten Arztes gar nicht unterscheide. Es sei daher auch

zu bedauern, dass die Gutachterthätigkeit in Unfallsachen und diejenige auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin sich immer mehr von einander trennten, während sie streng genommen zusammen gehören. Als Gerichtsarzt bleibe aber der nicht mehr praktizirende beamtete Arzt nach wie vor in der Untersuchung und Begutachtung von Unfallverletzten mindestens ebenso geschult wie der praktische Arzt, so lange er noch wie bisher aus dem Stande der praktischen Aerzte hervorgehe. Deshalb müsse er jenem auch völlig gleichgestellt werden, und zwar nicht nur in denjenigen Fällen, wo es sich um Beurtheilung von Tod und Unfall handelt und in denen ihm Dr. Thiem selbst eine Superiorität als Sachverständiger einräume, sondern auch in der Begutachtung von Lebenden, die erfahrungsgemäss in der Regel weit einfacher sei als jene.

H. Kreisarzt Dr. **Kluge**-Wolmirsted verlangt an der Hand eines Spezialfalles, dass sich die Gutachter jeder Kritik über die Vorgutachter enthalten müssen. Der **Vorsitzende** stimmt diesem bei und betont, dass die deutsche Sprache reich genug sei, um in seinem Gutachten Ausdrücke zu vermeiden, die den Vorgutachter verletzen könnten; man könne nach dieser Richtung hin auch im Interesse des ärztlichen Standes nicht vorsichtig genug sein. Er macht zum Schluss noch auf eine vor Kurzem getroffene Entscheidung des Reichsversicherungsamtes aufmerksam, welche nach dem Tode eines Unfallverletzten den Antrag der Erben auf Rente zulässt, auch wenn in den früheren Entscheidungen die den Tod herbeigeführte Krankheit, z. B. Herzfehler, als nicht mit dem Unfall im ursächlichen Zusammenhang stehend erachtet sei. Durch diese Wiederaufnahme sei aber auch eine weitere Prüfung der Frage betreffs des ursächlichen Zusammenhanges und in Folge dessen eine anderweite Entscheidung möglich.

H. Dr. **Placzek**-Berlin fordert die Beseitigung der neuen Bestimmung, die dem Verletzten Einsicht in die ärztlichen Gutachten gestattet; denn ganz abgesehen davon, dass durch diese Betimmung die Objektivität des Gutachters beeinflusst werden kann, trägt sie jedenfalls dazu bei, die Simulation der Verletzten zu fördern, da diese aus dem Gutachten sicher erst lernen, Krankheitserscheinungen vorzutäuschen.

H. Kreisarzt Dr. **Holthoff**-Salzwedel theilt diese Ansicht nicht, er ist immer in der Lage gewesen, durch offene Aussprache mit dem Verletzten diesen über die Unfallfolgen und über die ihm gesetzlich zustehenden Ansprüche aufzuklären und dadurch gewissermassen von der Objektivität seines Gutachtens zu überzeugen.

V. Theorie und Praxis der Grundwasserenteisenung mit Demonstrationen.

H. Dr. **Wolff**-Harburg a./Elbe: Nach einer einleitenden Bemerkung über dass je länger, desto intensiver hervortretende Bestreben, wo nur irgend möglich, den Wasserbedarf in Stadt und Land aus dem Grundwasser zu decken, erörtert Referent die Gründe für das Auftreten von gelöstem Eisen im Grundwasser und im speziellen für den weiterverbreiteten Eisengehalt desselben in der norddeutschen Tiefebene.

Die Befreiung des Wassers von dem Eisengehalt ist weniger aus ästhetischen Rücksichten geboten, als vielmehr vor allem wegen der hohen sanitären Gefahren, die, wenn sie auch nicht gerade unmittelbar, so doch mittelbar durch den Genuss des eisenhaltigen Wassers dadurch hervorgerufen werden, dass eine Bevölkerung, der die Brunnen nur eisenhaltiges Wasser liefern, sich stets des immer mehr oder weniger suspekten Oberflächenwassers bedient, wenn es nur irgendwie zu erreichen ist.

Der Besprechung der einzelnen Methoden, die durch Lichtbilddemonstrationen veranschaulicht werden, legt Referent eine neue Theorie für die bei der künstlichen Eisenabscheidung sich

abspielenden Vorgänge zu Grunde. Diese Theorie gründet sich auf den Lehrsatz der physikalischen Chemie, dass in einer Flüssigkeit, in welcher die Ausfällung eines festen Stoffes eintritt, zuvor ein Uebersättigungszustand in Bezug auf den ausgefällten Körper bestanden haben muss. Dementsprechend sieht Referent das eisenhaltige Grundwasser, wenn es unter Lufteinwirkung steht, als eine übersättigte Lösung an. Die beiden auf solche Lösungen am meisten einwirkenden Ausfällungsfaktoren sind feste Körper mit grosser Oberfläche und der fragliche Stoff in festem Zustande. Bei allen unseren Enteisenungsverfahren treten beide Faktoren in Thätigkeit; und darnach ist die theoretische Erklärung ihrer Wirkung eine sehr einfache, ohne dass es so komplizirter und durchaus nicht einwandfreier Deutungsversuche bedarf, wie er z. B. für die Rolle des sich auf den Filtern niederschlagenden Eisenoxydhydrats gemacht worden ist.

Eine Lufteinwirkung auf das Wasser ist aber unter allen Umständen nothwendig; wenn in neuester Zeit Verfahren angegeben sind, die angeblich ohne eine solche, brauchbare Resultate liefern sollen, so ist dem gegenüber mit Bestimmtheit daran festzuhalten, dass bei ihnen doch eine Lüftung, wenn auch nur in geringem Umfange, stattfindet.

Von den Einzelheiten sei hervorgehoben, dass Referent unter Betonung der hohen hygienischen Bedeutung eines brauchbaren und billigen Verfahrens für den Kleinbetrieb das Dunbar'sche Eisenfilterfass, von dem er ein Modell vorführt, als ein allen Ansprüchen genügendes empfiehlt.

Die Ausführungen des Vortragenden wurden durch Demonstrationen mit dem Projektionsapparate und Modelle erläutert.

In der Diskussion erklärt sich Prof. Dr. **Proskauer** mit dem lichtvollen Ausführungen des Referenten auf Grund eigener Beobachtung in der Praxis völlig einverstanden. Gleichzeitig weist er auf die von ihm beobachtete Erscheinung hin, dass auch die Manganverbindungen Ursache von Rohr-Verstopfungen sein können. Um diese festzustellen, genüge die Uebergiessung des meist schwarzen Schlammes mit Salzsäure, worauf sich Chlorkrystalle bilden. Er bittet ihm ähnliche Fälle zur Kenntniss zu bringen.

Referent erwähnt, dass in Hamburg als Ursache von Mangan im Wasser die Benutzung von Reservoirs, die mit manganhaltigen Lack gestrichen waren, festgestellt sei.

H. Prof. Dr. **Proskauer** erwiedert, dass in dem von ihm beobachteten Fällen eine derartige Entstehungsursache nach der angestellten Ermittelung ausgeschlossen, sondern die Ursache lediglich im Mangangehalt des betreffenden Grundwassers gelegen habe.

Schluss der Sitzung: Nachmittags 3 Uhr. Im unmittelbaren Anschluss fand unter zahlreicher Betheiligung im grossen Festsaal des Savoy-Hôtels das Festessen statt, an dem von Anfang bis zum Schluss eine ausserordentlich frohbewegte Stimmung herrschte[1]). Abends 9 Uhr vereinigten sich die Theilnehmer in üblicher Weise bei Sedlmayr.

---

[1]) Nicht wenig trug hierzu bei das nachstehende, von dem anwesenden Kollegen Med.-Rath Dr. Behla-Luckau verfasste, während der Tafelrunde zur Vertheilung gelangte und gesungene humoristische Lied:

Kreisarztlied,

gewidmet den Männern der Prophylaxe.

1. Es giebt kein schöner Leben
Als das Kreisarztleben,
Wie es uns die Dienstanweisung schuf.
Für Gesundheit kämpfen
Und die Seuchen dämpfen,
Ist fürwahr ein herrlicher Beruf.
Kein Gebiet des Lebens,
Was nicht seines Strebens,
Was nicht läg im kreisärztlichen Sinn?
Alles soll er wissen, —
Was er nicht kann missen,
Steht im Rapmund und im Roth darin.

2. Akten registriren,
Schulen inspiziren,
Auch die Haltekinder — last not least.
Fleischbeschauer prüfen,
Hebeammen prüfen,
Revidir'n den Kreis von Ost nach West.
Montagskarten schreiben
Und Berichte schreiben,
Kreisarzt, ja, schriebst Dir die Finger blau,
Wenn nicht eine zweite
Stände Dir zur Seite,
Wenn nicht hilfe Dir die Kreisarztfrau.

3. Ohne mehr zu fragen
Fährt er auf dem Wagen
Hin, wo man erkrankte gruppenweis.
Grosse Macht geniesst er,
Schulen, Feste schliesst er,
Dislozirt Manöver aus dem Kreis.
Hoch den Kreisarzt ehrt man,
Titel ihm bescheert man,
Unserm Kirchner zollet Dank dafür;
Und zur Kasuistik,
Gleich auch zur Statistik,
Einen interessanten Fall nun höret Ihr.

4. Unter seinen Städten
Kreisarzt war gebeten
Zur Gesundheitskommission nach X.
Als er thät anlangen
Steht, ihn zu empfangen,
Auf der Bahn die Kommission in Wichs.
Drauf Begrüssungsrede,
Feierliche Rede,
Der Medizinalrath hört sie an.
Rings in der Eskorte
Führt man ihn zum Orte
Und die grande Besichtigung fängt jetzt an.

5. Erst geht es zur Schule
Inspizirt die Schule
Mit dem visus hygienicus,
Welche Luft inwendig!
Co2 prozentig.
Auf den Dielen wächst Merulius.
Welcher Luftraum Jeder!
Misst dann mit dem Meter,
Staunen da die Kommission verspürt;
Merkt's in Formulare,
In dem nächsten Jahre
Er ein neues Schulhau dekretirt.

6. Ueberall nachspüren,
Wo da nur stagniren
Die Gewässer, sei es noch so klein;
Geht von Ort zu Orte,
An gewisse Orte,
Mit der Ausweiskarte tritt er ein.
Ueberall hin zieht er,
Nasenflügel zieht er,
Runzelt die Glabella faltig schier,
Zieht sie immer dichter,
Meine Herren spricht er,
„Sanitaer bedenklich ist es hier."

7. Alles so erneut er —
Geht das immer weiter,
Steuert Kreisarzt munter auf sein Ziel;
Denn in wenigen Jahren
Auf den Formularen
Jeder preussische Kreis ist dann steril.
Fort sind wie zerstoben
Alle die Mikroben
Der Bacillus auch pyogenes,
Fort in weiter Ferne
Suchen mit Laterne
Wird sie später ein Diogenes.

8. Dann die Gräben alle
Fliessen wie Krystalle
Nur keimfreies Wasser hin und her!
Ach, welch' ein Entzücken
Fort sind Ratten, Mücken
Auch von Krebsen zeigt sich keiner mehr.
Nichts mehr Infektioeses,
Nichts mehr Kontagioeses.
Koch, er schliesst das Institut dann zu.
Fort Tuberkulose, —
Das bazillenlose
Zeitalter der Erde bringt dann Ruh.

9. Wird es Dir gelingen?
Kreisarzt, wirst's vollbringen?
Auf zum Kampfe. immer en vedette!
Tragen wir mit Würde,
Uns're schwere Bürde,
Euphorie, Kollegen, und es geht.
Kreisarzt nun der neue,
Ja in fester Treue
Für des Volks Gesundheit strebe er.
Aerzte hier im Kreise
Trinkt nach alter Weise
Auf das mächtige Wörtchen „Sanitaer".

Zweiter Sitzungstag, Sonnabend, den 14. September 1901.

Nach einigen, von dem **Vorsitzenden** betreffs der nach Schluss vorzunehmenden Besichtigungen gemachten Mittheilungen, wurde in die Tagesordnung eingetreten:

I. Ueber die Schutz- bezw. Desinfektionsmassregeln während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit.

H. Med.-Rath Prof. Dr. **Wernicke**, Direktor des hygienischen Instituts in Posen: Anknüpfend an das von dem Referenten in Gemeinschaft mit dem Herrn Kreisarzt Dr. Keferstein über die Formalindesinfektion bei der XVIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinal-Beamten-Vereins erstattetes Referat hebt derselbe noch einmal den Nutzen und die Bedeutung der nach Flügge'schen Prinzipien eingeführten Formalindesinfektion hervor und giebt dann einen kurzen historischen Rückblick über Schutz- und Desinfektionsmassnahmen während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit. Der beste Schutz gegen eine gemeingefährliche Krankheit sei die Immunisirung der Gesunden theils durch allgemeine hygienische Massnahmen, theils durch Immunisirung des einzelnen Individuums und rasche Heilung vermöge ätiologischer Therapie des Kranken. — Im Anschluss an die gewaltige Jenner'sche Entdeckung und in Fortführung der Gedanken dieser besten unerreichten Schutzmethode bei Pocken habe Pasteur zuerst in bewusster Weise spezifische Schutzmassnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten ersonnen, während Koch zunächst die Prophylaxe in der systematischen Ein- und Durchführung hygienischer Massnahmen im weitesten Sinne erstrebt habe, die sich theils auf die Vernichtung des Infektionsstoffes, theils auf prophylaktische Massnahmen bezogen. Koch's ungeheures Verdienst ist es, in zielbewusster Weise solche Bekämpfungsmassnahmen ersonnen zu haben, welche die vom Kranken ausgegangenen Infektionsstoffe wirklich vernichteten und entsprechend der Verbreitungsart der verschiedenen Infektionsstoffe angepasst waren.

Unabhängig von Koch und Pasteur, aber auf ihren und Binz Schultern stehend, hat Bering den Gedanken der inneren Desinfektion verfolgt und auf Löfflers, Roux und Yersin's Arbeiten fussend gegen die eigentlich krankmachenden Agentien, die Stoffwechselprodukte der Bakterien wahre Antikörper gefunden, welche bei Diphtherie und Tetanus die wirksamsten Schutzmassnahmen darstellen und bei der Diphtherie auch als sichere Heilmittel erkannt sind.

Aber nur bei den genannten exquisit toxischen Infektionskrankheiten scheint die innere Desinfektion durch spezifische Antikörper ihre Domäne zu haben; bei den septischen Infektionskrankheiten haben bisher analoge sicher wirkende Antikörper sich nicht auffinden lassen. — Hier scheint der Schutz, wie bei den Pocken, in der Verwendung von sog. aktiven Immunisirungsmethoden zu liegen, deren Wirksamkeit und Ungefährlichkeit für alle Verhältnisse noch nicht voll nachgewiesen ist. Indess steht zu hoffen, dass auch die von Pfeiffer zuerst genauer studirten antibakteriell wirkenden

Körper für Schutz und Immunisirung bei septischen Krankheiten werden Verwendung finden können. Es bestehe, wie uns die bewunderungswürdigen Arbeiten Ehrlich's lehren, das Vorhandensein streng gesetzmässiger Beziehungen zwischen spezifischen Reizen und dem Auftreten spezifischer Antikörper im Blute.

Anders geartet als die toxischen und septischen Krankheiten ist die Tuberkulose und hier hat der grosse Meister der Aetiologie und Prophylaxe eine Behandlungsmethode angegeben, die bei reinen und noch nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen von Tuberkulose bei methodischer Anwendung Erfolg verheisst, wie namentlich, um nur einige auf diesem Gebiete erfahrene Autoren zu nennen, die schönen Untersuchungen von Petruschki, Krause und neuerdings von Goetsch lehren. — Während wir hier weitere Erfolge abwarten dürfen, hat das Tuberkulin als Diagnosticum und somit als exquisites Schutzmittel gegen Tuberkulose allseitige Anerkennung gefunden, denn die frühzeitige Erkennung einer Krankheit ist die Basis für irgend welche medizinische Bestrebungen. Dass wir bezüglich unserer Schutz- und Desinfektionsmassnahmen bei Tuberkulose noch keineswegs volle Klarheit besassen, lehrt die neueste Koch'sche wichtige Feststellung von der Nichtidentität der Menschen- und Thiertuberkulose. Besteht die Ansicht zu Recht, und Referent steht durchaus auf Koch'schem Standpunkte, so ist die Prophylaxe der Tuberkulose unendlich viel einfacher und sicherer geworden und die erfolgreiche Bekämpfung der Tuberkulose in greifbare Möglichkeit gerückt.

Bei allen Infektionskrankheiten, und dazu gehört nach den neuesten Entdeckungen auch die Malaria, haben wir aber, gleichgültig, ob spezifische Schutz-Heilmethoden existiren oder nicht, nun noch gegen die Verbreitung der Krankheit besondere Verhütungs- und Desinfektionsmassnahmen anzuwenden und zwar haben diese Massnahmen sich genau nach der erkannten Verbreitungsart des Erregers der jedesmaligen Infektionskrankheit zu richten. Referent erörtert an einigen Beispielen diese Massnahmen und ihre Methodik, die in der neuen Dienstanweisung für die Kreisärzte eine ebenso vollendete, als praktisch ausführbare Darlegung erfahren haben. Die neue Dienstanweisung, welche dem Kreisarzte reichste Bethätigung als Gesundheitsbeamter ermöglicht, wird dazu beitragen, den Kampf gegen die Infektionskrankheiten zu einem siegreichen zu machen. Die ansteckenden Krankheiten, die einst als unvermeidbare himmlische Strafen angesehen wurden, treten zur Gruppe der vermeidbaren Krankheiten über. Ebenso wie es gelungen ist, die chirurgischen Infektionskrankheiten zu bannen, werden wir der inneren Infektionskrankheiten Herr werden. Unter Führung der Aerzte und der medizinischen Wissenschaft muss es gelingen, unter Mithülfe des Staats, der Kommunen und aller Bürger, die endemischen, weitverbreiteten Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Typhus, Scharlach etc. zu seltenen Krankheiten zu machen, wie es Pocken und Lepra bei uns heute geworden sind.

Eine Diskussion schloss sich an diesen Vortrag nicht an.

II. Bericht der Kassenrevisoren. Vorstandswahl.

Nach dem Bericht der Kassenrevisoren hat die Prüfung der Kassenbücher und der Kasse deren Richtigkeit ergeben; dem Kassenführer wird demgemäss auf Antrag der Kassenrevisoren Entlastung ertheilt.

Bei der Vorstandswahl wurden die bisherigen Vorstandsmitglieder, Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund sowie die Kreisärzte u. Med.-Räthe Dr. Fielitz und Dr. Elten durch Zuruf wiedergewählt; an Stelle der beiden ausscheidenden Mitglieder — Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Barnick und Geh. San.-Rath Dr. Wallichs —, die beide eine Wiederwahl abgelehnt hatten, wurden auf Vorschlag von Kreisarzt Dr. Schröder-Wollstein: Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke-Köslin und Prof. Dr. Strassmann-Berlin gewählt. Nachdem der Vorsitzende für seine und der beiden anderen früheren Vorstandsmitglieder Wiederwahl gedankt und den beiden ausscheidenden Vorstandsmitgliedern im Namen des Vereins den herzlichsten Dank für ihre langjährige und aufopfernde Thätigkeit ausgesprochen hatte, wurde nunmehr zur

III. Besprechung der Dienstobliegenheiten des Kreisarztes nach der neuen Dienstanweisung

übergegangen. An Stelle des leider durch Familientrauer verhinderten Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz wurde dieselbe von dem Vorsitzenden eingeleitet. Er erinnerte zunächst daran, dass bisher die amtliche Thätigkeit der Kreisphysiker in den verschiedenen Kreisen durchaus verschieden gewesen sei, je nach den besonderen Regierungspräsidialbestimmungen. Darin sei jetzt Wandel geschaffen, und zwar durch die neue, einheitlich für Preussen geltende Dienstanweisung. Entsprechend dem neuen Kreisarztgesetz habe diese aber ausserdem noch eine wesentliche Erweiterung der Amtsbefugnisse gebracht; denn dem Kreisarzt sei jetzt das Recht der eigenen Initiative zugestanden, während er früher in Bezug auf sein Eingreifen lediglich von dem Ermessen des Landraths abhing. Seine dienstlichen Aufgaben haben demgemäss an Ausdehnung und Bedeutung gewonnen. Von mancher Seite werde allerdings befürchtet, dass aus dieser Erweiterung der Befugnisse der beamteten Aerzte leicht Konflikte mit anderen Behörden, besonders mit den Ortspolizeibehörden entstehen könnten; der Vorsitzende hält diese Auffassung aber nicht für gerechtfertigt, denn es liege gar kein Grund vor, dass sich gerade die Kreisärzte Uebergriffe zu Schulden kommen lassen sollten. Uebergriffe seien ausserdem um so weniger zu befürchten, als den Medizinalbeamten wohl das Recht der Inittiative, aber, abgesehen von dem Eingreifen bei ansteckenden Krankheiten, nicht das Recht der Exekutive gegeben sei. Man dürfe nie ausser Acht lassen, dass die Gesundheitsgesetzgebung oft sehr einschneidende Massregeln verlange und dass es deshalb um so mehr nothwendig sei, nur solche in Vorschlag zu bringen, die sich bereits durch die praktische Erfahrung als wirksam erwiesen haben oder deren Wirksamkeit nach den wissenschaftlichen Untersuchungen zweifellos sei. Ein Missgriff in dieser Beziehung

während der ersten Zeit seiner Amtsthätigkeit lasse sich nur schwer wieder redressiren; es leide dadurch nicht nur die amtliche Autorität, sondern die Bestrebungen der öffentlichen Gesundheitspflege überhaupt Schaden. Etwaige Massregeln seien deshalb stets durch sorgfältig angestellte, alle Gesichtspunkte berücksichtigende Ermittelungen thunlichst unanfechtbar zu begründen, ihre Durchführung dann aber auch konsequent und zielbewusst, frei von jeder Unentschlossenheit und ängstlichen Nachgiebigkeit gegen Sonderinteressen anzustreben; denn gerade auf gesundheitlichem Gebiete sei nichts bedenklicher, als halbe Massregeln. Desgleichen könne eine Verwaltungsbehörde mit unbestimmten Vorschlägen, die mit allen ärztlichen Bedenken u. s. w. verklausulirt wären, nichts anfangen. Stets müsse der Kreisarzt mit seinen Vorschlägen den örtlichen Verhältnissen, liebgewordenen Gebräuchen und Gewohnheiten, sowie den zu Gebote stehenden Mitteln Rechnung tragen und über die Grenzen des unbedingt Nothwendigen nicht hinausgehen. Besonders empfehle sich ein taktvolles, schrittweises, ruhiges und nachhaltiges Vorgehen, während Uebereifer und überstürzende Ungeduld nur schade. Man dürfe sich auch nicht durch die scheinbare Undurchführbarkeit hygienischer Massregeln und die dagegen vorgebrachten Bedenken von vornherein abschrecken lassen; denn bei näherer Betrachtung seien diese oft gar nicht so erheblich. Umgekehrt solle man aber auch die Durchführung anscheinend geringfügiger Massnahmen wegen ihrer Unerheblichkeit nicht unterlassen, denn gerade auf dem gesundheitlichen Gebiete können oft aus geringen Ursachen die schwersten Folgen entstehen. Zum Schluss betont der Vorsitzende noch den Werth der Belehrung für die Durchführung hygienischer Massregeln; nach dieser Richtung müsse man sich besonders der Mitwirkung der Ortsgesundheitskommissionen versichern.

Diskussion.

Mit Bezug auf §. 39 der Dienstanweisung war die Frage gestellt, welche „Anstalten“ der Aufsicht des Kreisarztes unterstellt seien. Dr. **Hassenstein**-Greiffenberg weist hierbei darauf hin, dass mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Gefahren die Kreisärzte das Recht haben müssten, die Molkereien zu besichtigen; dieses Recht werde aber von den Molkereibesitzern bestritten. Der **Vorsitzende** betont, dass sich dieses Recht aus den §§. 77 und 79 der Dienstanweisung ergebe; im Uebrigen stehe dem Kreisarzt der Zutritt jeder Zeit nur zu solchen Anstalten zu, die unmittelbar seiner Aufsicht unterstellt seien, wie Apotheken, Krankenhäuser u. s. w.; halte er die Besichtigung anderer Oertlichkeiten für erforderlich, so könne dies nur unter Mitwirkung der Ortspolizeibehörde, oder nach besonderem Auftrage (z. B. bei höheren Schulen durch einen solchen des Provinzial-Schulkollegiums) geschehen. Kreisarzt Dr. **Peren**-Montjoie theilt mit, dass in seinem Regierungsbezirke die Kreisärzte angewiesen seien, eigens Dienstreisen zur Besichtigung der Molkereien zu unternehmen.

Die Frage zu §. 43, ob der Kreisarzt als Gerichtsarzt durch seinen Diensteid ein für alle Mal vereidigt sei, wird vom **Vorsitzenden** unter Hinweis auf die in dieser Hinsicht ergangenen höchstgerichtlichen Entscheidungen bejaht, vorausgesetzt, dass seine gerichtsärztliche Thätigkeit nicht ausserhalb seines Amtsbezirks in Anspruch genommen werde. H. Kreisarzt und Med.-Rath Dr. **Leppmann** theilt zwar diese Ansicht, betont jedoch, dass viele Richter eine neue Vereidigung bei jedem Einzelfall für nothwendig erachteten und es sich, um die Sache nicht aufzuhalten, schon aus Opportunitätsgründen empfehle, den Eid ruhig zu leisten.

Bei §. 45 wird es allgemein als wünschenswerth erklärt, dass auch die ärztlichen Vertreter ansässiger Aerzte gehalten sein sollen, sich bei dem Kreisarzt zu melden, um zu verhindern, dass Kandidaten der Medizin zur Vertretung von Aerzten angenommen werden. Allerdings würde sich mit Rücksicht auf die Fassung der Dienstanweisung dies nur durch eine entsprechende Polizeiverordnung ermöglichen lassen. Eine weitere Frage, ob ein Arzt zur Vorlegung des Doktordiploms durch die Ortspolizeibehörde gezwungen werden könne, wird bejaht.

Betreffs der im §. 57 vorgeschriebenen Ermittelungen bei Erkrankungen und Todesfällen im Wochenbett betonte der Vorsitzende, dass man an dieser Bestimmung nicht rütteln solle; sie sei nicht nur im öffentlichen gesundheitlichen Interesse geboten, sondern auch im Interesse der Hebammen selbst, die der Kreisarzt nicht selten gegen falsche Beschuldigungen in Schutz nehmen müsse. Von verschiedenen Rednern wurde bei dieser Gelegenheit noch darauf hingewiesen, dass man bei derartigen Ermittelungen die Wöchnerin thunlichst mit persönlichen Vernehmungen verschonen müsse und solche jedenfalls nur dann vornehmen dürfe, wenn es ohne Schädigung ihrer Gesundheit möglich sei.

Eine sehr lebhafte Debatte entspann sich bei §. 69 (Ortsbesichtigungen). Die vom Vorsitzenden vertretene Ansicht, dass Besichtigungen kleinerer Ortschaften auch bei Gelegenheit von Dienstreisen wegen Feststellung ansteckender Krankheiten u. s. w. vorgenommen werden könnten, da dann die Bevölkerung am ersten zur Durchführung hygienischer Massregeln geneigt sei, wurde vielfach mit dem Hinweis widersprochen, dass dazu in der Regel die Zeit fehle und es auch bedenklich sei, dass der Kreisarzt, der an solchen Tagen infizirte Häuser besichtigt habe, noch andere derartige Besichtigungen vornehme. Der Vorsitzende lenkte hierbei die Aufmerksamkeit auf die Aufgaben, die der Kreisarzt in der Kleinstadt- und der ländlichen Hygiene in Hinsicht auf die Wasserversorgung und die Abfallbeseitigung zu erfüllen habe. Er betonte, dass hygienisch sichere Brunnen schon für wenig Geld zu beschaffen seien und deshalb auch von weniger bemittelten Haus- und Hofbesitzern verlangt werden könnten. Oft komme es nur darauf an, zunächst einen oder mehrere Besitzer zu veranlassen, sich einen brauchbaren Brunnen bauen zu lassen; dann wirke der Trieb der Nachahmung. Viel gesündigt werde bei der Anlage von Dunggruben, worüber man sich um so mehr wundern müsse, als dadurch der nothleidenden Landwirthschaft Hunderttausende von Mark verloren gingen. Hier müssten die landwirthschaftlichen Vereine aufklärend wirken. Nicht sorgfältig genug könne der Amtsarzt bei Ortsbesichtigungen an Orten, wo ansteckende Krankheiten vorgekommen sind, vorgehen. Bei einzelnen Typhusfällen sei zu beachten, dass diese meist nicht mit Brunnenverunreinigung zusammenhängen; hier handele es sich in der Regel um Einschleppung. Vermuthe man aber eine Infektion des Brunnens, dann solle man eine eingehende Untersuchung desselben in Bezug auf Bauart, Lage u. s. w. vornehmen, und ihn demgemäss auch aufdecken lassen, da man nur dann zu einem sicheren Ergebniss kommen könne. Die noch immer häufig angeordneten chemischen Untersuchungen des Wassers seien in den meisten Fällen überflüssig.

Im Anschluss an §. 82 (Bekämpfung und Verhütung gemeingefährlicher Krankheiten) entspann sich eine längere Debatte darüber, ob und inwieweit ein Kreisarzt auch ohne besonderen Auftrag bei den ersten Fällen von anderen Infektionskrankheiten, als den im Abs. 3a dieses Paragraphen genannten Krankheiten, Ermittelungen an Ort und Stelle vornehmen könne. Die Ansichten gingen hier ziemlich weit auseinander, es stellte sich ausserdem heraus, dass in verschiedenen Regierungsbezirken die generelle Anordnung getroffen war, dass der Kreisarzt bei jedem ersten Typhusfall in einem Orte aus eigener Initiative die erforderlichen Ermittelungen anzustellen habe.

Nicht minder lebhaft war die Diskussion über die Meldung von Todesfällen in Folge von ansteckenden Krankheiten, die unter den jetzigen Verhältnissen, so lange eine obligatorische Leichenschau nicht bestehe, gar nicht zuverlässig zu erstatten sei. Von den Standesämtern erhalte man derartige Meldungen zu spät; die Aerzte seien dazu aber nur in wenigen Bezirken verpflichtet. Der Vorsitzende theilt mit, dass sich die im Regierungsbezirke Minden durch Polizeiverordnung getroffene Bestimmung, wonach der

Haushaltsvorstand u. s. w. die Genesung oder das Ableben und an einer ansteckenden Krankheit Erkrankten der Polizei zu melden und diese die Meldung sofort an den Kreisarzt weiter zu geben habe, gut bewährt habe.

Es folgte nunmehr eine sehr eingehende Besprechung über die Mitwirkung des Kreisarztes bei der hygienischen Ueberwachung der gewerblichen Anlagen (§. 93). Im Mittelpunkte stand hierbei die Frage, ob und inwieweit der Kreisarzt berechtigt ist, Gewerbebetriebe zu betreten. Das Ergebniss der Debatte war, dass der Kreisarzt zweifellos in solchen Fällen hierzu berechtigt ist, wenn es sich um die Feststellung einer ansteckenden Erkrankung handelt; in allen anderen Fällen hat er dagegen gemeinsam mit dem Gewerbeinspektor einen Betrieb zu besuchen oder zuvor von der Ortspolizeibehörde den Auftrag zur Besichtigung der Fabrik auszuwirken. Ohne Weiteres stehe ihm jedenfalls nicht das Recht zu, einen gewerblichen Betrieb, z. B. zu seiner Information, zu besichtigen. Es wird hierbei noch besonders betont, dass durch eine vor Kurzem erlassene Verfügung des Herrn Handelsministers die Gewerbeinspektoren angewiesen sind, etwaige Ansuchen des Kreisarztes auf gemeinschaftliche Besichtigungen gewerblicher Betriebe stets stattzugeben.

Nicht minder lebhaft war die Debatte über die Frage, ob bei der Konzessionirung gewerblicher Anlagen der Kreisarzt für die von ihm verlangten Gutachten Gebühren beanspruchen könne. Eine Einigung wurde in dieser Hinsicht nicht erzielt und schliesslich die Debatte abgebrochen, da eine ministerielle Entscheidung über diese Frage in kürzester Zeit zu erwarten steht.

Nachdem noch über die Mitwirkung des Kreisarztes bei der Wiedereröffnung einer Schule (§. 96), über den Begriff „amtsärztlicher Gebühren“ (§.115) debattirt war, wurde auf eine Anfrage erwidert, dass soweit ältere Bestimmungen mit denjenigen der Dienstanweisung in Widerspruch stehen, jene als aufgehoben zu betrachten seien. Betreffs des nach §. 46 der Dienstanweisung einzureichenden Verzeichnisses über Kurpfuscher (Formular IV) wurde auf die Schwierigkeit hingewiesen, sich das erforderliche Material zu verschaffen, weil gemeinhin nur zum Theil diejenigen Personen bekannt seien, die ohne Approbation gewerbsmässig die Behandlung Kranker betreiben. Es sei deswegen nothwendig, diese Personen durch Gesetz oder Verordnung allgemein dazu zu verpflichten, dass sie sich beim Kreisarzt melden müssen. Der Vorsitzende theilt mit, dass in seinem Bezirk eine solche Polizeiverordnung bestehe und sich bewährt habe; die Befürchtung, dass die Kurpfuscher durch die Meldepflicht an Ansehen gewonnen haben, sei nicht eingetreten. Durch dies Verfahren erhalte man auch einen interessanten Einblick in die Zeugnisse der Pfuscher über ihre angebliche Vorbildung. Schliesslich wurde noch darauf aufmerksam gemacht, dass das nach der Dienstanweisung einzureichende Verzeichniss der Geburten (Formular V) nicht mit demjenigen der Hebammenbücher übereinstimme und letzteres demgemäss eine Abänderung bedürfe.

Der Vorsitzende schloss hierauf die Debatte, indem er nochmals der Staatsregierung den Dank für den Erlass der Dienstanweisung aussprach und die Anwesenden bat, sich als Zeichen des Dankes von ihren Plätzen zu erheben. (Geschieht.)

Der letzte Gegenstand der Tagesordnung bildete der Antrag der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin, betreffend die

V. Heranziehung der Medizinalbeamten zu den Umlagen der Aerztekammern.

Der **Vorsitzende** führte aus, dass sich der Kassenbedarf der Aerztekammern aus Aufwendungen für sächliche Ausgaben (Sitzungen, Tagegelder, Drucksachen u. s. w.), für die ärztlichen Ehrengerichte und schliesslich aus Aufwendungen für das ärztliche Unterstützungswesen zusammensetze. Da die beamteten Aerzte nicht den Ehrengerichten unterstehen, so sei es auch

billig, dass sie von der Umlage der Aerztekammer insoweit befreit werden, als daraus die Kosten für die Ehrengerichte bestritten werden. Der Vorstand des Vereins sei aber der Ansicht, dass es den Medizinalbeamten mit Rücksicht darauf, dass sie jetzt pensionsfähig sind und auch Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung haben, überlassen sein müsse, ob sie zu Unterstützungszwecken an die Aerztekammerkasse Beiträge zahlen wollen oder nicht. Der Vorstand schlage deshalb vor, den Antrag der Stettiner Medizlnalbeamten in diesem Sinne zu erweitern.

Die Versammlung erklärte sich auf Antrag des Geh. Med.-Raths Dr. Wiedner-Kottbus mit diesem Vorschlage einverstanden.

Der **Vorsitzende** schloss hierauf (2 Uhr Nachmittags) die Sitzung, indem er nochmals für die zahlreiche Betheiligung seinen Dank aussprach.

Nachmittags 3 Uhr fand eine **Besichtigung der Erholungsstätten vom Rothen Kreuz** zu Pankow und Schönholz statt.

Bildung eines deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Protokoll über die am 2. Juli 1901 im Hôtel Bristol in Frankfurt a. M. abgehaltene Deligirten-Versammlung deutscher Medizinalbeamten.

Anwesend sind als Delegirte:

1. Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden, Vorsitzender und Vertreter des Preussischen Medizinalbeamtenvereins, sowie mit der Vertretung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins beauftragt.
2. Bezirksarzt Dr. Flinzer-Plauen i. V., Vertreter des Medizinalbeamtenvereins im Königreich Sachsen.
3. Kreisarzt und Medizinalrath Dr. Lehr-Darmstadt, Vertreter des Medizinalbeamtenvereins im Grossherzogthum Hessen.
4. Stadtphysikus Dr. Roth-Braunschweig, Vertreter der Medizinalbeamten des Herzogthums Braunschweig.
5. Kreisphysikus und Medizinalrath Dr. Richter-Dessau, Vertreter der Medizinalbeamten im Herzogthum Anhalt.
6. Kreisarzt Dr. Steinmetz-Strassburg i. E. } Vertreter der Medizinalbeamten in Elsass-Lothringen.
7. Kreisarzt Dr. Hecker-Weissenburg i. E. }

Ausserdem:

8. Bezirksarzt und Medizinalrath Dr. Kürz-Heidelberg.
9. Kreisarzt und Geh. Med.-Rath Dr. Grandhomme-Frankfurt a. M.
10. Kreisarzt und Medizinalrath Dr. Klingelhöffer-Frankfurt a. M.
11. Gerichtsarzt Dr. Roth-Frankfurt a. M.
12. Kreisarzt und Medizinalrath Dr. Beinhauer-Höchst (bei Frankfurt a. M.).
13. Dr. Grünwald, prakt. Arzt, staatsärztlich approbirt, Frankfurt a. M.

I. H. Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund, von dem die Einladungen zu der Versammlung im Namen des Preuss. Medizinalbeamtenvereins ausgegangen sind, übernimmt unter Zustimmung aller Anwesenden den Vorsitz. Er begrüsst zunächst dieselben, spricht ihnen seinen Dank für ihr Erscheinen aus und schlägt H. Dr. Grünwald zum Schriftführer vor, der sich zur Uebernahme dieses Amtes bereit erklärt hat. (Es erfolgt kein Widerspruch). Hierauf giebt der Vorsitzende einen kurzen Ueberblick über die Vorgeschichte der Bestrebungen, einen Deutschen Medizinalbeamtenverein ins Leben zu rufen.

Danach sind Anregungen hierzu schon vor Jahren theils von preussischen Medizinalbeamten, theils von Medizinalbeamten anderer Bundesstaaten ausgegangen, die aber anfangs, namentlich im Preussischen Medizinalbeamtenverein, auf keinen fruchtbaren Boden fielen, weil man hier der Frage nicht eher ernstlich näher treten wollte, als bis die seit Jahrzehnten in Preussen angestrebte und in Aussicht gestellte Medizinalreform zur Durchführung gelangt war. An sich standen jedoch die preussischen Medizinalbeamten der Frage von Anfang an durchaus sympathisch gegenüber, wie dies nicht nur daraus klar erhellt, dass der Preuss. Medizinalbeamtenverein dieselbe sofort nach Erfüllung jener Vorbedingung im Jahre 1899 wieder aufgegriffen hat, sondern vor allem auch aus seinem schon im Jahre 1897 gefassten Beschlusse, durch welchen den Medizinalbeamten und pro physicatu approbirten Aerzten in den anderen deutschen Bundesstaaten die Berechtigung zum Beitritt in den Verein eingeräumt wurde. Von dieser Berechtigung haben inzwischen eine verhältnissmässig grosse Zahl ausserpreussischer Medizinalbeamten — z. Zeit etwa 140 — Gebrauch gemacht, der beste Beweis dafür, dass der Gedanke eines Zusammenschlusses aller deutschen Medizinalbeamten zu einem Vereine immer mehr Anhänger gefunden hat. Die Ursache hiervon ist jedenfalls darin zu suchen, dass sich die Reichsgesetzgebung immer mehr auf das öffentliche Gesundheitswesen ausgedehnt und in Folge dessen die Thätigkeit der Medizinalbeamten auf gesundheitlichem Gebiete fast ebensoviele gemeinsame Berührungspunkte gefunden hat, wie dies in Folge der für das ganze Reich geltenden Justizgesetze auf gerichtsärztlichem Gebiete bereits seit Jahren der Fall ist. Sämmtliche deutsche Bundesstaaten sind im Preussischen Medizinalbeamtenverein durch Mitglieder vertreten, die einen mehr, die anderen weniger; aus Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Anhalt, Sachsen-Coburg-Gotha und den kleineren Fürstenthümern gehören z. B. entweder alle oder fast alle Medizinalbeamten dem Vereine an, während sich denselben aus den Königreichen Bayern und Sachsen bisher nur einige Medizinalbeamten angeschlossen haben.

Das Bedürfniss, sich einem grösseren Vereine anzugliedern, ist erfahrungsgemäss in den kleineren Bundesstaaten ein lebhafteres; es besteht aber nicht minder in den grösseren Staaten, nur wird hier mit Recht als Vorbedingung für den Anschluss ein über das ganze Reich sich erstreckender Verein verlangt. Dass diese Ansicht zutreffend ist und dass mit Bildung eines derartigen Vereins demselben auch die Medizinalbeamten aus denjenigen Bundesstaaten, die sich bisher dem preussischen Medizinalbeamtenverein gegenüber noch reservirt verhalten haben, beitreten werden, geht aus den zahlreichen zustimmenden Antworten hervor, die auf die im Vorjahre stattgehabte Umfrage betreffs Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins und auf die diesjährige Einladung zur Theilnahme an einer Delegirten-Versammlung erfolgt sind. In denjenigen Bundesstaaten, in denen z. Z. bereits Medizinalbeamtenvereine bestehen — Preussen, Sachsen, Hessen, Baden und Mecklenburg-Schwerin haben mit Ausnahme von dem Badischen Medizinalbeamtenverein alle anderen ihre volle Zustimmung zu der beabsichtigten Vereinsbildung erklärt. Dasselbe gilt aber im Allgemeinen auch betreffs der Medizinalbeamten in den meisten übrigen Bundesstaaten — Bayern, Württemberg, Oldenburg, Braunschweig, Sachsen-Weimar, Sachsen-Coburg-Gotha, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Altenburg, den kleineren Fürstenthümern, freien Hansastädten und Elsass-Lothringen — in denen Landesvereine noch nicht vorhanden sind und bei denen sich deshalb die Umfragen und Einladungen vorläufig auf einzelne Medizinalbeamten beschränken mussten. Die Antworten derselben lauten fast ausnahmslos zustimmend, und wenn die heutige Versammlung nicht so zahlreich besucht ist, wie nach diesen Antworten erwartet werden konnte, so liegt die Ursache hauptsächlich darin, dass es leider manchem der betreffenden Medizinalbeamten in Folge von Dienstgeschäften, Badereisen u. s. w. nicht möglich gewesen ist, der Einladung Folge zu leisten; sie haben aber fast sämmtlich ihr Nichterscheinen mit dem Wunsche entschuldigt, dass die heutige Berathung günstig verlaufen und zur Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins führen möge.

Der Vorsitzende geht nunmehr auf das Ergebniss der Vorverhandlungen in Bezug auf Zweck und Organisation des neuen Vereins ein. Danach ist der anfangs gefasste Gedanke, den Preussischen Medizinalbeamtenverein einfach in einen deutschen umzuwandeln, von dem Augenblicke an, als in den Jahren 1899/1900 der Angelegenheit wieder ernstlich näher getreten ist, fallen

gelassen; denn sowohl die preussischen Medizinalbeamten, als diejenigen in den Bundesstaaten, in denen Medizinalbeamtenvereine bereits bestehen, legen Werth darauf, dass durch die Bildung des Deutschen Vereins die betreffenden Landes- und Bezirksvereine nicht berührt werden und es deren Mitgliedern überlassen bleibt, ob sie dem neuen Verein beitreten wollen oder nicht. Diese Ansicht entspricht auch den Wünschen der Medizinalbeamten in denjenigen Bundesstaaten, in denen bisher noch keine Landesvereine vorhanden sind; man wünscht hier ausserdem, dass die Bildung von Landesvereinen nicht etwa als Vorbedingung für den Beitritt zum Deutschen Medizinalbeamtenverein gemacht wird, eine Forderung, die jedenfalls voll berechtigt ist, so wünschenswerth an sich auch das Bestehen von Landesvereinen ist. Die Bildung derselben muss aber lediglich Sache der Medizinalbeamten der Einzelstaaten sein.

Während nun den Landesvereinen nach wie vor die Erörterung der durch die Landesgesetzgebung bedingten speziellen Fragen und namentlich die Wahrnehmung der Interessen der Medizinalbeamten vorbehalten bleibt, soll der Hauptverein den Zweck haben, durch Vorträge und Austausch persönlicher Erfahrungen eine Verständigung über wichtige allgemeine hygienische, gesundheitspolizeiliche und gerichtsärztliche Fragen unter Berücksichtigung der Reichsgesetzgebung herbeizuführen, um dadurch auch einen gewissen Einfluss auf den weiteren Ausbau der einschlägigen Gesetzgebung zu erlangen. Dieser Zweck soll durch das Abhalten von jährlichen Hauptversammlungen, und zwar mit ständigem Wechsel des Ortes, also in Form von Wanderversammlungen, erreicht werden, da es diese den Vereinsmitgliedern nicht nur ermöglichen, im Laufe eines gewissen Turnus ohne grosse Kosten an einer solchen Versammlung theilzunehmen, sondern ihnen auch weit ausgiebigere Gelegenheit zu lehrreichen Besichtigungen geben, als bei stehender Tagung an ein und demselben Orte. Ausserdem kann auf diese Weise der mehrfach geäusserte Wunsch Berücksichtigung finden, dass die Jahresversammlungen in unmittelbarem Anschlusse an diejenigen des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege abgehalten werden möchten, damit die Vereinsmitglieder bequemer und ohne grosse Kosten an beiden Versammlungen theilnehmen können. Auch dem Ansehen des Vereins werden Wanderversammlungen nur zum Vortheil gereichen, insbesondere wird das Interesse für seine Verhandlungen dadurch in weiten Kreisen wachgerufen.

Wesentliche Bedenken sind eigentlich von Niemanden gegen die beabsichtigte Bildung des betreffenden Vereins erhoben; die von einer Seite gehegte Befürchtung, es könne dadurch das Verhältniss der beamteten Aerzte zu den praktischen Aerzten eine Trübung erfahren, erscheint nicht begründet; jedenfalls ist eine solche durch die bereits bestehenden Medizinalbeamtenvereine bisher nicht eingetreten.

Der Vorsitzende schliesst hiermit seine Ausführungen. Er betont, dass nach den Vorverhandlungen die Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins jedenfalls als zweckmässig und wünschenswerth bezeichnet werden müsse und in den betheiligten Kreisen sicherlich freudig begrüsst werden würde. Hoffentlich werde das Ergebniss der heutigen Berathung demjenigen der Vorverhandlungen entsprechen und demzufolge der Grundstein zu dem neuen Verein gelegt werden!

II. Dem Vorschlage des Vorsitzenden gemäss wird nunmehr in die Berathung eingetreten und zwar zunächst über die allgemeine Frage: ob die Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins angezeigt sei?

H. Dr. **Richter** glaubt, dass über die Zweckmässigkeit eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins wohl kaum ein Zweifel bestehen könne; die Bildung desselben sei aber seines Erachtens nicht nur wünschenswerth, sondern sogar nothwendig; denn mit Rücksicht auf die neuere Reichsgesetzgebung sei die Zahl der gemeinsamen Gesichtspunkte im Interesse für die Medizinalbeamten so gewachsen und wachse von Tag zu Tag immer mehr, dass eine Erörterung derselben in einem das ganze Deutsche Reich umfassenden Verein dringend nöthig sei.

H. Dr. **Hecker** stimmt den Ausführungen beider Vorredner in allen Punkten bei; auch er hält die Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins für nöthig und hofft, dass derselbe auch einen segensreichen Einfluss

auf die Organisation des Medizinalwesens in den einzelnen Bundesstaaten ausüben werde.

Der **Vorsitzende** führt demgegenüber aus, dass die Organisation des Medizinalwesens lediglich Sache der einzelnen Bundesstaaten, also der Landesgesetzgebung sei und ihre Besprechung daher nicht vor das Forum des neuen Vereins gehöre. An diesem Grundsatze müsse seines Erachtens auch festgehalten werden; ebenso wie die Reichsgesetzgebung aber erfahrungsgemäss einen indirekten Einfluss auf die Gestaltung der Landesgesetzgebung ausübe — er erinnere z. B. an den Ausbau des Gewerbeaufsichtswesens — so würden voraussichtlich auch die Wünsche und Beschlüsse des neuen Vereins nicht ohne einen derartigen indirekten Einfluss bleiben.

H. Dr. **Kürz** hält die Gründung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins ebenfalls für wünschenswerth und nothwendig. Bekanntlich seien die Verwaltungs- und Gemeindebehörden im Allgemeinen nothwendigen hygienischen Forderungen gegenüber nicht immer sehr entgegenkommend, desgleichen fehle in der Bevölkerung auch das erforderliche Verständniss dafür. Hier könne durch die Verhandlungen und Erörterungen in einem grossen Deutschen Medizinalbeamtenverein Wandel und sehr viel Gutes im Interesse der allgemeinen Wohlfahrt geschaffen werden; ganz abgesehen davon, dass diese auch sehr wesentlich zur Klärung von strittigen Fragen beitragen würden.

Die erste **Frage nach der Zweckmässigkeit und Nothwendigkeit eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins** wird hierauf von der Versammlung **einstimmig bejaht** und als **Zweck des Vereins** bestimmt: den Medizinalbeamten Gelegenheit zu gegenseitiger Annäherung zu bieten sowie durch Vorträge und Austausch persönlicher Erfahrungen eine Verständigung über wichtige Fragen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens und der gerichtlichen Medizin herbeizuführen.

III. Der **Vorsitzende** leitet nunmehr die Besprechung über die zweite **Frage**: die **Zusammensetzung des neuen Vereins, Beitrittsberechtigung** u. s. w. ein. Er nimmt hierbei auf seine früheren Ausführungen Bezug und hebt nochmals hervor, dass durch den Verein die Landesvereine hinsichtlich ihrer Organisation und Kompetenz keineswegs beeinträchtigt werden dürften. Die Befürchtung, dass diese durch den Deutschen Verein gleichsam in den Hintergrund gedrängt werden und an Bedeutung verlieren könnten, theilt er nicht, sondern glaubt im Gegentheil, dass ihnen durch jenen ein grösserer Rückhalt erwachsen und ein Anstoss zu festerem Zusammenschluss gegeben werden würde. Desgleichen stehe zu erwarten, dass sich künftighin auch in den grösseren Bundesstaaten, in denen noch keine Landesvereine vorhanden sind, solche bilden werden, ein jedenfalls nicht zu unterschätzender Vortheil. Jedenfalls müsse der Beitritt **allen** Medizinalbeamten freistehen, gleichgültig ob sie Mitglieder eines Landesvereins sind oder nicht; desgleichen müsse es lediglich dem Landesverein überlassen bleiben, ob sie alle ihre Mitglieder zum Beitritt anmelden, also in corpore beitreten, oder jedem einzelnen Mitgliede den Beitritt anheimstellen wollen.

Diese Ausführungen fanden allseitige Zustimmung.

H. Dr. **Flinzer** macht jedoch darauf aufmerksam, dass dem sächsischen Medizinalbeamtenverein auch die an Taubstummen-, Erziehungs-, Irren- und dergl. Anstalten angestellten Aerzte, also strenggenommen nicht eigentliche Medizinalbeamte angehören, während die Gerichts- und Polizeiärzte, die meist staatsärztlich approbirt seien, nicht Mitglieder des Landesvereins werden können. Demzufolge könne der dortige Verein nicht in corpore dem neuen Verein beitreten.

Der **Vorsitzende** erwidert hierauf, dass der Beitritt eines Vereins in corpore selbstverständlich nur dann zulässig sein könne, wenn die Vorbedingungen für die Aufnahme in diesen Verein den für die Aufnahme in den neuen Verein festzusetzenden entsprächen. Deshalb sei es nothwendig, sich vor Allem über die Frage der **Beitrittsberechtigung** schlüssig zu machen. In dieser Hinsicht solle man die Grenzen nicht zu eng ziehen und nicht nur allen staatlichen Medizinalbeamten und staatsärztlich geprüften Aerzten, sondern auch den Professoren der Hygiene, gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, sowie den an gerichtsärztlichen und hygienischen Instituten fest angestellten Aerzten das Recht zum Beitritt einräumen; ihre Mitgliedschaft könne dem Verein nur zum

Vortheil gereichen, da Praxis und Wissenschaft Hand in Hand gehen müssten. Auch Direktoren öffentlicher Irrenanstalten, sowie die von Gemeinden angestellten Stadt- und Kommunalärzte müssten beitrittsberechtigt sein.

H. Dr. Grandhomme bemerkt, dass z. B. die Armenärzte auch Kommunalärzte seien und dass es sich deshalb empfehle, diesen Begriff enger zu begrenzen. Er schlägt vor, die Beitrittsfähigkeit einmal von der Beamtenstellung, und zweitens von dem Nachweis der bestandenen staatsärztlichen Prüfung abhängig zu machen.

Der Vorsitzende ist mit dem ersteren Vorschlage einverstanden; die zweite Vorbedingung hält er aber für die als Beamte fest angestellten Aerzte nicht für nöthig; bloss durch Vertrag oder auf Kündigung angestellte Armenärzte seien hierher nicht zu rechnen.

H. Dr. Kürz erwähnt, dass dem badischen Medizinalbeamtenverein auch praktische Aerzte beitreten können, ohne dass sie die staatsärztliche Prüfung bestanden haben; er stellt anheim, ob diesen nicht auch in dem neuen Verein der Beitritt gewährt werden solle.

H. Dr. Hecker spricht sich dagegen aus; beim Eintritt einer grossen Anzahl derartiger Mitglieder liege zweifellos die Befürchtung vor, dass die eigentlichen Ziele des Vereins bei Seite geschoben werden könnten.

H. Dr. Flinzer bezweifelt, dass die praktischen Aerzte überhaupt grosses Interesse und genügendes Verständniss für die Thätigkeit der Medizinalbeamten haben.

Der Vorsitzende hielt die allgemeine Zulassung der praktischen Aerzte ebenfalls für bedenklich; bei einem Ueberwiegen derselben könne es schliesslich vorkommen, dass bei den Verhandlungen und Beschlüssen des Vereins nicht die Ansichten der Medizinalbeamten, sondern die der praktischen Aerzte zum Ausdruck kämen, dem Publikum und den Behörden gegenüber würden sie aber gleichwohl als Meinung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins gelten.

H. Dr. Hecker antwortet auf eine bezügliche Anfrage, dass die Kantonalärzte in Elsass-Lothringen keine volle Beamtenstellung einnehmen, sondern nur Armenärzte mit gewissen sanitätspolizeilichen Funktionen seien; sie würden demgemäss nur aufnahmeberechtigt sein, wenn sie die kreisärztliche Prüfung bestanden hätten.

Der Vorsitzende zieht aus der Debatte den Schluss, dass nach Ansicht der Versammlung zum Beitritt berechtigt sein sollen: alle Medizinalbeamten, auch die im Gemeindedienst als solche fest angestellten mit voller Beamteneigenschaft, ferner die Professoren der Hygiene, gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, die an hygienischen, gerichtsärztlichen und psychiatrischen Instituten festangestellten Aerzte, die Direktoren öffentlicher Irrenanstalten, sowie alle staatsärztlich approbirten Aerzte, und dass Landesvereine in corpore dem neuen Verein nur dann beitreten können, wenn die Aufnahme ihrer Mitglieder unter gleichen Voraussetzungen erfolgt.

Die Versammlung erklärt sich mit dieser Auffassung einstimmig einverstanden.

IV. Es wird hierauf zur Berathung über die Versammlungen des Vereins geschritten. Der Vorsitzende schlägt vor, alljährlich eine auf zwei Verhandlungstage zu berechnende Hauptversammlung abzuhalten, deren Zeit und Ort der Vorstand bestimmt. Bei der Auswahl der Versammlungsorte soll auf die Gelegenheit zu instruktiven Besichtigungen Rücksicht genommen und ausserdem Zeit wie Ort so geregelt werden, dass die Mitglieder im Anschluss daran die Jahresversammlung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege besuchen können. Ferner soll der Vorstand zur Einberufung ausserordentlicher Versammlungen berechtigt und dazu auch verpflichtet sein, wenn eine solche von mindestens 50 Mitgliedern beantragt ist und ebenso viele Mitglieder ihr Erscheinen zugesagt haben.

H. Dr. Klingelhöffer meint, dass jährliche Versammlungen zu häufig seien; es genüge, wenn diese ein Jahr um das andere stattfänden.

H. Dr. Richter hält dagegen die Abhaltung jährlicher Versammlungen für unbedingt nöthig, um stets in Fühlung mit den Fortschritten nicht nur der

jetzt in Fluss gebrachten Gesundheitsgesetzgebung, sondern auch der Wissenschaft zu bleiben. Die Erörterung wichtiger Tagesfragen, die niemals fehlen würden, dürfe nicht auf die lange Bank geschoben werden.

Der **Vorsitzende** ist der gleichen Ansicht. Namentlich empfehle es sich, in der ersten Zeit nach Gründung des Vereins alljährlich zu tagen; sollte später Versammlungsmüdigkeit eintreten oder es an Verhandlungsstoff mangeln, dann könne man leicht ein Jahr überschlagen.

Die Versammlung beschliesst einstimmig im Sinne der Vorschläge des Vorsitzenden.

V. Betreffs der Geschäftsordnung des Vereins (Beschlussfassung, Abstimmungsmodus u. s. w.) ist man allgemein der Ansicht, dass die Erörterung dieser Frage besser einer besonderen, für die Ausarbeitung der Satzungen einzusetzenden Kommission überlassen bleibe; als Grundlage hierfür könnten die Satzungen der bestehenden Medizinalbeamtenvereine, insbesondere des preussischen dienen.

VI. Eine lebhafte Debatte erhebt sich dagegen über die Wahl und und Zusammensetzung des demnächstigen Vereinsvorstandes. Der **Vorsitzende** schlägt vor, dass in dem Vorstande die grösseren Bundesstaaten — Preussen, Bayern, Sachsen, Württemberg, Hessen, Mecklenburg und die Reichslande durch mindestens je ein Mitglied vertreten sein müssten, während die übrigen Bundesstaaten einen oder mehrere gemeinschaftliche Vertreter in den Vorstand zu wählen hätten. Auch dürfe zu erwägen sein, ob die Wahl der einzelnen Vorstandsmitglieder nicht besser von den Medizinalbeamten der betreffenden Staaten vorgenommen werde.

H. Dr. **Kürz** kann sich mit diesem Vorschlage nicht einverstanden erklären; die in ihm enthaltene Berücksichtigung der einzelnen Bundesstaaten geht ihm zu weit. Nach seiner Ansicht muss der ganze Vorstand in der Hauptversammlung von allen Mitgliedern gewählt werden.

H. Dr. **Flinzer** ist der gleichen Ansicht; da z. B. in Sachsen die staatsärztlich approbirten Aerzte dem dortigen Medizinalbeamtenverein nicht angehören könnten, so würde es für die sächsischen Mitglieder des Hauptvereins mit Schwierigkeiten verknüpft sein, für sich eine Vorstandswahl zu Stande zu bringen.

H. Dr. **Grandhomme** befürchtet, dass nach dem Vorschlage des Vorsitzenden der Vorstand aus zu vielen Mitgliedern bestehen und dadurch die Geschäftsleitung sehr erschwert würde. Man solle deshalb lieber den Vorstand weniger zahlreich machen und ihm das Recht zur Kooptation ähnlich wie beim Aerztevereinsbunde einräumen.

Der **Vorsitzende** ist damit einverstanden, betont jedoch, dass seiner Ansicht nach die grösseren Bundesstaaten in dem Vorstande durch je einen, die kleineren durch gemeinschaftliche Vertreter vertreten sein müssten; ob dies durch direkte Wahl oder durch Kooptation erfolge, sei gleichgültig.

H. **Grandhomme** stimmt diesen Ausführungen bei und macht folgenden Vorschlag: Der Vorstand besteht aus 10 in der Hauptversammlung zu wählenden Mitgliedern, die fünf weitere Mitglieder zu kooptiren und Vorsitzenden sowie Schrift- und Kassenführer aus ihrer Mitte zu wählen haben. Sämmtliche Königreiche und die sonstigen grösseren Bundesstaaten müssen in ihm durch eigene, die kleineren Bundesstaaten durch gemeinschaftliche Vorstandsmitglieder vertreten sein.

Der Vorschlag wird einstimmig angenommen.

VII. Betreffs des zu erhebenden Beitrages ist man allgemein der Ansicht, dass dieser in der Hauptversammlung festzusetzen sei; trete ein Landesverein in corpore bei, so sei auch die Abführung der Beiträge im Gesammtbetrage an den Hauptverein abzuführen. Der **Vorsitzende** ist der Ansicht, dass bei Beibehaltung der Zeitschrift für Medizinalbeamte als Vereinsorgan der jetzige Beitrag von 12 Mark auch ferner genügen werde.

H. Dr. **Lehr** führt aus, das es seitens der hessischen Medizinalbeamten jedenfalls mit Freuden begrüsst werden würde, wenn die Zeitschrift für Medizinalbeamte als Vereinsorgan angenommen werde. Dieselbe wolle Niemand missen, und wenn schon jetzt so viele Medizinalbeamten in den einzelnen Bundesstaaten dem preussischen Medizinalbeamtenverein beigetreten seien, so sei dies in erster Linie der Zeitschrift zu verdanken, die in hervorragender Weise dem Bedürfnisse des Medizinalbeamten Rechnung trage und nicht nur die spezifisch

preussischen einschlägigen Angelegenheiten und Interessen, sondern auch die in Betracht kommenden Verhältnisse in anderen Bundesstaaten berücksichtige. Er bittet deshalb, ausdrücklich zu erklären, dass die Zeitschrift für Medizinalbeamte für den Deutschen Medizinalbeamtenverein in gleicher Weise als Vereinsorgan zu dienen habe, wie bisher für den preussischen Verein.

Dieser Antrag wird einstimmig angenommen, nachdem sich noch mehrere der Anwesenden (Kürz, Grandhomme, Hecker u. s. w.) in gleichem Sinne ausgesprochen haben.

H. Dr. Richter stellt nunmehr den Antrag, „die Bildung eines Deutschen Medizinalbeamtenvereins durch die heutige Versammlung als beschlossen anzusehen" und begründet diesen damit, dass es nach den langjährigen Verhandlungen und deren Ergebniss gar keinen Zweck habe, nochmals eine Vorberathung durch Delegirte anzusetzen, die schliesslich doch zu demselben Beschlusse führen werde. Sämmtliche in Betracht kommende Vorfragen seien vollständig geklärt und über alle ein volles Einverständniss erzielt; umsomehr sei es daher angezeigt, heute nicht ohne endgültigen Beschluss auseinander zu gehen.

Die Herren Dr. Kürz, Dr. Lehr, Dr. Flinzer, Dr. Roth und Dr. Hecker schliessen sich diesen Ausführungen in allen Punkten an; desgleichen der Vorsitzende, der anfangs einige Bedenken gegen einen derartigen Beschluss geäussert hatte. Der Antrag gelangt hierauf einstimmig zur Annahme.

Betreffs der weiteren Behandlung der Angelegenheit wird schliesslich auf Vorschlag des Vorsitzenden beschlossen:

1. Das Protokoll über die heutige Verhandlung soll zunächst den Theilnehmern der Versammlung zur Durchsicht und etwaigen Berichtigung und hierauf auch den nichterschienenen eingeladenen Medizinalbeamten zugeschickt werden mit der Anheimgabe, es ebenfalls zu unterzeichnen, falls sie mit den heute gefassten Beschlüssen einverstanden sind. Erst dann soll eine Veröffentlichung des Protokolls stattfinden.
2. Die Verhandlung soll allen bestehenden Medizinalbeamtenvereinen sowie allen beitrittsberechtigten sonstigen Medizinalbeamten und Aerzten zugeschickt und diese gleichzeitig durch ein Rundschreiben zum Beitritt in den Verein aufgefordert werden mit dem Bemerken, dass derselbe am 1. Januar 1902 in's Leben trete und die beigetretenen Mitglieder gegen den Jahresbetrag von 12 Mark von diesem Zeitpunkte ab das Vereinsorgan unentgeltlich erhalten.
3. Die erste Hauptversammlung soll im nächsten Jahre stattfinden und dieser die bis dahin auszuarbeitenden Satzungen zur Beschlussfassung vorgelegt werden.
4. Der Vorsitzende wird beauftragt, vorläufig die erforderlichen Geschäfte weiter zu führen sowie für die Verwirklichung der vorstehenden Beschlüsse Sorge zu tragen. Zu diesem Zwecke sowohl, wie zur Ausarbeitung der Satzungen soll er eine Anzahl Medizinalbeamten um ihre Unterstützung ersuchen und mit diesen den vorläufigen Vorstand bilden.

Nachdem sodann Herr Dr. Kürz im Namen der Anwesenden dem Vorsitzenden für die Leitung der heutigen Versammlung sowie für seine mit Erledigung der Vorverhandlungen verbundene grosse Mühewaltung gedankt hat, wird die Versammlung von dem Vorsitzenden mit dem Wunsche geschlossen, dass die heute gefassten Beschlüsse in den Kreisen der Medizinalbeamten allseitige Zustimmung finden und sich als segensreich für diese erweisen mögen.

Schluss: 12 Uhr Mittags.

Dr. Rapmund, Vorsitzender. **Dr. Grünwald,** Schriftführer.

Dr. **Beinhauer**-Höchst a. M., Dr. **Flinzer**-Plauen i. V., Dr. **Grandhomme**-Frankfurt a. M., Dr. **Hecker**-Weissenburg i. E., Dr. **Klingelhöffer**-Frankfurt a. M., Dr. **Steinmetz**-Strassburg i. E., Dr. **Kürz**-Heidelberg, Dr. **Lehr**-Darmstadt, Dr. **Richter**-Dessau, Dr. **Roth**-Braunschweig, Dr. **Roth**-Frankfurt a. M.

Einverstanden mit den vorstehenden Beschlüssen:

Geh. Hofrath Dr, **Engelbrecht**, Med.-Rath u. Mitglied des Ober-Sanitätskollegiums in Braunschweig, Ober-Med.-Rath Dr. **Flinzer**, Bezirksarzt in Chemnitz,

Dr. **Franz**, Bezirksarzt in Schleiz (Reuss j. L.), Dr. **Eschenburg**, Geh. Hofrath in Detmold, Prof. Dr. **Gumprecht**, Med.-Rath in Weimar, San.-Rath Dr. **Hartwig**, Kreisphys. in Korbach, Geh. Ober-Med.-Rath Dr. **Krieger** in Strassburg i. Els., Med.-Rath Dr. **Koestlin**, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart, Ober-Med.-Rath Dr. **Lesenberg**, Kreisphys. in Rostock, Geh. Reg.- u. Ober-Med.-Rath Dr. **Philipp** in Gotha, Med.-Rath Dr. **Reincke** in Hamburg, Geh. Med.-Rath Dr. **Ridder** in Bückeburg, Physikus Dr. **Riedel** in Lübeck, Ober-Med.-Rath Dr. **Ritter** in Oldenburg, San.-Rath Dr. **Scheube**, Physikus in Greiz (Reuss ä. L.), Dr. **Waibel**, Bezirksarzt in Kempten (Bayern), San.-Rath Dr. **Weichardt**, Bezirksarzt in Altenburg.

Tagesnachrichten.

Bezugnehmend auf die in Nr. 17, S. 592 gebrachte Notiz über das dem Landtage voraussichtlich vorzulegende **preussische Seuchengesetz** bemerken wir noch, dass dieses sich nicht nur auf die Anzeigepflicht der einheimischen Infektionskrankheiten, sondern mit Rücksicht auf die Bestimmungen des Reichsseuchengesetzes auch auf die Entschädigungspflicht erstrecken wird.

Die **Unterstellung der ärztlichen Vereinen angehörigen Medizinalbeamten unter die in diesen Vereinen statutarisch vorgesehenen besonderen ärztlichen Ehrengerichte** hat der Herr Minister durch folgenden Erlass an den Aerztekammerausschuss als unzulässig erklärt:

„Es ist zu meiner Kenntniss gekommen, dass in den Satzungen von Aerztevereinen vielfach die Bestimmung vorgesehen ist, dass die sämmtlichen Mitglieder, also auch die dem Verein angehörenden Medizinalbeamten, einem besonderen statutarischen Ehrengerichte unterstellt sind. Es wird darauf hingewiesen, dass sich hieraus für die Medizinalbeamten, welche nach §. 2 des Gesetzes vom 25. November 1899 nicht einmal der Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte, sondern ausschliesslich dem staatlichen Disziplinarverfahren unterstehen, Unzuträglichkeiten ergeben können, zu deren Vermeidung es angezeigt erscheine, eine Aenderung in den Vereinssatzungen eintreten zu lassen.

Vor weiterer Entschliessung über die angeregte Frage ist es mir erwünscht, eine Aeusserung des Aerztekammerausschusses darüber zu erhalten, ob nach dem Inkrafttreten des Gesetzes betreffend die ärztlichen Ehrengerichte vom 25. November 1900 sich dergleichen ehrengerichtliche Sonderbestimmungen nicht überhaupt oder wenigstens bezüglich der Medizinalbeamten erübrigen dürften, und ob — eventuell auf welchem Wege — es angezeigt erscheint, bei den Vereinen auf eine Aenderung der Satzungen hinzuwirken. Ich ersuche den Aerztekammerausschuss, sich über diese Angelegenheiten zu äussern."

Dem in der letzten Session des Landtages gefassten Beschluss, betreffs **Nichteinziehung der Stempelsteuergebühr bei Verleihung des Titels „Sanitätsrath" und „Geheimer Sanitätsrath"** an praktische Aerzte ist jetzt, wie aus dem in der heutigen Beilage (s. S. 227) mitgetheilten Erlass des Herrn Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 31. August d. J. hervorgeht, stattgegeben. Die Verleihung wird von jetzt ab stempelfrei geschehen; eine Entscheidung, für welche die betheiligten Kreise der Königlichen Staatsregierung sicherlich vom Herzen dankbar sein werden.

Ernennung. An Stelle des verstorbenen Generalstabsarztes der Armee, Dr. v. Coler, ist Generalarzt Prof. Dr. v. Leuthold unter Belassung als Leibarzt des Kaisers und Verleihung des Ranges als Generalleutnant zum Generalarzt der Armee, Chef des Sanitätskorps und der Medizinalabtheilung des Kriegsministeriums, sowie zum Direktor der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ernannt.

Feuerbestattung in Spanien. Mittelst Königlicher Verfügung vom 8. August 1901 ist der Stadtverwaltung von Madrid die Genehmigung zur Erbauung eines Krematoriums ertheilt. Der Erlass hat folgenden interessanten

Wortlaut: „Angesichts der unterm 2. Juli d. J. erstatteten Meldung des Ministeriums wird die Erbauung eines Krematoriumsofens für Leichname gestattet, der unter Benutzung der letzten Fortschritte der Wissenschaft zur Befriedigung der kommunalen Bedürfnisse in Zeiten von Epidemien und zur Einäscherung der Reste dienen soll, welche sich in den gemeinsamen (Massen-) Gräbern der Friedhöfe finden, und dessen sich ausserdem alle Familien, die es wünschen, bedienen dürfen. Die Erbauung von Krematorien ist von wahrer Nothwendigkeit aus vielen hygienischen Gründen, die aufzuzählen hier nicht nöthig ist, weil sie allgemein bekannt sind. Krematorien besitzen die Friedhöfe der Haupt- und wichtigen Städte vieler Nationen; sie sind angenommen worden durch die Senatoren und Abgeordneten aller Parteien, die an den Verhandlungen über die verschiedenen, vom Königlichen Gesundheitsrath befürworteten Sanitätsgesetze in den spanischen Kammern theilgenommen haben; sie können bei ernsten Gelegenheiten, wenn die Befürchtung herrscht, dass eine exotische ansteckende Krankheit sich entwickeln möge, Dienste von höchstem Werthe für das öffentliche Wohl leisten und ebenso bei den Massengräbern der Friedhöfe; sie müssen als ein wahrhafter Fortschritt erachtet werden, der weder präjudizirt, noch irgend ein achtungswerthes Gefühl verletzt, welcher Natur es auch sei. Aus diesen Gründen hat der König, und in seinem Namen die Königin Regentin für gut befunden, zu verfügen, dass die Verwaltung dieser Hauptstadt zur Annahme des gedachten Systems zur Zerstörung organischer Ueberreste bevollmächtigt werde."

Die **Deutsche Gesellschaft für Volksbäder** wird ihre diesjährige Hauptversammlung im Sitzungssaal des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und zwar gegen Ende Oktober abhalten. — Anmeldungen zu Vorträgen und zur Mitgliedschaft werden erbeten an die Geschäftstelle der Gesellschaft Berlin NW. 6, Karlstrasse 19.

Auf der am 4. und 5. September d. J. in Hannover abgehaltene, **31. Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins** sind folgenden die Medizinalbeamten interessirenden Anträge angenommen:

1. Der Vorstand wird beauftragt, wegen des ungesetzlichen Bezuges von Arzneimitteln seitens der Krankenanstalten aller Art, sowie Krankenkassen aus Drogenhandlungen und Fabriken bei der Reichsregierung vorstellig zu werden und geeignete Massnahmen gegen dieses ungesetzliche Treiben zu empfehlen (Antrag des Kreises Mittelschlesiens).

2. Der Vorstand des Deutschen Apothekervereins wird beauftragt, beim Deutschen Reichstage dahin vorstellig zu werden, dass statt des bisher gültigen Verzeichnisses der nicht dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel ein solches der freigegebenen herausgegeben werde (Antrag des Kreises Zwickau).

3. Bildung eines Taxausschusses, der u. A. eine Ergänzungstaxe in Anlehnung an die badische Ergänzungstaxe herausgeben solle, mit einem Anhange für die Preise der gangbaren Spezialitäten (Antrag Nassau).

4. Der Vorstand wird beauftragt, bei der Staatsregierung dahin zu wirken, dass auf das Dispensirrecht der Thierärzte, soweit sie es bis jetzt besitzen, die Bestimmungen über die ärztlichen Hausapotheken Anwendung finden (Antrag des Kreises Königsberg i. N.).

5. Der Vorstand wird ersucht, zu dem Vorgehen der Krankenkassen Stellung zu nehmen und alle diejenigen Kollegen und Vereinigungen derselben, welche im Streite mit Krankenkassen bedrängt werden, auf ihren Wunsch in jeder Beziehung und möglichst weitgehend zu unterstützen.

Dagegen wurde ein Antrag des Kreises Magdeburg, betreffend die Zulassung weiblicher Hülfskräfte mit geringerer Vor- und Ausbildung in den Apotheken nach Art der Diakonissinnen und zwar nur für die Dauer des augenblicklich bestehenden Nothstandes, abgelehnt, und ein Antrag des Kreises Marienwerder, wonach der Vorstand des Deutschen Apothekervereins beauftragt werden sollte, bei der Regierung dahin vorstellig zu werden, dass den ohne Gehülfen arbeitenden Besitzern gestattet werde, „auch ohne besondere Genehmigung der Bezirksregierung einen Lehrling halten zu dürfen", mit Rücksicht auf die bereits vom Vorstande unternommenen Schritte zurückgezogen.

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

14. Jahrg. 1901.

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.

Die Typhusepidemie in Remscheid von 1900.

Von Kreisarzt Dr. Räuber, Hülfsarbeiter bei der Königlichen Regierung in Düsseldorf, bisher Kreisphysikus der Kreise Lennep und Remscheid.

Das plötzliche Auftreten einer grösseren Typhusepidemie in der auf Felsen gebauten Stadt Remscheid, welche sich bisher durch nur unbedeutende Zahlen in der Statistik ansteckender Krankheiten auszeichnete, dürfte von allgemeinem Interesse sein, so dass eine genauere Schilderung der 1900 zum Ausbruch gekommenen Epidemie gerechtfertigt erscheinen mag.

Die Stadt Remscheid unterscheidet sich von anderen Städten ihrer Grösse durch ihre besondere Lage und Bauart. Sie bildet kein geschlossenes Ganze, sondern besteht, wie die meisten Städte im bergischen Lande, aus Häusergruppen und Häuserreihen, welche selbst in den bebautesten Strassen noch von Gärten oder unbebauten Flächen unterbrochen sind. Der Stadtkreis hat einen Flächenraum von 3160 ha, einen Durchmesser von 8 bis 11,4 km, und eine Einwohnerzahl von 58108. Das Stadtgebiet breitet sich über 3 Berge aus, von denen der am meisten bebaute, die innere Stadt tragend, 365,7 m hoch gelegen ist, während die tiefste Senkung bei Müngsten nur 108 m hoch liegt. Geologisch besteht Remscheid hauptsächlich aus Lenneschiefer mit einer verschieden starken Decke aus Lehm, der jedoch an steilen Abhängen oft so vollständig weggespült ist, dass die Felsen als nackte Grate hervortreten. Es ist daher auch erklärlich, dass sich Wasserreichthum nur in den den Stadtkreis umrahmenden und theilweise ihn durchschneidenden Thälern findet, auf der Höhe liefern die meistens tief in den Felsen eingesprengten Brunnen nur geringes und nicht

einwandfreies Wasser und versiegen im Sommer bei trockener Witterung gänzlich. Da die Industrie sich auf die Berge zog, musste die Stadt mit Wasserleitung versehen werden, welche in dem Wasserwerk mit der Thalsperre im Eschbachthal ihren Anfang nimmt (vergl. Nr. 1 der Zeitschrift; 1900).

Unterleibstyphus kam in Remscheid in jedem Jahre vor, meistens, trotz des endemischen Charakters, nur in vereinzelten Fällen.

Es wurden gemeldet 1890: 35 (2 todt), 1891: 35 (5), 1892: 17 (4), 1893, 1894 und 1895: nur vereinzelte Fälle, 1896: 6 (2).

Ein Typhusherd entwickelte sich im Jahre 1897 in der Gegend von Rosenhügel und Lohborn, wo etwa 20 Personen erkrankten und 2 starben. Man schenkte diesen Erkrankungen keine grosse Bedeutung.

Im Verlauf des Jahres 1898 wurden vom ganzen Kreise nur 13 Erkrankungen und 1 Todesfall gemeldet.

Das Jahr 1899 steht dagegen schon mit 77 amtlich gemeldeten Erkrankungen und 3 Todesfällen da, welche sich nach den Meldungen über das ganze Jahr von Februar bis Dezember vertheilen. Wie ich aber aus Zeitungsnachrichten erfuhr, herrschte von Mitte Juni eine Epidemie in den Ortschaften Struck, Neuberghausen, Grossberghausen und Neuenhof, welche allein 60 bis 70 Fälle aufwies.

Der dort hauptsächlich behandelnde Arzt schreibt hierüber:

„Der erste Typhuskranke zeigte sich in dem Hause Neuberghausen 11, in demselben Hause hatte auch das Jahr zuvor ein Typhuskranker gelegen. Zunächst erkrankten in diesem Hause von Woche zu Woche im Ganzen noch etwa fünf Personen, während sich auch ungefähr zur selbigen Zeit zahlreiche Erkrankungen in der Nachbarschaft einstellten. Etwa 14 Tage nachher traten auf Struck zahlreiche Typhusfälle auf; in einem Hause (Nr. 11) erkrankten nacheinander 10 Personen. Im Ganzen sind von mir auf Struck 20 Personen, auf Neuberghausen und Neuenhof 18, auf Grossberghausen und Neuenhaus 10 Personen an Typhus behandelt worden. Ich glaube im Jahre 1899 etwa 60—70 Fälle behandelt zu haben. In Grossberghausen hatten ein oder längstens zwei Jahre vorher in einem Hause vier Fälle von Typhus gelegen, darunter zwei sehr schwere. Die im Keller befindlichen Zysternen stellten sich damals als verunreinigt heraus.

Ich will noch erwähnen, dass auf den Stellen, wo in Neuberghausen die ersten Typhusfälle in diesem Jahre, i. c. 1899, auftraten, nur Neubauten stehen, und dass dementsprechend dort grössere Ausschachtungen vorgenommen worden waren; weiter liegen die Häuser, in denen Typhuserkrankungen aufgetreten sind, in einer ganz graden Linie, welche auf Neuenhaus beginnt, unter Neuenhof, Neuberghausen, Struck nach Grossberghausen geht und dort endet.

Ich habe übrigens ausserdem im verflossenen Jahre noch etwa fünf Typhoide behandelt, welche zerstreut lagen, theils auf Rosenhügel, theils in der Stadt bis zur Blumenstrasse hin.

Bei einem Falle wurde mir die Mittheilung gemacht, dass der betr. Patient an der Thalsperre einige Zeit vorher aus dem Flussbett Wasser getrunken habe. Von sämmtlichen Fällen sind drei gestorben, davon zwei, welche dem Krankenhause überwiesen worden waren."

Trotzdem es an einer Anregung nicht fehlte, wurde seitens des Bürgermeisteramtes sowohl im Jahre 1897, als auch diesmal die Unterstützung durch einen Medizinalbeamten nicht beliebt; das Wasser eines verdächtigen Brunnens wurde von dem Chemiker für gut erklärt und der behandelnde Arzt, wie der mit der Unter-

suchung betraute Polizeikommissar sprachen die Meinung aus, dass die Krankheitserreger aus anderen Gegenden mit dem Winde (!) aufgenommen und in der Richtung über Neuenhof, Neuberghausen, Struck und Grossberghansen ausgestreut worden seien, da in fast allen Häusern Wasserleitung vorhanden war. Von Schulkindern fehlten noch Ende Juni aus Neuberghausen 35 in der Schule.

Das Jahr 1900 wies im Anfange nur wenig Typhusfälle aut, im März einen, Ende April zwei. Erst in den Wochen vom 17. bis 23. Juni sind 1, 24.—30. Juni 3, 1.—7. Juli 12 Fälle zu verzeichnen; dann wuchs die Zahl der Erkrankungen sehr schnell an und zwar, wie die Tabelle ausweist, vom 8.—14. Juli mit 51, vom 15.—21. Juli mit 81, vom 22.—28. Juli 35 Fällen, um dann allmählich wieder abzunehmen. Die Erkrankungen waren am zahlreichsten in der Zeit vom 9.—21. Juli, in welchen Tagen allein 118 Personen erkrankten. Diese Massenerkrankung rief in Remscheid Bestürzung hervor. Die Sanitätskommission wurde am 20. Juli einberufen und nun wurde der Kreisphysikus, der Kreiswundarzt und andere medizinische Sachverständige mit der Ortsbesichtigung und Untersuchung der Seuche betraut.

Schon in der Sitzung der Sanitätskommission wurde die Wasserleitung als die verhängnissvolle Ursache beschuldigt, obwohl in derselben versichert wurde, dass das Wasser gut sei und bei der letzten Untersuchung am 9. Juli nur 21 Keime in 1 ccm gezeigt habe. Der genannte Verdacht blieb aber auf der Wasserleitung haften und hat sich durchaus bestätigt. Schon das plötzliche, explosionsartige Auftreten der Epidemie musste dafür sprechen, dass die Infektion gleichzeitig den Erkrankten durch ein zum allgemeinen Genuss dienendes Mittel zugeführt war. Dazu kam der Umstand, dass die Erkrankungen über die ganze Stadt zerstreut, wie ausgesät, waren, was sich besonders gut beim Einzeichnen der Fälle in den Stadtplan nachweisen liess. Die Fälle waren derart zerstreut, dass sich in jeder Strasse nur einer oder nur vereinzelte Fälle, jeder mit einer anderen Hausnummer, fanden. Ferner kam der Umstand hinzu, dass Leute, welche in Remscheid beschäftigt waren, ohne daselbst zu wohnen, sich infizirt hatten; es erkrankte z. B. ein Eisenbahnheizer, welcher die Remscheider Strecke befuhr und das Remscheider Leitungswasser getrunken hatte, ebenso Arbeiter, welche aus dem Kreise Lennep in Remscheid zur Arbeit gingen. Auch Alter und Beruf der Erkrankten liessen keine Ausnahme erkennen, kein Alter wurde verschont und die Berufe waren die mannigfaltigsten; Milch und Nahrungsmittel waren als Infektionsquelle auszuschliessen. Die Familien, in denen Typhus auftrat, hatten die Milch von den verschiedensten Milchbauern bezogen, welche ausserhalb Remscheids in seuchefreien Gegenden wohnten. Auch die recht häufig vorhandene Stagnation der Schmutzwässer in den Gossen Remscheids konnte die Ursache nicht sein und in den Häusern, in denen sich Brunnen befanden, diente das Wasser derselben nur zum Schrubben oder zum Gebrauch für die kleineren Fabrikationsbetriebe. Diese Häuser waren ebenfalls an die Wasserleitung angeschlossen. Ort-

schaften des Stadtkreises Remscheid oder Höfe, welche nicht an die Wasserleitung angeschlossen waren, blieben verschont, so Ueberfeld, Neuenhaus, Küppelstein, Baisiepen, Birgden, Tente u. a., kurz, das Typhusfeld deckte sich genau mit dem Wasserleitungsfeld.

Die bakteriologische Untersuchung des Wassers aus verschiedenen Stellen ergab übereinstimmend bei drei Untersuchern (Kruse, Markwald, Räuber), dass die Wasserproben der Bacheinlässe und besonders der Stauweihers verhältnissmässig nur eine geringe Keimzahl aufwiesen, während die Proben aus der Wasserleitung in der Stadt und aus dem Pumpbrunnen 400 000 Keime und mehr in 1 ccm lieferten.

Wenn auch der Tag zur Untersuchung ungünstig war — die Gelatine verflüssigte sich bei der grossen Hitze und musste durch Eis gekühlt werden — so war der Zahlenunterschied zwischen dem Wasser des Stauweiher und der Bacheinlässe einerseits und dem Wasser des Pumpbrunnens anderseits sehr bemerkenswerth, und wenn auch Typhusbazillen nicht gefunden wurden, so war doch durch die Untersuchung bewiesen, dass eine Verunreinigung des Leitungswassers zwischen Thalsperre und Pumpbrunnen stattgefunden haben musste.

Dies war auch in der That der Fall. Man hatte schon seit längerer Zeit das Wasser nicht oder nur in geringem Masse aus dem Stauweiher entnommen, um den Inhalt der Thalsperre möglichst hoch zu halten, und statt dessen, da die Stollenanlage unterhalb der Thalsperre nicht genug Grundwasser lieferte, die Berieselung der Wiesen der Stollen und der Filtergallerie mittelst der Wässer aus dem Borner Bach, dem Lenneper Bach, dem Löfringhauser Bach und aus dem Tentebach vorgenommen. Von diesen Zuflüssen ist der Tentebach jedenfalls derjenige gewesen, der den Schaden anrichtete. Dieser erhält etwa 12 Zuflüsse. Nach ihm entwässern die Ortschaften Neuenhof, Baisiepen, Struck, Neuberghausen, Tente, Birgden. Seine Umgebung ist sehr bebaut, zum Theil liegen Aborte in seiner unmittelbaren Nähe, auch befinden sich in seiner Nachbarschaft Wiesen, welche öfters gejaucht werden. Dieser Bach mündet unterhalb der Thalsperre in einen Zierteich, auf welchem sich Schwäne und Enten aufhalten und fliesst dann neben den oberen Stollenwiesen an einer besuchten Gastwirthschaft (Mebusmühle) vorbei. Unterhalb dieser Gastwirthschaft hatte man sein Wasser noch besonders durch ein Wehr abgesperrt und durch einen besonderen Kanal den unteren in der Nähe der Pumpstation gelegenen Stollenwiesen zugeführt. Die oben aufgeführten, an dem Tentebach liegenden Ortschaften waren es aber gerade, welche im Jahre 1899, wie bereits erwähnt, eine nicht unbedeutende Typhusepidemie aufwiesen.

Die Epidemie von 1900 hat viele Familien heimgesucht und manches Leben dahingerafft. Unter den ersten Fällen befand sich ein junger Mann aus Görlitz, welcher sich im Fieberdelirium Mitte Juni erhängte. Ganze Familienmitglieder erkrankten und ich bin davon überzeugt, dass die Zahl der Kranken mit den leichten

Fällen eine erheblich grössere gewesen ist als gemeldet. Es starben nach den amtlichen Meldungen 13 Personen.

In öffentlichen Bekanntmachungen wurde vor dem Genuss des Wassers der noch vielfach vorhandenen Zysternen und der Brunnen gewarnt und schliesslich angerathen, das Leitungswasser nur in gekochtem Zustande zu geniessen. Mehr als alles dies nützte aber wohl folgende Massregel. Das Wasser der verhältnissmässig unverdächtigen Bonner und Lenneper Bacheinlässe, welches man bisher direkt in das Brunnengebiet geleitet hatte, liess man nun in den Stauweiher laufen und das Wasser des so undankbaren Tentebaches schaltete man durch Einsetzen des Schiebers in den Kanal von dem Berieselungsgelände aus. Dies geschah schon am 20 Juli. Hierauf hörte die Epidemie allmählich auf, nur noch eine geringere Zahl von Fällen wurde bis Ende des Jahres gemeldet. Um einer Wiederholung der Epidemie vorzubeugen beschloss man eine Sandfilteranlage an der Pumpstation anzulegen und etwaige Zuflüsse vorher zu reinigen. Eine eigentliche Filterung bestand bisher überhaupt nicht, denn in dem sogenannten Filterthurm war ursprünglich wohl eine Filterung vorgesehen, aber nicht zur Ausführung gelangt. Die Wiesen der Stollenanlage hatten durch ihre Berieselung eine ausreichende Filterung nicht erzielt. Bei dem zunehmenden Wasserkonsum wird man ausserdem nicht umhin können, eine zweite Thalsperre für Remscheid anzulegen. Bis dahin muss man das Wasser des unverdächtigen Stauweihers zur Berieselung der Wiesen benutzen.

In der nachstehenden Tabelle sind die Anzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle nach den Tagen der Erkrankungen eingezeichnet, ferner nach den Aufzeichnungen der meteorologischen Station in Lennep die höchsten Tagestemperaturen und die Niederschlagsmengen mit den Regentagen und den Gewittern. Man sieht hieraus, dass starke Gewitter und Regengüsse Ende Juni, besonders am 26. Juni herrschten, und man wird nicht fehlgehen anzunehmen, dass durch diese heftigen schnell fallenden Niederschläge — am 25. Juni dauerte das Gewitter von 2 Uhr 20 bis 3 Uhr Nachmittags an, worauf heftiger Regen folgte, der bis zum 27. Juni 11 Uhr fast ununterbrochen anhielt, so dass in den Tagen des 25., 26. und 27. die Niederschlagsmenge 50,5 mm betrug — allerlei Schmutztheile und auch damit Typhusbazillen aus dem Typhusgebiet des Vorjahres fortgespült und durch den Tentebach in das Pumpgebiet geführt worden sind. Etwa 14 Tage nachher brach der Typhus in Remscheid allgemein aus. Diese Zeit entspricht durchaus der Inkubationszeit für den Abdominaltyphus. Man kann annehmen, dass der Hauptschub der Infizirung des Leitungswassers am 26. Juni stattfand; die vorhergehenden Regengüsse mögen auch schon verunreinigend gewirkt haben, wodurch sich die Erkrankungen vom 9. Juli an erklären würden; war doch auch die vorhergehende Zeit vom 12. Juni an reich an Niederschlägen. Die hohen Sommertemperaturen, welche gerade in der Woche der häufigsten Erkrankungen ihren Höhepunkt erreichten, und welche von einem Theile der Bürgerschaft Remscheids für

die Seuche verantwortlich gemacht wurden, kann man nicht einmal als begünstigende Nebenursache ansehen, da die Inkubation der Typhuserkrankung mehrere Wochen erfordert; wohl aber kann man annehmen, dass, wenn der verunreinigte Zustand des Leitungswassers weiter fortbestanden hätte, der Genuss dieses Wassers in ungekochtem Zustande während der heissen Tage zu noch weiteren zahlreichen Erkrankungen Veranlassung gegeben hätte.

Die geschilderte Typhusepidemie in einer durch eine Thalsperre versorgten Stadt könnte geeignet sein, die Trinkwasserversorgung durch Thalsperren überhaupt in Missachtung zu bringen. An solchen Stimmen hat es auch nicht gefehlt; man hat u. a. eine Thalsperre mit einem stagnirenden See verglichen. Es wäre aber sehr kurzsichtig, wollte man die Remscheider Epidemie als Beweis für die Unzweckmässigkeit der Trinkwasserversorgung durch Thalsperren heranziehen. In der vorstehenden Schilderung ist es deutlich ausgesprochen, dass die Verunreinigung des Leitungswassers durchaus nicht mit der Thalsperre in Zusammenhang stand. Man hatte ja leider nicht das unverdächtige Thalsperrenwasser benutzt, sondern verunreinigte Zuflüsse, den Tentebach, ohne Rücksicht darauf, dass in seiner Umgebung im Vorjahre eine Typhusepidemie geherrscht hatte. Sein Wasser wird von der Thalsperre gar nicht aufgenommen, sondern vielmehr direkt dem Gelände am Sammelbrunnen besonders zugeleitet. Man hatte sich offenbar darauf verlassen, dass die Riesel- oder Filterwiesen Kraft genug besässen, um diese unterhalb der Sperre mündenden Wässer zu reinigen. Dies war aber nicht der Fall. Sei es, dass in den Rieselwiesen eine zu schnelle Absaugung stattfand und die filtrirende Erdschicht Spalten oder Risse bekam, sei es dass die Verunreinigung mit der durch Regengüsse herbeigeführten Ueberfluthung eine zu massige war; das Versagen der Rieselwiesen erscheint mir zweifellos. Auch das Abfangen der am oberen Ende des Thals gelegenen Bachwässer und die Zuleitung derselben in geschlossenen Rohrleitungen ohne Passiren des Staubeckens hat m. E. keinen Vortheil gehabt. Man glaubte gerade hierdurch reines Wasser abzufangen und man wollte das eigentliche Thalsperrenwasser nur benutzen, wenn jene oberen Quellen nicht ausreichten.

Fortgesetzte Untersuchungen des Wassers in bakteriologischer Hinsicht haben aber ergeben, dass das Thalsperrenwasser sehr wohl dem Grundwasser an die Seite gestellt werden kann und, was Güte und insbesondere Keimfreiheit anbetrifft, jedes andere aus Brunnen etc. entnommene Wasser übertrifft. Dies wird verständlich, wenn man bedenkt, dass der Stauteich keine stagnirende Wassermasse darstellt, welche etwa innerhalb einiger Regenmonate aufgefangen und aufgespeichert wird; dann würde man allerdings Wasser von schlechter Beschaffenheit erhalten. Vielmehr ist die ganze Wassermasse in Folge beständigen Zuflusses und Abflusses in Bewegung. Das Wasser der Waldbäche fliesst fortwährend an den oberen Theilen zu, während an der Mauer stets grosse Wassermassen den Stauteich verlassen. Dazu kommt die Berührung der grossen Wasserfläche mit der Luft und die Einwirkung

des Sonnenlichtes, anderseits eine so erhebliche Verminderung der Stromgeschwindigkeit, dass ein Sedimentiren von Unreinlichkeiten und Keimen stattfinden kann. An dem Tage der Untersuchung zur Zeit der Typhusepidemie wies das Thalsperrenwasser in einer Tiefe von 6 m eine verhältnissmässig nur geringe Keimzahl auf gegenüber den anderen Wasserentnahmestellen. Verunreinigungen der Thalsperre kommen ja vor, so nach Hochwasser, Gewitterregen und der Schneeschmelze. Das Wasser erscheint dann trübe und der Keimgehalt steigt; aber neuere Untersuchungen von Professor Kruse in Bonn an der Remscheider Thalsperre haben ergeben, dass sehr bald eine Reinigung eintritt. Hierbei ist bemerkenswerth, dass eine derartige Störung, welche sich durch Vermehrung der sonst meist unter 100 vorhandenen Keime kennzeichnet, sich in einer gewissen Tiefe lange nicht so bemerkbar macht wie an der Oberfläche oder dem sonstigen Beckeninhalt und den Zuflüssen. Man kann vielmehr das Thalsperrenwasser in einer bestimmten Tiefe als rein und fast keimfrei bezeichnen. Hierbei kann man nur annehmen, wie dies Geheimrath Prof. Intze mit Rücksicht auf die bei den amerikanischen Thalsperren (z. B. bei Boston) gemachten Erfahrungen wiederholt betont hat, dass nicht nur eine Sedimentirung an Keimen stattfindet, sondern dass auch in der gleichmässig kühlen Temperatur der unteren Schichten (das Wasser hält sich das ganze Jahr hindurch in einer Tiefe von 9—10 m konstant 7—10° C.) die Bakterien absterben. Vielleicht spielt auch der Mangel an Sauerstoff, den man in den tieferen Schichten beobachtet, und der Abschluss der Luft hierbei eine Rolle. Dieser Umstand der Keimfreiheit des Tiefenwassers hat Prof. Intze bei der Anlage von Thalsperren verwerthet. So geschieht die Entnahme des Wassers zur Trinkwasserversorgung nicht von der Oberfläche, sondern aus einer Tiefe von 7—10 m. Wird die Wassermasse des Stauteiches geringer und fällt der Wasserspiegel, so muss die Entnahmestelle ebenfalls tiefer gelegt werden, was sich durch in verschiedener Höhe angebrachte Schieber ermöglichen lässt. Eine derartige Vorrichtung besteht z. B. an der Ronsdorfer Thalsperre.

Das Thalsperrenwasser kann hiernach hygienisch als einwandsfrei bezeichnet werden und die vielen Vorsichtsmassregeln, welche bei Anlegung einer Thalsperre getroffen werden, — Anlage in unbebauten Waldthälern, welche den Zufluss von Gebrauchswässern ausschliessen, Ausroden des Mutterbodens des Staubeckens, um die Fäulniss der pflanzlichen Gebilde zu verhüten, Anlage von Vorbecken, Ueberleiten des Abflusswassers über Kaskaden oder in einen Springbrunnen, Sammeln der die Wiesen bewässernden Wassermengen durch in Sand und Kies gebettete Drains u. a. — müssen das Vertrauen zu diesen Trinkwasseranlagen nur befestigen.

Absolut unfehlbar ist allerdings keine menschliche Einrichtung und es können bei den besten Einrichtungen Störungen vorkommen. Wasser aus bewohnten Gegenden, welche mancherlei Gebrauchswässer und Krankheitsstoffe aufnehmen können, darf

man dem Wasserwerk nicht zuführen, sondern muss solche Zuflüsse ableiten und sie vollständig ausschliessen. Ueberhaupt wird man die hygienische Seite der Trinkwasseranlagen ganz besonders im Auge behalten müssen und nicht nur auf die Menge, sondern auch auf möglichst beste Beschaffenheit bedacht sein. Hierbei müssen alle Umstände, welche irgend einen Einfluss auf die Umgebung der Anlage haben können, wie Jauchen der anliegenden Wiesen, Epidemien in der Nachbarschaft etc. beachtet und berücksichtigt werden. Hätte man dies in Remscheid gethan, so wäre es nicht zu einer derartigen Trinkwasserepidemie gekommen. Dies kann indessen nur möglich sein, wenn die Verwaltung sich in steter Fühlung mit dem Gesundheitsbeamten befindet und sich dessen Einfluss sichert. Einen wesentlichen Fortschritt in dieser Beziehung hat die neue Dienstanweisung für Kreisärzte gebracht, welche in §. 74 eine Ueberwachung der Trinkwasseranlagen durch den Kreisarzt anordnet und ihm die besondere Fürsorge der Beschaffung ausreichenden und hygienisch einwandsfreien Trinkwassers empfiehlt.

Die Granulose im Kreise Putzig (Westpreussen).

Von Med.-Rath Dr. Annuske, Kreisarzt in Lübben, N./L., früher in Putzig.

Die Lückenhaftigkeit unserer Kenntnisse über die epidemiologischen Verhältnisse der Granulose haben mich veranlasst, den nachstehenden kleinen Beitrag über die Beobachtungen der Granulose im Kreise Putzig (Westpreussen) während eines Zeitraumes von drei Jahren mitzutheilen, da ich den Kreis verlassen und somit zur Fortsetzung der Feststellungen nach dieser Richtung keine Gelegenheit mehr habe.

Die ersten Fälle von Granulose begegneten mir zufällig bei anderweitigen sanitätspolizeilichen Reisen. Meine spezielle wissenschaftliche Ausbildung als ehemaliger Jacobson'scher Assistent und langjährige, ausschliesslich ophthalmologische Thätigkeit in Westpreussen (Elbing) konnten als gute Vorbereitung für die Beschäftigung mit der Granulose-Frage als einer sanitätspolizeilichen gelten.

Es musste mir bald klar werden, dass der Augenarzt, der fast ausschliesslich mehr weniger vorgeschrittene Fälle von Granulose zu sehen bekommt und in granulosereichen Gegenden Gelegenheit hat, die klinische Seite dieser Krankheit mit ihren Varianten kennen zu lernen, über die epidemiologischen Verhältnisse nur sehr aphoristische Erfahrungen machen kann. Selbst die statistischen Schätzungsangaben einzelner Augenärzte über die Verbreitung der Granulose müssen jeder sicheren Grundlage entbehren, so lange zahlenmässige Feststellungen fehlen. Zu solchen hat nur der Sanitätsbeamte Gelegenheit und auch diesem ist erst in den letzten Jahren die Möglichkeit geboten, sich dieser Arbeit, wenn auch nicht in der nothwendigen Ausdehnung, zu widmen. Von den Schuluntersuchungen ausgehend, die den ganzen Kreis umfassen und womöglich von derselben Person mit den nöthigen

Wiederholungen ausgeführt werden müssen, dringt man mit seinen Nachforschungen in die Familien und Hausgenossen der kranken Schulkinder und wird so allmählich eine Menge verschiedenartiger Verhältnisse bezüglich Entstehung, Verlauf und Ausgang dieser Krankheit und der Uebertragungen derselben kennen lernen, die, sorgfältig registrirt, nach einigen Jahren schon einen gewissen Einblick über die einschlägigen Verhältnisse gewähren werden. Dabei kann man ja, wie es von den Behörden gewünscht wird, den Brunnen u. s. w. seine Aufmerksamkeit zuwenden, nur muss man sich hüten, bei diesen Untersuchungen auf die zum grossen Theile vollständig in der Luft schwebenden epidemiologischen Dogmen über klimatische, geologische etc. Eigenheiten dieser Krankheit, sowie deren Ansteckungsfähigkeit, beschränkt angeblich auf bestimmte Stadien und auf bestimmte Wege, sich zu verlassen. Bisher sind wissenschaftliche Beweise in dieser Richtung meines Wissens nicht geführt worden. Ebensowenig ist den unistischen oder dualistischen Glaubensbekenntnissen ein hoher Werth beizumessen. Die Kuhnt'sche Anschauung, dass die Frage, ob Granulose und Conjunct. follicularis (amtlich „granulöser Katarrh") zwei ätiologisch verschiedene Krankheiten seien, sich nur in Granulose freien Gegenden entscheiden lasse, ist gewiss richtig, nur scheint die geeignete Gegend für die praktische Ausführung noch nicht ermittelt zu sein. Den sicheren wissenschaftlichen Beweis für die Richtigkeit einer von beiden Richtungen schuldet die bakteriologische Forschung durch Feststellung der Aetiologie noch immer, obgleich in den letzten Jahren wohl reichliches Material dazu geboten ist. Die histologische Einheit beider Prozesse im Follikel, wie solche besonders von Rählmann hervorgehoben ist, würde für die unitarische Auffassung sprechen; die ätiologische Einheit ist damit aber nicht erwiesen. Von praktischer Bedeutung ist der klinisch feststellbare Uebergang vom granulösen Katarrh zur Granulose, wie solcher mehrfach beobachtet worden, weil daraus hervorgeht, dass man die granulosen Katarrhe nicht unberücksichtigt lassen darf, indem dem einzelnen Falle nicht anzusehen ist, was aus ihm werden kann. Hierfür ist die eventuelle Doppelätiologie von keiner Wesenheit. Bei dieser Gelegenheit möchte ich hervorheben, dass die Differentialdiagnose zwischen Granulose und granulösem Katarrh (Conjunctivitis follicularis), die im Allgemeinen bei den Augenärzten als sicher gilt, keineswegs immer sicher ist, dass nicht ganz selten Fälle — nicht in der augenärztlichen Sprechstunde, sondern bei den Schuluntersuchungen — vorkommen, in denen man zweifelhaft ist, ob Granulose oder Follikularkatarrh vorliegt. Dabei kommt vorläufig gar nicht in Betracht die ätiologische Seite der Frage, sondern lediglich die klinisch-diagnostische. Ob diese auf der Grenze stehenden Fälle solche von Doppelinfektionen mit Follicularis- und Granulosekeimen darstellen, ist eine andere Frage, die vor Auffinden der Krankheitskeime wohl schwerlich entschieden werden wird. Leider besteht derselbe prognostische Mangel bezüglich des Endstadiums der Granulose bei unbehandelten Fällen. Ich habe unter älteren Leuten,

besonders aber auch unter jugendlicheren Erwachsenen so gutartige Narbenstadien gesehen, dass man sehr zufrieden sein müsste, solche als Resultat therapeutischer Massnahmen erreichen zu können. Die Conjunctiva präsentirte sich in diesen Fällen als dünne, seidenglänzende, nicht durchsichtige, glatte Haut, in der nur einige oberflächliche Narbenzüge bei genauer Betrachtung zu erkennen waren. Die Höhe des Tarsus schien durchschnittlich geringer als gewöhnlich, die Uebergangsfalte wesentlich verkürzt. — Diese Leute hatten angeblich nie etwas von der vieljährigen Krankheit bemerkt. — Daneben wurden mit zwei Ausnahmen ausschliesslich bei alten Leuten die schwersten Narbenstadien mit Lidverkrümmungen, Entropium, Pannus mit seinen Folgezuständen und Erkrankungen der Thränenwege gefunden. — Bei den jugendlichen Granulosen wurde Pannus nur ganz ausnahmsweise beobachtet; unter diesen wenigen Fällen scheiden zwei aus, in denen es sich ziemlich zweifellos um sogenannten skrophulösen Pannus handelte, der vielleicht schon vor der Granulose bestanden haben mag.

Die Untersuchungen auf Granulose haben im Kreise Putzig mit ca. 24000 Einwohnern und ca. 60 Schulen in der Zeit von Anfang 1897 bis Ende 1899 stattgefunden. Dieselben sind bis auf Nachuntersuchungen, sogen. Revisionen, weniger von der Stadt Putzig entfernt gelegener Schulen, die Kollege Schlomka in Krochow im Umkreise dieses Ortes ausgeführt hat, lediglich vom Unterzeichneten vorgenommen und allein diesem Referate zu Grunde gelegt. Sie betreffen 34 Schulen in 32 Ortschaften und die Einwohner zweier Ortschaften.

Von den 34 Schulen sind untersucht worden: 1 Schule 5 Mal, 2 Schulen 3 Mal, 9 Schulen 2 Mal, 22 Schulen 1 Mal, zusammen also 51 Untersuchungen. Die Gesammtzahl der anwesenden Schulkinder betrug: 3689, bei Wiederholungen sämmtliche Schulkinder mitgezählt. Die beiden untersuchten Ortschaften hatten je 200 Einwohner.

Es wurden festgestellt: Granulose (G.), granulöser Katarrh (Gc.) = follicularis; einzelne Follikel auf nicht entzündeter Schleimhaut (F.). Für die Diagnose der Granulose war im Allgemeinen massgebend das Vorhandensein von Follikeln auf der oberen Uebergangsfalte bezw. in der Bindehaut des oberen Lidknorpels, in dem sie oft wenig erhabene grauweisse Gebilde von sehr geringem Umfange darstellen, deren Hervorragen über das Niveau der Schleimhaut oft nur bei seitlicher Beobachtung wahrzunehmen war. Liegen dieselben noch im Niveau der Schleimhaut, so sind sie manchmal nur durch ihre geringere Resistenz von gleich aussehenden anämischen Stellen zu unterscheiden. Ich füge hier die Beschreibung des klinischen Bildes der in Rede stehenden Krankheitsvorgänge von Jacobson ein, die dieser ausgezeichnete Kliniker nach fast 40jähriger Thätigkeit in Königsberg in einer der Allgemeinheit wenig bekannten Arbeit: „Beiträge zur Pathologie des Auges“, gegeben hat. Es heisst daselbst (S. 52):

„Der follikuläre Katarrh (Katarrh mit Follikel-Schwellung). Ohne

subjektive Beschwerden zu erzeugen, oder unter den subjektiven Symptomen eines mehr oder weniger akuten Katarrhs erheben sich meist gleichzeitig und, wie es scheint, ohne eine anatomisch vorgeschriebene Richtung einzuhalten, kugelige, durchschimmernde, bis zu 1 mm im Durchmesser grosse, sehr oberflächlich gelegene, bläschenartige Prominenzen, gewöhnlich zuerst in der unteren Uebergangsfalte und Conjunctiva tarsi. Die Conjunctiva ist geschwellt, auf der Sclera mitunter leicht chemotisch, Zeichen entzündlicher Infiltration fehlen; die Transparenz ist normal oder um ein Geringes vermindert, die Schleimhaut, wo sie nicht auf den Tarsus geheftet ist, leicht verschiebbar, lässt sich, mit der Pinzette gefasst, ohne Widerstand abheben. Sekret: vermehrte, klare oder etwas flockige Thränen, mitunter Schleimfäden in der Tiefe der Uebergangsfalte.

In allen übrigen Symptomen gleicht das Krankheitsbild den verschiedenen Formen des Katarrhs vom chronischen bis zum hyperakuten."

Nachdem der gutartige Verlauf dieses Krankheitsvorganges geschildert, heisst es S. 53:

„Was unter den Erscheinungen des follikulären Katarrhs auftritt, hat seinen bestimmten, oben angegebenen Verlauf. — Alle Abweichungen sind Folgen von Komplikationen."

Das Wesentliche der follikulären Entzündungen (Granulose) wird dann in folgende Definition zusammengefasst (S. 65):

„Das Gemeinschaftliche und Charakteristische follikulärer Entzündungen ist Neubildung von Follikeln bei gleichzeitiger lymphoider Infiltration, deren Quelle die adenoide Substanz ist. Selbst hyperakut auftretend, haben sie einen schleppenden, durch Exazerbationen und Rezidive ausgezeichneten Verlauf. Die sehr seltene Restitutio ad integrum ist in wenigen Monaten zu erwarten und kann durch frühzeitiges ärztliches Einschreiten nie sicher herbeigeführt werden. Die Ausgänge in Induration, Atrophie mit charakteristischen Narben, totale Xerose, wie die unheilbaren Ausgänge einer charakteristischen Korneal-Affektion sind erst nach einer unbestimmten Zahl von Jahren zu erwarten und können, zu verschiedenen Höhen gelangt, stationär bleiben."

Zurückkehrend zu meinen Untersuchungen bemerke ich, dass die Feststellung, einzelne Follikel auf nicht entzündeter Schleimhaut, behufs statistischen Nachweises gemacht wurde, um die Frage zu entscheiden, ob aus solchen Fällen sich später Krankheitsvorgänge, sei es des granulösen Katarrhs, sei es der Granulose entwickeln. Sie hat selbstverständlich nur Werth bei wiederholten Untersuchungen derselben Kinder.

Sollen nach der epidemiologischen Seite der Granulose-Frage Resultate erzielt werden, so müssen die Registrirungen der Untersuchungsergebnisse so ausgeführt werden, dass die Protokolle eine laufende Uebersicht der Kranken und Gesunden einer Schule ergeben. Zu diesem Zweck wurden vom Lehrer Namens-Listen sämmtlicher anwesenden und abwesenden Schüler entworfen, letztere wurden gelegentlich am Schulorte oder in Putzig nachuntersucht. Die Krankheitsbefunde wurden G. (Granulose), Gc. (granulöser Katarrh), F. (einzelne Follikel auf nicht entzündeter Schleimhaut) zu den Namen geschrieben. Solche Protokolle dienten als Unterlage für die amtliche Berichterstattung und gingen zu den Akten. Ausserdem habe ich ein Granulose-Buch geführt, in dem jeder Schule mehrere Seiten eingeräumt wurden, auf denen die Krankheitsfälle, gesondert nach den drei Rubriken, nach jeder Untersuchung mit Datum eingetragen wurden. Bei dem Granulose-Verzeichniss wurde auch über die fast ausschliesslich operative Behandlung genau Buch geführt; am Schlusse des Buches waren sämmtliche Granulose-Fälle nach „Namen, Wohnung, Geheilt,

Methode, Resultat" aufgeführt. Bei den Granulose-Fällen der einzelnen Schulen wurden auch die Untersuchungsresultate bei Familien und Hausgenossen vermerkt.

Es wurden unter den 3689 Schulkindern Granulose bei 162, granulöser Katarrh bei 605 und einzelne Follikel bei 271 Kindern festgestellt. Betreffs der Fälle mit einzelnen Follikeln muss bemerkt werden, dass diese Notirungen erst bei den späteren Untersuchungen stattfanden.

In 2 Ortschaften mit je 200 Einwohnern fanden sich: in Klanin (Rittergut): G. 20 Fälle, Gc. 6 Fälle (ohne Schulkinder 4 Fälle), davon 4 Fälle im Narbenstadium mit Lidverkrümmung und Pannus; 3 davon im höheren Alter, 1 in den zwanziger Jahren); in Brusdau (Dorf): G. 6 Fälle (ohne Schulkinder 3 Fälle), davon 1 Fall mit Pannus und Lidverkrümmung im Alter von 74 Jahren.

Von der Eintheilung der Granulose in verschiedene Unterabtheilungen nach der Schwere der Erscheinungen habe ich Abstand genommen, weil diese Unterabtheilungen der Hauptsache nach nur verschiedenen Stadien entsprechen und man den jeweiligen, sogen. leichteren Fällen niemals eine sichere Prognose für den weiteren Verlauf stellen kann. Höchstens im Schrumpfungsstadium, wenn die ganze Bindehaut schon davon betroffen ist, mithin ein sehr wahrscheinliches Definitivum eingetreten ist, kann man ein ziemlich sicheres Urtheil über die grössere oder geringere Schwere des Falles abgeben. Die Schuluntersuchungen haben demnach einen Prozentsatz von Granulose von 4,3 % ergeben, der erheblich geringer ist, als der in dem Gumbinner Regierungsbezirk von Hoppe ermittelte Prozentsatz für ländliche Volksschulen von 12,9 %. Nur in einer Schule wurde dieser Prozentsatz mit genau 12,9 % erreicht, während er in 4 Schulen über 10 %, in 11 Schulen zwischen 10 und 5 %, in 20 Schulen unter 5 % betrug, davon in 4 Schulen 0 %.

Es sind dies nur Fälle von zweifelloser Granulose, während die zweifelhaften, zur Granulose neigenden granulösen Katarrhe noch in der Katarrh-Rubrik mit einem ! versehen aufgeführt wurden, um bei späteren Untersuchungen eventuell zur Granulose aufzurücken.

In 8 Schulen wurden 16 Fälle von Granulose festgestellt, die in früheren Untersuchungen sich als granulöse Katarrhe präsentirt hatten. Es wurden ferner 5 Fälle von Granulose ermittelt, die bei früheren Untersuchungen noch gesund befunden wurden. Dass solche Feststellungen epidemiologisch sehr werthvoll sind, liegt auf der Hand; sie haben mehr Bedeutung als die prozentualen Ermittelungen, die nicht selten von äusseren Verhältnissen erheblich beeinflusst werden, wie z. B. durch den Zuzug kranker Schulkinder, der natürlich ermittelt wurde und häufiger die Direktive zu weiteren Schuluntersuchungen gab.

Um dem früher gewöhnlich unbemerkten Eintritt zuziehender granulöser Kinder in eine Schule vorzubeugen, ist Vorsorge getroffen, dass den eine Schule verlassenden, mit Granulose behaf-

teten Schulkindern eine Bemerkung hierüber in das Abgangszeugniss geschrieben wurde.

Den endgültig die Schule verlassenden Kindern wird eine solche gesundheitliche Note den Eintritt in Arbeitsverhältnisse erschweren und sie dadurch schon zur Behandlung ihrer ansteckenden Krankheit genöthigt werden.

Um einen weiteren Einblick über die Ausdehnung der Granulose und die Art ihrer Ausbreitung zu gewinnen, wurden die Angehörigen der an Granulose leidenden Schulkinder hierauf untersucht.

Ich halte eine detailirte Darstellung der Resultate dieser Ermittelungen schon deshalb für wichtig, weil hieraus ausser dem positiv Ermittelten ersichtlich ist, wie unzuverlässig das negative Resultat oft durch die Abwesenheit und zwar theilweise dauernde einzelner Familienmitglieder ist. Ich habe in folgender Zusammenstellung unter dem Schulort die Gesammtzahl der bei verschiedenen Untersuchungen ermittelten Fälle von Granulose (G.) gesetzt, die Fall-Zahl bezieht sich auf die Reihenfolge der granulösen Kinder in den amtlichen Berichten:

Celbau	Zu Fall 1:	Grossmutter und Schwester G.,
13 G.	„ 2:	Mutter G.,
	„ 3 und 4:	Vater G.,
	„ 5:	(Lehrerkind) Familie gesund,
	„ 6 und 7:	Vater seit dem 18. Lebensjahre G., 15jährige Tochter G., im Narbenstadium, 19jähr. Tochter G.
Mechau	„ 1:	in demselben Hause Frau mit G.,
7 G.	„ 2:	mehrere Geschwister mit Gc.,
	„ 3:	Mutter G.,
	„ 4:	Dienstmädchen G.
Gr. Starzin	„ 1:	Mutter G.,
6 G.	„ 2 und 3:	Familie gesund.
Gelsin	„ 1:	bei der Dienstherrschaft 3 Fälle von G.,
3 G.	„ 2:	Mutter und Schwester G., dieselben wie zu 1,
	„ 3:	Familie gesund.
Reddischau	„ 3:	in der Familie (Klanin) G.,
7 G.	„ 6 und 7:	Mutter G.
Odargau	„ 1 und 2:	bei den nur theilweise anwesenden Angehörigen keine G.,
3 G.	„ 3:	Grossmutter G. mit schweren Folgezuständen.
Miruschin	„ 1:	keine Erkrankung in der Familie,
2 G.	„ 2:	Vater alte G. ohne Folgezustände.
Löbsch	„ 1 und 6:	Mutter G.,
15 G.	„ 2:	Mutter und 23jährige Schwester G.,
	„ 3:	Familie gesund,
	„ 4:	„ „
	„ 5 und 7:	Vater, 21jährige Schwester und 4jährige Schwester G.,
	„ 8:	6jährige Schwester G.,
	„ 9:	(Pflegekind) 18jährige Pflegetochter G.,
	„ 10 und 11:	cfr. zu 1 und 6,
	„ 12:	zugezogen mit verheiratheter Schwester, diese und Schwager gesund.
Putzig	„ 1:	Angehörige gesund,
23 G.	„ 2:	„ „
	„ 3:	Vater G., in Schrumpfung,
	„ 4:	Familie gesund,
	„ 5:	„ „
	„ 6:	Augenuntersuchung wird verweigert,

	Zu Fall	7: Angehörige gesund,
	„	8: „ „ „
	„	9: Vater G.,
	„	10: Mutter und 15jähriger Bruder G.,
	„	11: Vater zweifelhaft,
	„	12: Mutter G., in Schrumpfung,
	„	13: Schwager G.,
	„	14. Mutter und Kinder gesund, Vater auf Eisenbahnbau abwesend,
	„	15. Vater G. im Narbenstadium,
	„	16. Augenuntersuchung verweigert,
	„	17. Vater G. im Narbenstadium,
	„	18. Mutter und Kinder gesund, Vater abwesend,
	„	19. Mutter G. im Narbenstadium,
	„	20. Angehörige gesund,
	„	21. „ „ „
	„	22: Mutter G. im Narbenstadium,
	„	23: Angehörige gesund.
Karwen 6 G.	„	1—6: bei den anwesenden Angehörigen (Fischer) keine Fälle von G., nur einzelne von Gc.
Kl. Schlatau 7 G.	„	1 und 2: Mutter und 3jährige Schwester G.,
	„	3: Angehörige gesund,
	„	4, 5, 6, 7: keine Ermittelungen.
Gr. Schlatau 14 G.	„	1 und 2: Vater G. mit Folgezuständen, 19jährige Schwester G.,
	„	3 und 4: Mutter G., Vater abwesend,
	„	5 und 11: Vater abwesend, übrige Familie gesund,
	„	6 und 10: Vater und 2 erwachsene Kinder abwesend, die übrige Familie gesund,
	„	7: Familie gesund,
	„	8: „ „ „
	„	9: Vater ortsabwesend, Familie gesund,
	„	12: desgl.,
	„	13: Eltern abwesend, Kinder gesund,
	„	14: Mutter ziemlich frische G., Vater abwesend, Kinder gesund.
Gnesdau 3 G.	„	1: Familie gesund,
	„	2: Familie, in der sich 2 aufhält, gesund,
	„	3: in der Familie, in der 3 sich aufhält, 19jähriger junger Mensch G., Hausvater zweifelhaft.
Lessnau 8 G.	„	1: Eltern abwesend, (die Mutter soll immer augenkrank, auf einem Auge blind, auf dem anderen schwachsichtig sein), ältere Schwester gesund,
	„	2: die Pflegeleute gesund,
	„	3: Mutter Narben von G.,
	„	4: Vater abwesend, Mutter gesund, Grossmutter abwesend (immer entzündete Augen),
	„	5: Familie gesund,
	„	6 und 7: Mutter G. (anscheinend ziemlich frisch), 16jähr. Schwester und 14jähr. Bruder abwesend.
	„	8: Vater alte G. mit Hornhautflecken, übrige Familie gesund.
Karlekau 3 G.	„	1 und 2: Mutter alte G., mit Pannus und anderen Folgezuständen, übrige Familie gesund,
	„	3: Pflegefamilie gesund, Mutter todt (hat immer an schlimmen Augen gelitten), Vater anderwärts, Schwester anderwärts G.
Schwetzin 1 G.	„	1: Vater todt, 14jähriger Bruder abwesend, übrige Familie gesund.
Putziger Heisternest 2 G.	„	1: 5jähriger Bruder G., die übrige Familie gesund,
	„	2: Familie gesund.
Ceynowa 0 G.		

Danziger Heisternest 1 G.	Zu Fall	1: Familie gesund.
Kussfeld 5 G.	„	1 und 2: Familie gesund,
	„	3: Niemand anwesend,
	„	4: keine Ermittelungen, wegen zu abgelegener Wohnung,
	„	5: Vater (Fischer) schläft, Mutter gesund, Stiefschwester G.
Hela 4 G.	„	1: Mutter, Wittwe, und Geschwister gesund, eine erwachsene Schwester abwesend,
	„	2: Familie gesund,
	„	3: Familie bis auf 4jähriges Kind mit zweifelhafter G. gesund,
	„	4: Familie gesund.
Lissau (Warsau) 7 G.	„	1 und 2: Mutter G., im Narbenstadium und Pannus, 15jährige Schwester G., die übrige Familie gesund,
	„	3 und 4: Mutter G., in gutartiger Schrumpfung, übrige Familie gesund,
	„	5 und 6: Vater, Thränensackkatarrh, wahrscheinlich G., Grossmutter G. mit Folgezuständen, übrige Familie gesund,
	„	7: Familie gesund.
Krockow 1 G.	„	1: Vater und Mutter abwesend, übrige Familie gesund.
Werblin 6 G.	„	1 und 2: Familie gesund,
	„	3 und 4: „ „
	„	5 und 6: Vater ortsabwesend, Mutter G.
Kl. Starzin 3 G.	„	1: Vater G. mit Pannus, Mutter schwere G. im Narbenstadium mit Pannus und Lidverkrümmung,
	„	2: Mutter und Grossvater ortsabwesend, Grossmutter gesund.
	„	3: Vater abwesend, Mutter gesund.
Tillau 0 G.		
Zarnowitz 5 G.	„	1 und 2: Mutter, Wittwe, und Geschwister gesund Grossmutter G. mit schweren Folgezuständen,
	„	3 und 4: Vater abwesend, Mutter todt, Geschwister gesund,
	„	5: Familie gesund.
Darslub 6 G.	„	1: Vater gesund, Mutter G.,
	„	2, 3, 4 und 5: Vater und Mutter gesund, 16jährige Schwester G.,
	„	6: Familie gesund.
Sobiensitz 0 G.		
Lankewitz 1 G.	„	1: Ermittelungen stehen aus.

Das Resultat dieser Ermittelungen war somit folgendes:

Von 162 Granulose-Fällen unter den Schulkindern (Granulose-Bindehautentzündung) stammen 70 Fälle aus granulösen, 35 aus gesunden und 57 Fälle aus zweifelhaften Familien, welche entweder nicht untersucht (wenige), oder die Untersuchung verweigerten (einzelne), oder zum Theil abwesend waren.

Zu der Ausführung sämmtlicher Untersuchungen in Schule und Haus bemerke ich, dass stets die obere Uebergangsfalte durchmustert wurde. Hierzu gelangt man in der Regel ganz leicht, indem man auf die Lidkante des umgewendeten oberen Lides einen leichten Druck nach hinten ausübt, während ein gleicher Druck

mit dem unteren Lide gegen den Augapfel nach oben angewendet wird. Die obere Uebergangsfalte entwickelt sich dann um so leichter, je mehr sie geschwellt und vergrössert ist.

Wesentlich erleichtert wird der kleine Kunstgriff, wenn dabei das Auge nach unten gerichtet wird, welche Stellung ja auch für das einfache Umwenden des oberen Lides fast Bedingung ist.

Für selbstverständlich halte ich die Anwendung von Wasser, Seife und Desinfizientien bei den Untersuchungen.

Von den 188 Granulose-Fällen in den Schulen und 2 Ortschaften wurden in der provisorischen Augenklinik in Putzig, die im Juli 1897 im sogen. Cholera-Lazareth, einer aus 2 Räumen bestehenden für Cholera-Fälle seitens des Magistrats bereit gehaltenen Lokale, später in dem vom vaterländischen Frauenverein Putzig für den Kindergarten erbauten Hause mit einem grossen Zimmer und zwei Nebenzimmern, eingerichtet worden war, unter Assistenz erst einer, dann zweier Diakonissen operativ behandelt und zwar durch Exzision 68 Fälle, darunter 4 mit Pannus (1 Rezidive), durch Rollen 4 Fälle (3 Rezidive), zusammen 72 Fälle. Die Behandlungsdauer betrug vom Operationstage (Exzision) bis zur Entlassung durchschnittlich: 37,5 Tage, längste Dauer 72, kürzeste 10 Tage.

Es wurden anfänglich neben der Exzision an den oberen Lidern, die die erkrankte obere Uebergangsfalte und einen schmalen Knorpelstreifen umfasste, Exzisionen aus der Schleimhaut der unteren Lidern gemacht. Die Suturen stiegen von 3 auf 5 bis 8, blieben auf 5 bis 6 und wurden, um die nicht ganz seltenen Erosionen der Hornhaut, die bei dem verschiedensten Nähmaterial auftreten — Konjunctival-Seide von Grunewald-Königsberg schien mir die beste —, zu vermeiden, in eine laufende Naht mit ebenso viel Einstichen umgewandelt. Der gewünschte Erfolg bezüglich Vermeidung der Erosionen trat ausnahmslos ein. Die Suturen wurden fast in allen Fällen nach 2 Tagen entfernt, wozu häufig Kokaïn eingeträufelt wurde.

Zur Exzision wurde ausser Einträufelungen von 2 proz. Kokaïn-Lösung von derselben Lösung 0,012 Kokaïn in die obere Uebergangsfalte und die Haut des oberen Lides eingespritzt. Trotz dieser geringen Kokaïn-Dosen musste in einzelnen Fällen wegen Kollaps die Operation des zweiten Auges verschoben werden. Es genügte diese Dosis zur vollkommen schmerzlosen Ausführung der Operation, wobei die obere Uebergangsfalte unterhalb der erkrankten Partie und der freie Rand des oberen Lides durch zwei gefensterte Pinzetten fixirt wurden, die von einer Diakonisse gehalten wurden, während eine zweite Diakonisse theils Tupfer zureichte, theils selbst tupfte. Nach der Operation wurden beide Augen auch in dem Ausnahmefalle einäugiger Operation verbunden, nach Entfernung der Nähte blieb der Verband fort, am dritten Tage wurde das Bett verlassen.

Die meisten Kinder verhielten sich bei der Operation ruhig, in ganz seltenen Ausnahmefällen musste zu manuellen Sedativis geschritten werden.

Später wurde von Exzisionen im unteren Lide Abstand genommen; in den etwa 12 letzten Fällen wurden die unteren Lider ausgerollt. — Von 4 Rollungen der oberen Lider rezidivirten 3, so dass ich noch weniger Vertrauen zu dieser Operationsmethode bekam, als ich von vornherein hatte. — Gegenüber den vielleicht am meisten für die Granulose pathognomonischen Granulationen des oberen Knorpels, die den Anschein erwecken, als lägen sie im Knorpel selbst, kann eine Rollung nichts leisten, wenn sie nicht den Knorpel zerquetscht. — Auf diese Operationsausführung dürfte eher der Ausdruck „roh" zutreffen, der auf die Exzision angewendet worden ist von solchen, die diese Operation nicht gekannt oder nur so ausführen gesehen haben, dass dieser Ausdruck in missbräuchlicher Verallgemeinerung vom Operateur auf die Operation selbst unlogisch übertragen wurde. Führt man die Operation mit dem Messer aus, was der präzisen Entfernung der erkrankten Partien am besten enspricht, so ist dieselbe nur von ruhigen, an Augenoperationen gewöhnten Händen vorzunehmen, da man unmittelbar über dem Augapfel schneidet. — Ich habe den zu exzidirenden Streifen des oberen Lidknorpels nach den ersten Erfolgen schmäler genommen, da einmal die Erfahrung lehrte, dass fast ausnahmslos die Granula auf dem stehengebliebenen Theil des Lidknorpels spontan sich zurückbildeten und ich allmählich die Ueberzeugung gewonnen hatte, dass die obere Kante des oberen Lidknorpels nebst unmittelbarer Umgebung die Hauptquelle für die Granulose darstellt. — Am meisten sprechen für diese Auffassung die einzelnen, nicht ganz seltenen Fälle, in denen nach der Exzision ein neuer Ausbruch von Granulationen auf dem Lidknorpel erfolgte und spontan in wenigen Wochen sich zurückbildete, was unter anderen Umständen kaum vorkommen dürfte.

Von dieser Auffassung ausgehend, habe ich bei der Gefahrlosigkeit der Operation und ausnahmslos gutem Heilungsverlaufe nicht nur vorgeschrittene Fälle, sondern auch solche der Exzision unterworfen, bei denen die Granula sich hauptsächlich auf den oberen Knorpelrand und die nächste Umgebung beschränkten. Die Exzision braucht dann weniger umfangreich ausgeführt zu werden, womit die, wenn auch unbegründeten Vorwürfe der Wirkung der Operation im Sinne der Schrumpfung geringer werden müssten. — Wer hochgradig granulös geschrumpfte Lider gesehen hat und Gelegenheit gehabt hat, geheilte Exzisionen zu sehen, wird schwerlich viel Aehnlichkeit zwischen beiden Zuständen finden. — Einem nicht zu ausgiebig exzidirten Auge sieht man bei vollständigster Umstülpung des oberen Lides kaum etwas Krankhaftes an, während schwere Schrumpfungsprozesse die schlimmsten Verheerungen anrichten. — Diesem soll durch die Sistirung des Fortschreitens des granulösen Krankheitsvorganges vorgebeugt werden. — Daher würde ich keinen Anstand nehmen, bereits in Schrumpfung begriffene Augen zu exzidiren. Zu vermeiden hat man ausgiebigere Ausschneidung von den Anhaftungen des Levator an der oberen Knorpelkante. Dadurch kann leicht eine Ptosis des Lides ent-

stehen, die allerdings nach einigen Wochen zu schwinden pflegt. Ein solcher Fall ist mir selbst vorgekommen, in dem ich schon einen operativen Eingriff zur Behebung der krankhaften Lidstellung ausführen wollte, auf den Rath eines exzisionserfahreneren Augenkollegen damit indessen noch wartete und dann spontan Heilung eintreten sah.

Von den exzidirten 68 Fällen wurden 58 ohne Rückstand geheilt, bei 4 Fällen zeigten sich wieder einzelne Granula, besonders an den unteren Lidern, in 4 Fällen war ein endgültiges Resultat wegen der Kürze der Zeit nach Vornahme der Operation noch nicht festzustellen. Einer jener ersten 4 Fälle bildet auch insofern eine einzig dastehende Ausnahme, als 4 Tage nach der Exzision an einem Auge Pannus auftrat, der wenige Millimeter vom oberen Rande auf die Hornhaut sich erstreckte und schnell gebessert wurde. Indessen waren nach 2 Jahren noch immer Spuren davon auf dem oberen Hornhautrande wahrzunehmen, ohne weitere Reizerscheinungen zu veranlassen. Dass der Pannus als Folge der Exzision aufzufassen sei, scheint mir nicht wahrscheinlich, in der Regel hat die Exzision auf schon bestehenden Pannus eine sehr günstige Wirkung. — Eine Erzeugung desselben durch diese Operation ist meines Wissens nicht beobachtet worden.

In einem Falle trat sehr starke Follikel-Wucherung in beiden oberen und unteren Lidern nach der Exzision wieder auf; der Kranke, ein älterer Schüler, wurde der Behandlung entzogen.

Ein Fall, vorgeschrittene schwere Schrumpfung mit Pannus und Disti- und Trichiasis bei einer jugendlichen Erwachsenen, entzog sich vor Heilung der Trichiasis-Operation des zweiten Auges der klinischen Behandlung.

Die längere Heilungsdauer einzelner Fälle ist durch die Nachbehandlung zum Zwecke vollständiger Beseitigung jeder Spur von Granulationen bewirkt worden. Es wurden Sublimatabreibungen und theilweise Exzisionen besonders sulzig veränderter Schleimhautfalten vorgenommen. Da die Kranken wieder in ungünstige hygienische Verhältnisse kamen und ein Wiedersehen immer unsicher war, wenn auch gewöhnlich die Wiedervorstellung in wenigen Wochen durchzusetzen war, konnte man sich auf Fortsetzung der Behandlung im Hause nicht verlassen.

Die granulösen Katarrhe wurden mit Einträufelungen von $^1/_2$ proz. Kreolinlösung, dann von Sublimatlösung 1 : 5000, seitens der Lehrer, beziehentlich in Putzig von evangelischen und katholischen Schwestern behandelt. Die Einträufelungen wurden zwei Mal täglich ausgeführt. Es wurde hauptsächlich auf die desinfizirende Wirkung der Arzneien Werth gelegt, um einerseits einer Weiterverbreitung dieser Erkrankung vorzubeugen, anderseits eine Infektion der an dieser Krankheit leidenden mit den Keimen der eigentlichen Granulose zu vermeiden. Die Fälle mit einzelnen Follikeln oder follikelartigen Bildungen auf nicht entzündeter Schleimhaut wurden keiner Behandlung unterworfen. — Die Lehrer

erhielten eine grössere Flasche der betreffenden Arznei und für jedes zu behandelnde Kind ein Fläschchen nebst Pipette und Etiket für den Namen des Kindes. — So wurden bei der Verschiedenartigkeit des Krankheitsprozesses Ansteckungen durch die Einträufelungen vermieden, die bei Einträufelungen aus einer Flasche mit derselben Pipette nicht ausbleiben können.

Die anfänglich verfügte Ausschliessung der Granulosen vom Schulbesuche wurde später zu Gunsten der Isolirung in der Schule aufgegeben; nur für besonders vorgeschrittene und stark absondernde Fälle wurde die Ausschlussmassregel beibehalten, um einen stärkeren Druck auf die Eltern bezüglich operativer Behandlung des Kindes auszuüben.

In der vorwiegend polnisch-katholischen Bevölkerung des Kreises Putzig bestand grosse Abneigung gegen jede Behandlung der Granulose, die von den Leuten als angeboren betrachtet wurde, weil die Eltern schon daran gelitten hatten; die Behandlung derselben, und nun gar operative, wurde als Eingriffe in die göttliche Ordnung verurtheilt.

Eine Einigung über die Behandlungsweise der Granulose kann nicht erfolgen, so lange unter diesem oder gleichbedeutendem Krankheitsnamen verschiedene Krankheitsvorgänge verstanden werden. Ich spreche hier nur von follikulären Krankheitsvorgängen und lasse die neuerdings wieder zunehmende Konfusion in der Vermengung dieser Prozesse mit blennorrhoischen ausser Acht.

Den in Fach- und Laienkreisen geäusserten, aus theoretischen Erwägungen hervorgegangenen Befürchtungen der Wiederkehr der Granulose resp. Wiederansteckung bei den Exzidirten bei Wiedereintritt derselben in die alten Verhältnisse möge ein Satz praktischer Erfahrung aus der schon angeführten Arbeit Jacobson's (s. S. 87) gegenübergestellt werden:

„Die bei Weitem überwiegende Mehrzahl der Patienten, meist dem Arbeiterstande aus Stadt und Land zugehörig, bleibt nach der Exzision frei von Rezidiven, selbst wenn die alte Arbeit, die wahrscheinliche Ursache der Erkrankung, wieder aufgenommen wird."

Die Wiederaufnahme der Arbeit, über deren Stellung in der Aetiologie der Granulose man sonst denken mag wie man will, bedeutet in diesem Falle eben Wiedereintritt in die alten ätiologischen Verhältnisse.

Zum Schlusse möchte ich noch einmal hervorheben, dass der Hauptzweck dieser Mittheilung ist, in kleinem Kreise etwas zur Epidemiologie der Granulose beizutragen und das ruhige kontinuirliche Fortarbeiten in den Kreisen der interessirten Medizinalbeamten anzuregen. — Diese Art der sanitätspolizeilichen Untersuchungen ist ziemlich mühselig, indessen meines Erachtens die einzige, die allmählich eine sichere Unterlage für die Beurtheilung dieser in den östlichen Provinzen endemischen Krankheit schaffen kann.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Zwei Fälle von Karbolgangrän. Von Knappschaftsarzt Dr. Fischer in Castrop. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 32.

Verfasser berichtet über ein Brüderpaar, das wegen geringfügiger Fingerverletzung ein und dieselbe im Handverkauf aus der Apotheke käuflich erworbene Karbollösung ohne ärztliche Verordnung sich applizirte.

1. Aug. M., 24 Jahre, Bergmann, ritzte sich mit einem spitzen Eisen am rechten Kleinfinger und verband die kleine Wunde mit einem dünnen, in Karbolwasser getränkten leinenen Lappen. Am gleichen Tage Abends von dem Verletzten konsultirt fand Verfasser: die beiden Endglieder des Fingers mumifizirt; Demarkationslinie in der Höhe des ersten Interphalangealgelenkes; an der Volarseite eine ca. 3 cm lange oberflächliche Wunde. Sonst gesund und niemals krank gewesen.

2. Gustav M., 25 Jahre, Bergmann, quetschte sich den linken Zeigefinger, achtete die hierbei erlittene unwesentliche Wunde und Lockerung des Fingernagels in den ersten Tagen nach der Verletzung nicht, um erst 13 Tage später mit derselben Karbollösung durch zweimalige Anwendung derselben eine raschere Heilung zu erzielen. Verfasser fand am 16. Tage bei dem sonst nie krank gewesenen Manne: die beiden Endglieder vertrocknet, brandig; Demarkationslinie in Höhe des ersten Interphalangealgelenkes; Nagel theilweise losgelöst, unscheinbare Wunde an der Dorsalseite.

In beiden Fällen wurde trotz der nur geringfügigen Weichtheilverletzung und trotz der nur kurze Zeit währenden Applikation des gemäss Untersuchung keineswegs zu stark angegebenen Karbolwassers schliesslich die Exartikulation der verletzten Finger erforderlich, welche beide Brüder zu Invaliden machte.

Leider ist in Laienkreisen immer noch der Glaube an die unfehlbar wirkende Heilkraft dieses fast in jeder Familie zu findenden Allheilmittels zu tief und fest gewurzelt und wird auch wohl nicht eher zerstört werden, bis endlich das Verbot der Abgabe auch des offiz. 3 proz. Karbolwassers im Handverkauf von massgebender Stelle eingeführt werden wird. Es ist kaum zu verstehen, dass dieser Forderung bisher noch so wenig Gehör geschenkt wurde.

Dr. Waibel-Kempten.

Ein Fall von Vergiftung durch Extractum Filicis maris. Von Dr. Gotthilf, prakt. Arzt in Hofgeismar. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 27.

Verfasser fand im Bette liegend einen robusten Mann von 30 Jahren, sehr fettleibig in vollständigem Coma mit stark aufgedunsenem Gesichte und kaltem Schweisse auf der Stirne. Auf Anrufen oder Nadelstiche reagirte Patient nicht. Die Nase zeigte eine blutige Risswunde, aus dem Munde kam zeitweilig etwas Blut.

Verfasser dachte zuerst an Epilepsie und dann an einen Schlaganfall.

Auf weitere Fragen erfuhr er dann, dass Patient bereits seit zwei Tagen an starkem Kopfweh, Schwindel, Benommenheit und Appetitlosigkeit gelitten und in der letzten Nacht heftig erbrochen habe. Eine halbe Stunde vor Ankunft des Verfassers sei Patient plötzlich bewusstlos zusammengestürzt, daher die Nasenwunde und Blutung aus dem Munde.

Die Untersuchung ergab: einen kaum fühlbaren Puls, leise beschleunigte, regelmässige und reine Herztöne, Augen halb offen, weite Pupillen, gesteigerte Patellarreflexe, den ganzen Körper in einem Krampfzustande, besonders die Arme, starken Trismus.

Kampherinjektion, Eisblase, später Morphiuminjektion. Nach $^1/_2$ Stunde reagirte Patient auf Anruf, Nachlass des Krampfes, während Trismus noch länger anhielt. Der Aufforderung, Beine und Arme zu heben, konnte Patient nachkommen; die Sensibilität zeigte an allen Körpertheilen normales Verhalten. Patient verfiel in Schlaf und nach ca. 10 Stunden war er ganz munter, schwitzte aber noch in ganz abnormer Weise und hatte noch etwas beschleunigte Herzthätigkeit. Er wusste von alle dem, was mit ihm passirt sei, nichts.

Weitere Nachforschung ergab, dass sich Patient vor drei Tagen von einem Homöopathen, einem sog. Bandwurmdoktor, brieflich ein Mittel gegen

seinen Bandwurm verschafft und dann die ganze Flasche mit einer ganz schwarzen Flüssigkeit (ca. $^3/_4$ gefüllt) ausgetrunken hatte. Abführmittel hatte er hinterher nicht genommen. Der Bandwurm soll zum Theil abgegangen sein. Verfasser bemühte sich um das Mittel und fand Extr. filicis maris, in der Flasche ca. 10—11 gr.

Zwei Stunden nach Einnehmen des Mittels waren beim Patienten schon die ersten Vergiftungserscheinungen aufgetreten, bis am dritten Tage der eigentliche, eben beschriebene Anfall kam. Durchfälle und Icterus waren nicht vorhanden, im Urin nur geringe Eiweisspuren. Verfasser gab noch einige Löffel Rizinusöl und am vierten Tage konnte Patient das Bett verlassen.

Verfasser meint, dass Alles hätte vermieden werden können, wenn Patient ein Abführmittel genommen hätte. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Vergiftungserscheinungen in Folge innerlichen Gebrauches von parfümirtem Glyzerin. Von Dr. Hünerfauth jun. in Eisenach. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 28.

Verfasser, gewohnt von Zeit zu Zeit zur Entleerung des gefüllten Rektum eine Injektion von 3—5 g Glyzerin mit der Analspritze anzuwenden, hatte eines Abends wieder von diesem Mittel zur Erzielung des Stuhlgangs Gebrauch gemacht, als er beim Auskleiden plötzlich ein Gefühl von Völle und Uebelsein in der Magengegend verspürte. Nach etwa 10 Minuten überfiel ihn ein unsagbares Angstgefühl, die Muster der Tapete des Schlafzimmers und die an der Wand hängenden Bilder fingen einen tollen Tanz an; von Zeit zu Zeit wurde es ihm schwarz vor den Augen, während das Herz zu hämmern anfing und heisse Blutwellen ihm zu Kopfe stiegen. Der Puls wurde fliegend, unregelmässig, ziemlich schwach und schwankte während einiger Zeit zwischen 96 bis 120 — 140 in der Minute; dazu traten heftige Athembeschwerden und Herzbeklemmung ein; schliesslich gesellte sich noch Schüttelfrost hinzu; Hände, Füsse und Nasenspitze waren eiskalt. Nachdem nach dem Genuss einer Tasse starken schwarzen Thees sich reichliches Erbrechen eingestellt hatte, wurde nach $1^1/_2$ Stunden der Zustand erträglicher, indem die Beklemmungen und die übrigen Symptome nachliessen; es trat Schweisssekretion und wiederholter starker Harndrang ein, und nach drei Stunden ungefähr verfiel der Verfasser in unruhigen Schlaf, um am anderen Morgen nichts mehr von den beängstigenden Symptomen zu verspüren.

Da ein Diätfehler nicht begangen war vor Eintritt der geschilderten Erscheinungen, musste die Ursache dieser plötzlichen Erkrankung unbekannt bleiben. Nach einigen Wochen stellte sich Abends wieder das Bedürfniss nach einer Stuhlentleerung ein und kam Dr. H. diesem durch die gewohnte Dosis Glyzerin nach. Mit photographischer Treue traten die unlängst beobachteten beängstigenden Erscheinungen wieder auf in derselben Reihenfolge und mit derselben Heftigkeit und nach Genuss von heissem Thee mit Rothwein, wonach diesmal kein Erbrechen folgte, gelang es, die bedrohlichen Symptome nach zwei Stunden zu bekämpfen. Nun kam dem Dr. H. der Gedanke, nur die Glyzerininjektion könne an allem Schuld sein. Er hatte dieses Glyzerin beim Drogisten gekauft und es war ihm damals sofort aufgefallen, dass es stark parfümirt roch, doch hatte er diesem Umstand kein grosses Gewicht beigelegt und das Präparat demnach in Benutzung genommen. Da eine sofortige Untersuchung des Glyzerins auf Arsen negativ ausfiel, richtete sich der Argwohn auf das Parfüm, das in dem Glyzerin enthalten war. Der dieserhalb befragte Drogist klärte dann die Sache auch sehr bald auf, indem er bereitwillig eröffnete, dass er sein offizinelles Glyzerin mit starkem Maiglöckchenextrakt zu parfümiren pflege!

Es hat sich hier also um eine Vergiftung mit dem Extrakt der Convalleria majalis gehandelt, welche vor Allem die beängstigenden Herzerscheinungen erklärt. Auf ferneres Befragen gab der Drogist weiter an, dass er jedes Mal auf 5 kg Glyzerin 10 g Maiglöckchenextrakt hinzusetze, weil die Damen, welche das Glyzerin meistens zu Toilettenzwecken verwendeten, den Geruch so sehr liebten.

Interessant war es, dass einige Tage später eine Patientin des Verfassers, welche parfümirte Glyzerin zur Einspritzung benutzte, unter denselben Erscheinungen erkrankte. Dr. Dütschke-Arnsberg.

Das ärztliche Sachverständigen-Gutachten in einem Falle von Todschlag. Von Dr. R. L. Pritchard (of the New-York bar). The medico-legal Journal; Juni 1901, XIX, Nr. 1.

Ein Wärter aus dem Irren-Pavillon des Davis Bellevue Hospitals in Newyork war angeklagt, durch Gewalt den Tod eines seiner Pflege anvertrauten Kranken herbeigeführt zu haben. Drei Zeugen hatten beobachtet, wie der Angeklagte den Kranken geschlagen und ein Betttuch, welches er um dessen Hals gelegt hatte, zusammengezogen hatte. Der Wärter selbst gab an, er habe den Geisteskranken gebändigt und geschlagen.

Bei der Obduktion fanden sich Blutüberfüllung der inneren Organe, unvollständiger Luftgehalt des Blutes als Zeichen des Erstickungstodes, ferner ein Bruch des Zungenbeins.

Der Angeklagte wurde freigesprochen.

Die Vertheidigung hatte acht ärztliche Sachverständige geladen, unter denen sich Männer vom höchsten Ansehen befanden. Diese gaben mit Sicherheit ihr Gutachten dahin ab, der Tod sei an Herzerweiterung erfolgt, die angewandte Gewalt sei nicht im Stande gewesen, das Zungenbein zu brechen.

Die vom Staatsanwalt geladenen 5 Sachverständign, ebenfalls Männer vom besten Namen, bezeugten, der Tod sei an Strangulation erfolgt, „die durch Fraktur des Zungenbeins als Folge der angewandten Gewalt erzeugt worden sei."

Sie stützten sich hierbei nicht auf die Obduktionsbefunde, sondern trugen mehr den Zeugenaussagen und äusseren Umständen des Falles Rechnung; sie gingen ferner nicht weit genug, wenn sie die Ansicht äusserten, der Bruch des Zungenbeins durch ein um den Hals gelegtes Betttuch habe auf diese Weise erzeugt werden können. Sie hätten ihre feste Ueberzeugung deutlicher äussern müssen.

Die Differenz zwischen den Sachverständigen beider Lager veranlasste den Staatsanwalt das Zeugniss der Aerzte als ein Wettrennen von Lügnern zu bezeichnen.

Der Verfasser macht dem Staatsanwalt den Vorwurf, dass er den Sachverständigen den objektiven Thatbestand nicht vollständig genug und nicht deutlich genug dargelegt habe; hätte er über den Hergang bei der Strangulation genügende Kenntnisse besessen, so würde er auf die von ihm dargelegten Thatsachen allein hin das von ihm erwartete Verdikt: Tod durch Strangulation nicht zu erreichen gesucht haben.

Den Zungenbeinbruch will Verfasser übrigens so erklären, dass durch die Kompression ein Druck auf die Membr. hyothyroidea und die Muskeln, die vom Zungenbein entspringen ausgeübt werde, dass in Folge des Druckes eine Hemmung des Luftzutrittes eintrete, dass hierdurch gewaltsame und unregelmässige Muskelkontraktionen einsetzen und dass schliesslich durch Muskelaktion der Knochen bricht.

Der ganze Sachverhalt giebt eine gute Erläuterung für die Klagen[2]) über das Sachverständigen-Wesen in Amerika und die Nothwendigkeit von Reformen.

Dr. Mayer-Simmern.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Das Gutachten des behandelnden Arztes ist ausreichend; es braucht nicht das Gutachten eines zweiten Arztes eingefordert werden. Rekurs-Entscheidung vom 25. Februar 1901.

Die Worte „auf Grund eines ärztlichen Gutachtens" im §. 69 Abs. 3 a. a. O. haben, wie die Reichstagsverhandlungen ergeben, nicht die Bedeutung, dass vorher stets ein anderer, als der behandelnde Arzt gehört werden müsse, sondern lediglich den Zweck, die grundsätzlich für jeden Fall beabsichtigte Anhörung des behandelnden Arztes — abgesehen von der Gewährung der Vollrente, in welchem Falle die Anhörung eines Arztes nicht im Interesse des Verletzten liegt und deshalb auch nicht vorgeschrieben ist — in der Richtung einzuschränken, dass dann kein Arzt, weder der behandelnde noch ein sonstiger, gehört zu werden braucht, wenn für die Ablehnung des Anspruchs oder die Fest-

---

[1]) Vollständiger ist der Obduktionsbefund nicht mitgetheilt.

[2]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1900, S. 563; 1901, S. 513 und 514.

stellung einer Theilrente ein ärztliches Gutachten überhaupt nicht in Betracht kommen kann, z. B. wenn der Anspruch abgelehnt werden soll, weil das Vorliegen eines Betriebsunfalles vermeint wird, oder weil der Verletzte nicht versichert, oder weil der Anspruch verjährt ist, oder wenn die Gewährung einer Theilrente, wie bei einfachen Fingerverletzungen, dem Verlust eines Auges u. s. w., schon auf Grund der eigenen Wahrnehmung des Feststellungsorgans oder sonstiger liquider Beweise erfolgen soll.

Der behandelnde Arzt ist nicht zu hören, wenn die Ablehnung der Entschädigung nicht auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, sondern aus anderen Gründen erfolgen soll. Rekurs-Entscheidung vom 16. April 1901.

Die bezeichnende Bestimmung lautet: „Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt worden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören." Es kann dahingestellt bleiben, ob Dr. G. als behandelnder Arzt im Sinne dieser Bestimmung würde anzusehen sein, obwohl er den Kläger nicht eigentlich ärztlich behandelt, sondern nur 8 bis 10 Tage nach dem Eintritte des für den Bruch verantwortlich gemachten Vorganges untersucht und die Anlegung eines Bruchbandes verordnet hat. Denn selbst wenn man so weit gehen wollte, so würde doch die Anhörung dieses Arztes auf Grund jener Vorschrift vom Kläger nicht gefordert werden können, weil die Ablehnung der Entschädigung keineswegs auf Grund des Gutachtens des Geh. San.-Raths Dr. W. vom 28. September 1900, sondern deshalb erfolgt ist, weil die gesammte thatsächliche Lage des Falles eine Entstehung des Bruchleidens unter wesentlicher Mitwirkung der dafür verantwortlich gemachten Arbeit als ausgeschlossen erscheinen lässt.

Demonstration eines Unfallkranken, nebst einigen Bemerkungen über die sympathische Reaktion. Von Prof. Dr. Cramer in Göttingen. Bericht über die Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft in Göttingen; Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 2, 1901.

In der am 6. Dezember v. J. abgehaltenen Sitzung der medizinischen Gesellschaft zu Göttingen stellte der Verfasser einen Unfallkranken vor, bei dem im Jahre 1888 die typischen Erscheinungen der sogenannten „traumatischen Neurose" (den in den Akten befindlichen Gutachten nach) bestanden haben sollen, während jetzt fast als einziger Rest eine ausgesprochene Lähmung und Atrophie des Serratus anticus und des Sternokostaltheils des Pectoralis major sich nachweisen liess. Irgend welche Störungen psychischer Art waren nicht mehr zu erkennen. Es bestand noch eine ischiasähnliche Schmerzhaftigkeit im rechten Bein und eine schmerzhafte Stelle in der atrophischen Parthie des Pectoralis major. Bei Druck auf diese Stelle trat Pulsbeschleunigung und Erweiterung der Pupillen auf. Ueber diese sympathische Reaktion, über die bisher kaum Angaben vorhanden sind, und über ihre Bedeutung zur Diagnose des Schmerzes hat Cramer eine Reihe von Untersuchungen an Gesunden und Kranken angestellt, um diese Frage klar zu stellen. Bei 75 Personen hat er nur sieben Mal die Erweiterung der Pupille nach Stich mit einer Stecknadel in die linke Schulter vermisst. Von diesen sieben Personen waren drei Paralytiker mit starren Pupillen, zwei Epileptiker mit starker Reduktion der Intelligenz und des Empfindungsvermögens; für die beiden übrigbleibenden liess sich ein Grund für das Fehlen der sympathischen Reaktion nicht auffinden. Wenn es auch hiernach scheinen konnte, dass die sympathische Reaktion selbst nach geringer Schmerzeinwirkung bei den meisten Menschen vorhanden ist, so ist damit noch kein Reagens auf einen wirklich vorhandenen Schmerz gegeben. Denn die weiteren Versuche Cramer's stellten fest, dass auf rein psychischem Wege, d. h. wenn man die betreffenden Individuen nur veranlasst, sich einen schmerzhaften Eingriff vorzustellen, bereits Pupillenerweiterung eintritt. Es genügte, den betreffenden Personen zu sagen: „jetzt stech ich", um sofortige Erweiterung der Pupillen herbeizuführen, ohne dass in Wirklichkeit die Stecknadel die Haut berührte. Diese Versuche gelangen auch bei Personen, die vorher noch nicht gestochen waren, ja, bei einem der Assistenten, der die gesammten Versuche mitgemacht hatte, genau wusste, worauf es ankam und als ein ausserordentlich widerstandsfähiger Mensch bekannt war. Auch beim psy-

chischen Schmerz, z. B. bei Entgegennahme einer Todesnachricht, fand sich eine Pupillenerweiterung. Alle Versuche sind in ihrem Ergebniss durch mehrere Personen kontrolirt, so dass ein Irrthum ausgeschlossen ist. Es ist also die sympathische Pupillenerweiterung ein sicheres Zeichen für das Verhandensein eines wirklichen Schmerzes bei den Unfallkranken nicht, es kann dieselbe vielmehr auf dem Vorstellungswege, man möchte fast sagen, willkürlich hervorgerufen werden. Rpd.

Erwerbsverminderung liegt nicht vor bei Verlust von Zähnen. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24. Mai 1901.

Das Fehlen zweier Schneidezähne, eines Eckzahns und eines Backenzahns im Oberkiefer des Kläger würde nur dann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit des Klägers bedingen, wenn etwa sein Ernährungszustand unter diesem Defekt wegen ungenügender Zerkleinerung der Speisen und dadurch hervorgerufener Verdauungsstörungen gelitten hätte. Dass das nicht der Fall ist, geht aus dem ärztlichen Attest hervor und der Kläger selbst behauptet gar nicht einmal, dass sein Ernährungszustand ein mangelhafter sei. Dass ihm durch das Fehlen der vier Zähne Essen und Sprechen wesentlich erschwert wäre, ist eine Behauptung des Klägers, deren Uebertriebenheit (wenn nicht Haltlosigkeit) klar zu Tage liegt.

Ein fast am ganzen Körper Gelähmter ist, auch wenn er zeitweise mehr als ein Drittel des ortsüblichen Tagelohns verdient und Versicherungsbeiträge bezahlt hat, nicht als erwerbsfähig und versicherungspflichtig anzusehen und hat demnach auch keinen Anspruch auf Invalidenrente. Rekurs-Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 21. Mai 1901.

Mit Recht hat das Schiedsgericht angenommen, dass der Kläger am 2. Juli 1894 bereits erwerbsunfähig war, demnach niemals in die Versicherung eingetreten und lediglich berechtigt ist, den etwa von ihm zur Beschaffung von Beitragsmarken aufgewendeten Betrag erstattet zu verlangen. Zunächst befindet sich das Schiedsgericht im Einklange mit dem Gesetz und der einschlägigen Spruchübung des Reichs-Versicherungsamts, wenn es auch bei Hausgewerbetreibenden die Erwerbsfähigkeit im Sinne des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes nach der Fähigkeit zur Verrichtung von Lohnarbeit beurtheilt. Wollte man nun auch das Treiben (der Rentenbewerber hatte als Haustreiber für Webereien gearbeitet, wobei er jedesmal bei Beginn der Arbeit nach dem am Treibrad aufgestellten niedrigen Stuhl getragen war, um dort in einer seiner körperlichen Schwäche angepassten bequemen Lage mittelst seiner beweglich gebliebenen Arme und Hände Garn zu treiben) als eine solche Lohnarbeit ansehen, da es auch Fabriktreiber giebt, so bedarf es doch kaum weiterer Ausführung, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Lohntreiber keine Verwendung finden würde. Für die Arbeitskraft eines Mannes, der sich nicht einmal auf der Arbeitsstätte selbstständig bewegen, der nicht einmal auf dem Stuhle seine Körperlage irgendwie wesentlich verändern, geschweige denn den Weg von und zur Arbeitsstelle oder auch nur zu und von einem Beförderungsmittel ohne Hülfe zurücklegen kann, der bei jeder Platzveränderung getragen werden muss, und dem zu jeder gröberen Handarbeit die Kräfte fehlen, besteht auf dem Arbeitsmarkt eine für den Begriff der Erwerbsfähigkeit in Betracht kommende Nachfrage nicht. Der Kläger konnte vielmehr seine geringe Kraft nur als Hausgewerbetreibender unter Inanspruchnahme der ständigen Fürsorge der Hausgenossen und Benutzung der zu Hause sich bietenden Bequemlichkeiten verwerthen. Damit war er zur Verrichtung eigentlicher Lohnarbeit untauglich. Wenn von ihm auf seinen thatsächlichen Verdienst von zeitweise etwas mehr als einem Drittel des Tagelohns hingewiesen wird, so muss dem gegenüber erwogen werden, dass der Kläger allein ohne Unterstützung anderer Personen, die ihm jede Vorbereitung, jede ihm selbst nicht mögliche Handreichung abnahmen, diesen Verdienst nicht hätte erreichen können, dass aber nach der vom Reichsversicherungsamte stets festgehaltenen Gesetzesauslegung bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit nur der streng persönliche Verdienst in Betracht gezogen werden darf. Auch ist aus den Akten zu entnehmen, dass der Kläger

nur unter Schmerzen und mit grosser Selbstüberwindung seinem Körper die nachgewiesenen Leistungen hat abgewinnen können. Derartige Arbeitsleistungen dürfen aber bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit, deren Begriff eine einheitliche und nach durchschnittlichen Ansprüchen bemessene Anwendung fordert, nicht berücksichtigt werden. Andernfalls würde man offenbar bei der nothwendig nach denselben Grundsätzen zu beurtheilenden Frage, ob ein Rentenbewerber noch durch irgend eine Beschäftigung den Mindestlohn zu erarbeiten im Stande sei, zu praktisch undurchführbaren und der grossen Mehrzahl der Versicherten nachtheiligen Anforderungen gelangen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber Abwässer-Kläranlagen, insbesondere Kontaktfilter. Vortrag in der englischen Medizinalbeamtenversammlung. Von T. Eustace Hill, Grafschaftsrathsarzt in Durham. Public Health; XIII, 1901, Juni. S. 600 bis 617. Mit Abbildungen.

Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit der Medizinalbeamten auf die ausgezeichneten Resultate, die mit Kontaktfiltern in Southmoor in der Grafschaft Durham bei der Abwässerreinigung erzielt wurden. Für uns ist ein Vergleich mit den von Proskauer und Thiesing in der Kläranlage Karolinenhöhe erzielten Ergebnissen, die im jüngsten Supplementhefte der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin niedergelegt sind, von Interesse. South-Moor liegt im Zentrum eines industriellen Kohlenbergwerkdistriktes und hat wenig Wasser-Klosets oder Bäder. Die Flüssigkeit der Abwässer ist daher sehr stark konzentrirt. Die Menge pro Tag und Kopf der Bevölkerung ist im Durchschnitt 45 Liter. Die frühere Abwässer-Behandlung auf einem circa $^4/_5$ Hektar grossen Stück Land durch intermittirende Filtration reichte für die wachsende Bevölkerung nicht mehr aus. Auf Druck des Grafschaftsrathes,[1]) der Verunreinigung des vorbeifliessenden Stanley Burn ein Ende zu machen, beschloss 1898 der Distriktsrath, Kontaktfilter nach den Dibdin'schen Grundsätzen zu bauen.

Der neuen, vom Verfasser geplanten und beaufsichtigten Anlage steht ein grosses Areal zur Verfügung. Die Becken nehmen ein Gebiet von etwa $^1/_5$ Hektar ein. Die Zahl der Einwohner betrug Ende 1900: 4560, die Trockenwetter-Abwässer betrugen wenigstens 45000 Gallons (á 4,54 Tonnen).

Durch eine Einlasskammer und einen halbzölligen, senkrechten Schacht treten die Brauchwässer in ein grosses Becken von 10,5 × 8,5 × 1,5 m Durchmesser und einem Fassungsvermögen von etwas mehr als der Hälfte des Gesammtzuflusses (24300 Gallons). Durch Ventile am Boden des Beckens kommt die Flüssigkeit auf die Grobfilter und vertheilt sich hier auf der Oberfläche über T förmig angeordnete Holzrinnen. Der Grobfilter giebt es 4; sie fassen zusammen 185000 Gallons, sind 12,6 m breit und 1,5 m tief, und werden am Boden durch 4 zöllige offene, einem Häringsgerippe ähnlich angeordnete Röhren durchzogen. Das Füllmaterial (Koks und Klinker) hat ein Korn von $2^1/_2$ cm bis Hühnereigrösse. Die Abflussröhren lassen sich durch Klappenventile schliessen und öffnen sich in einem Viereck im Mittelpunkt der Becken. Von hier aus gelangt die Flüssigkeit auf die Feinfilter. Diese sind etwa 1 m tief, fassen 25000 Gallons und sind mit feinerem Material gefüllt, dessen Korngrösse 6—25 mm misst. Der Boden neigt sich nach der Ausflussöffnung. Die Flüssigkeit tritt nach dem Passiren des Feinfilters durch Abflussröhren und wird in den Strom direkt abgelassen.

Seit Februar 1899 arbeiten die Filter ohne Unterbrechung. Anfänglich sollte die Flüssigkeit 2—3 Stunden in den Becken bleiben; um die Nachtarbeit zu sparen, liess man nach einiger Zeit den Inhalt des Sammelbeckens in ein Rohfilter übertreten, ehe der Werkarbeiter die Anlage verliess, und liess ihn erst am Morgen in die Feinfilter. Man erzielte sogar einen höheren Grad von Reinlichkeit der Flüssigkeit, wenn man — bei trockenem Wetter — die Flüssigkeit 8—12 Stunden in den Filtern liess, als wenn man, wie in Sutton es üblich ist, sie nur 2—3 Stunden darin lassen konnte. Bei nassem Wetter findet eine häufigere Füllung

[1]) Vergl. Rapmund: Das öffentliche Gesundheitswesen; 1901, S. 270.

und Entleerung statt. Die Nachtwässer sammeln sich im Hülfsbecken und werden am Morgen auf die Rohfilter entleert. Der Dienst fällt zwischen 6 Uhr Abends und 8 Uhr Morgens ganz aus.

Schwebestoffe und Schlamm des Hülfsbeckens sind sehr gering an Menge und lassen sich ohne die geringste Schädigung leicht auf anstossendem Felde ablagern. Im Sommer ist der Kohlenstaubgehalt so gross, dass die Masse nach kurzem Liegen an der Luft verbrannt werden kann.

Bis Mai 1899 waren die Kontaktfilter noch nicht eingearbeitet, in den schliesslichen Abflüssen fehlten die Nitrate. Seit Mai 1899 war unter 37 Analysen der geklärten Flüssigkeit der organische Stickstoff durchschnittlich nur 0,072 auf 100000 Theile, während der in 3 Stunden bei 80° F. (26,6° C.) absorbirte Sauerstoff nur 0,226 war. In jeder dieser Proben fanden sich Nitrate, im Durchschnitt 1,076 Theile auf 100000.

Diese Abflüsse der Feinfilter waren klar, hell, farblos, frei von Geruch und faulten nicht, wenn sie auch eine Zeit lang standen.

Das günstige Resultat ist bedingt durch die besonders guten Verhältnisse, unter denen die Filter arbeiten. Die Menge der Abwässer auf 1 Acre (4047 qm) Filterfläche beträgt bei trockenem Wetter nur 100000 Gallons. Die Anlage ist aber der Reinigung des Regenwassers auch bei vierfach grösserer Menge gewachsen.

Die Gesammtkosten der Anlage waren sehr gering. Da die geklärte Flüssigkeit nicht, wie die Zentralbehörde verlangt, auf eine Landfläche abgelassen wird, ehe sie in den Fluss geht, so konnte der Distrikt eine Anleihe zur Bestreitung der Auslagen nicht aufnehmen und mussten die Kosten aus den laufenden Steuern bezahlen. Der Baugrund kostete 198 £, die Anlage 1452 £. Schätzt man die Bevölkerung auf 4500, so betragen auf den Kopf die Kosten 7 s. 3 d. Das Füllmaterial der Filter wurde von den Bergwerken im Distrikt ohne Entgelt erhalten; die Transportauslagen und jene für das Sieben waren gering. Ein Arbeiter mit täglich 3—4 Stunden Arbeitszeit kann ohne Schwierigkeiten mit der Anlage fertig werden; er erhält im Jahr 30 £ Lohn. In grossen Distrikten, wo die Ausgaben für Tag- und Nachtarbeiter nicht in's Gewicht fallen, lässt sich das Sammelbecken entbehren; in South-Moor ermöglicht es aber eine schnelle und zuverlässige Vertheilung der Abwässer auf die Grobfilter, spart die Arbeitskraft und ermöglicht eine Versorgung der Nachtwässer. Es dient nicht als Faulraum; es ist offen und ohne Schaumbildung an der Oberfläche.

Das Fassungsvermögen der groben Filter muss durch das dauernde Eindringen mineralischer Schwebestoffe sich allmählich verringern. Praktisch hat sich in South-Moor eine schädliche Wirkung aber noch nicht gezeigt; die Filter können noch mehrere Jahre weiter arbeiten. Alsdann wird eines der Filter nach dem andern auszuschalten und das Material zu sichten sein. Da der Abfluss der Grobfilter mineralische Bestandtheile in nennenswerther Weise nicht enthält, so hat das Fassungsvermögen der Feinfilter nicht gelitten.

Strenger Frost hat in keiner Weise die Wirkung der Kontaktbetten beeinträchtigt.

Da die Flüssigkeit 8—12—14 Stunden in den Filtern belassen wurde, ist das grosse Fassungsvermögen der Becken nothwendig gewesen. Das Ergebniss der Klärung war aber auch ein viel günstigeres, als in Sutton, wo der Kontakt der Abwässer mit dem Filtermaterial nur $1^1/_2$—2 Stunden beträgt.

Die aus den Grobfiltern abfliessenden Massen sind in Folge des Gehaltes sehr feiner, darin suspendirter Partikel organischer Materie, die beim Stehen sich absetzen, fast schwarz, enthalten sehr wenig Sauerstoff, dagegen H_2S und haben den charakteristischen Geruch. Nitrate in messbarer Menge sind in ihnen nicht enthalten.

Der Zufluss zur Kläranlage liegt etwa 12 Fuss höher, als das Niveau der Ausflussöffnung. Eine solche Niveaudifferenz lässt sich allerdings praktisch nicht überall mit Nutzen herstellen. In South-Moor war die Fallhöhe durch das Niveau gegeben.

Im Grossen und Ganzen glaubt Verfasser den Beweis geliefert zu haben, dass sich stark konzentrirte Haus-Abwässer sehr befriedigend in doppelten Kontaktfiltern reinigen lassen, dass die jährlichen Unterhaltungskosten gering seien, das Anlagekapital nur mässig zu sein braucht.

In der Diskussion wurde betont, dass das Geheimniss des Erfolges

des Autors das grosse, ihm zur Verfügung stehende Filterareal sei, dass lokale Verhältnisse in hohem Masse die Natur und die Ausdehnung der Anlage bestimmen, ein System sich nicht auf alle Abwässerversorgungsanlagen übertragen lasse. Anerkannt wurden die geringen Auslagen für das Füllmaterial und die Arbeitskraft. Einzelne Redner zogen einen Faulraum dem Sammelbecken vor, andere die automatische Regelung der Ventile der manuellen Oeffnung und Schliessung.

Wichtig sei, dass Dr. Hill gefunden habe, dass ein länger dauernder Kontakt auf 8—12 Stunden bessere Klärung erzielt habe, als die allgemein übliche Berührung von 2—4 Stunden. In den Grobfiltern finde die Verflüssigung der festen Bestandtheile der Abwässer statt, und die Zeit sei das wesentliche Moment, das solche Aenderungen hervorzubrigen vermöge. Die Schwärzung der Filter und Abwässer sei auf die Bildung von Eisensulfid zu beziehen.

Die Forderung der Zentralinstanz, selbst dann, wenn den Anforderungen in Bezug auf biologische Filter genügt sei, müsse die geklärte Flüssigkeit zunächst auf Land und dürfe nicht direkt in einen Strom geleitet werden, der zur Trinkwasserversorgung dient, sei übrigens berechtigt.

Der Autor selbst, in dessen Anlage obiger Forderung allerdings nicht entsprochen wird, giebt zu, dass zur Zeit das Local Government Board noch berechtigt sei, an eine Kläranlage eine solche Anforderung zu stellen.

Dr. Mayer-Simmern.

Der Einfluss der Hospitalisolirung auf den Scharlach. Ein Aufruf zur Statistik. Von C. Killick-Millard. Vortrag in der Februarversammlung des englischen Medizinalbeamtenvereins. Public Health; 1901, XIII, Nr. 7, S. 462—503.

Jedes massgebende Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege stellt in der Prophylaxe der Infektionskrankheiten die Krankenhausisolirung in den Vordergrund. Nach der „orthodoxen“ Ansicht lässt sich durch eine solche Isolirung die Gefahr der Verbreitung ansteckender Krankheiten auf ein Minimum reduziren; infizirte Häuser und Familien hören auf, Monate lang für die Nachbarschaft den Keim der Gefahr in sich zu bergen; die Möglichkeit völliger Ausrottung der Infektionskrankheiten müsste daher nahe liegen.

Obwohl im Publikum der Glaube an die Fähigkeit der Isolirhospitäler, die ursprünglich gehegten Hoffnungen zu verwirklichen, auch heute noch so festgegründet scheint, wie früher, dürfte unter den ärztlichen Gesundheitsbeamten sich ein einschneidender Wechsel der Ansichten vollzogen haben. Man giebt stillschweigend zu, dass die Massregel den ursprünglich gehegten Erfolg nicht gezeitigt hat, und man neigt zu der Annahme, dass nicht Scharlach, sondern Diphtherie und Typhus ausser den Pocken die wichtigsten zu isolirenden Krankheiten sind.

Bereits 1897 hatte J. T. Wilson, Grafschaftsrathsarzt für Lanark darauf aufmerksam gemacht, dass zwar die Mortalität an Scharlach etwa 1870 gleichzeitig mit dem Einsetzen intensiver prophylaktischer Massnahmen gesunken sei, dass aber eine solche Sterblichkeitsabnahme ebenso in Amerika beobachtet worden sei, wo kaum Hospitalisolirung stattfinde, wie in den ländlichen Bezirken, in denen kaum irgend welche bescheidenen Anfänge sanitärer Bestrebungen eingesetzt hätten. Trotzdem wurde von einigen Städten die Höhe des Prozentsatzes der dem Hospital überwiesenen Scharlachkranken häufig als Kriterium für die Trefflichkeit ihrer sanitären Verwaltung angesehen.

In jüngsten Zeit ging E. D. Marriott-Nottingham sogar so weit, anzunehmen, dass insbesondere bei Scharlach Isolirhospitäler nicht allein die Ziele, für die sie erbaut wurden, nicht erreicht haben, sondern sich sogar als schädlich dadurch erwiesen, dass sie die Krankheiten, zu deren Ausrottung sie hergestellt wurden, weiter verbreiteten.

Verfasser stellte sich nun die Aufgabe, durch statistische Belege den Werth oder den Unwerth der Isolirhospitäler bei Scharlach festzustellen. Er entsandte nahezu an alle irgendwie wichtigen Städte des Königreichs Fragebogen mit der Bitte um Auskunft nach der Zahl der Bevölkerung, der Zahl der angezeigten Scharlachfälle; wie viele hiervon unter 5 Jahren, wie viele in Krankenhäusern isolirt worden und wie viele Todesfälle auch in möglichst weit zurückliegenden Jahren registrirt worden seien.

Ferner wurden die Medizinalbeamten um Auskunft ersucht, ob die Isolirhospitäler an dem Orte ihrer Wirksamkeit von Werth gewesen seien; bejahenden Falls, in welcher Ausdehnung die Sterblichkeit, die Grösse der Epidemie, der Verlauf im einzelnen Falle beeinflusst worden sei.

Er erhielt 113 Antworten auf seine Fragebogen, eine von der Verwaltungsgrafschaft von London, 31 von den grossen Städten, 81 von den kleineren. Ein grosser Theil der Gesundheitsbeamten äusserte eine bestimmte Ansicht über den Werth der Isolirhospitäler nicht; andere antworteten mit „sicher", „unzweifelhaft", „sehr gross".

Die vom Autor gesammelten Zahlen führten ihn zu dem Ergebnisse, dass die Hospital-Isolirung, die sowohl begründet zu sein schien und auf deren Ausführung so viel Zeit und Mühe verwandt worden ist, beim Scharlach nur enttäuschende Resultate ergeben hat.

Man dürfe nicht den Einwand erheben, die Massregel sei nicht gründlich genug durchgeführt worden; denn die Städte, die am gründlichsten isolirt haben (Huddersfield, Nottingham, Warrington), weisen nicht bessere, eher noch ungünstigere Ergebnisse auf, als Städte, die weniger gethan haben. Auch die Annahme, dass unerkannt gebliebene und daher nicht angezeigte und nicht isolirte Fälle die Verbreitung ermöglicht haben, erklärt nicht den Umstand, dass die Erkrankung, dass die Erkrankung, trotzdem 80—90 % aller bekannten Fälle im Hospital isolirt wurden, ebenso zahlreich auftritt, wie vorher. Es muss eben im System selbst ein Fehler liegen; die Isolirung im Hospital ist thatsächlich der Isolirung in der Privatwohnung nicht gleich zu erachten.

Wenn es vorkommen kann, dass, nachdem aus dem Hospital ein Patient entlassen wird, in dem Haushalt, in den er zurückkehrt, neue Fälle auftreten („Return cases"), und diese Fälle anomal, ernster als der ursprüngliche Fall verlaufen, wenn man ferner erwägt, dass 6 Wochen oder 2 Monate vorher die Neuerkrankten bereits der Gefahr der Infektion ausgesetzt waren, damals aber nicht erkrankt sind, so muss man schliessen, dass die aus dem Hospital herausgetragene Infektion virulenter ist, als die ursprüngliche. Die Ansammlung einer grossen Zahl von Fällen in hoch infizirten Räumen kann recht wohl einen direkt schädlichen Einfluss auf die darin behandelten Patienten haben. Man bringt auch verwundete Kranke nicht in's Hospital zu Kranken mit Erysipel oder Hospitalbrand, Kranke mit katarrhalischer Angina zu solchen mit skarlatinöser Angina, Rhinorrhoe oder Otorrhoe.

Anerkannte Direktoren von Krankenhäusern sind zu dem Ergebniss gelangt, dass Otorrhoe und Rhinorrhoe nach Scharlach infektiös sind, und dass sich die Erkrankung nicht nur auf jene Patienten übertragen kann, die in der Nähe des Rekonvaleszenten liegen, sondern auch auf solche, die in entfernten Theilen des Raumes ihr Lager haben.

Wenn zahlreiche Fälle in jedem Stadium und von jedem Grade der Schwere des Scharlach, komplizirte und von Komplikationen freie, gleichzeitig zusammen in demselben Raume behandelt werden, so muss die Atmosphäre des Raumes, mag die Ventilation auch noch so gut sein, mag der dem Einzelnen zugemessene Kubikraum noch so hoch sein, unzählige Organismen, insbesondere die mannigfaltigen Varietäten der pyogenen Keime enthalten. Bei Genesung von Scharlach sind an sich die Kinder zu septischen Komplikationen geneigt; sie geben den Boden ab, für die Saat sorgt die Hospital-Atmosphäre.

So erklärt es sich, dass in den Hospitälern die Infektion länger dauert, und dass F. W. Turner, Chef des S.-O. Hospitals zu dem Ergebniss kommen konnte, dass die Infektiosität rascher schwindet in einem gewöhnlichen Privathause mit getrennten Zimmern, als im Krankenhause.

Nahezu die Hälfte aller Gesundheitsbeamten hat auf Anfrage eine Ansicht nicht geäussert; offizielle Statistiken liegen nicht vor, das Dogma nimmt die Stelle eines wissenschaftlichen Beweises ein. Obwohl die Auslagen schon enorme sind, stürzt man sich in weitere Schulden, grade als ob das ganze System einen deutlichen Erfolg aufgewiesen und alles erfüllt hätte, was man von ihm erwartet habe.

Sicher wenigstens ist die Zeit gekommen, zu betonen, dass eine eingehende Enquête über den Werth des Hospital-Isolirsystems nicht nur wünschenswerth, sondern geboten ist.

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Diskussion betonte Dr. Wilson, dass der Erfolg jeder vorbeugenden Massnahme stets von der

Art der Ausführung abhängt. Eine Ueberschätzung des Werthes der Isolirhospitäler findet sich indessen mehr beim grossen Publikum, als beim Sachverständigen. Als vor 12 Jahren Sir Richard Thorne-Thorne der Königlichen Impfkommission seinen Bericht vortrug, erwähnte er bereits, dass er der Zentral-Medizinalbehörde dargelegt habe, eine wie geringe Wirkung die Isolirung der Scharlachfälle in Leicester und Warrington auf die Scharlachepidemien ausgeübt habe. Trotzdem führte die Kommission, die aus nicht offiziellen Personen bestand, die Abnahme des Scharlachs in London auf die Hospital-Isolirung zurück. Ueberschätzt man aber die Bedeutung und den Werth einer Präventivmassregel, so kommt sie dadurch in Misskredit; zum Vergleiche darf an Jenner's Schätzung der Dauer des Impfschutzes gegen die Pocken erinnert werden. „Return cases" sind für den Gesundheitsbeamten überraschend und sind ihm eine Crux; sie scheinen in manchen Fällen aus der Entwickelung grösserer Infektiosität bei einem aus dem Hospital entlassenen Patienten zu resultiren.

Dr. Murphy ist der Ansicht, dass man den Werth oder Unwerth der Hospital-Isolirung nicht richtig schätzen könne, da man nicht wisse, wie ohne sie Verlauf und Mortalität des Scharlach gewesen wäre.

Dr. Booblyer hob hervor, dass enorme Summen des Nationalvermögens ausgegeben seien, um für diese Krankenhäuser zu sorgen, die Bevölkerung sei langsam, aber stetig dahin gebracht worden, die offensichtlichen Vortheile, die sie gewähren, einzusehen. Die Medizinalbeamten zögern keinen Moment, sie als die deutlichsten und werthvollsten Denkmäler der Fortschritte der Gesundheitspflege unserer Tage anzusprechen, ihren Werth in Fällen zu erkennen, gegen die ein anderes Mittel der Bekämpfung nicht anwendbar sei. Die Autoren des zersetzenden Kritizismus können nichts Besseres an ihrer Stelle bieten und uns nur einen Rath der Verzweiflung geben. Allerdings ist übermässiges Anhäufen von Scharlachfällen in engen, ungenügend eingerichteten Räumen vom Uebel; dieses Zusammenpferchen komme aber heute gewiss nicht mehr in grossem Massstabe vor. Der milde Verlauf der jetzigen Scharlachepidemien sogar in grossen Städten, der niedrige Stand der Mortalität an Scharlach spreche gegen die Theorie Millard's, dass bei ausgiebiger Isolirung sich Mischinfektionen, eine Art von Hospitalerkrankung ausbilde. Bliebe dieser milde Verlauf auch in späterer Zeit, dann brauche man die strengen Vorsichtsmassregeln weniger; man könnte aber eines Tages eines Besseren belehrt werden, wieder mit einer unheilvollen, allgemeinen, bösartigen Epidemie zu thun bekommen und hätte dann für ihre Opfer keine Krankenhäuser mehr.

Die Vorstellung Millard's, dass die Krankheit durch Anhäufung in Hospitälern ihren Typus verändere, könne nicht richtig sein. Wenn in den grossen Städten die Krankheit auf die Dauer endemisch herrsche, so liege das an der Grösse der Stadt und ihrer Gefährdung von aussen her. Distrikte der weiteren Umgebung stehen unter etwas lockerer Kontrole, als die städtischen Bezirke selbst, in denen die Diagnose gewöhnlich exakter sei und die Erfüllung der Anzeigepflicht genauer genommen werde.

Nach Ansicht von Dr. Newsholme ist mit Rücksicht auf die bei Epidemien beobachtete Periodizität das Gruppiren verschiedener Städte zu einer Klasse, wie der Referent es gethan habe, nicht richtig. In verschiedenen Jahren fielen die Maxima des Herrschens der Epidemie in den einzelnen Städten verschieden. Die Isolirung im Hospital sei nur einer der vielen Faktoren, der auf den Verlauf einen Einfluss ausübe. Nothwendig sei, dass jeder Medizinalbeamte in seinem eigenen Kreise die Angelegenheit von der klinischen, pathologischen und statistischen Seite erfolge.

Dr. Mc. Vail dankte dem Referenten für die ungeheure Mühe, die zur Vorbereitung seines Vortrages erforderlich war. Der schlimme Verlauf des Scharlachs sei seit einigen Jahren so gemildert worden, dass das grosse Publikum die Krankheit nicht mehr für ernst ansehe. Die Isolirung sei zu einer Zeit eingeführt worden, wo Intensität des Auftretens und Ernst des Verlaufes sich eben zu mildern begannen; das sei vielleicht einer der Gründe, weshalb ein materielles Resultat der Isolirung sich so wenig nachweisen lasse.

In seinem Schlusswort führte Dr. Millard aus: Prof. Simpson's Bericht an das „Hauptstädtische Krankenhausamt" gebe den zahlenmässigen Beweis, dass „Heimkehr-Fälle" unter den zu Hause behandelten Fällen seltener als unter den im Hospital behandelten seien. In Windsor, wo alle Fälle zu Hause gehalten wurden, sei ein solcher „Return case" von 1890—1899

nur einmal nach der Schlussdesinfektion vorgekommen. Städte ohne Krankenhausisolirung, wie Swansea, seien besser daran, als Warrington, das die Isolirung auf's Aeusserste getrieben habe. Scharlach werde in der That täglich milder. Es sei aber doch schon aus dem Grunde unrecht, neue Hospitäler über das ganze Land hin zu bauen, wie es gegenwärtig geschehe, in der Annahme, sie könnten später einmal nöthig werden — weil selbst dann die nach alten Grundsätzen erbauten Hospitäler veraltet sein würden.

Echte Isolirung erhalte man erst dann, wenn, wie in Paris, jeder Kranke seinen eigenen Raum erhält. Sei aber im Verhältniss zum verfügbaren Raum die Zahl der Kranken zu gross, so können Formen der Verschlimmerung des Krankheitsbildes eintreten. So sei in Warrington zwar schon vor 20 Jahren mit der Isolirung begonnen worden, zu einer Zeit, wo die Epidemien noch recht schlimm waren, wo man aber vom Hospitalbau noch wenig verstanden habe; daher wurde das Uebel der Menschenanhäufung verstärkt.

Die Frage heisse nicht: „Schaden Isolirhospitäler?“ sondern „rechtfertigt die Isolirung des Scharlachs die sehr grossen Ausgaben, die sie erforderlich macht?“ Da die Hospitalisolirung des Scharlach in grosser Ausdehnung seit einer Reihe von Jahren angewandt worden sei, dürfe die Zeit gekommen sein, eine genauere Untersuchung der Frage anzustellen.

Die Versammlung nahm hierauf einen ähnlich lautenden Beschluss, eine Enquête zu veranstalten, an. Dr. Mayer-Simmern.

Tagesnachrichten.

Für die am 1. April eröffnete Königliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin ist unter dem 27. August eine Geschäftsanweisung nebst Gebührenordnung erlassen, die in der Beilage zur nächsten Nummer zum Abdruck gebracht werden wird.

Nach einer Entscheidung des preussischen Ehrengerichtshofes für Aerzte ist eine Beschwerde gegen das ärztliche Ehrengericht wegen Abweisung von Anzeigen gegen Aerzte unzulässig: „In dem Gesetze, betr. die ärztlichen Ehrengerichte, sind Rechtsmittel gegen Verfügungen der Ehrengerichte, welche die Zurückweisung von Denunziationen gegen Aerzte zum Gegenstande haben, nicht vorgesehen. Der Beschwerde war daher ohne materielle Prüfung der Sachlage wegen Unzulässigkeit des Rechtsmittels der Erfolg zu versagen.“

In Gelsenkirchen ist eine umfangreiche Typhusepidemie zur Ausbreitung gekommen. Als Ursache derselben ist eine Verseuchung des Leitungswassers durch Typhusbazillen festgestellt, hervorgerufen durch einen in Königs-Steele vorgekommenen Rohrbruch, der vor einem typhusverseuchten Hause erfolgt war. Bis Ende September sind 687 Erkrankungen amtlich festgestellt; die Epidemie scheint jedoch ihren Höhepunkt überschritten zu haben.

Die ersten Wahlen für die preussischen Apothekerkammern werden im November d. J. stattfinden.

Wahl. Zum Geschäftsführer des Deutschen Aerztevereinsbundes hat der Ausschuss desselben H. San.-Rath Dr. Heinze in Leipzig gewählt.

Die Vorstände der acht bayerischen Aerztekammern haben jetzt sowohl an das Staatsministerium, als an die Kammer der Abgeordneten eine Eingabe gerichtet, in der sie um beschleunigte Beschlussfassung über die

der Kammer vorgelegte ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung bitten.

Die diesjährige öffentliche Generalversammlung des niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege findet am 19. Oktober in Düren statt. Als Vorträge sind auf die Tagesordnung gestellt: 1. Ueber die Korset-Frage; Referent Dr. K. Cramer-Köln. 2. Bericht über die Abwässerfrage; Referent: Prof. Dr. Kruse-Bonn.

Die vom 22.—29. September d. J. in Hamburg stattgehabte 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte ist ausserordentlich zahlreich (3000 Theilnehmer) besucht gewesen. In der zweiten allgemeinen Sitzung machte der Vorsitzende die Mittheilung, dass vom 10. bis 14. Dezember 1902 in Kairo ein egyptischer Kongress für Medizin unter dem Protektorat Seiner Hoheit des Khedive stattfinden werde. Es handle sich dabei um eine Einrichtung, die von Zeit zu Zeit wiederholt werden solle, um Fragen der Gesundheitspflege, die im Orient so dringend seien, zu erörtern. Der Geheime Medizinalrath Prof. Dr. Virchow werde den Ehrenvorsitz führen. Zum nächsten Versammlungsort wurde Karlsbad gewählt. — Einen ausführlichen Bericht über die Versammlung werden wir in der nächsten Nummer der Zeitschrift bringen.

Die vom 18.—21. September d. J. in Rostock stattgefundene Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege war verhältnissmässig zahlreich (etwa 300 Theilnehmer) besucht. Der ausführliche Bericht darüber wird im Supplementheft der Zeitschrift gebracht werden. Bei der am letzten Sitzungstage erfolgten Neuwahl für die aus dem Vorstand ausscheidenden drei Mitglieder: Oberbürgermeister Schneider-Magdeburg, Geh. Baurath Stübben-Köln und Hofrath Dr. Stich-Nürnberg wurden Oberbürgermeister Dr. v. Borscht-München, Prof. Dr. Albrecht-Gross-Lichterfelde und Prof. Dr. Fränkel-Halle gewählt.

In der am 12. und 13. September in Lübeck abgehaltenen Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit gelangte auch die Fürsorge der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen zur Verhandlung. Die Referenten Stadtrath Samter-Charlottenburg und Dr. Waldschmidt-Westend-Charlottenburg vertraten beide den Standpunkt, dass Trunksucht unter allen Umständen eine Geisteskrankheit sei. In den von ihnen aufgestellten Leitsätzen verlangten sie, dass den Armenverbänden die Pflicht auferlegt werde, Trinker in Trinker-Heilanstalten unterzubringen, event. auch gegen ihren Willen mit Hülfe der Entmündigung. Strafen nützten bei Trinkern doch nichts. Bei Ueberbringung der Trunksüchtigen in Heilanstalten werde man auch eine Entlastung der Irrenhäuser und Gefängnisse herbeiführen. Zu den Kosten der Unterbringung seien die Krankenkassen, die Versicherungsanstalten und die Berufsgenossenschaften mit heranzuziehen. Namentlich gelte dies von den Landesversicherungsanstalten. Diese müssten auch die Heilung der Trinker durchführen; denn dadurch würden sie der Lungenschwindsucht und der vorzeitigen völligen Invalidität der Versicherten entgegenarbeiten. Auch mit den Abstinenzvereinen müssten die Armenverbände Hand in Hand gehen.

Nach längerer Debatte wurden schliesslich folgende Leitsätze angenommen:

1. Die Armenpflege hat ein ausserordentlich grosses, zahlenmässig nachweisbares Interesse daran, die Trunksucht einzudämmen. Ihre Aufgabe muss es daher sein, die Bestrebungen zu ihrer Bekämpfung, insbesondere die Bestrebungen zur Pflege der Enthaltsamkeit nach Möglichkeit zu unterstützen.

2. Soweit die Trunksucht sich als Krankheit darstellt und soweit Hülfsbedürftigkeit vorliegt, ist es grundsätzlich Pflicht der Armenverbände —

gegebenen Falles der Landarmenverbände — den Trunksüchtigen Aufnahme in die Heilanstalten zu gewähren.

3. Der Verein erkennt es für eine dringende Aufgabe der Landesgesetzgebung an, Bestimmungen über die Ausführung der reichsgesetzlichen Massnahmen über die Entmündigung von Trunksüchtigen, insbesondere durch Klarlegung der Kostenfrage, zu treffen.

4. Trunksüchtige sind, nöthigenfalls unter Androhung des Entmündigungsantrages, zum freiwilligen Eintritt in eine Trinkerheilanstalt zu bewegen. Gelingt dies nicht, so ist ihre Entmündigung zu beantragen, jedoch darauf hinzuwirken, dass das Gericht gemäss §. 681 der Zivilprozessordnung den Trunksüchtigen bestimmt, eine Trinkerheilanstalt aufzusuchen. Bleibt auch dies ohne Erfolg, so ist die Entmündung und eine zwangsweise Ueberweisung in die Anstalt herbeizuführen.

5. Unheilbare Trunksüchtige, namentlich solche in höherem Lebensalter, die der Armenpflege anheimfallen, eignen sich am besten für Anstaltspflege und sind zu entmündigen, um sie in Anstalten auch zwangsweise festhalten zu können. Sie werden dadurch vor weiterem geistigen und körperlichen Verfall thunlichst bewahrt und damit zugleich die noch in ihnen vorhandene Arbeitskraft konservirt, die im Interesse der Armenverwaltung zu verwerthen ist.

Der Reichsanzeiger veröffentlicht auf Grund der 1899 von den Bundesstaaten über die einheitliche Gestaltung der medizinischen Doktorpromotion getroffenen Vereinbarung zum erstenmal das Verzeichniss der im Wintersemester 1900/1901 auf den deutschen Universitäten erfolgten medizinischen Doktorpromotionen. Das Verzeichniss enthält ausser dem Vor- und Zunamen des Promovirten Zeit und Ort seiner Geburt, Wohnort, die Staatsangehörigkeit und Art seiner Vorbildung (die Anstalt, an der er das Reifezeugniss erwarb, und das Jahr der Reifeprüfung), den Studiengang mit Angabe der Studienorte und der Studienzeiten an jedem derselben, Titel der Doktorschrift und deren Druckort, den Referenten der Promotionsarbeit, das Datum des Rigorosums oder des Colloquiums bei der Doktorprüfung, die Zensur, das Datum der Promotion und dasjenige der Approbation. Die Zahl der Promovirten betrug 484.

Pest. In Konstantinopel und Umgegend hat sich die Pest nicht weiter verbreitet; am 15. Septbr. wurde nur noch ein tödtlich verlaufener Fall in Skutari beobachtet. Dagegen ist die Seuche in Neapel durch den Dampfer „Oreto“ eingeschleppt und hier bei 12 Kranken festgestellt; durch die sofort ergriffenen energischen Vorsichtsmassregeln ist jedoch die Krankheit bis jetzt auf ihren Entstehungsheerd beschränkt geblieben.

In Aegypten sind in den 4 Wochen vom 18. August bis 12. Septbr. 36 Pesterkrankungen mit 22 Todesfällen vorgekommen, davon 13 (7) in Alexandrien, 14 (8) in Port Said; im Kaplande betrug die Zahl der Erkrankungen vom 28. Juli bis 22. August nur noch 17 mit 5 Todesfällen, die sämmtlich in Port Elizabeth beobachtet sind, während Kapstadt seit längerer Zeit seuchenfrei ist.

Eine weitere Zunahme hat die Seuche dagegen in Indien erfahren: In den 4 Wochen vom 27. Juli bis 23. August sind angemeldet in der Präsidentschaft Bombay 2622, 3465, 3834, 4288 Pesterkrankungen mit 1930, 2492, 2867 und 3037 Todesfällen; in der Stadt Bombay 93 (136), 157 (168), 223 (214), 206 (206).

Auf Formosa sind seit Beginn des Jahres bis 20. Juli: 4228 Pesterkrankungen und 3348 Todesfälle vorgekommen; auf den Philippinen vom 16. Juni bis 13. Juli: 44 (41), in Hongkong vom 6. Juli bis 3. August: 71 (67), davon 47 in der Stadt Viktoria.

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

14. Jahrg. 1901.

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.

Feilhalten von Arzneien und Gift ohne polizeiliche Erlaubniss in einer Drogenhandlung.

Obergutachten in einer Untersuchungssache, erstattet von Dr. **Arthur Schmidt**, Reg.- und Geh. Med.-Rath in Liegnitz.

In einer wohl eingerichteten Drogenhandlung zu P., Kreis G., wurden am 22. Juni d. J. ätherische Baldriantinktur, Bleisalbe und Zinksalbe, sowie eine Anzahl Gifte, letztere ohne Vorhandensein einer Konzession, durch den Kreisarzt vorgefunden.

Der Drogenhändler führte an,

1. dass nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts zu Frankfurt a. M. vom 6. Jan. 1898 die ätherische Baldriantinktur freigegeben sei,

2. dass in der Kaiserl. Verordnung vom 25. Nov. 1895 der Zusatz „zum Gebrauch für Thiere“ für Blei- und Zinksalbe nicht vorgeschrieben sei,

3. dass er mit den Säuren und giftigen Farben durch Verkauf an technische Gewerbetreibende nur Grosshandel treibe und die Vorräthe sich nur in den Vorrathsräumen befunden hätten; einer strafbaren Handlung habe er sich also in keinem Falle schuldig gemacht.

Der Kreisarzt führte am 8. Juli d. J. gutachtlich aus,

1. dass nach dem Urtheil des Oberlandesgerichts zu München vom 24. Juli 1897 freigegebene Tinkturen ausserhalb der Apotheken nur in unverändertem Zustande abgegeben werden dürfen, daher sei ätherische Baldriantinktur nicht freigegeben.

2. Bleisalbe sei nur zum Gebrauch für Thiere freigegeben; es müsse daher das Standgefäss nicht lediglich mit „Bleisalbe“ bezeichnet sein.

3. Die Abgabe von Giften an technische Gewerbetreibende sei kein Beweis für Grosshandel; der Kleinhändler mit Giften, der nach §. 14 Abs. 3 der Gift-Polizei-Verordnung vom 24. Mai 1895 bei der Abgabe an Wiederverkäufer, technische Gewerbetreibende gewisse Erleichterungen geniesse, bedürfe jedoch nach §. 12 a. a. O. der polizeilichen Genehmigung. Der Drogenhändler H. sei Kleinhändler, bedürfe also der letzteren, die er nicht besitze.

Das Königliche Amtsgericht zu G. erklärte am 18. Juli diese letztere Ausführung mit Recht, wenn auch unter nicht zutreffender Begründung, ebenso die meisten anderen Ausführungen (zu 1 u. 2) des Kreisarstes für verfehlt und beantragte bei dem Herrn Regierungspräsidenten die Einholung eines Obergutachtens durch den Regierungs- und Medizinalrath.

Das von mir erstattete Gutachten veröffentliche ich nachstehend, da die Ansichten über die Strafbarkeit des Feilhaltens der hier in Frage kommenden Arzneimittel ausserhalb der Apotheken getheilte sind, während die Auffassungen des Kreisarztes und des Amtsgerichtes über die Art der Uebertretung bei dem Feilhalten von Giften seitens des Beschuldigten beiderseits als irrthümliche zu erweisen, keinen Schwierigkeiten unterlag. Dieser Theil des Gutachtens ist daher sehr kurz gefasst und hier nur der Vollständigkeit halber angeschlossen worden.

Der Wortlaut des Gutachtens ist folgender:

Bei der am 22. Juni d. J. vorgenommenen Besichtigung der Drogerie „zum rothen Kreuz“ des Drogenhändlers H. fanden sich vor:

1. Arzneien, welche nach Ansicht des Kreisarztes gemäss der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 und 25. Nov. 1895 nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen;

2. Gifte und giftige Farben im Sinne der ministeriellen Polizeiverordnung vom 24. August 1895 über den Handel mit Giften, ohne dass eine Konzession zum Gifthandel vorhanden war (Bl. 1, Ziffer 6).

Zu 1. Von angeblich dem freien Verkehr entzogenen Arzeneien fanden sich vor

a) ein Gefäss mit Tinct. valerianae aetherea, ätherische Baldriantinktur;

b) ferner Bleisalbe und Zinksalbe, bezeichnet „Ungentum Plumbi“ und „Ungentum Zinci“, ohne weiteren Zusatz, namentlich nicht mit dem Zusatz „zum Gebrauch für Thiere“.

Es kann als feststehend angenommen werden, dass H. mit Arzneimitteln nicht Grosshandel im Sinne des §. 3 der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Jan. 1890 treibt; es steht also in Frage, ob die zu a und b genannten Arzneimittel unter §. 1 der Kaiserlichen Verordnung entfallen.

Zu a. Darüber, ob die ätherische Baldriantinktur dem freien Verkehr entzogen sei oder nicht, sind seitens der Gerichte, wie

das Königliche Amtsgericht Bl. 10 ff. hervorhebt, in der That widersprechende Entscheidungen getroffen worden. Die Kaiserliche Verordnung vom 27. Jan. 1890 besagt im §. 1 nach Verzeichniss A, Ziffer 3, dass Auszüge in flüssiger Form (Tincturae) als Heilmittel nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden dürfen; ausgenommen sind 4 Tinkturen, nämlich Arnikatinktur, Baldriantinktur, Benzoëtinktur und Myrrhentinktur.

Es ist also freigegeben „Baldriantinktur".

Nach dem deutschen Arzneibuch (4. Ausgabe, 1900) wird die Baldriantinktur hergestellt aus 1 Theil Baldrianwurzel und 5 Theilen Spiritus dilutus, d. h. verdünntem, 68—69 % Alkohol enthaltendem Spiritus.

Ausserdem giebt es a. a. O. noch eine „ätherische Baldriantinktur", welche aus Baldrianwurzel 1 Theil und Spiritus aethereus 5 Theilen hergestellt wird; letzterer besteht aus 1 Theil Aether und 3 Theilen unverdünntem, d. h. 90—91 % Alkohol enthaltendem Spiritus (Weingeist).

Hieraus ergiebt sich, dass beide Tinkturen die „Baldriantinktur" und die „ätherische Baldriantinktur" sehr verschiedene Präparate sind; ersterer ist ein mit verdünntem Spiritus, letzterer ein aus Aether und unverdünntem Spiritus hergestellter flüssiger Auszug aus Baldrianwurzel.

Tinkturen sind nach Seite 369 des deutschen Arzneibuches weingeistige, weinige oder wässerige Auszüge aus Pflanzen oder Thierstoffen. Die mit Weingeist bereiteten Auszüge heissen schlechtweg „Tinkturen". Die mit Wasser oder Wein hergestellten Tinkturen werden als „wässerige" oder „weinige" bezeichnet, z. B. Tr. rhei aquosa und vinosa.

Die mit Aether und Weingeist bereiteten Tinkturen heissen dagegen „ätherische"; so giebt es ausser der Tinctura valeriana aetherea eine Tinctura ferri chlorati aetherea, ätherische Chlor-Eisentinktur, und andere; anderseits kennt man eine Tinctura aromatica, aromatische Tinktur und eine Tinctura aromatica acida, saure aromatische Tinktur, letztere mittelst einer Säure hergestellt,

Auch unterscheidet man zwischen „Tinkturen" und „zusammengesetzten" Tinkturen, z. B. Tinctura Aloës, Aloëtinktur und Tinctura Aloës composita, zusammengesetzte Aloëtinktur; erstere enthält Aloë und reinen Spiritus, letztere Aloë, 3 Wurzeln, Safran und unverdünnten Spiritus; desgleichen hat man Tinkturen mit Zusätzen, z. B. giebt es 3 Arten Opiumtinktur (simplex, benzoica und crocata).

Ein Apotheker, der statt einer ärztlich vorgeschriebenen Fingerhuttinktur oder Krähenaugentinktur die ätherische Fingerhuttinktur bezw. die ätherische Krähenaugentinktur oder statt geforderter aromatischer Tinktur die saure aromatische Tinktur, statt Aloëtinktur die zusammengesetzte Aloëtinktur abgeben würde, würde gegen die Betriebsvorschriften der Apotheker vom 16. Dezember 1893 verstossen; ebenso wenn er statt der verordneten Tinctura valeriana, d. h. des spirituosen Auszuges, Tinctura valeriana aetherea, d. h. den mit Aether bereiteten Auszug der Bal-

drianwurzel verkaufen würde. Anderseits würde ein Apotheker ein Rezept nicht anfertigen können, auf dem ein Arzt „Rhabarbertinktur“ verschrieben hätte, da er nicht sicher wüsste, ob er die wässerige (aquosa) oder die weinige (vinosa) abgeben solle. —

Alle diese Bezeichnungen haben einen bestimmten Sinn und Zweck und demgemäss sind die solche flüssige Auszüge enthaltenden Standgefässe in Apotheken, wie Drogenhandlungen im Interesse der vorgeschriebenen Ordnung und zur Vermeidung von Irrthümern, Gesundheitsbeschädigungen pp. inhaltgemäss nach den bestehenden Vorschriften, der Nomenklatur des Arzneibuches entsprechend, zu bezeichnen.

Will man also einer natürlichen Gedankenfolge nachgehen, so kann man nur zu dem Schlusse kommen, dass wenn die ätherische Baldriantinktur hätte vom Gesetzgeber dem freien Verkehr überlassen werden wollen, der Wortlaut in dem Verzeichniss A der Kaiserlichen Verordnung vom 29. 1. 1890 unter Ziffer 3 lauten würde:

„Auszüge in fester oder flüssiger Form (Extractae et tincturae) ausgenommen: Arnikatinktur, Baldriantinktur (auch ätherische), Benzoëtinktur u. s. w.

Somit ist meines Erachtens trotz zum Theil entgegenstehender gerichtlicher, von anderen Gesichtspunkten ausgehender Entscheidungen[1]) die ätherische Baldriantinktur nicht dem freien Verkehr überlassen.

Zu b. Es fanden sich vor: Bleisalbe und Zinksalbe, ohne besondere Bezeichnung.

Nach der Kaiserlichen Verordnung vom 29. Januar 1890, A,10 dürfen Salben mit Ausnahme von Lippen- und Pappelpomade, Salicyltalg und Coldcream nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden. —

Nach der Kaiserlichen Verordnung vom 25. November 1895 sind noch 4 andere Salben, jedoch „nur zum Gebrauche für Thiere“ freigegeben; nämlich Bleisalbe, Borsalbe, Terpentinsalbe und Zinksalbe und zwar lautet die technische Bezeichnung daselbst wörtlich: „Bleisalbe zum Gebrauch für Thiere“ u. s. w.

Ebendaselbst ist auch Hufkitt freigegeben ohne die Bezeichnung „zum Gebrauch für Thiere“, weil es sich von selbst versteht, dass Hufkitt nicht für kranke Menschen verwendet wird, eine missbräuchliche Verwendung demnach nicht zu befürchten steht.

Es ist richtig, dass in der genannten Kaiserlichen Verordnung vom 25. November 1895 der Zusatz „zum Gebrauch für Thiere“ zu der üblichen Signatur nicht vorgeschrieben ist. Es ist dies aber überhaupt nicht der Zweck der fraglichen Kaiserlichen Verordnung und der vom 27. Januar 1890; diese besagen nur, dass die in dem Verzeichniss A aufgeführten „Zubereitungen als Heilmittel“ und die im Verzeichniss B aufgeführten „Drogen und chemischen Präparate“ nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden dürfen und benennen

[1]) S. Springfeld: Die Rechte und Pflichten der Drogisten und Geheimmittelhändler. Berlin 1900, Seite 321 u. ff.

die aufgeführten Stoffe mit ihren Namen; z. B. Salben, Bleisalbe für Thiere, flüssige Auszüge, Baldriantinktur, Süssholzsaft, auch mit Anis, Malzextrakt, auch mit Eisen, Leberthran oder Kalk, Antifebrin u. a. m.

Ueber die Art der Bezeichnung der Standgefässe und sonstiger Behältnisse von Arzneimitteln in Drogenhandlungen giebt auch die Giftpolizeiverordnung vom 25. August 1895 nicht Vorschriften, im Besonderen kann in dieser Beziehung §. 4 nicht zur Anwendung gebracht werden, — wie Bl. 10 seitens des Amtsgerichts Goerlitz geschieht —, da Blei- und Zinksalbe nicht zu den Giften der Abtheilungen 1, 2 oder 3 daselbst gehören. In dieser Beziehung gilt vielmehr als eine im Sinne des §. 367,5 des R. Str. G. B. massgebende Verordnung der Minist.-Erlass vom 1. Februar 1894 und dessen Anlage: „Vorschriften über die Besichtigung (Revision) der Drogen- und ähnlicher Handlungen".[1])

Es heisst daselbst unter Ziffer 5: die Standgefässe und sonstigen Behältnisse müssen deutlich und in den vorgeschriebenen Farben bezeichnet sein.

Unter Bezeichnung (Signatur) ist die Aufschrift des Namens des Arzneimittels zu verstehen; der Name der in Rede stehenden freigegebenen Salben ist in der genannten Kaiserl. Verordnung festgesetzt; er lautet: „Bleisalbe zum Gebrauch für Thiere" u. s. w. Eine andere Bezeichnung ist daher unzulässig bezw. nicht deutlich.

Die Bezeichnung „Bleisalbe" oder „Zinksalbe" lässt nicht erkennen, dass die Salbe eine Thiersalbe sei; hält der Drogenhändler so bezeichnete Salben feil, so verstösst er gegen die Kaiserl. Verordnung vom 29. Januar 1890, da „Blei- und Zinksalbe" nach Verzeichniss A 3 zu den Salben gehören, die den Apotheken vorbehalten sind.

Im Uebrigen ergiebt eine Einsichtnahme des deutschen Arzneibuches und der preussischen Arzneitage, dass gleiche, einen Zweifel über die Inhaltsangabe von Arzneimittel-Standgefässen ausschliessende Vorschriften auch für die Apotheker bestehen. In beiden Büchern finden sich Arzneistoffe, die den Zusatz enthalten: ad usum veterinarium, d. i. zum Gebrauch für Thiere; z. B. Emplastrum Cantharidum und Emplastrum Cantharidum ad usum veterinarium u. a. m., ersteres Pflaster für Menschen, letzteres für Thiere bestimmt. Hieraus ergiebt sich, dass auch

---

[1]) Anmerkung: Zusätzlich wird zu 1b bemerkt, dass nach einer Entscheidung des Kammergerichts vom 25. Juli d. J. — abgedruckt in der pharmazeutischen Zeitung, 1901, Nr. 62, Seite 613 — der Begriff „Verordnungen" im Sinne des §. 367,5 des Reichsstrafgesetzbuches nicht auf Polizei-Verordnungen zu beschränken sei; Verordnungen seien die vom Staatsoberhaupt oder von einer zuständigen Behörde oder einem zuständigen Beamten erlassenen Vorschriften, in Preussen die auf Grund des Artikels 45 der preussischen Verfassung vom König, einem Minister oder Beamten erlassenen Verordnungen zur Ausführung von Gesetzen. Hieraus folgt, dass auch der oben angezogene Minist.-Erlass vom 1. Februar 1894, enthaltend Vorschriften über die Besichtigung von Drogenhandlungen, als eine „Verordnung" im Sinne des §. 367,5 des Str. G. B. anzusehen ist.

der Drogenhändler die 4 freigegebenen Thiersalben (Kaiserl. Verordnung vom 25. November 1895; Art. 2, Nr. 10), Blei-, Zink-, Bor- und Terpentinsalbe zum Gebrauch für Thiere auf den Standgefässen und sonstigen Behältnissen, z. B. Blechschachteln, nach dem Wortlaut gen. Kaiserl. Verordnung, also „Blei- oder Zinksalbe pp. zum Gebrauch für Thiere" bezeichnen muss..

Wer als Drogenhändler diese Bezeichnungen unterlässt und die Bestimmungen der Kaiserlichen Verordnung vom 25. November 1895 kennt, von dem ist nach vielfachen Erfahrungen anzunehmen, dass er es thut, um die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 durch Verkauf dieser Salben zum Gebrauch für Menschen zu übertreten; denn mit der Aufschrift „Blei- oder Zinksalbe zum Gebrauch für Thiere" versehene und damit gefüllte Behälter wird der zur Heilung eines Unterschenkelgeschwürs für 10 Pfg. Bleisalbe oder Zinksalbe fordernde Käufer dem Drogenhändler unter Protest zurückgeben. Solche Drogenhändler führen daher in der Regel nur diejenigen als Thierheilmittel freigegebenen Salben, welche dem gemeinen Manne als Heilmittel für Menschenkrankheiten und Körperschäden allgemein bekannt sind. Borsalbe kennt dieser wenig oder gar nicht, auch Terpentinsalbe wird von ihm selten gekauft; allgemein bekannt und volksthümlich aber ist die Anwendung von Blei- oder Zinksalbe bei Beingeschwüren, Wundsein und dergl. m. Es ist daher auch für den Kenner sehr erklärlich, weshalb bei dem p. H. nur Blei- und Zinksalbe vorhanden waren und zwar ohne die für ihn vorgeschriebene zusätzliche Bezeichnung „Zum Gebrauch für Thiere".

Die Revision der Drogenhandlung des H. hat somit ergeben, dass „Ungentum Plumbi" und „Ungentum Zinci" vorhanden waren, welche als Heilmittel dem freien Verkehr entzogen und nur freigegeben sind, wenn ihre Behälter inhaltsgemäss und deutlich als „Ungent. Plumbi oder Ungent. Zinci ad usum veterinarium", d. h. als „Bleisalbe oder Zinksalbe zum Gebrauch für Thiere" bezeichnet sind. —

Zu 2. Es fanden sich weiter Vorräthe von Giften (Bl. 1), angeblich in den Vorrathsräumen (Bl. 3) und zwar:

a) 2 Säuren: Schwefelsäure und Salzsäure,

b) 3 Farben: Minium, Chromgrün und Chromgelb.

Es wird in den Akten nirgends bestritten, dass diese 5 Stoffe Gifte sind; erstere 2 finden sich als solche in der Abtheilung 3 der Anlage I der Gift-Polizeiverordnung vom 25. August 1895 aufgeführt, während Minium, — Mennige —, zu den Bleifarben, Chromgrün zumeist[1]) und Chromgelb stets zu den Chromfarben gehören, welche als Gifte im Sinne genannter Verordnung (§. 1, Abs. 2) anzusehen sind.

Dass H. mit diesen Giften gewerbsmässigen Handel treibt, wird von ihm unter Ziffer 7, Bl. 3 zugegeben.

---

[1]) Chromgrün ist giftfrei, wenn es nur aus Chromoxyd besteht; meist ist es eine Mischung von Chromgelb mit Berlinerblau, oder es ist Chromborat, Chromphosphat oder Chromhydroxyd und dann in allen Fällen giftig.

Er macht den Einwand, dass er sie nur im „Grosshandel“ und zwar an Glasfabriken in P. und technische Gewerbetreibende abgebe, und führt einen neueren Beschluss des Bundesraths — augenscheinlich den, meines Wissens in Preussen noch nicht in Geltung gesetzten vom 17. Mai 1901, Ergänzung zu der Verordnung, betreffend die Vorschriften über den Verkehr mit Giften — an, wonach technische Gewerbetreibende den Wiederverkäufern gleich erachtet seien. Auch der Sachverständige Kreisarzt Dr. B. geht Bl. 8 auf die Frage ein, ob H. Grosshandel oder Kleinhandel treibt. In gleicher Weise glaubt das Königliche Amtsgericht (Bl. 10), dass noch festzustellen sei, ob der vom Beschuldigten getriebene Handel als „Grosshandel“ im Sinne der Polizeiverordnung vom 24. August 1895 aufzufassen sei.

Dieses Nachweises bedarf es aber im vorliegenden Falle nicht. Genannte Polizeiverordnung enthält Bestimmungen über den gewerbsmässigen Handel mit Giften, nämlich über Aufbewahrung, Abgabe von Giften, besondere Vorschriften über Farben, Ungeziefermittel und den Gewerbebetrieb der Kammerjäger.

Dass H. die Vorschriften über die Aufbewahrung oder Abgabe der bei ihm vorgefundenen 5 Gifte verletzt habe, ist nicht behauptet worden. Es kommt daher auch nicht §. 11, Abs. 2 der Giftpolizei-Verordnung in Betracht, der für Grosshändler Erleichterung bezüglich der Buchführung über die Abgabe der Gifte gewährt; es handelt sich vielmehr nur darum, ob H. die in Preussen nach §. 34 der Gew.-O. und §. 49 des Gesetzes vom 22. Juni 1861 erforderliche Erlaubniss besitzt oder nicht?

Die Revision des Kreisarztes hat ergeben, dass H. diese Erlaubniss, (Genehmigung, Konzession) nicht besitzt.

Das Feilhalten und der Verkauf von Giften, als der Beginn eines stehenden Gewerbes ohne polizeiliche Erlaubniss, ist aber nach §. 147 der Gew.-O. bezw. §. 367,[3] des Str.-Ges.-B. strafbar.

Ein in der Impfgesetzgebung nicht vorgesehener Fall von Vaccination.

Von Dr. Ritter jun., Bremervörde, pro physicatu approbirt[1]

Der noch ungeimpfte Sohn des Lehrers S. in B. erschien am 1. Juni 1899 nicht zum öffentlichen Impftermine, dagegen überreichte der Vater des Kindes folgendes Attest von Dr. B. in B.:

„Der am 8. Juni 1897 geborene Sohn des Lehrers S. in B., Friedrich, hat im Juni 1899 ausgebreitete Kuhpocken (Vaccine universalis) überstanden.“

Dies Attest wurde vom öffentlichen Impfarzt der Behörde (dem Königl. Landrathsamt in B.) mit der gutachtlichen Aeusserung übersandt, dass er 1. erhebliche Zweifel hege, dass die Hautkrankheit des in Frage stehenden Kindes Kuhpocken gewesen sind, weil a) eine Uebertragung von Kuhpocken auf den Menschen an sich ausserordentlich selten stattfindet, b) zu der angegebenen Zeit (Juni 1899) die Kuhpocken unter dem Rindviehbestande des Dorfes B. nach Angabe des Königl. Kreisthierarztes N. nicht ge-

herrscht haben, sowie dass 2. eine Erkrankung an Kuhpocken von der Vornahme der Impfung nicht befreie.

Dem Vater des Kindes wurde nun eröffnet, dass nur das Bestehen der natürlichen Blattern von der Schutzpockenimpfung befreie und ihm anheimgegeben, ein dahingehendes ärztliches Zeugniss nach dem vorgeschriebenen Formular beizubringen. Dasselbe konnte natürlich von Herrn Dr. B. nicht ausgefüllt werden; dagegen überreichte derselbe am 25. September 1900 folgendes Attest:

„Das Kind des Lehrers S. aus B. hat nicht die natürlichen Blattern überstanden, sondern ist durch ein anderes Kind desselben (Tochter Martha), an welcher zu der Zeit die Impfung vollzogen war, mit „Kuhpocken" angesteckt worden, welche sich über ein grosses Gebiet des Körpers, auf welchem ein Hautausschlag [1]) bestand, ausbreiteten (Vaccina universalis oder generalisata). Dieser Fall ist seiner Seltenheit wegen im Gesetz nicht vorgesehen. Da er aber nichts anderes darstellt als eine Kuhpockenerkrankung, die nicht durch Impfung, sondern durch Ansteckung entstanden ist, habe ich, in der Ansicht, dass eine solche auch den gleichen Schutz gewährt, wie eine Impfung, das fragliche Attest ausgestellt."

Auf dies Attest hin wurde das Kind nicht von der Impfung befreit und ist bereits, wie mir Herr Kollege B. mittheilt, in diesem Jahre erfolglos geimpft. Auf den Rath des Kreisarztes, dem die Sache jetzt zuerst zur Kenntniss kam, hat Dr. B. dem Kinde jetzt ein Impfzeugniss unter Benutzung des Formulars Nr. 4 ausgestellt, er hat darin den Passus „hat im Jahre . . . die natürlichen Blattern überstanden" gestrichen und dafür geschrieben „ist im Jahre 1899 zufällig mit Kuhpocken infizirt worden, ist im Jahre 1900 ohne Erfolg geimpft worden und demgemäss von der Impfung befreit." In einem Vermerk in seiner Privatimpfliste hat er den Fall begründet.

Es handelt sich in diesem Falle ganz unzweifelhaft um eine zufällige Uebertragung von Vaccine auf ein ungeimpftes Kind. Der Impfstoff war humanisirte Lymphe und stammte aus den Impfpusteln, die sich bei der Schwester des fraglichen Kindes entwickelt hatten. Begünstigt wurde diese Uebertragung durch das bestehende Ekzem. Nicht beipflichten kann ich der Ansicht des Herrn Dr. B., dass es sich um generalisirte Vaccine gehandelt hat, sondern es war eine einfache Komplikation von Vaccine mit Ekzem, wie sie schon häufiger zu Verwechselungen mit Vaccine généralisé geführt hat. Zweifellos ist das Kind durch diese Uebertragung vor den natürlichen Blattern geradeso geschützt, wie durch eine regelrechte erfolgreiche Impfung. Dies ist durch die erfolglose spätere Impfung bestätigt; auch hat das Kind nach Aussage der Mutter deutliche Impfnarben auf dem Leibe behalten. Trotzdem handelte die Behörde korrekt; denn ein solcher Fall ist im Gesetze nicht vorgesehen, vielmehr ist vorläufig der gesetzlichen Pflicht nur dann genügt, wenn 1. die Impfung von Erfolg war, 2. drei Mal ohne Erfolg geimpft wurde, 3. der Impfling die natürlichen Blattern überstanden hat. Fälle von Autovaccination sind ja keine Seltenheit; in der Regel werden aber

[1]) Der Hautausschlag war, wie mir Herr Kollege B. sagte, ein einfaches Ekzem.

von ihr die Impflinge selbst oder solche Individuen betroffen, die schon ihrer Impfpflicht genügt haben. Diese können zu derartigen Zweifeln keine Gelegenheit geben. Es erscheint wünschenswerth, dass auch solche Fälle, in denen ärztlich konstatirt ist, dass eine zufällige erfolgreiche Uebertragung von Vaccine (humanisirte oder animale) stattgefunden hat, Befreiung von der Impfung zur Folge haben. Es müsste dann allerdings gesetzlich gestattet werden, die Impfzeugnisse dementsprechend zu ändern, oder es müssten für diese Fälle besondere Formulare (5) gedruckt werden mit der Bemerkung, dass der Betreffende durch zufällige Uebertragung von Vaccine erfolgreich geimpft sei.

Meine Registratur.

Von Kreisarzt Dr. Brinkmann-Neutomischel.

Der letzte Paragraph der Dienstanweisung vom 23. März 1901 giebt uns an, dass die Eintheilung unserer Akten sich an die Gliederung der Abtheilung II der Dienstanweisung anzuschliessen habe und bestimmt, dass das ganze Aktenmaterial in General- und Spezialakten gesondert sein soll. Da die Ordnung des Materials uns selbst überlassen bleibt, so bin ich zu der Ansicht gelangt, dass es nicht nöthig sei, die Akten abtheilungsweise zu ordnen, dass vielmehr aus Gründen der Uebersichtlichkeit und Einfachheit die alphabetische Reihenfolge die richtigste sei. Ich habe deshalb in meinem Aktenschrank, den ich mir für 48 Mark hier sehr hübsch anfertigen liess, und der 60 Fächer enthält, nunmehr meine ganze Akten in folgender Weise geordnet, dass je in einem Fach General- und Spezialakten zusammenliegen. Die Personalakten für die Hebammen, sowie die Akten über Ortsbesichtigungen liegen nicht mit in der Reihe. Die alphabetische Ordnung ist folgende:

Aktenverzeichniss; Apotheken; Bäder und Heilquellen; Begräbnisswesen; Desinfektoren und Leichenbeschau; Dienstanweisung; Drogen- und ähnliche Handlungen; Freiwillige Krankenpflege; Gebühren; Geisteskranke, Idioten pp.; Gemeingefährliche Krankheiten; Gesundheitskommissionen; Gewerbehygiene; Gutachten; Haltekinderwesen; Hebammenwesen; Hufeland'sche Stiftung; Leichenöffnungen; Medizinalpersonen; Nahrungs- und Genussmittel; Niederes Heilpersonal; Ortschaftsbesichtigungen; Pfuschereiwesen; Prostitution; Schulhygiene; Schutzpockenimpfung; Tagegelder und Reisekosten; Terminskalender; Trichinenbeschau und Schlachthäuser; Verzeichniss a und b der zum Dienstgebrauch bestimmten Gegenstände; Wasserversorgung; Wohnungshygiene.

Als Aktendeckel benutze ich Stolzenberg'sche Schnellhefter E. S. und zwar haben die Generalakten röthliche Deckel und grünliche leinene Schwänze, die Spezialakten gelbliche Deckel und gelbe schreibleinene Aktenschwänze, so dass das Zurechtfinden für Jemand, der nicht gerade farbenblind, ein sehr leichtes ist.

Sollten sich Kollegen für die Maasse des Aktenspindes, das durchaus nicht zu gross ist und sehr gut aussieht, interessiren,

so bin ich bereit, dieselben mitzutheilen. Das Spind hat Glasthüren und ist eine Zierde meines Wartezimmers.

Ich bemerke noch, dass ich mit den Schnellheftern sehr zufrieden bin, dass ich aus den alten Akten vorläufig nichts in die neuen übernommen habe und dass diese Eintheilung und Ordnung schon den Beifall verschiedener Kollegen gefunden hat.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Konferenz der Kreisärzte des Regierungsbezirks Posen, abgehalten zu Posen am 7. September d. J.

Zu der vom Herrn Regierungspräsidenten auf den 7. September d. J. anberaumten ersten Konferenz der Kreisärzte waren der Herr Regierungspräsident und der Dezernent für polizeiliche Angelegenheiten, sämmtliche Mitglieder des Königlichen Medizinalkollegii, sämmtliche Kreisärzte, mit Ausnahme eines einzigen, durch Krankheit verhinderten, erschienen, ausserdem eine grosse Anzahl von pro physicatu geprüften Kollegen. Die Versammlung fand in dem Plenar-Sitzungssaale der Königlichen Regierung statt. Der Herr Regierungspräsident begrüsste mit freudig anerkennenden Worten die so zahlreich Erschienenen, wies auf die günstig veränderte Stellung und erhöhte Bedeutung der Kreisärzte als Organe der öffentlichen Gesundheitspflege hin, hob die Verdienste des Leiters der hier stattfindenden Berathungen, Reg.- und Med.-Rath Dr. Schmidt, hervor und sprach seine herzlichsten Wünsche für das Gedeihen und den Erfolg der Berathungen aus.

Nach einer dankenden Antwort des Herrn Vorsitzenden wurde sofort in die Berathungen eingetreten. Für dieselben hatte der Vorsitzende 14 Kreisärzte zu Referenten, 14 zu Korreferenten bestellt und jedem Berichterstatter eine Anzahl Paragraphen des Gesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die **Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten**, ferner des Erlasses über die **Bildung von Gesundheitskommissionen** und deren Geschäftsanweisung vom 13. März 1901, endlich der **Dienstanweisung für die Kreisärzte** vom 23. März 1901 zur Besprechung zugetheilt. Alle diese Gegenstände wurden mit mehr oder weniger Ausführlichkeit, je nach ihrer praktischen Bedeutung durchgesprochen und in oft sehr lebhafter Diskussion erörtert. Es wurde als allgemeiner Grundsatz anerkannt, dass alle von den Bestimmungen der Dienstanweisung abweichenden, bisher gültigen Verfügungen als aufgehoben zu betrachten sein. Da die Materie in vielen Bezirkskonferenzen bereits erörtert ist und in den übrigen in nächster Zeit zur Berathung kommt, erübrigt sich eine genaue Darstellung der Verhandlungen. Es genüge der Hinweis, dass die überaus lebhaften Verhandlungen ein grosses Mass von Anregungen für die praktische Thätigkeit der Gesundheitsbeamten boten und zu allseitiger Befriedigung verliefen.

Nach der langen, arbeitsreichen Sitzung versammelten sich nahezu sämmtliche Theilnehmer der Konferenz zu einem gemeinschaftlichen Mahle, an welchem auch der Herr Regierungspräsident theilnahm. Nach den sehr ausgiebigen Redeleistungen während der Konferenz begnügte man sich mit lebhaftem Zwiegespräch der Theilnehmer unter einander.

Dr. Lissner.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verblödung eines zu Nerven- und Geisteskrankheiten veranlagten jungen Arbeiters und einem Betriebsvorgange (zwangsweises Waschen des Kopfes durch mehrere Mitarbeiter unter dem Herdgerenne in einem Pochwerke). Obergutachten, auf Veranlassung des Reichsversicherungsamts unter dem 10. Oktober 1900 erstattet von Prof. Dr. Cramer, Direktor der Provinzial-Heil-

und Pflege-Anstalt und der psychiatrischen Klinik in Göttingen. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, 1801, Nr. 8.

Der am 7. November 1879 geborene Karl L. stammt, nach Ausweis des Gutachtens des Kreisphysikus Dr. R., von einem Vater, der stets geistesschwach war. Ich habe den Vater selbst am 16. Juli d. J. gesehen und kann die Angabe des Dr. R. vollauf bestätigen: er ist nicht nur offensichtlich ein sehr beschränkter Mensch, sondern auch ein ausgesprochener Fall von Zwergwuchs, seine Grösse beträgt nur 146 cm; auch hat er eine doppelseitige Bruchanlage, angewachsene Ohrläppchen und eine zwar nicht ausgesprochene, aber doch deutlich erkennbare Mikrophthalmie (angeborene Kleinheit der Augen). Die Mutter ist, nach Dr. R., gesund; eine ältere Schwester L.'s leidet von klein auf an Geistesschwäche und befindet sich seit 9 Jahren in der Idiotenanstalt zu La. L. selbst war ebenfalls von Kindheit an geistig zurückgeblieben und machte, ohne je erheblich krank gewesen zu sein, stets den Eindruck eines zwar dummen, aber gutmüthigen Menschen.

Wie mir der Vater des L. angegeben hat, hat er im ganzen fünf Kinder gehabt, von denen eines an Genickstarre früh verstorben ist. Die drei Söhne, zu denen auch unser L. gehört, sollen gesund sein, doch giebt der Vater zu, dass letzterer Sohn, der Kläger, in der Schule schwer gelernt hat, und dass er viel gehänselt worden ist. Mit 13 Jahren wurde er konfirmirt und kam sodann in's Pochwerk zur Arbeit. Nach Aussage des Obersteigers B. war er ein sehr beschränkter Arbeiter und wurde nur an Stellen verwendet, wo wenige Arbeiter beschäftigt waren.

Am 12. Oktober machte der Vater dem Gendarm die Anzeige, dass sein Sohn Karl im Februar auf dem Pochwerke wiederholt misshandelt worden sei: es solle ihm von seinen Mitarbeitern das Gesicht mit Steinkohlen eingeschmiert worden sein, auch habe man ihm das Gesicht mit Patentfett eingeschmiert; einmal sei er auch von dem Oberschlämmer K. gegen einen Treibriemen gedrückt, und schliesslich sei er in einer kalten Nacht des Februar von einigen Mitarbeitern mit kaltem Wasser gescheuert worden, habe die ganze Nacht im nassen Zeuge arbeiten müssen und sei am nächsten Tage an einer schweren Gehirnerkrankung darniedergelegen, in Folge deren er seinen Verstand eingebüsst habe.

Aus der vor dem Schiedsgericht in C. geführten Verhandlung geht hervor, dass L. zum mindestens nicht gut behandelt worden ist, und dass er in der Nacht vom 10. auf den 11. Februar in einem kalten Raum gewaschen worden ist und sodann die Nacht, offenbar nicht ganz trocken, in dem ungeheizten Pochwerke gearbeitet hat. Wie lange die Wascherei gedauert hat, ob bei derselben eine Bürste verwendet worden ist, scheint nicht mit Sicherheit festgestellt; dagegen halte ich nach den Angaben für erwiesen, dass es dabei nicht ohne Zwang abgegangen ist. Der Raum, in dem die Waschung vorgenommen wurde, war ebenfalls ungeheizt. Die Temperatur betrug in der betreffenden Nacht ungefähr ein Mittel zwischen 6 und 9 Grad C. über Null bei mässigem Winde.

Am 11. Februar wurde Dr. R. zu L. gerufen. Die Eltern gaben an, L. sei am Morgen von der Nachtschicht gekommen und habe über heftige Kopfschmerzen geklagt; sie hätten ihn alsdann zu Bett gelegt, er sei dann bewusstloss geworden. R. fand ihn in somnolentem (schlafsüchtigem) Zustande im Bette liegend, ohne Bewusstsein; dabei delirirte der Kranke, lag aber still da, warf nur den Kopf hin und her und knirschte mit den Zähnen, die er fest aufeinander gebissen hatte. Auf äussere Reize reagirte er nicht; doch schluckte er Flüssigkeiten, die ihm eingeflösst wurden. Die Körperwärme betrug etwa 39 Grad. Der Puls war hart, voll, 80 Schläge in der Minute. Die Athmung war regelmässig, etwa 20 Schläge in der Minute. Der Blick war starr, die Pupillen verengt und etwas ungleich. Daneben bestand Verstopfung. Den Urin liess der Kranke unter sich gehen. Nach 3 Tagen schwand das Fieber, und das Bewusstsein kehrte zurück. Darauf verfiel L. plötzlich in einen tobsüchtigen Zustand, der monatelang anhielt und erst im Juli einem ruhigeren Verhalten Platz machte. Körperlich erholte sich der Kranke gut, wurde dick und fett, machte aber einen ganz verblödeten Eindruck und war zu einer Arbeit nicht mehr zu gebrauchen. Dr. R. nimmt an, dass L. an einer Gehirnhautentzündung im Anschluss an die Wascherei erkrankt ist, und dass dadurch der Zustand von Blödsinn bei ihm herbeigeführt ist.

L. erhielt von dem Schiedsgerichte Vollrente zugesprochen. Die Genossenschaft legte dagegen bei dem Reichsversicherungsamte Rekurs ein.

Am 16. Juli erschien L. mit seinem Vater bei mir, um sich untersuchen zu lassen. Der Schwachsinn sowie alle anderen Erscheinungen waren bei ihm auf dem ersten Blick gleich so deutlich, dass ich auf eine längere Beobachtung in meiner Anstalt und Klinik verzichten konnte.

Das Ergebniss der genaueren Untersuchung ist das folgende:

L. ist ein kleiner, verhältnissmässig kräftig gebauter, nackend 152 cm grosser, mässig genährter, mit guter Muskulatur und guter Farbe der Schleimhäute versehener junger Mann. Das Gesicht hat einen sehr stupiden Ausdruck. Der Mund steht offen.

Der Kopfumfang beträgt 51, der Ohrbogen 32, der Längsdurchmesser 16 3/4, der Bitemporalis 12 1/2, der Biparietalis 14 cm. Der Kopf ist auf Beklopfen nicht schmerzhaft. Die Stirn weicht stark zurück. Die Augenbewegungen sind frei; die Pupillen sind gleich, mittelweit, reagiren prompt auf Lichteinfall und Akkomodation. Die linke Nasolabialfalte ist verstrichen. Die linke Gesichtshälfte erscheint erheblich schlechter innervirt als die rechte. Die Zunge weicht beim Herausstrecken stark nach links ab und zittert in ihrem Gewebe. Beim Auslauten bleibt der rechte Gaumenbogen zurück. Es besteht leichter Tremor der gespreizten Hände. Bei Fuss-Augenschluss ist kein Schwanken nachweisbar. Die taktile Sensibilität ist auch am Kopfe, soweit es sich bei der Stumpfheit des Patienten feststellen lässt, nicht gestört. Das Gehör ist nicht verändert. Das Gesicht ist ebenfalls, nach Aussage des Vaters, gut.

Das Kniephänomen ist beiderseits verstärkt. Links besteht starker Fussklonus, rechts schwächerer. Bi- und Tricepsreflexe sind deutlich verstärkt. Die Plantarreflexe sind lebhaft.

Die Brust- und Bauchorgane sind ohne Besonderheiten. Der Puls ist regelmässig, 108 Schläge in der Minute.

Der Kniehackenversuch bei geschlossenen Augen gelingt prompt. Das Lagegefühl der Extremitäten ist nicht verändert. Patient ertheilt bei geschlossenen Augen der einen Extremität aktiv die der anderen passiv ertheilte Stellung. In den oberen Extremitäten besteht eine leichte Ataxie, besonders rechts, in den unteren Extremitäten beiderseits ein nicht zu verkennender Intentionstremor.

Es besteht eine gewisse Unbeholfenheit im Sprechen und eine artikulatorische Sprachstörung. Dabei flattert die Gesichtsmuskulatur leicht mit.

Um objektives Material zur Beurtheilung des Schwachsinns L's. beizubringen, habe ich einen Theil der mit ihm geführten Unterredung protokolliren lassen; ich lasse wörtlich Frage und Antwort folgen:

[Hier folgt in der Urschrift eine Reihe einfachster Fragen und deren vielfach unzutreffende Beantwortung.]

Patient soll Grossgedrucktes lesen: „Aus dem Gerichtssaal". Er liest buchstabirend: „„Aus"" und „„dem"", dann stockt er.

Allereinfachste, seinem Gesichtskreis angepasste Sätze kann er wiederholen; sowie die Sätze länger werden, versagt er vollständig.

Die Aufgabe, zu schreiben: „Göttingen, Karl L. aus C.", löst er, wie beistehend: [Hier folgt in der Urschrift eine sehr mangelhafte Schriftprobe.]

Aus Vorstehendem ergiebt sich, dass L. von einem Vater stammt, der an Zwergwuchs, einer ganzen Reihe von Bildungsanomalien und einem mässigen Grade von angeborenem Schwachsinn leidet. Eine Schwester des L. ist Idiotin. Es kann also nicht in Abrede gestellt werden, dass derselbe in sehr schwerem Grade erblich für Nerven- und Geisteskrankheiten belastet ist. Diese Belastung kommt einmal in seiner kümmerlichen körperlichen Entwicklung und in seiner eigenthümlichen Schädelbildung und weiter in seiner angeborenen Geistesschwäche zum Ausdruck. Nach den Angaben des Dr. R. wie des Vaters und der Mitarbeiter L's. können wir nicht daran zweifeln, dass Letzterer ein von Geburt an schwachsinniger Mensch ist. Immerhin war aber der Schwachsinn nicht so hochgradig, dass er L. hinderte, seinen Lebensunterhalt zu verdienen, wenn auch sein Verdienst gering war, und er oft, wie das für die Schwachsinnigen fast charakteristisch ist, gehänselt wurde.

Um die mir gestellten Fragen zu beantworten, müssen wir zunächst untersuchen, was für eine Erkrankung den L. am 11. Februar befallen hat.

Dr. R. nimmt eine Hirnhautentzündung an und hat damit wohl auch das Richtige getroffen, wenn auch eines der charakteristischen Symptome der Hirnhautentzündung, die Genicksteifigkeit, in seinem Gutachten nicht erwähnt wird. Es ist schwer und so gut wie unmöglich, nach einer kurzen Mittheilung wie in dem Dr. R'schen Gutachten mit Sicherheit zu sagen, was einem Kranken früher gefehlt hat. Auf jeden Fall können wir aber, nach dem von mir erhobenen Befund und unter Berücksichtigung der Angaben des Dr. R., so weit gehen, dass wir sagen: L. muss damals eine schwere Erkrankung in den Organen der Schädel-Rückgrathöhle überstanden haben. Daran kann nach den Angaben des Dr. R. und nach den von mir festgestellten, heute noch vorhandenen Lähmungserscheinungen (Innervation der Zunge, Gesichtslähmung, Verhalten der Reflexe, Ataxie, Intentionstremor u. s. w. kein Zweifel sein. Die von mir und Dr. R. festgestellten Erscheinungen können sowohl durch eine Erkrankung der Gehirn- und Rückenmarkshäute, welche erst nachträglich das mit ihnen innig verbundene Zentralnervensystem in Mitleidenschaft ziehen, bedingt, als auch direkt durch eine Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks herbeigeführt sein. Wie der Vorgang genauer war, kann ich, wie bereits erwähnt, nicht mit Bestimmtheit erkennen. Es ist das aber auch für die Entscheidung der in Betracht kommenden Fragen gleichgültig. Nach dem Gutachten des Dr. R., der den L. selbst wiederholt gesehen hat, muss ich annehmen, dass die Hüllen des Zentralnervensystems wohl sicher an der Erkrankung betheiligt waren.

Wodurch ist nun diese schwere Erkrankung der Organe in der Schädel-Rückgrathöhle herbeigeführt? Wie bei den meisten Erkrankungen des Zentralnervensystems ist auch die Ursache für die Fälle, welche besonders unter Betheiligung der Hirn- und Rückenmarkhäute verlaufen, nicht jedesmal vollständig aufgeklärt. Allerdings kennen wir eine epidemische Cerebrospinalmeningitis (Genickstarre), welche mit Sicherheit auf eine Infektion (Ansteckung) durch bestimmte Mikroorganismen (kleinste Lebewesen) zurückgeführt werden kann. Als einen derartigen Fall hat Dr. R. die Krankheit des L. offenbar nicht aufgefasst; auch würde er erwähnt haben, wenn etwa noch andere derartige Fälle vorgekommen wären. Auch bei anderen Fällen von Gehirn- und Rückenmarkhautentzündung hat man solche Mikroorganismen als Krankheitsursache nachgewiesen; in anderen Fällen aber wieder ist es nicht gelungen, derartige Krankheitskeime nachzuweisen. Aber selbst wenn mit Sicherheit für alle hier in Betracht kommenden Fälle das Vorkommen bestimmter Mikroorganismen nachgewiesen wäre, so wäre damit noch nicht der Beweiss erbracht, dass diese Mikroorganismen allein die Krankheit hervorgerufen haben. Die Erfahrungen bei anderen Infektionskrankheiten zeigen vielmehr, dass in den allermeisten Fällen immer noch eine Reihe begünstigender Nebenumstände vorliegt, z. B. bei Erkrankungen der Athmungswege Erkältungen. Zu den begünstigenden Nebenumständen gehört bei den Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute eine sogenannte Disposition, d. h. leichtere Empfänglichkeit in Folge geringerer Widerstandsfähigkeit. Eine solche Disposition war bei L., wie wir gesehen haben, sicher vorhanden in Folge seiner erblichen Belastung. Trotz dieser schweren Disposition würde aber L. nur bei besonderen begünstigenden Umständen in so schwerer Weise erkrankt sein; denn es giebt viele schwer belastete, von Geburt an Schwachsinnige, welche ihr ganzes Leben hindurch im Grossen und Ganzen denselben Zustand darbieten. Auch L. ist ja bis zum 10. Februar im Grossen und Ganzen gesund gewesen. Die einigen uns bekannt gewordenen Schädlichkeiten, welche auf ihn vor dem 11. Februar eingewirkt haben, sind aber die Neckereien und die, ich darf wohl sagen, gewaltsamen Waschungen in der Nacht auf den 11. Februar. Wenn wir die schädliche Wirkung dieser Begebenheit richtig würdigen wollen, so spielt dabei keine besondere Rolle die Frage, ob es in der betreffenden Nacht besonders kalt gewesen ist; es genügt, dass es so kalt war, dass man bei dem Aufenthalt in einem freien, ungeheizten Raume, zumal wenn man nass war, empfindlich frieren musste. Bei Würdigung des Einflusses der nächtlichen Wäsche ist aber nicht nur die Erkältung, welche durch dieselbe herbeigeführt sein kann, in Betracht zu ziehen, sondern auch der Umstand, dass sich L. nicht freiwillig dieser Wäsche unterzog, sondern dazu genöthigt worden ist, dass zum Mindesten nicht gerade sanft mit ihm dabei verfahren worden ist, und er sich entschieden in einer nicht geringen Erregung befunden, d. h. unter dem Einflusse von

Scham, Furcht und Empörung gestanden hat. Wie eine starke Abkühlung schon an und für sich die Zirkulationsverhältnisse in der Schädel-Rückgrathöhle ungünstig beeinflussen kann, so wirkt entschieden ein solcher Eingriff noch viel ungünstiger bei einem von Geburt an Schwachsinnigen mit wenig widerstandsfähigem Gehirne, namentlich, wenn noch eine stärkere Gemüthsbewegung hinzukommt. Es ist ja bekannt, wie verhängnissvoll unter Umständen ein während einer starken Aufregung genommenes kaltes Bad oder eine kalte Douche werden kann. Es ist dabei an sich gleichgültig, ob sich im Anschluss an die genannten Schädlichkeiten zunächst nur eine Erkrankung der Häute entwickelt hat, oder ob von vornherein das Gehirn und das Rückenmark in Mitleidenschaft gezogen worden sind; nach unserem Befunde, den Lähmungserscheinungen und dem hochgradigen Schwachsinn, ist nicht zu bezweifeln, dass Gehirn und Rückenmark in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Meine Untersuchung hat weiter ergeben, dass L. so hochgradrig schwachsinnig ist, dass er die einfachsten Gedankenoperationen nicht mehr verrichten kann und unfähig zu jeder Arbeit erscheint. Es ist eine Erfahrung, welche wir häufig machen, dass unter hohem Fieber einhergehende Erkrankungen, welche sich in der Schädel-Rückgrathöhle abspielen, von einer geistigen Erkrankung und schliesslich von einem Zustande hochgradiger geistiger Schwäche gefolgt sind. Dass bei L. sich dieser von mir festgestellte Zustand hochgradigen Schwachsinns im Anschluss an die schwere Erkrankung, welche am 11. Februar einsetzte, nach einem Stadium von Verwirrtheit mit Aufregung entwickelt hat, daran kann nach dem Gutachten des Dr. R. kein Zweifel sein.

Es fragt sich nun: Haben die Wascherei und die Vorgänge in der Nacht auf den 11. Februar diesen Zustand hochgradigen Schwachsinns herbeigeführt? Nach meinen bisherigen Ausführungen liegt der ursächliche Zusammenhang so, dass ein vollständig gesundes, nicht prädisponirtes Individuum die in Betracht kommenden Prozeduren möglicherweise ohne Nachtheil überstanden haben würde, dass aber der an leichtem angeborenen Schwachsinn und an einer ausgesprochenen Veranlagung zur Erkrankung in geistiger und nervöser Beziehung leidende L., da alle anderen Ursachen fehlen, ohne Zweifel in Folge der Aufregungen und der starken Abkühlung in der betreffenden Nacht so schwer erkrankt ist. Wäre L. dieser Schädigung nicht ausgesetzt gewesen, so wäre er voraussichtlich noch weiter arbeitsfähig geblieben.

Ich kann also nach alledem die mir gestellten Fragen dahin beantworten:

zu I. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, das das Leiden des Klägers mit der Wäsche und der Nachtarbeit am 10./11 Februar 1899 in ursächlichem Zusammenhange steht.

zu II. Der Kläger ist durch die Folgen des unter I bezeichneten Vorganges um 100 Prozent der völligen Erwerbsunfähigkeit beeinträchtigt und zwar mit Sicherheit vom 12. Mai 1900 an.

Das vorstehende Obergutachten hat dem Reichsversicherungsamt als Grundlage seiner Entscheidung gedient, in welcher der ursächliche Zusammenhang zwischen der Geisteskrankheit des Klägers und dem in der Ueberschrift bezeichneten Vorjange bejaht, und deshalb der Rekurs der beklagten Berufsgenossenschaft gegen das sie zur Gewährung der Vollrente an den Karl L. verurtheilende Schiedsgerichtsurtheil zurückgewiesen worden ist.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer sogenannten Dupuytren'schen Kontraktur der rechten Hand und einer durch Betriebsunfall erlittenen Quetschung der rechten Schultergegend. Obergutachten, auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamts unter dem 17. September 1900 erstattet von Geh. Rath Professor Dr. Czerny und Professor Dr. Marwedel in Heidelberg. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamtes; 1901, Nr. 7.

B. ist ein kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustand und von gesundem Aussehen. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergiebt normale Verhältnisse. Der Urin ist klar, sauer, frei von Eiweiss, enthält aber geringe Mengen von Zucker. B. giebt an, er habe vor etwa 20 Jahren durch Fall von einer Leiter eine Verstauchung der linken Schulter erlitten, die zwar selbst ohne nachtheilige Störung geheilt sei, nach einigen Jahren aber eine

Verkrümmung der zwei letzten Finger der linken Hand zur Folge gehabt habe. Am 23. Dezember 1896 habe er sich durch Ausrutschen auf einem Schachtdeckel eine Quetschung der rechten Schultergegend zugezogen. Er sei vom 26. Februar bis zum 10. April 1897 in Behandlung des Herrn Dr. G. in K. gewesen, dem es durch Massage und Gymnastik gelungen sei, die Gebrauchsfähigkeit des rechten Oberarmes wieder herzustellen. Im Laufe des Frühjahrs und Sommers 1897 habe sich nun allmählich eine zunehmende Verkrümmung und Versteifung zuerst des fünften, dann des vierten Fingers der rechten Hand eingestellt, die sich mit der Zeit so gesteigert habe, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand bedeutend beeinträchtigt sei.

An der linken Schulter sind Reste des vor 20 Jahren erlittenen Unfalls nicht mehr sichtbar. Die Muskulatur der linken Schulter und des Armes ist normal entwickelt, der Oberarm ist im linken Schultergelenke nach allen Richtungen frei beweglich, es bestehen keinerlei Schmerzen und Beschwerden.

Bei der Untersuchung der rechten Schultergegend fällt zunächst eine geringe Abflachung der Schulterwölbung auf, der rechte Oberarm erscheint etwas magerer als der linke; messbare Unterschiede im Umfange beider Arme bestehen nicht. Am rechten Schultergelenk ist eine gewisse Steifigkeit des Gelenks zu konstatiren, allerdings nur bei Bewegungen, die ein Erheben des Armes über die Horizontallinie erheischen; es folgt dann das Schulterblatt den Bewegungen des Oberarmes und B. klagt gleichzeitig über mässige Schmerzen im Gelenke, während alle sonstigen Bewegungen des Armes, die nicht über die Schulterhöhe hinausgehen, schmerzlos und ungehindert sind. Ellenbogen und Handgelenke sind beiderseits normal. Die Prüfung der Innervation beider oberen Extremitäten ergiebt für die Motalität wie für die Sensibilität rechts und links gleichfalls normale Verhältnisse.

An der linken Hand stehen der fünfte und vierte Finger in Beugestellung so, dass die Fingerbeeren von der Innenhand etwa 2 cm entfernt sind. Die beiden Finger sind im Grund- und Mittelgelenke versteift und können hier weder aktiv noch passiv gestreckt werden, während im Endgelenke der zwei Finger noch Beweglichkeit vorhanden ist. In der Hohlhand fühlt man entsprechend dem Verlaufe der Beugesehnen des fünften und vierten Fingers eine starke, derbe, schwielige Verdickung, die allem Anscheine nach in dem straffen Faserbande der Hohlhand (Palmaraponeurose) ihren Sitz hat und sowohl mit der darüber liegenden Haut, wie mit den darunter liegenden Sehnen strangförmige Verwachsungen zeigt. Die betreffenden Sehnen springen unter der geschilderten Schwiele stark gespannt hervor. — An den oben als versteift beschriebenen Gelenken der zwei Finger ist keine Entzündung, keine Verdickung oder Schmerzhaftigkeit nachzuweisen; die Schwiele selbst ist ebenfalls nicht empfindlich.

Eine ganz analoge Veränderung, wie die vorliegende, ist nun auch an der rechten Hand vorhanden, nur vielleicht noch nicht so weit vorgeschritten wie links. Der fünfte Finger ist rechts ebenfalls ganz eingeschlagen und im Grund- und Mittelgelenk in Beugestellung versteift; der vierte Finger weist diese Verkrümmung nur im Grundgelenk auf, während sein Mittelgelenk noch frei ist. Auch hier bietet die rechte Hohlhand an derselben Stelle wie links die gleiche schwielige Verdickung dar, die die Sehne des fünften Fingerbeugers schon stark in Mitleidenschaft gezogen hat und im Begriff ist, auch auf die Sehne des vierten Fingerbeugers sich auszudehnen.

Diese hier vorliegende Schwielenbildung der Hohlhand mit Beugestellung des fünften und vierten Fingers stellt ein ganz charakteristisches, nicht gerade seltenes Krankheitsbild dar, das unter dem Namen der „Dupuytren'schen Kontraktur" bekannt ist. Diese Erkrankung hat ihren Hauptsitz und Ausgangspunkt in der straffen Faserhaut der Hohlhand (sogenannte Palmaraponeurose) und tritt gewöhnlich zuerst auf in der Gegend über der fünften und vierten Fingerbeugesehne oberhalb der Fingerbasis. Man fasste sie auf als eine knoten- oder strangförmige, chronisch entzündliche Verdickung der Aponeurose, die in sehr langsamem Verlauf allmählich sowohl auf das benachbarte Unterhautbindegewebe der Hohlhand, wie auf die unter ihr liegenden Beugesehnen übergreift; die Beugesehnen werden durch entzündliche Verwachsungen und Verdickungen zusammengezogen, verkürzt und ziehen dadurch, wie hier geschehen, die betreffenden Finger in Beugestellung.

Das Leiden befällt meist Leute in vorgeschrittenem Alter, und zwar mit Vorliebe solche, deren Hohlhand durch berufliche Thätigkeit gewissen häufigen

Insulten ausgesetzt ist, so z. B. Arbeiter, die Jahre hindurch gestielte Werkzeuge (Hammerstiel etc.) in der Hand haben, Kutscher, die mit gekrümmten Fingern die Zügel in der Hand halten, ferner unter Umständen Klavierspieler, die durch häufiges Spreizen der Hand und Finger die Hohlhand anstrengen. Man nimmt in solchen Fällen an, dass durch die verschiedenen fortgesetzten Manipulationen Zerrungen und Einrisse in der „Palmaraponeurose" zu Stande kommen, die weiterhin zu lokalisirten Entzündungen und Verdickungen der Aponeurose mit ihren Folgezuständen führen. Daneben kommen anderseits Fälle zur Beobachtung, wo derartige mechanische Gelegenheitsursachen nicht direkt nachweisbar sind. Man hat dann den Grund der Entstehung des Leidens in nervösen Störungen gesucht, sei es in einer Entzündung der im Handteller verlaufenden Nerven oder in gewissen Rückenmarkserkrankungen mit sekundären (trophischen) Störungen.

Ferner kennt man noch Beobachtungen, denen zufolge die Dupuytren'sche Kontraktur in einzelnen Familien unter dem Einfluss einer gichtischen Konstitution erblich vorkommen soll. Die letzte Kategorie bilden endlich Fälle, in denen gar keine Entstehungsursache für das Leiden ersichtlich ist.

Die genaue Untersuchung des B. hat gezeigt, dass für die Annahme einer gichtischen oder nervösen Erkrankung, welche die Kontraktur verschuldet haben könnte, kein Grund vorliegt. Wenn nicht der oben erwähnte Unfall vorausgegangen wäre und seine fragliche Beziehung zu dem Leiden, so liesse sich das Auftreten der Fingerverkrümmung bei B. unschwer aus seiner Thätigkeit als Schlosser und den dabei vorkommenden beruflichen Einflüssen, wie sie oben an erster Stelle erwähnt sind, verstehen. Gerade aus diesem Grunde ist aber eine strikte Beantwortung der Frage nach einem etwaigen ursächlichen Zusammenhange zwischen dem Unfalle, der die Schulter des B. betraf, und dem späteren Handleiden sehr schwer zu geben.

Wie auch Herr Medizinalrath G. in seinem Gutachten hervorhebt, ist in der medizinischen Literatur kein analoger Fall bekannt, der auf einen Zusammenhang zwischen Schulterverletzung und nachherigem Auftreten einer Dupuytren'schen Kontraktur hinwiese. Eher verstehen liesse sich die Entwickelung des Leidens, wenn B. bei dem Unfalle gleichzeitig auf die Hand gefallen wäre, was B. aber bestimmt in Abrede stellt. Oder man könnte sich einen Zusammenhang dann vielleicht vorstellen, wenn bei dem Falle auf die Schulter eine Läsion gewisser Nerven stattgehabt hätte, die nachträglich zu Ernährungsstörungen oder Lähmungen im Handgebiete der Nerven geführt hätte; aber auch hiervon ist nichts nachgewiesen.

So bleibt als einziges Moment für die Annahme eines Zusammenhanges zwischen dem Unfall und der jetzigen Fingererkrankung nur die Behauptung des B. und die auffallende Erzählung desselben, dass auch seine linksseitige Kontraktur des vierten und fünften Fingers vor 20 Jahren sich unmittelbar nach einem analogen Falle auf die linke Schulter entwickelt habe.

In die bona fides des B. ist wohl kein Zweifel zu setzen. Ob Anfänge der Schwielenbildung in der linken Handfläche, die nachher zur Verkrümmung führten, nicht schon vor dem fraglichen Falle vor 20 Jahren bestanden, und das Zusammentreffen mit der Schulterverletzung nicht ein bloss zufälliges war, lässt sich nachträglich nicht mehr feststellen.

Dass zwischen der Entwickelung der linksseitigen und der rechtsseitigen Kontraktur 20 Jahre liegen, ist an sich nichts Wunderbares, ebenso wie es auch bei Rechtshändern vorkommen kann, dass das Leiden zuerst die linke Hand befällt (B. war immer Rechtshänder). B. giebt an, dass die rechte Hand vor dem Unfall am 23. Dezember 1896 ganz normal gewesen sei.

In seinem Gutachten vom 5. Dezember 1899 schreibt Medizinalrath Dr. G.: „Bezüglich der Entstehungszeit der Fingereinziehungen an der rechten Hand B.'s ergaben meine Aufzeichnungen vom 27. Februar 1897, also von dem Tage, an welchem ich B. zuerst sah und dessen Behandlung begann, dass sein rechter Kleinfinger leicht gebeugt stand, und in der Hohlhand ein derber Bindegewebsstrang bezw. Narbenstrang, die in Verkürzung begriffene Beugesehne, bis zum ersten Gliede des kleinen Fingers zog" . . . „Bis zum Abschlusse meiner damaligen Behandlung B.'s am 10. April 1897 ist eine Verschlimmerung der Fingereinziehungen der rechten Hand nicht bemerkt, dagegen erst am 2. Juli 1899, als B. sich mir zum ersten Male wieder zeigte, die erhebliche Ver-

schlimmerung, d. h. der gleiche Zustand an der rechten wie früher an der linken Hand etc."

Nach diesem Gutachten sollte man glauben, dass zur Zeit des Unfalls im Dezember 1896 die rechte Hand des B. doch schon deutliche Zeichen einer beginnenden Dupuytren'schen Kontraktur aufgewiesen haben muss. Denn es ist wohl kaum anzunehmen, dass in der kurzen Frist von zwei Monaten — vom 23. Dezember 1896 bis zum 27. Februar 1897 — sich die von Dr. G. beschriebene Strangbildung und Verkrümmung des fünften Fingers erst gebildet haben sollte; erfahrungsgemäss entwickeln sich solche derbe narbige Sehnenverkürzungen in viel längerer Zeit. Dementsprechend konnte die ärztliche Beobachtung in weiteren zwei Monaten vom Februar bis April 1897 an B.'s rechter Hand keine zunehmende Verschlimmerung feststellen, während letztere allerdings nach $2^1/_4$ Jahren offenkundig war.

Es ist also auch nach dieser Erwägung wohl wahrscheinlich, dass sich die rechtsseitige Fingerverkrümmung des B. in der gleichen Weise und in dem gleichen Zeitraum entwickelt haben könnte, auch wenn der Fall auf die rechte Schulter nicht vorausgegangen wäre.

Indem wir die vorstehenden Erörterungen zusammenfassen, gelangen wir zu folgendem Schlusse:

Das Krankheitsbild der Dupuytren'schen Kontraktur bietet in seiner Aetiologie der wissenschaftlichen Forschung noch manche dunklen Punkte, die späterer Klarstellung bedürfen; deshalb ist der Gedanke, dass das Leiden, wie hier behauptet wird, nach einem Falle auf die Schulter entstehen könne, nicht als ganz ausser allem Bereiche der Möglichkeit liegend von der Hand zu weisen.

Nach unserem heutigen Stande der Anschauungen aber und nach Prüfung der Sachlage des Falles B. halten wir es nicht für sehr wahrscheinlich, dass der Unfall vom 23. Dezember 1896 direkt oder indirekt an dem Auftreten der rechtsseitigen Fingerverkrümmung des B. die Schuld trägt.

Dem vorstehenden Gutachten gemäss hat das Reichs-Versicherungsamt den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Leiden des Klägers und der Schulterverletzung vom 23. Dezember 1896 nicht einmal für wahrscheinlich erachtet und deshalb unter Aufhebung des schiedsgerichtlichen Urtheils den ablehnenden Bescheid der beklagten Berufsgenossenschaft wieder hergestellt.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Typhusinfektion an der Leiche. Von Dr. W. Fürnrohr, Volontärassistent am path. anatom. Institut Erlangen. Münchener med. Wochenschrift; Nr. 25, 1901.

Während es sich nach den bisherigen Erfahrungen über Leicheninfektionen meistens um Entzündungen und Eiterungen, bes. Panaritien handelt, sind innere Erkrankungen, bei denen eine andere Infektionsmöglichkeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, bisher verhältnissmässig selten beobachtet.

Verfasser sezirte am 17. April 1900 eine an Typhus verstorbene Frau. etwa 3 Wochen später — die Inkubationszeit des Typhus ist bekanntlich durchschnittlich 2—3 Wochen, öfters auch etwas mehr oder weniger — erkrankte er an Kopfweh, heftigen Leibschmerzen, sowie an Fieber, wobei er sich sehr matt und abgeschlagen fühlte und inkl. eines Rezidivs etwa 9 Wochen im Krankenzimmer verblieb. Die Krankheitsdiagnose „Typhus" war nach dem Verlaufe des Fiebers, dem Verhalten des Pulses, dem positiven Ausfalle der Widal'schen Reaktion und dem absoluten Fehlen einer anderweitigen Erkrankung gesichert. Ebenso sicher war die Infektionsquelle; denn mit Typhuskranken ist Verfasser in fraglicher Zeit nicht in Berührung gekommen. Infektionsfähiges Wasser hat er sicher auch nicht getrunken. In Erlangen war um diese Zeit überhaupt kein Typhusfall bekannt, ausser einem oder zwei in der inneren Klinik, die aber, da sie schon erkrankt von auswärts kamen, sich ebenfalls in Erlangen nicht infizirt hatten. Auch in der späteren Zeit ist in Erlangen von Typhusinfektionen nichts bekannt geworden. Ausserhalb Erlangen, wo Verfasser einen Tag verbrachte, ist gleichfalls kein Typhusfall vorgekommen.

Per exklusionem kommt somit einzig und allein nur die betr. Sektion als Infektionsquelle in Frage und zwar um so mehr, als Verfasser sich mit dem

bewussten Darm der an Colontyphus verstorbenen Frau sehr lang und intensiv beschäftigte.

Verfasser glaubt nun bezüglich der Art und Weise der Infektion nicht, dass er sich nachträglich durch an den Händen zurückgebliebene Partikelchen infizirte, da sich Verfasser mit grosser Sorgfalt gewaschen und mehrmals mit Sublimat desinfizirte. Wahrscheinlicher erscheint dem Verfasser, obwohl er natürlich die erste Möglichkeit nicht vollständig von der Hand weisen kann, dass er beim Auswaschen des Darmes durch Verspritzen feinster Tröpfchen virulentes Material aufnahm. Im Hinblick hiermit mahnt Verfasser zur grössten Vorsicht, insbesondere zu grösstmöglicher Reinlichkeit und Sauberkeit beim Seziren.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Malariaepidemiologie nach den neuesten Forschungen. Von A. Celli. Aus dem hygienischen Institut der Universität Rom. Archiv für Hygiene. XL. Band; S. 187—234.

Die ausführliche und interessante Arbeit muss bezüglich der Einzelheiten im Original nachgelesen werden. Ihre Schlussfolgerungen sind folgende:

1. Die geographische Verbreitung der drei hauptsächlichsten Hämosporidienarten der Menschenmalaria ist in den verschiedenen Theilen des italienischen Kontinents ziemlich dieselbe. Im Allgemeinen sind die der schweren Tertiana die verbreitetsten. Man findet sie von den Tropen bis zu den Alpenthälern. Die der leichten Tertiana kommen im Ganzen etwas mehr in Nord- als in Süditalien vor. Die der Quartana sind in Bezug auf die anderen am spärlichsten vertreten und sind überall gleich.

2. Die doppelten Malariainfektionen sind ziemlich häufig, die dreifachen auch nicht allzu selten. In den von Malaria verseuchten Ortschaften sind die doppelten und dreifachen Infektionen in den sogenannten Hausepidemien der verschiedenen Malariafieberarten oft anzutreffen.

3. Die wirklichen Rezidive (das mehr oder minder hartnäckige Wiederkehren derselben früheren Infektion) müssen bei jedem Malariakranken genau von den Pseudorezidiven getrennt werden. Letztere sind Infektionen, die von Epidemiejahr auf Epidemiejahr folgen, nachdem die vorherigen Infektionen geheilt sind.

Bei einem solchen Unterschiede sieht man, dass die schwere Tertiana bei uns von August bis November am meisten rezidivirt, am wenigsten im Juni und Juli; die leichte Tertiana am meisten im März und April, die Quartana im Mai, Juni und Juli.

Trotz aller regelmässigen, spezifischen und rekonstruirenden Kuren wiederholen sich einige Rezidive hartnäckig, die sogar noch weiter dauern, wenn ihre resp. Neuinfektionen bereits begonnen haben, um die Parasitenspezies besser zu sichern.

4. Wo Malariafieber sind, sind auch Anopheles, aber nicht umgekehrt.

Die Epidemiologie bestätigt bis jetzt, dass die Culex an der Malariaverbreitung nicht theilnehmen.

5. Alle stagnirenden Gewässer, hauptsächlich aber die mit Sumpfvegetation, können Nester der Stechmückenlarven sein. Die Seen mit gleichmässigem Niveau bilden keine Ausnahme, sondern nur diejenigen Wässer, die bis zu einem bestimmten Grade fäulniss-, salz- oder schwefelhaltig sind. Die Vorurtheile, dass Mischungen von Salz- und Süsswasser und Fäulnisse prädisponirende, lokale Ursachen seien, werden vollkommen wiederlegt. Die vorzugsweise von den Larven bewohnten Gewässer sind die Grundwässer, die an die Oberfläche kommen und dort stagniren. Man kann auf diese Art, wie z. B. in der Campagna, den Zusammenhang zwischen Bodenwasser und Malaria behaupten.

6. Die Bewässerungskulturen brauchen den umliegenden Ortschaften gesundheitlich nicht zu schaden. Die Reisfelder hingegen mit stagnirendem oder laufendem Wasser oder Wechselsystem sind immer ein Lieblingsaufenthaltsort der Anopheleslarven.

Die Mazerationsgewässer der Textilpflanzen können vor und einige Zeit nach der Maceration, wie viele andere Gewässer, Anopheleslarven enthalten; sie sterben aber, wenn die Mazeration gut im Gange ist.

Bäume, auch Eukalyptus und Pinien, schützen die Häuser nicht vor Malaria, im Gegentheil, sie sind im Sommer wahre Stechmückennester.

7. Die Quartana hat einen epidemischen Verlauf für sich. Da sie am hartnäckigsten ist, hören ihre Rezidive am spätesten auf; sie fängt auch am spätesten an. Die schwere und leichte Tertiana haben in Mittel- und Unteritalien einen analogen, wenn auch nicht identischen Verlauf, da erstere häufiger ist als letztere, und daher dem Epidemiejahr den eigentlichen Charakter verleiht; in Oberitalien fängt die leichte Tertiana früher an als die schwere und erreicht ihren Höhepunkt auch früher. Deshalb beginnt in Oberitalien das Epidemiejahr im Mai und Juni und endet bereits im Oktober. In Mittelitalien ist die eigentliche Malariazeit im zweiten Theil des Jahres; ihre Ausläufer, meistentheils Rezidive, dauern den ganzen ersten Theil des folgenden Jahres hindurch.

Die Epidemie kann durch Krisis oder durch Lysis enden nach den Jahren und nach den Jahreszeiten.

3. Von Deutschland nach Süditalien kommend, begegnet man drei hauptsächlichen Epidemietypen, den Nordeuropas, den Oberitaliens, den Roms und der südlichen Provinzen; ausserdem existiren noch Zwischentypen. Die jährlichen Malariaepidemien sind wechselnden, periodischen Gesetzen in den einzelnen Zonen unterworfen, die aber in jeder Zone konstant sind.

9. Die Art der Kultur und im Besonderen der Landwirthschaft kann den jährlichen Verlauf der Epidemie an ein und demselben Orte beeinflussen, z. B. den Höhepunkt, die Theilung der Epidemie, ihr späteres oder früheres Enden. Durch sie lässt sich aber nicht der Grund der oben genannten Typen, die den verschiedenen Zonen eigen sind, erklären. Dazu müssen noch andere Ursachen beitragen, wie die Vorherrschung ein oder der anderen Parasitenart schwerer oder leichter Malaria, wie die klinischen Bedingungen und die Lebensgewohnheiten der Stechmücken.

10. Wo die leichte Malaria vorherrscht, speziell die leichte oder Frühlingstertiana, fängt die Epidemie früher an und umgekehrt.

11. Was die klimatischen Verhältnisse anbetrifft, so kann man im Allgemeinen auf die drei Klimata: kalt, gemässigt und warm die drei oben beschriebenen epidemischen Typen vertheilen. Es ist bis jetzt noch schwierig, eine genauere Erklärung des Zusammenhanges zwischen Klima und Malaria zu geben.

Es ist genau bekannt, wie die Temperatur an den bestimmten Orten das Ende der Epidemie regelt. Wie sie den Anfang regelt, ist noch nicht genau festzustellen, aber sicherlich regeln ihre Höheschwankungen in den heissen Monaten nicht die grössere oder geringere Zahl der Fieber in den verschiedenen Jahren.

12. Die Lebensgewohnheiten der Stechmücken stehen im Zusammenhange mit der Malariaepidemie. Die Infektionen der Anopheles mit den Haemosporidien der Menschenmalaria fangen vor Beginn der Epidemie an und dauern während des ganzen Verlaufs der Epidemie. Am Ende derselben findet man noch eine grosse Anzahl. Was aus diesen während des Winters und Frühlings wird, wissen wir noch nicht ganz genau.

Noch einige andere dunkle Punkte über das Leben der Haemosporidien im Innern der Stechmücken müssen mit endgültigen Beobachtungen und Experimenten aufgeklärt werden, ehe man den genauen Zusammenhang, der zwischen Stechmücken und Malariaepidemie herrscht, feststellen kann.

13. Mehrere Jahre vieler und methodischer Beobachtungen nach den neuen Theorien sind nöthig, um genaue Erklärungen über die Malariapandemie und im Allgemeinen über die jährlichen Schwankungen dieser Epidemie zu geben.

14. Die Malariaepidemiologie ist Dank der neuen Theorie, trotz der wenigen eben erwähnten noch dunklen Punkte, die best bekannteste aller Volkskrankheiten." Dr. Dietrich-Berlin.

Die neue Malariaprophylaxis. Von A. Celli. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Rom.) Archiv für Hygiene; XL. Bd., S. 236—265.

Verfasser schildert zusammenfassend und übersichtlich die Massregeln der Malariapraxis, welche er seit dem Jahre 1899 angewandt und erprobt gefunden hat. Bezüglich der Desinfektion des Blutes mit Chinin ist er der Ansicht, dass

man Chinin so viel als möglich anwenden und es sehr reichlich und lange geben müsse, zugleich müsse man mit rekonstruirenden Mitteln von Eisen und Arsenik nachhelfen. Das Chinin könne jedoch nicht als einziges unfehlbares Mittel betrachtet werden, die Malaria auszurotten. Man müsse die Malariakranken isoliren. Die Stechmücken seien zu vernichten, die Larven im Wasser z. B. durch Zusatz von Salz, Pulver von Krysanthemblüthen, Larvizid (Anilinfarbe) oder Petroleum, die Stechmücken in der Luft durch Räuchermittel, z. B. Pulver aus Krysanthemblüthen, Valerianwurzeln und Larvizid.

Von den Massregeln, um das Stechen der Mücken zu verhindern, ist die Anwendung von chemischen Mitteln vollkommen unwirksam. Dagegen sind Vorrichtungen zum Schutz der unbekleideten Theile des menschlichen Körpers (Hut und Drahtmaske, Lederhandschuhe) zweckmässig; vor allen Dingen aber müssen die Wohnungen vor dem Eindringen der Mücken durch Drahtfenster etc. geschützt werden.

Schliesslich müssen auch Massregeln getroffen werden, um die prädisponirenden epidemischen Ursachen zu verringern. Hierher gehören hydraulische Assanirungsarbeiten, z. B. natürliche Trockenlegung durch grosse Abflusskanäle mit hohem Wasserstand, mechanische Trockenlegung durch hydrovore Maschinen, Erdanschüttungen, Drainage, ferner agrarische Assanirung, die Trockenkultur, Schutz der Arbeiterwohnungen, gute Ernährung, Verbot der Arbeit im Freien in den gefährlichsten Stunden. Verfasser schliesst seine sehr bemerkenswerthe, mit 6 Abbildungen und 5 Tafeln ausgestattete Arbeit mit nachstehender Schlussfolgerung:

„Die individuelle Malariaprophylaxis ist heutzutage sehr leicht auf mechanischem Wege möglich.

Wenn man aber die neue Prophylaxis nur auf einen bestimmten Theil der Bevölkerung beschränken will, so muss man vor allen Dingen für eine genügende Desinfektion des Blutes (Behandlung mit spezifischen und rekonstruirenden Mitteln), für Schutz der Wohnungen und unbekleideten Theile des Körpers sorgen. Falls diese letztere Vorsichtsmassregel nicht möglich ist, sollte man eine Präventivkur mit Chinin, besser Euchinin, versuchen. Bei Anwendung dieser drei Vorsichtsmassregeln kann man auf ein günstiges Resultat gefasst sein.

Alle oben angeführten direkten und indirekten Massregeln sind nöthig, um auf ausgebreiteten Gebieten eine allgemeine Volksprophylaxis zu erreichen, d. h. die Malaria an Ortschaften gänzlich auszurotten."

Dr. Dietrich-Berlin.

Der Vaccine- und Variolaerreger. Experimentelle Studie. Von Dr. M. Funck, Vorsteher des bakteriologischen Laboratoriums der Universität und Direktor des Instituts für Serotherapie in Brüssel. Mit 2 Tafeln. Zentralblatt für Bakteriologie u. s. w. XXIX. Band, S. 921—940.

Die Frage nach dem Erreger der Pockenkrankheit veranlasste den Verfasser zu einer grossen Zahl von Untersuchungen, bei denen er davon ausging, dass eine Krankheit in der allgemeinen Pathologie dann als parasitäre aufgefasst wird, wenn sie nachstehenden Bedingungen entspricht: „1) Es müssen sich wohlcharakterisirte Mikroorganismen in konstanter Weise finden lassen. 2) Diese müssen in hinreichenden Mengen und in einer typischen Situation gefunden werden, welche die Krankheitssymptome zu erklären gestattet. 3) Es muss die Möglichkeit bestehen, diese Elemente den Thieren höherer Ordnung einzuimpfen oder die hauptsächlichsten Symptome der Krankheit durch die Injektion kleiner Dosen von Reinkulturen wieder zum Vorschein zu bringen."

Die Ergebnisse, die der Verfasser bei seinen Arbeiten unter Berücksichtigung der genannten Grundsätze gewann, waren folgende: „Die Vaccine ist keine bakterielle Krankheit, sie wird vielmehr durch ein Protozoon, das Sporidium vaccinale hervorgerufen. Die Einimpfung dieses Parasiten erzeugt beim Kalbe die Vaccine, sie immunisirt zugleich gegen Vaccine. Die Variola wird durch dasselbe Protozoon hervorgerufen, das man konstant in den Pusteln bei Variola wiederfinden kann. Die resistenten Formen des Protozoon des Virus vaccinale und des Virus variolicum sind dieselben." Dr. Dietrich-Berlin.

Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1899, nebst Anhang, betr. die Pockenerkrankungen im Jahre 1899. Berichterstatter: Regierungsrath Dr. Burkhardt. Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt. (Beiheft zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts). Siebenter Band. Erstes Heft. Mit 1 Tafel. Berlin, Verlag von Julius Springer. 1901.

Im Jahre 1899 ist die Zahl der Pockentodesfälle mit 28 gegenüber den Vorjahren gestiegen, aber hinter dem Durchschnitt des zehnjährigen Zeitraums 1886/95 (116) erheblich zurückgeblieben. Auf je 1 Million Einwohner kommen Todesfälle an Pocken i. J. 1899: 0,52; i. J. 1898: 0,28; i. J. 1897: 0,09; im 10jährig. Durchschnitt: 2,34. Die 28 Todesfälle vertheilen sich auf 21 Ortschaften, von denen 18 in Preussen, je 1 in Bayern, Sachsen und Mecklenburg-Schwerin gelegen sind. In einer Gemeinde wurden 3 Todesfälle, in 5 je 2 festgestellt, die übrigen blieben vereinzelt. Von den 25 aus Preussen gemeldeten Fällen erfolgten 20 in Kreisen, welche nahe der russischen Grenze liegen. Unter den 28 Gestorbenen befanden sich 10 ungeimpfte Personen (9 Kinder und 1 Frau) 6 geimpfte (3 Kinder und 3 Frauen), 2 Wiedergeimpfte (Frauen) und 10 unbekannten Impfzustandes (6 Kinder und 4 Frauen). Im ersten Lebensjahr starben 8, 6 noch nicht geimpfte, 2 unbekannten Impfzustandes; im 2. Lebensjahr starben 6, 3 noch nicht geimpfte, 3 unbekannten Impfzustandes. In den Altersklassen von 3— 10 Jahren starben 3 (1 nicht geimpft, 1 mit Erfolg, ein ohne Erfolg geimpft), von 11—20 Jahren: 2 (1 mit Erfolg geimpft, 1 unbekannten Impfzustandes), von 21—30 Jahre: 2 (1 ungeimpft, 1 unbekannten Impfzustandes), von 31—40 Jahre: 1 (unbekannten Impfzustandes), von 41—50 Jahre: 2 Wiedergeimpfte (1 mit und 1 ohne Erfolg geimpfte Person). Im Alter von mehr als 60 Jahren starben ein 60jähriger, einmal als Kind geimpfter Arbeiter und eine 82jährige Frau, die 6 Tage vor der Erkrankung geimpft war. 12 Gestorbene waren männlichen und 16 weiblichen Geschlechts. Setzt man die Verhältnissziffer der Pockentodesfälle in den 285 Städten des Deutschen Reichs (0,03: 100000 Einwohner) als Einheit, so entfällt auf die Städte Englands etwa die 42, Oesterreichs 67, Belgiens 174, Frankreichs die 231fache Zahl.

Was die Pockenerkrankungen anlangt, so sind im ganzen Reichsgebiete davon 346 zur amtlichen Kenntniss gelangt. Mehr als ein Fünftel, nämlich 76 = 28 % waren Ausländer (63 Russen, 10 Galizier, 2 Engländer, 1 Italiener). Auf je 1 Million Einwohner sind 6,37 (im Vorjahre 2,40) oder, nach Abzug der Ausländer, 5 Personen an den Pocken erkrankt. In Preussen wurden 314 (darunter 56 Russen, 10 Gallizier), in Hamburg 9 (2 Engländer, 1 Russin), in Mecklenburg 8 (1 Russin), in Bayern 5 (4 Russen), in Sachsen 3 (1 Russe), in Hessen 2, je 1 in Württemberg (1 Italiener), Weimar, Braunschweig (1 Russe), Anhalt, Sondershausen (1 Russe), Erkrankungen beobachtet. In Preussen sind in 94 Ortschaften Pockenfälle vorgekommen, und zwar in 48 derselben nur je 1 Fall, in 11 je 2, in 8 je 3, in 5 je 4, in 6 je 5, in 3 je 6 resp. 7, in 2 je 8 resp. 9, in Kukowen (Kr. Oletzko) 10, in Iserlohn 11, in Dullen (Oletzko) und Rosengarten (Angerburg) je 12, Lakellen (Oletzko) 16, Dopken (Oletzko) 36 Fälle. In Mecklenburg-Schwerin kamen in 1 Orte 7, in Unterfranken in 1 Orte 2 Fälle zur Anzeige. Auf dem Auswanderer-Bahnhof Ruhleben wurden die Blattern bei 7 Auswanderer-Transporten fesgestellt. Für fast alle Erkrankungen lässt sich Einschleppung aus dem Auslande, besonders aus Russland und Oesterreich nachweisen, nur in 7 Fällen war die Ansteckungsquelle nicht nachweisbar. Der Krankheitsverlauf war folgender: 46 Ungeimpfte: davon starben 10, 18 erkrankten schwer und ebensoviel leicht; 217 Geimpfte: davon starben 6, 50 erkrankten schwer, 161 leicht; 57 Wiedergeimpfte, davon starben 2, 8 erkrankten schwer und 47 leicht; 23 unbekannten Impfzustandes: davon starben 10, 5 erkrankte schwer, 8 leicht.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Die Sterbefälle im Deutschen Reiche während des Jahres 1898 unter der Gesammtbevölkerung und unter den Bewohnern der Grossstädte. Aus Bd. VI, H. 3 der med. stat. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin 1901. Verlag von Julius Springer.

Die für das Jahr 1898 beim Kaiserlichen Gesundheitsamte eingegangenen Ausweise über die Ursache des Todes und das Lebensalter der im Deutschen Reiche gestorbenen Personen erstrecken sich auf 98,2 % aller im Deutschen

Reiche vorgekommenen Sterbefälle; aus Sachsen-Weimar, Mecklenburg-Strelitz, Oldenburg, Schwarzburg-Rudolstadt und Reuss j. L., mithin für fast 2 % der Reichsbevölkerung, liegen solche Ausweise noch nicht vor. Die Ergebnisse sind in umfangreichen Tabellen nach Staaten, ferner für Preussen nach Provinzen, Regierungsbezirken, Kreisen, für die übrigen Staaten nach entsprechenden Verwaltungsbezirken zusammengestellt; den Tabellen ist eine kurze Besprechung der Ergebnisse, welche auch die wichtigsten Verhältnissziffern enthält, vorangeschickt, hieran schliessen sich (S. 326 und 327) mehrere Diagramme nebst Erläuterungen und 4 farbige Karten des Reiches. Die letzteren veranschaulichen I. die verschiedene Häufigkeit der Todesfälle an Diphtherie (einschl. Croup, Bräune etc.) bei Personen im Alter bis zu 15 Jahren während des Trienniums 1896/98, II. die verschiedene Häufigkeit der Todesfälle an Tuberkulose, III. die verschiedene Häufigkeit der Todesfälle an Lungenentzündung und sonstigen entzündlichen Krankheiten der Athmungsorgane bei Personen von 15 bis 60 Jahren während des gleichen Trienniums, IV. die Häufigkeit der Todesfälle an Kindbettfieber und anderen Wochenbettleiden während der Jahre 1895 bis 1898.

Der Vergleich mit dem Vorjahre (vergl. auch diese Zeitschrift; Jahrg. 13, Nr. 24, S. 807) ergiebt, dass von den Bewohnern der während beider Jahre an der Statistik betheiligten 21 Staaten des Reiches im letzten Berichtsjahre 22687 Personen weniger, d. i. um 2,03 % weniger, als im Vorjahre gestorben sind, obgleich doch aus dem Ueberschuss der Geburten über die Sterbefälle und aus den Volkszählungsergebnissen auf ein stetiges Wachsthum der Bevölkerung geschlossen werden muss. Die Abnahme der Sterbefälle von 1897 zu 1898 war am stärksten bei Kindern des ersten Lebensjahres, demnächst bei Erwachsenen von 15 bis 60 Jahren, am geringsten bei Kindern von 1 bis 15 Jahren. Lässt man die der Sterbensgefahr überall weitaus am meisten ausgesetzten „Säuglinge“ ausser Betracht, so zeigt es sich, dass im Berichtsjahre mehr von den Gestorbenen das 60. Lebensjahr überschritten hatten, als durchschnittlich in den vier Vorjahren; denn von je 1000 nach Ablauf des Säuglingsalters Gestorbenen waren während der Jahre 1894 bis 1896 nacheinander 360, 386, 390 so alt geworden; dagegen hatten im Berichtsjahre ebenso wie im Vorjahre nicht weniger als 399 von je 1000 nach Ablauf des ersten Lebensjahres Gestorbenen das Alter von mindestens 60 Jahren erreicht. Das Berichtsjahr ist also in dieser Hinsicht ein recht günstiges gewesen, wenn auch nicht günstiger als das Jahr 1897. Noch deutlicher zeigt sich ein stetiger Fortschritt zu günstigeren Sterblichkeitsverhältnissen der erwachsenen Bewohner des Reiches seit 1894, wenn man die Kinder bis zu 15 Jahren ausser Betracht lässt; denn von je 1000 in diesem Sinne „Erwachsenen“ sind im Berichtsjahre 519, vor vier Jahren nur 499 mindestens 60 Jahre alt beim Tode gewesen.

Uebrigens wurde dies hohe Lebensalter innerhalb der Grossstädte von kaum 40 %, dagegen ausserhalb der Grossstädte von 54 % der nach vollendetem fünfzehnten Lebensjahre gestorbenen Personen erreicht, was etwa der anderweitig (bei der Volkszählung) festgestellten Thatsache entspricht, dass von je 1000 mehr als 15 Jahre alten Lebenden innerhalb der Grossstädte kaum 81, dagegen ausserhalb der Grossstädte 127 dies hohe Alter von mindestens 60 Jahren erreicht haben.

Die aus dem Verhältniss der Gestorbenen zu je 1000 Lebenden der gleichen Altersklasse errechnete Sterbensgefahr war für Personen von 15 bis 60 Jahren am grössten (=9,7) in Baden, demnächst in Schlesien, am geringsten (= 6,8) in Mecklenburg-Schwerin, demnächst in Schleswig-Holstein. Für die jugendlichen, bis zu 15, aber über 1 Jahr alten Personen war die Sterbensgefahr am grössten (= 13,5) in Ostpreussen, demnächst in Schlesien und Westfalen, am geringsten (= 5,5) in Mecklenburg-Schwerin, demnächst in Waldeck, Schleswig-Holstein, Lübeck. Das Leben der ältesten Bewohner des Reiches war am meisten gefährdet in Baden und Hohenzollern, wo 76—77 auf je 1000 Lebende der Altersklasse von 60 und mehr Jahren starben, am wenigsten in Schleswig-Holstein, wo deren nur 58 auf je 1000 Lebende starben.

Was die häufigsten Todesursachen in den einzelnen Altersklassen betrifft, so war bei den im ersten Lebensjahre gestorbenen Kindern durchschnittlich der dritte Theil, im rechtsrheinischen Bayern sogar die Hälfte und

in Sachsen, Württemberg, Reuss ä. L. mehr als die Hälfte aller Sterbefälle durch einen Magen-Darmkatarrh (Brechdurchfall etc.) verursacht, und etwa der siebente Theil aller Säuglingssterbefälle — in Posen mehr als 20 % — war auf „angeborene Lebensschwäche“ zurückgeführt. Im Alter von 1—15 Jahren verursachten Diphtherie („Bräune“), Masern und Scharlach $^1/_5$ bis $^1/_4$ sämmtlicher Todesfälle und entzündliche Krankheiten der Athmungsorgane ein weiteres Fünftel derselben. Im Alter von 15 bis 60 Jahren waren von den aus bekannter Ursache herbeigeführten Sterbefällen fast 31 % durch Lungentuberkulose, ferner 13 % durch entzündliche Krankheiten der Athmungsorgane, 7,4 % durch Neubildungen verursacht. Der letzteren Todesursache sind im Berichtsjahre 757 Personen dieses mittleren Lebensalters mehr als im Vorjahre erlegen.

Tödtlich verlaufene Unglücksfälle unter Personen von 15—60 Jahren waren weitaus am häufigsten in Westfalen, demnächst in Bremen, Waldeck, Hamburg, dagegen waren Selbstmorde auffallend selten in Westfalen, wie auch in Posen und der Rheinprovinz, anderseits besonders häufig in Bremen, Hamburg, in den thüringischen Staaten und im Königreich Sachsen. Todesfälle von Wöchnerinnen in Folge der Geburt sind, wie während des Vorjahres, verhältnissmässig am häufigsten in Waldeck, demnächst in Westpreussen, Hamburg und Ostpreussen festgestellt; im ganzen Reiche kamen auf 10000 Entbindungen 32 Todesfälle von Wöchnerinnen, in Waldeck deren 74, in Hamburg 46, anderseits in Bremen nur 14 : 6866 (= 20 : 10000) und in Schaumburg-Lippe angeblich nur 1 auf 1316. Unter der grossstädtischen Bevölkerung wurde, wie u. a. die Diagramme ersichtlich machen, im Säuglingsalter häufiger Magen- und Darmkatarrh, seltener Diphtherie und Keuchhusten als Todesursache genannt, im mittleren Lebensalter häufiger: Neubildungen, Tuberkulose, Selbstmord, seltener: Typhus, Unglücksfall oder entzündliche Krankheit der Athmungsorgane. Im Ganzen war die für die Bevölkerung der Grossstädte errechnete Sterbeziffer niedriger als die für die übrige Bevölkerung errechnete, da ja in den Grossstädten die dem Sterben naturgemäss am meisten ausgesetzten Altersklassen, nämlich die Säuglinge und die hochbetagten Personen, unter den Lebenden erweislich weniger vertreten sind. Zieht man jedoch die Sterbefälle aus den einzelnen Altersklassen in Betracht und vergleicht sie mit der Zahl der Lebenden jeder Altersklasse innerhalb und ausserhalb der 28 Grossstädte, so zeigt es sich, dass die Sterbensgefahr sowohl für Säuglinge und heranwachsende Kinder, wie auch für Personen der mittleren Altersklasse (von 15 bis 60 Jahren) in den Grossstädten höher als ausserhalb derselben war.

Rahts-Berlin.

Besprechungen.

Dr. Vogel: Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. M. Hofmeier. Stuttgart 1901. Verlag von Enke. 170 Seiten; 1 Tafel, 57 Abbildungen. Preis: 4,20 Mark.

Unter den Vorschlägen zur Reform des Hebammenwesens wird neben anderen Punkten allenthalben die Nothwendigkeit einer Vertiefung des Unterrichts hervorgehoben; dazu bedarf es einer pädagogisch brauchbaren, gründlichen Unterrichtsmethode und — jedenfalls zur dauernden Fixirung des im Unterrichte Vorgetragenen eines brauchbaren Lehrbuches. Der Versuch, die Hebammenliteratur durch ein solches zu bereichern, muss bei der Schwierigkeit eines derartigen Unternehmens freudig begrüsst werden. So reiht sich Vogel's Lehrbuch den allbekannten Hebammenlehrbüchern als jüngstes an. Bei der Bedeutung jeden Hebammenlehrbuches als eines gesetzlich technischen Leitfadens und einer Richtschnur für das praktische Handeln, dürfte es wohl berechtigt sein, ein solches Werk darauf hin etwas genauer zu prüfen.

Der Verfasser trägt in engem Raume das gesammte Gebiet der Geburtshülfe in gedrängter Form, unter Sichtung des Wichtigen vom Unwichtigen, mit leicht verständlicher Sprache vor und sucht das Vorgetragene durch eine reichliche Anzahl, zum Theil neuer Abbildungen zu illustriren — Vorzüge, durch welche sich das Buch vor anderen auszeichnet. In der Anordnung des Stoffes,

wie in manchen geburtshülflichen Fragen weicht dasselbe jedoch so sehr von den übrigen Lehrbüchern ab, dass es aus diesem Grunde nothwendig erscheint, das Vorgetragene im Einzelnen zu besprechen.

Schon die Eintheilung ist insofern eine ungewohnte, als neben den regelmässigen Veränderungen, wie sie durch Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett gesetzt werden, sofort die Regelwidrigkeiten vorgetragen werden, ein Modus, welcher sich sehr gut für Repititions- und Nachkurse, nicht aber für den fortlaufenden Unterricht eignet. Ueberblicken wir das Inhaltsverzeichniss, so erscheint auch die Durchführung einer exakten logischen Disposition, welche doch als Haupterforderniss eines Lehrbuches, wie jeder Unterrichtsmethode überhaupt, angesehen werden muss, erheblich gestört. So finden wir unter den Regelwidrigkeiten der Schwangerschaft auffallender Weise Haltung, Lage des Kindes, sowie die verschiedenen Untersuchungsmethoden vorgetragen; noch verwirrter aber erscheint die Disposition bei dem Kapitel „Geburt", wo sub III unter „Blutungen" alle möglichen Störungen, enges Becken, Fehler der Weichtheile, Fieber intra partum u. s. f. rubrizirt sind, ein Fehler, der vielleicht bei der ersten Korrektur übersehen worden ist.

Nach einer ausführlichen Vorrede, in welcher der Verfasser, gestützt auf seine Thätigkeit als Hebammenrepetitor (seit 1900!), eine Reihe allbekannter pädagogischer Winke, zum Theil recht überflüssiger Art giebt, wird das Werk mit der Belehrung über die Desinfektion eröffnet. So knapp dieser Abschnitt auch ausgefallen ist, im Wesentlichen ist er klar geschrieben. Wir lesen, dass auch in Bayern das Lysol eingeführt ist und bedauern, dass nicht auch in anderen Staaten die immer noch gebrauchte 3proz. Karbolverdünnung durch dieses oder ein ähnliches Desinficiens, etwa Lysoform, ersetzt ist. — Dem gleichfalls kurzen, aber vollkommen ausreichenden Abschnitt über Bau und Verrichtungen des weiblichen Körpers folgt als dritter Hauptabschnitt die Belehrung über Schwangerschaft, einschliesslich Störungen derselben; allerdings muss auffallen, dass die wichtigsten Störungen der Schwangerschaft, die Blutungen, in anderem Zusammenhange mit den Blutungen unter der Geburt abgehandelt werden. Einige kleine Versehen bedürfen immerhin der Erwähnung: unter den kindlichen Kopfdurchmessern (S. 8) findet sich der gerade Durchmesser in allen Lehrbüchern mit 12 cm, hier mit 11 cm angegeben; auch beträgt der kleine schräge Durchmesser nicht $10^1/_2$, sondern $9^1/_2$—10 cm. Bei der Beschreibung der Siebhaut (S. 27) kann doch, ohne Verwirrung in der Anschauung, für die ersten Monate der Schwangerschaft eine wahre Siebhaut (Decidua vera) von der „Kapselhaut" oder „umgeschlagenen Haut" (Decidua reflexa), wie dies ja auch in Figur 14 gezeichnet ist, unterschieden werden. Statt der Bezeichnung Flockenhaut und Lederhaut ist der Name „Zottenhaut" gebräuchlicher. — Unter den Komplikationen der Schwangerschaft sind Tripper und Lustseuche obenan gestellt; wenn schon diese sozusagen als die wichtigsten vorangestellt werden, so hätten sie auch etwas genauer besprochen werden können. Ueber Vorfall, Senkung, Krebs der Gebärmutter werden sehr belehrende Winke gegeben, doch vermisst man gerade den Hinweis auf die geburtshülfliche Bedeutung dieser Komplikationen. Die Besprechung des Erbrechens der Schwangeren (§. 19) ist doch etwas zu knapp ausgefallen; das übermässige, wie das unstillbare Erbrechen sind kaum erwähnt. Die Vorschrift, dass bei der verstorbenen Frau in der Schwangerschaft der Kaiserschnitt ausgeführt werden müsse, findet sich in der Form, nicht im Gesetze ausgesprochen. — Bei der ausführlichen Beschreibung der Untersuchungsmethoden wird die äussere Untersuchung mit Recht genau geschildert; vielleicht hätte erwähnt werden können, dass es Fälle giebt, bei welchen die innere Untersuchung vollkommen überflüssig ist. Schade, dass für die äussere Untersuchhung nicht die bekannten Handgriffe gezeichnet wurden, wie dies z. B. in Leopold-Zweifel's Lehrbuch geschah!

Der vierte Hauptabschnitt beschäftigt sich mit der Physiologie und Pathologie der Geburt; wie erwähnt, ist unter den Störungen der Geburt die Fehlgeburt eingereiht, während auch hier, wie anderwärts, die doch am häufigsten inter partum beobachtete Eklampsie unter den Störungen der Schwangerschaft erwähnt wurde. Der im §. 40 enthaltene Auszug aus der Bayrischen Dienstanweisung für Hebammen (1899) enthält im Vergleich zu ihr einige Ungenauigkeiten; zur Tamponade der Scheide werden Wattetampons von Hühnereigrösse vorgeschrieben. Man vergleiche damit nun die S. 107, Fig. 46 gezeichnete schematische Darstellung

der Tamponade der Scheide, in welcher neben einem Jodoformgazestreifen sage! 22 Wattekugeln (hoffentlich nicht von Hühnereigrösse!) die Scheide ausfüllen, natürlich gegen jede Vorschrift ohne Bindfaden. Vielleicht wäre es überhaupt zweckmässiger, die Tamponade nur mit Jodoformgaze in Rollenform ausführen zu lassen oder, wie in Sachsen und auch in Hessen, etwa wallnussgrosse Wattekugeln zu verwenden, welche oberflächlich mit Jodoformgaze überzogen sind, da bekanntermassen Wattekugeln in der üblichen Weise sich nicht steril halten. §. 42 handelt von der Abnabelung; es heisst hier, dass die Unterbindung nach dem Uterus hin deshalb geschehen müsse, damit sich nicht ein zweites, darin enthaltenes Kind aus der offenen Nabelschnur verblutet. Dies mag ja im Allgemeinen zur Begründung im Unterrichte richtig sein, dürfte aber doch nur bei einigen Zwillingen, wo Gefässanastomosen bestehen, zu befürchten sein. Sie dient doch wesentlich dazu, zu verhindern, dass zu viel Blut aus der Placenta ausfliesst und anderseits zu bewirken, dass die zur Lösung günstige, strotzende Füllung der Plazenta erhalten bleibt. Wenn S. 69 für die Leitung der Nachgeburtsperiode empfohlen wird, „die Gebärmutter fortwährend zu halten", so widerspricht das einerseits den Vorschlägen anderer Lehrbücher, wie vor Allem den Erfahrungen in der Praxis. Wird doch allenthalben mit Recht vor dem vielen Herummanipuliren an der Gebärmutter gewarnt. Auch dürfte das Mitpressen seitens der Kreissenden zur Herausbeförderung der Placenta nicht zu empfehlen sein. Das Abwärtsdrängen und Festhalten der Gebärmutter muss ja die Lösung der Placenta, die doch ein physiologischer Akt ist, sowie das physiologische Höhersteigen des Fundus unbedingt stören. Man vergleiche hiermit die treffliche Schilderung der Physiologie der Nachgeburtszeit in Ahlfeld's Lehrbuch. Auch das Preussische Lehrbuch giebt den Rath, die Gebärmutter in dieser Zeit ohne Grund so wenig als möglich anzurühren. In der Bayrischen Dienstanweisung ist der Hebamme anbefohlen (vrgl. §. 20) „in dieser Geburtszeit die Gebärende genau zu überwachen und nur durch prüfendes Zufühlen vom Standpunkt und der Beschaffenheit der Gebärmutter sich zu überzeugen". — S. 44 wird für alle Fälle das Einträufeln von Höllensteinlösung empfohlen, während §. 19 der Bayerischen Dienstanweisung f. Heb. besagt, dass nur „in allen Fällen, in welchen die Mutter an eitrigem Scheidenfluss gelitten hat" dies geschehen müsse, ganz analog der im Preussischen Lehrbuche gegebenen Vorschrift. Eine Reihe namhafter Augenärzte verwirft geradezu die prinzipielle Argentumeinträufelung. — Der Geburtsmechanismus wird bei den verschiedenen Kopflagen im Zusammenhang sehr übersichtlich besprochen. Auffallend und unverständlich ist nur, dass Verfasser 5 Drehungen des Kopfes beschreibt, während in allen geburtshülflichen Lehrbüchern 4 Drehungen beschrieben werden, welche doch wahrlich genügen sollten. Eine fünfte dadurch zu konstruiren, dass die zweite Drehung (Drehung der kleinen Fontanelle nach vorne) in zwei Stadien zerlegt wird, erscheint ausserdem gekünstelt und für das Verständniss der Schülerinnen nicht von Vortheil. — Bei der Gesichtslage schneidet der Kopf nicht, wie angegeben, mit dem senkrechten, sondern dem trachelo-parietalen Durchmesser durch. — Bei der Beckenendlage werden die Hülfeleistungen, welche die Hebamme in jedem Falle (Herausbeförderung des nachfolgenden Kopfes) und bei Komplikationen (Lösung der Arme) zu leisten hat, genau beschrieben. Zur Richtigstellung des Kopfes genügt es wohl, mit einem Finger in den Mund zu gehen, statt mit zweien; man bedenke, wie leicht hier Verletzungen der Mundschleimhaut durch die, nicht gerade zarten Finger unserer Landhebammen entstehen können. — Für die Querlage wird bei stehender Blase, wie in anderen Lehrbüchern, die Wendung auf den Kopf empfohlen; dies ist wohl nur für Kopfschräglage, bei regelmässiger Wehenthätigkeit und normalem Becken von Vortheil, im Uebrigen ist es das beste, so früh als möglich zum Arzte zu schicken, den Blasensprung aufzuhalten und jegliches ungeschickte Herummanipuliren auch hier zu vermeiden.

Der Abschnitt „Geburtsstörungen" wird durch die „Fehlgeburt" eröffnet. Hier hätte Verfasser beruhigt etwas ausführlicher schildern und den Zustand der drohenden, der im Gange befindlichen und der stattgehabten Fehlgeburt genauer präzisiren dürfen. Bei der Placenta praevia wird der künstliche Blasensprung empfohlen; vielleicht hätte noch deutlicher hervorgehoben werden sollen, wie es im Preussischen Lehrbuche geschieht, dass dies nur erlaubt ist, wenn der Kopf sicher im Becken

steht, der Muttermund fast völlig erweitert ist und nur seitlich die Placenta vorliegt (vergl. auch B. S. Schultze, Lehrbuch, §. 417). Das Anziehen der Füsse ist in Preussen (vergl. §. 246 des Preussischen Lehrbuchs) doch nur erlaubt, wenn nach dem Blasensprung die Füsse über dem Muttermund liegen und dabei noch Blut abgeht. Zuviel sollte man hier der Hebamme doch nicht konzediren! In den folgenden Paragraphen werden die Blutungen gegen Ende der Geburt besprochen, dabei die Verletzungen nur verhältnissmässig wenig berücksichtigt. Dieser Abschnitt hätte als der wichtigste in der Pathologie der Geburt weit eingehendere und präsisere Erörterung verdient. Warum bei Umstülpung der Gebärmutter ein in „Essig" getränktes Tuch (§. 65) gegen die Gebärmutter angedrückt werden soll, während die Hebamme doch Jodoformgaze in der Tasche oder Karbolverdünnung zur Verfügung hat, ist nicht verständlich. Bei der sehr wichtigen, allerdings seltenen „Scheidenblutgeschwulst" sollte doch erwähnt sein, dass in jedem Falle gleich zum Arzt geschickt wird. Anschliessend an die Besprechung der Blutungen hätten die Massnahmen erörtert werden können, welche bei hochgradiger Blutarmuth zu treffen sind; diesen hätte ein besonderer Paragraph gewidmet werden können. — Warum gerade bei „Fieber intra partum" die so sehr wichtige Temperaturmessung erst beschrieben wird, ist auffallend; sie hätte doch §. 40 bei der Diätetik der Geburt erörtert werden müssen, da zur Leitung der Geburt gehört, dass die Hebamme sich vom Allgemeinbefinden der Kreissenden überzeugt, also Puls und Temperatur während und nach der Geburt notiren muss.

Der Abschnitt V handelt von der Wochenbett und Kindespflege, allerdings in einer, im Vergleich zur Bedeutung dieser Pflege im Hebammenberufe, sehr knappen Form. Die S. 143 vorgeschriebene Abstinenzzeit von 14 Tagen ist doch ganz abhängig von der Entscheidung des zuständigen Bezirks- oder Kreisarztes (vergl. auch §. 35 der Bayrischen Dienstanweisung) und lässt sich, auch wenn sie erzieherisch gut wirkt, in Gemeinden mit nur einer Hebamme doch selten durchführen, ganz abgesehen davon, dass die Hebammen nicht an allen Infektionsfällen die Schuld tragen.

Die Bezeichnung „Brustkrankheiten" könnte, wie in allen Lehrbüchern, durch „Störungen des Stillgeschäftes" oder „Erkrankungen der Brustdrüse" ersetzt werden. Die im Wochenbett plötzlich auftretenden Blutungen, auch die Spätblutungen, wie sie mitunter durch Plazentarpolypen hervorgerufen werden, sind nicht erwähnt. Bei der Pflege des Kindes vermisst man eine kurze Uebersicht über die wichtigsten Lebensäusserungen des Kindes; ohne Kenntniss derselben ist eine rationelle Pflege doch undenkbar. Die S. 153 beschriebene „Kopfblutgeschwulst" ist nicht etwa ein Bluterguss unter die Haut, sondern, wie jede Hebamme wissen muss, ein Bluterguss unter der Beinhaut (subperiosteales Hämatom) und überschreitet aus diesem Grunde nicht die Naht. — So ungenau oben der Tripper der Schwangeren beschrieben ist, so wenig ausreichend sind die Bemerkungen über die so ungemein wichtige eitrige Augenentzündung. Das Sekret ist bei dieser zu Anfang nicht eitrig, sondern ganz charakteristisch „hellbräunlich".

In einem weiteren Abschnitt „Arzt und Hebamme" wird mit Recht auf die Nothwendigkeit genauer Meldungen an den Arzt hingewiesen und das besprochen, was eine Hebamme bei operativen Geburten für den Arzt vorzubereiten hat. Es folgt ein Abschnitt: „Die Hebamme vor dem Gesetz", in welchem Verfasser die gewissenhafte Erfüllung aller Vorschriften der Hebamme an's Herz legt, damit sie sich jeder Zeit vor dem Strafrichter verantworten kann. In Hessen ist der Gebrauch des Lysols, wie es S. 164 heisst, statt des Karbols leider noch nicht erlaubt. Was die Fälle anbelangt, in denen der Hebamme die Ausführung der Wendung und sogar die Lösung der Placenta erlaubt ist, so sind dieselben allenthalben doch recht selten, wenn wir von den Verhältnissen in Ost- und Westpreussen absehen. Dieser Punkt ist daher überall als Ausnahmefall in den Instruktionen vorgesehen; hier heisst es aber, wie Verfasser richtig sagt, früh genug zum Arzt schicken.

Nach dieser eingehenden Besprechung müssen noch einige kleine Auffälligkeiten erwähnt werden, welche das Lehrbuch aufzuweisen hat: es braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden, dass in einem Lehrbuche der Verfasser das eigene „ich" für Rathschläge und technische Vorschriften nicht so sehr in den Vordergrund stellen sollte, wie es geschehen ist (S. 109 „Ich

rathe — S. 167 u. a. O.). Ganz merkwürdig ist, und dürfte für eine Schülerin oder halbgebildede Hebamme geradezu verwirrend wirken, wenn für diese Fälle der „Arzt", für jene der „Geburtshelfer", für andere sogar der „Frauenarzt" gerufen werden soll; z. B. bei der Rückwärtsbeugung der schwangeren Gebärmutter u. s. f. schicke die Hebamme zum Arzt (S. 36 ff.), bei Krebs der Gebärmutter zum Frauenarzt (S. 41), bei plötzlichem Tode der Schwangeren (S. 42) zum „Geburtshelfer", bei Eileiterschwangerschaft (S. 42) zum „Arzt", bei Querlage (S. 92) zum „Geburtshelfer", bei Zerreissung der Gebärmutter aber (S. 94) zum „Arzt". Diese kleinen Fehler hätten sich doch bei der Durchsicht der Korrektur vermeiden lassen!

Und nun noch ein Wort über die Abbildungen, auf welche, wie es scheint, Verfasser besonderen Werth gelegt hat. Ein grosser Vorzug der Bilder ist, besonders gegenüber dem Preussischen Lehrbuche, in welchem die Figuren mangelhaft oder gar nicht erklärt sind, dass die Bezeichnungen im Bilde angebracht sind. Die Autotypien haben den Vorzug der plastischen Wirkung, welche besonders schön bei der Darstellung des Geburtsmechanismus wirkt (— man vergleiche damit nur die, an sich zeichnerisch vollendet gezeichneten Figuren in dem bekannten Schultze'schen Lehrbuche —), in einzelnen Bildern stehen sie aber in Bezug auf Schärfe der Konturen doch hinter guten Holzschnitten zurück. Einzelne Bilder sind anderen Werken entnommen; hier sollte man aber doch verlangen, dass auch genau kopirt wird. Fig. 8 ist Fritsch's Lehrbuch für Frauenkrankheiten entnommen, aber erheblich schlechter als das Original. Figur 10 soll die Einbettung des Eies in utero darstellen; abgesehen von der schlechten Schattirung steht diese Figur doch weit hinter den bekannten Figuren anderer Lehrbücher zurück. In Figur 14 ist der Spaltraum zwischen Decidua vera und reflexa zu gross und giebt zu falschen Anschauungen Anlass. Warum wurde hier nicht die ausgezeichnete Darstellung nach Dickinson (vgl. Ahlfeld's Lehrbuch Fig. 40), oder das Leopold'sche Präparat (vgl. Leopold: Uterus und Kind, Leipzig 1897), welche das Verhältniss der Eihüllen vortrefflich illustriren, benutzt? Figur 11 ist nach dem Original in Leopold's Arbeit (Archiv f. Gyn., Bd. 21) nicht wieder zu erkennen. Die in der Vorrede besonders hervorgehobene Darstellung des Plazentarkreislaufes in Fig. 15 ist recht ungeschickt; viel besser ist die betreffende Figur in Ahlfeld's und Runge's Lehrbuch, auch hätte sie sich halbschematisch das ohne grosse Mühe darstellen lassen. Fig. 17 soll die Haltung des Kindes in der Schwangerschaft darstellen, dabei ist aber der Muttermund bereits auf Handtellergrösse erweitert; diese Figur gehört demnach zum Kapitel „Geburt", ebenso Fig. 19, welche die Komplikationen der Querlage illustriren soll. Die Darstellung des Dammschutzes in Fig. 25 ist recht gut, in Fig. 26 fehlt die linke Hand, welche doch, wie in Seitenlage, das jähe Hervortreten des Kopfes verhindern soll. Wohl die schlechtesten Zeichnungen des Buches sind Fig. 35 und 36. Hier denkt man eher an alles Andere, wie Steisslage, als an Vorder- oder Hinterscheitelbeineinstellung! Fig. 37 soll den Austritt des Steisses darstellen. Wieviel besser ist im Vergleiche dazu die ausgezeichnete Figur im Preussischen Lehrbuche (Fig. 29). In Fig. 40, welche die Herausbeförderung des nachfolgenden Kopfes illustriren soll, fällt auf, dass das Gesicht noch zur Seite steht, während im Text richtig erwähnt ist, dass das Gesicht dabei nach hinten sehen soll. Hier hätte die ausgezeichnete Darstellung in Fig. 135 des Farabeuf-Varnier'schen Werkes, die in viele Deutsche Lehrbücher (Zweifel, Döderlein) übergegangen ist, als besseres Muster dienen können. In Fig. 42 ist das Becken sehr mangelhaft gezeichnet, die rechte Hälfte steht schon bei der Verkleinerung $^1/_2$ cm höher als die linke. Solche Ungenauigkeiten im Zeichnen dürfen nicht vorkommen. Fig. 44 soll die verschiedenen Lagen bei Zwillingen darstellen, zugleich aber den Zustand des vorliegenden Mutterkuchens; das Original der Zeichnung stammt vom Referenten, welcher sie 1888 für Herrn Prof. Hofmeier anfertigte. Instruktiver als das im Uebrigen hoch interessante Präparat, wäre für Schülerinnen, um die Kindeslage bei Zwillingen darzustellen, doch noch die bekannte Schultze'sche Tafel gewesen, welche in alle Lehrbücher übergegangen ist. Ueber Fig. 48, welche die Tamponade der Scheide illustriren soll, wurde schon oben Einiges gesagt. Das was gezeichnet ist, entspricht nicht dem in der Instruktion Gesagten! Wie sollen die 22 Tampons von der Hebamme entfernt werden, wenn sie nicht, wie vorge-

schrieben, mit starkem Faden versehen sind? Alles in Allem darf bezüglich der Abbildungen dreist behauptet werden, dass sie im Vergleich zu denjenigen anderer Lehrbücher keinen erheblichen Vorzug geniessen, einige wenige ausgenommen, bei welchen die Autotypie gut plastisch wirkt, dass aber bei einer grossen Anzahl von Bildern grössere Genauigkeit im anatomischen Zeichnen wünschenswerth gewesen wäre. Verfasser hätte sich hier B. S. Schultze, dessen Tafeln jeder Kritik Stand halten, zum Muster nehmen sollen! Die Zeichnungen beweisen aber auch, wie Recht Herr Kollege Klein-München hatte, als er gelegentlich des Giessener Kongresses äusserte, wie mangelhaft im Vergleich zu den alten Meistern trotz vervollkommneter Hülfsmittel heute zu Tage illustrirt würde, und es ist endlich mal an der Zeit, über die Art der Vervielfältigungen ein mahnendes Wort zu sagen!

Wenn nach dem Gesagten das vorliegende Lehrbuch in mancherlei Beziehung Schwächen aufweist, insbesondere empfindliche Kürze bei den wichtigsten Gegenständen, so mag das damit entschuldigt werden, dass möglicher Weise das Lehrbuch auf einen im Ganzen sehr kurzen Zeitraum der Ausbildung zugeschnitten ist; gänzlich unvorbereitete Frauen in einem nur 4 monatlichen Kursus, wie er noch in Bayern eingeführt ist, zu dem verantwortungsvollen Beruf vorzubereiten, ist wahrlich keine leichte Aufgabe; hier heisst es, wie Referent bei den bis zum Jahre 1891 in Hessen noch eingeführten 4monatlichen Kursen selbst zu erfahren Gelegenheit hatte, in kurzer Zeit das Allernothwendigste, praktisch Wichtigste vorzutragen. Glücklicher Weise sind aber in den meisten Staaten (auch in Hessen) 6-, sogar 9monatliche Kurse jetzt eingeführt, in welcher Zeit es vollauf gelingen dürfte, brauchbare Hebammen auszubilden. Wenn nun der Verfasser, wie er in der Vorrede sagt, in sich das Bedürfniss fühlte, das Lehrbuch zu schreiben, nachdem er im Jahre 1900 (also nur ein Mal!) einen Repititionskursus für Hebammen abgehalten hatte, so erklärt diese Thatsache die Schwächen des Buches vollauf! Wir besitzen in den Lehrbüchern der erfahrensten deutschen Geburtshelfer B. S. Schultze, Kehrer, Dohrn, Fehling, Leopold, Zweifel, Rokitanzky, Braun u. s. f. so ausgezeichnete Hebammenlehrbücher, dass das Bedürfniss nach einem, dazu kürzeren Lehrbuche nicht vorliegt, wenn auch zugestanden werden muss, dass dieses oder jenes einer den heutigen Anschauungen entsprechende Neubearbeitung bedarf. Sollte das in vielen Lehranstalten eingeführte Preussische Lehrbuch, wie verlautet, umgearbeitet werden, so darf man überzeugt sein, dass die Neubearbeitung, wie es für ein Hebammenlehrbuch besonders wichtig ist, in sehr erprobter, erfahrener Hand liegt.

Möge der Verfasser die ausführliche, in Folge rein sachlicher Beurtheilung kritische Besprechung als wohlgemeinten Rathschlag für die etwaige spätere zweite Auflage und die dabei nothwendige Umarbeitung seines Buches entgegennehmen! Dann kann das im Ganzen fliessend geschriebenen Lehrbuch dazu dienen, die schwierige Aufgabe des Hebammenlehrers auch wirklich zu erleichtern.

Prof. Dr. Walther-Giessen.

Tagesnachrichten.

Die Virchow-Feier ist, wie nicht anders zu erwarten stand, äusserst glänzend unter ausserordentlicher Theilnahme der medizinischen Welt, sowie der Behörden des In- und Auslandes verlaufen. Die Festlichkeiten wurden am 12. d. Mts. durch ein Festakt in der Halle des Erdgeschosses des neuerrichteten pathologischen Instituts eröffnet, wo der Herr Kultusminister dem Jubilar seine Glückwünsche darbrachte unter Ueberreichung einer vorzüglichen, in Marmor ausgeführten Büste Virchows, als Zeichen der Dankbarkeit der Unterrichtsverwaltung und mit dem Wunsche, dass der Geist des Virchow'schen unvergesslichen Schaffens dem Institute für immer erhalten bleiben, sowie dieser selbst noch lange Jahre in der bisherigen, bewundernswerthen Frische wirken möge zu Ehren und zum Stolze der deutschen Wissenschaft. Nachdem der Jubilar mit herzlichen Worten gedankt hatte, begab sich die Festversammlung in den grossen Hörsaal des Instituts, wo Virchow in jugendlicher Frische einen fast zweistündigen Vortrag über die „Geschichte der patho-

logischen Wissenschaft" hielt, an dem sich hochinteressante Vorführungen von kurzerläuterten Projektionsbildern anschlossen.

Hierauf fand ein Festessen in den Wandelhallen des Abgeordnetenhauses statt, an dem über 200 Personen theilnahmen, darunter die Spitzen der betheiligten Behörden, die Vertreter der fremden Länder u. s. w.

Abends 9 Uhr erfolgte dann die eigentliche Festsitzung im Sitzungssaale des Abgeordnetenhauses, der dicht gefüllt und dessen Tisch mit Adressen und sonstigen Ehrengeschenken bedeckt war. Nachdem der Vorsitzende des Festkomitees, H. Geh. Rath Prof. Dr. Waldeyer, ein aus 12 Personen bestehendes internationales Präsidium berufen hatte, feierte er Virchow in längerer Rede und gab eine Vorgeschichte der Feier, an deren Zustandekommen die Gelehrten der ganzen Welt mitgearbeitet hätten. Zum Schluss überreichte er dem Jubilar 50000 Mark zur Verstärkung der Virchowstiftung. Kultusminister Dr. Studt beglückwünschte den Jubilar nochmals und überreichte die ihm von Sr. Majestät dem Kaiser verliehene Grosse goldene Medaille für Wissenschaft und Kunst unter Verlesung eines Handschreibens des Kaisers, worin ihm dieser seine wärmsten Glückwünsche ausspricht. Dasselbe hat folgenden Wortlaut:

„Ich spreche Ihnen zu dem heutigen Tage, an welchem es Ihnen durch Gottes Gnade vergönnt ist, Ihr achtzigstes Lebensjahr in Rüstigkeit und Geistesfrische zu vollenden, Meine wärmsten Glück- und Segenswünsche aus. Der unermüdlichen Arbeit Ihres langen Lebens verdankt die medizinische Wissenschaft grundlegende und bahnbrechende Forschungen, durch welche Ihr Name in markigen Zügen in die Tafeln der Geschichte der Medizin für alle Zeiten eingegraben und weit über die Grenzen des deutschen Veterlandes hinaus geehrt ist. Aber auch mit nie rastender Fürsorge haben Sie in Kriegs- und Friedenszeiten Ihre ärztliche Kunst und Erfahrung in den Dienst der leidenden Menschheit gestellt und sind ihr stets ein treuer Arzt und Helfer gewesen. Als ein Zeichen Meines Dankes und Meiner Anerkennung für Ihr ausgezeichnetes Wirken habe Ich Ihnen die Grosse goldene Medaille für Wissenschaft verliehen und freue Ich Mich, Ihnen dieselbe an Ihrem Ehrentage hierneben zugehen zu lassen."

Es folgten weitere Beglückwünschungen in endloser Reihenfolge, zum Theil mit Ueberreichung kostbarer Ehrengaben oder Verkündung von besonderen Auszeichnungen. Fast in allen Sprachen der Welt wurde dem hochverdienten Nestor der Dank der wissenschaftlichen Welt zum Ausdruck gebracht; möge er dieser noch recht lange in völlig geistiger Frische wie bisher erhalten bleiben!

Den Geburtstag selbst (13. Oktober) verlebte der Jubilar im engsten Familienkreise, die folgenden Tage aber brachten weitere Ehrungen; ein Festdiner beim Reichskanzler (am 15. Oktober), zu dem ausser dem Jubilar die Minister Studt, Graf Posadowsky und Möller sowie besonders die ausländischen Vertreter Einladungen erhalten hatten, bildete gleichsam den Schluss der denkwürdigen Feier.

Die in der vorigen Nummer dieser Zeitschrift kurz erwähnte **Typhusepidemie in Gelsenkirchen** hat, entgegen unserer Mittheilung, die Epidemie scheine den Höhepunkt überschritten zu haben, eine Ausdehnung angenommen, wie solche bei in den letzten Jahren beobachteten Epidemien nur vereinzelt dastehen dürfte. Amtlich sind bis zum 10. Oktober allein 1050 Fälle angemeldet.

Die von vornherein bei dem explosivem Charakter der Epidemie und ihrer gewaltigen Ausdehnung gehegte Ansicht, dass es sich um eine durch Verseuchung des Trinkwassers verursachte Epidemie handele, hat ihre vollständige Bestätigung erhalten durch die einwandsfreien Untersuchungs-Ergebnisse des Reg.- und Med.-Raths Dr. Springfeld-Arnsberg. Die Epidemie ist beschränkt geblieben auf das Fallrohrnetz der Wasserleitung des Wasserwerks für das nördlich westfälische Kohlenrevier, dermassen, dass man das Verbreitungsgebiet beider als kongruent bezeichnen kann. Alle Ortschaften, welche vom Fallrohrnetz oder vom Druckrohr unterhalb Königsteele mit Wasser versorgt werden, wurden plötzlich von der Seuche befallen, und alle Ortschaften rechts und links, welche das Wasser anderweitig bezogen, blieben frei.

Am 15. bezw. 16. August d. J. kam in Königssteele ein Rohrbruch zu

Stande. Das in Frage stehende Rohr lag dort einen Meter unter der Erde in einer Gasse, die nur 2—8 Meter breit ist. Der Rohrbruch ist vor einem dreistöckigen Hause entstanden, in dem 6 Familien mit 50 Köpfen wohnen. Im Juli d. J. ereignete sich in dem Hause ein Typhusfall, worauf der Erkrankte zum Krankenhaus gebracht wurde. Eine ziemliche Zeit nachher sind in dem betr. Hause noch krankhafte Erscheinungen, Durchfall u. s. w. wahrgenommen worden, so dass angenommen werden muss, dass Typhuskeime in dem Hause geblieben sind. Wenn das Rohr dicht geblieben wäre, hätte die Sache weiter kein Bedenken gehabt. Der im August stattgehabte Rohrbruch hatte jedoch zur Folge, dass die ganze Gasse überschwemmt wurde. Das Wasser drang sogar in die Mistgrube, in welche die Fäkalien aus dem ganzen Hause geleitet werden. Rechnet man für die Entwickelungsdauer der Typhuskeime etwa vier Wochen, so stimmt dies mit den gemachten Beobachtungen genau überein, denn am 12. bis 13. September begann das explosivartige Auftreten des Typhus in dem ganzen Wasserversorgungsgebiet. Nach der Reparatur des Rohrbruches am 16. August sind die Typhuskeime durch das Durchlaufen des Wassers weitergetragen worden und haben sich dann vermehrt.

War auf Grund dieser Ermittelungen mit Sicherheit festgestellt, dass die verseuchte Wasserleitung die Ursache der enormen Typhusepidemie der ausschliesslich auf das Wasserversorgungsgebiet des nördlich westfälischen Kohlenreviers angewiesenen Ortschaften war, so erwuchsen nunmehr der Sanitätspolizei die Aufgaben, möglichst schnell jede neue Weiterverbreitung von Typhuskeimen durch die Wasserleitung zu verhindern, und sodann die entstandenen und neu entstehenden Herde unschädlich zu machen.

Ein Schluss der verseuchten Wasserleitung würde der wirthschaftliche Ruin der industriellen Werke in der dortigen Gegend zur Folge gehabt haben und entschloss sich daher das Wasserwerk auf Veranlassung und Anregung des Reg.- und Med.-Raths Dr. Springfeld zu einer Desinfektion der gesammten, etwa 300 Kilometer langen Leitung, vom Sammelbrunnen bis zu den Zapfhähnen, mit 60% Schwefelsäure bis zu 2‰ Lösung. Der Ausführung der Desinfektion, wie solche früher in Beuthen in einfacher Weise dadurch ermöglicht wurde, dass die Leitung entleert, im Reservoir die Mischung hergestellt und nun in das Fallrohrnetz geschickt wird, um nach 4 Stunden daraus wieder entfernt zu werden durch Spülung, bis alle Säure verschwunden ist, standen hier grosse technische Schwierigkeiten entgegen, da ein Reservoir nicht vorhanden war, in dem die Mischung hätte vorgenommen werden können, und in Folge der im Bergbaurevier vorhandenen Bodensenkungen, nur die Hälfte des Fallrohrnetzes eine schiefe Ebene darstellte, auch die Zechen und grossen Werke selbst Sonntags das Wasser nicht entbehren konnten.

So wurde denn am Sonnabend den 29. September Abends 12 Uhr mit dem Eingiessen der Schwefelsäure begonnen. Dasselbe erfolgte durch ein hölzernes und derart schräg gestelltes Rohr, dass das Einlaufen der Schwefelsäure dem Strom des in den Sammelbrunnen einströmenden Wassers entgegengerichtet war. Um die Mischung zu kontroliren, hatten sich der Chemiker Dr. Racine, der Reg.- und Med.-Rath Dr. Springfeld und der Landrath Dr. Hammerschmidt in den Thurm des Hochbassins begeben, wo alle 5 Minuten von Nachts 12 Uhr bis 6 Uhr Morgens Proben entnommen wurden. Die Mischung im Hochbassin war ausserordentlich schwankend und es musste wiederholt durch telephonische Meldung die Schnelligkeit des Eingiessens regulirt werden. Als der letzte Ballon Schwefelsäure aber entleert war (im Ganzen wurden 5 Doppelwaggons verbraucht), konstatirte der Chemiker einen Säuregehalt von 1 pro Mille. Behufs Druckregulirung wurde von der Feuerwehr im Laufe des Sonntags am Vormittage wiederholt Wasser entnommen und am Sonntag Abend um 5 Uhr konnte mit der Entleerung des Rohrnetzes mittelst Hydranten und Spülschieber begonnen werden. Abends 10 Uhr war diese beendet. Wie aus dem Schwefelwasserstoffgeruch des Wassers nach der Desinfektion und aus den enormen Schmutzmengen, die sich entleerten, zu schliessen war, hatte zweifelsohne eine Auflösung der Schmutzpartikel an der Innenwand der Rohrleitung stattgefunden. Am nächsten Tage war das Wasser wieder klar.

Die enorme Zahl der eingegangenen Meldungen über Typhuserkrankungen erforderten gebieterisch eine sofortige Erweiterung der bestehenden Organisation

der Sanitätsbehörden in Gelsenkirchen Stadt und Land. Auf Veranlassung des Reg.- und Med.-Raths Dr. Springfeld wurde von dem Herrn Medizinalminister die Entsendung des Kreisarztes Medizinalrath Dr. Hensgen-Siegen, des Gerichtsarztes Dr. v. Tzarzka-Bochum und später des Kreisassistenzarztes Dr. Wiesener-Köln in das Seuchengebiet verfügt und jedem dieser Medizinalbeamten, sowie dem zuständigen Kreisarzt Medizinalrath Dr. Limper-Gelsenkirchen, ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen. Jeder polizeilich zur Anmeldung gelangte Erkrankungsfall wurde von einem der 4 beamteten Aerzte genau untersucht, der für den Reg.-Bez. Arnsberg bei Typhuserkrankungen vorgeschriebene Fragebogen ausgefüllt und jeder Fall, von dem eine Weiterverbreitung der Seuche zu befürchten stand, dem Krankenhause zugeführt.

Daneben fand zum ersten Male das nach der Ordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher vom 6. Mai 1901 für den Bezirk Arnsberg neu in's Leben gerufene Institut der „Seuchenwärter" praktische Verwendung und bewährte sich nach den gemachten Erfahrungen ausgezeichnet. Diese Seuchenwärter haben die einzelnen Typhuskranken, welche in ihren Wohnungen belassen worden sind, alle zwei Tage mindestens zu besuchen und zu kontroliren, ob den Anforderungen bezüglich der Desinfektion nachgekommen wird, bezw. selbst die Desinfektion vorzunehmen, sowie festzustellen, ob neue Erkrankungsfälle eingetreten sind. Ihre Meldungen haben sie sofort dem Kreisarzt zu erstatten, dessen Bezirk sie zuertheilt sind. Kenntlich sind diese Beamten an einer besonderen Mütze mit Schild und einer Litewka. Da zu Beginn der Epidemie die Zahl der Gesundheitsaufseher noch gering war, musste schleunigst auf eine Vermehrung durch Zuziehung aus benachbarten Kreisen und weitere Ausbildung geeigneter Persönlichkeiten Bedacht genommen werden; in Folge dessen empfingen allabendlich eine Anzahl von Personen an der Hand der „amtlichen Lehrbücher für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher" durch einen der beamteten Aerzte Instruktionsstunden. Der Erwähnung verdient noch, dass sämmtliche Desinfektionsmittel unentgeltlich geliefert werden.

Eine weitere Art von unteren Gesundheitsbeamten entstand in der Schaffung von „Latrinenwärtern", geeigneten und mit genauer Anweisung versehenen Personen, welche für Desinfektion der Gossen mit Kalkmilch, Reinigung der öffentlichen Bedürfnissanstalten u. s. w. zu sorgen und von ihnen wahrgenommene gesundheitliche Missstände polizeilich anzumelden hatten. Entleerungen der Abortgruben dürfen nur unter ihrer Aufsicht erfolgen.

Auch die grosse Schwierigkeit der Unterbringung der plötzlich so zahlreichen Kranken wurde, nachdem die beiden Krankenhäuser in Gelsenkirchen und die in den anderen Orten des Landkreises befindlichen Hospitäler belegt waren, durch das Entgegenkommen des Königlichen General-Kommandos zu Münster, welches ca. 300 Betten entsandte und des „rothen Kreuzes", das mit 12 Decker'schen Baracken aushalf, sowie durch die Umwandlung des alten Rathhauses in Gelsenkirchen in ein Lazareth, glücklich überwunden.

An Pflegepersonal stellten in anerkennenswerther Weise die katholischen Mutterhäuser und die evangelischen in Bielefeld und Kaiserswerth, was sie nur eben entbehren konnten, während der „Vaterländische Frauenverein" für die Hinterbliebenen und die Angehörigen der den Krankenhäusern Zugeführten sorgte. Für den Transport der Kranken wurde für jedes Amt und jede grössere Gemeinde ein Krankentransportwagen beschafft und die Benutzung jedes anderen Fuhrwerkes zum Krankentransport untersagt.

Die vorausgeschickte Schilderung der Erklärung für die Entstehung der Typhusepidemie in Gelsenkirchen Stadt und Land, sowie der zu ihrer Bekämpfung eingeschlagenen Wege zeigt, welche Fülle organisatorischen Talentes und welche unermüdliche Arbeitskraft und Ausdauer der mit der Leitung aller Massnahmen betraute erste Medizinalbeamte bewiesen hat und lässt es erklärlich erscheinen, wenn die Gelsenkirchener Zeitungen voll des Lobes und der Anerkennung sind über die Art der neu in's Leben gerufenen und prompt wirkenden Organisation der Zivil-Sanitätsbehörden, welcher hier zum ersten Mal Gelegenheit geboten war, ihre Leistungsfähigkeit zu beweisen, ohne auf die Unterstützung der Militärbehörden, wie in den Cholerazeiten, angewiesen gewesen zu sein.

Im Auftrage des Kultusministeriums, das schon Anfang d. M. einen Kommissar nach Gelsenkirchen entsandt hatte, wird sich jetzt auch Geh. Med.-Rath

Prof. Dr. Koch nach dorthin begeben, um den Ursachen der Verbreitung der Seuche nachzuforschen.

Aus dem Bayrischen Haushaltsetat dürften für die Leser der Zeitschrift folgende Positionen von Interesse sein: In dem Etat des Staatsministeriums des Innern ist die Errichtung von 5 neuen Bezirksämtern vorgesehen: Starnberg und Wolfratshausen (statt München II), Dürkheim, St. Ingbert und Gemünden; in Folge dessen werden auch 4 neue Bezirksarztstellen eingerichtet, so dass deren Zahl einschliesslich der Landgerichtsärzte auf 194 steigt. Ausserdem sind noch 2 neue Bezirksarztstellen vorgesehen und zwar eine für einen Hülfsarbeiter und Stellvertreter des Kreismedizinalraths bei der Königlichen Regierung in Oberbayern (München), der seine Geschäftsaufgabe allein nicht mehr bewältigen kann, und eine dritte Bezirksarztstelle in München, die sich in Folge des starken Anwachsens der Bevölkerung als nothwendig erweist. Dr. Becker sagt hierzu mit Recht in Nr. 41 der Münchener Med. Wochenschrift: „Bei den ganz ausserordentlichen Anforderungen des Medizinaldienstes in einer so rasch emporwachsenden Stadt wie München bleibt abzuwarten, ob dann den Bedürfnissen genügt ist; jedenfalls werden auch 3 Bezirksärzte mit Arbeit überhäuft sein, um so mehr, als sie sich durch Nebenarbeiten, wenn auch grösstentheils amtliche, ein zum Lebensunterhalte nothwendiges Einkommen verschaffen müssen. Es ist nicht billig, dass ein Bezirksarzt in München trotz bedeutend grösserem Geschäftsumfange nicht mehr Gehalt bezieht als im kleinsten Bezirksamte; mit der vollen Beschäftigung sollte die volle Besoldung verbunden werden. Ausserdem möchte hier die Anregung gegeben werden, dem geschäftsleitenden Bezirksarzte der Stadt München Titel, Rang und Gehalt eines Medizinalrathes zu verleihen, ähnlich wie der einer Distriktspolizeibehörde gleichstehenden Polizeidirektion München nicht ein Bezirksamtmann, sondern ein Polizeidirektor vorsteht. Durch eine derartige Organisation würde ein aus 3 Bezirksärzten und 3 Physikatsassistenten zusammengesetztes „Kgl. Gesundheitsamt der Stadt München“ nicht nur in seiner Bedeutung und seinem Ansehen nach aussen gehoben werden, sondern es würde dann auch die einheitliche Durchführung des amtsärztlichen Dienstes gewahrt bleiben.“

Im Uebrigen geht aus dem Etat noch hervor, dass die Gehälter der Landgerichtsärzte sich je nach der Dienstklasse zwischen 2340 und 3780 Mark bewegen; die der Bezirksärzte I. Kl. zwischen 1980 und 3420 M. und die der Kreismedizinalräthe zwischen 4920 und 6360 M., das derzeitige Gehalt des Zentralimpfarztes beträgt 2880 M., das des Obermedizinalrathes 7380 M. Die Regieaversen der Bezirksärzte sollen von 49 auf 70 M. erhöht werden und ausserdem soll eine Reserve zur Anschaffung von ärztlichen Instrumenten bereit gestellt werden. Bei dem Etat für Gesundheit sind ferner an persönlichen und sächlichen Ausgaben vorgesehen: für den Obermedizinalausschuss 4680 M., für die Medizinalkomitees an den Universitäten 6214 M. und für dte Kreismedizinalausschüsse 7200 M.

Für medizinische Reisestipendien ist ein Jahresbetrag von 9000 Mark, für Veröffentlichung von Arbeiten auf dem Gebiete des Medizinaldienstes ein solcher von 3000 Mark vorgesehen.

Für Wohlthätigkeitszwecke, Beiträge an Armen- und Krankenanstalten, Taubstummen-, Blinden- und sonstige Institute, sowie für Leistungen auf Grund des öffentlichen Armen- und Krankenpflegegesetzes sind, wie es einem Kulturstaate entspricht, grosse Summen im Etat eingesetzt, für den Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte und den Verein zur Unterstützung invalider hülfsbedürftiger Aerzte in Bayern ist, wie früher, ein ordentlicher jährlicher Beitrag von 3430 Mark, für den erstgenannten Verein weiterhin noch ein ausserordentlicher Beitrag von jährlich 5000 Mark vorgesehen.

Endlich ist in München ein Neubau der k. Zentralimpfanstalt und die Errichtung einer Universitäts-Irrenklinik in Aussicht genommen.

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

14. Jahrg. 1901.

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.

Der preussische Gerichtsarzt.

Von Gerichtsarzt Dr. Roth in Frankfurt a. M.

Die Dienstanweisung für die Kreisärzte hat in ausgezeichneter Weise den Dienst dieser geregelt, und es bleibt zu hoffen, dass in ähnlicher Weise auch für die besonderen Gerichtsärzte eine genauere Dienstanweisung nachfolgen werde. In der Dienstanweisung für die Kreisärzte ist der Gerichtsarzt nur als ein Anhängsel des Kreisarztes und in diesem Zusammenhang auch genügend behandelt. Die Thätigkeit der besonderen Gerichtsärzte ist in keiner Weise berührt, und dass diese nicht so selbstverständlich sich ergiebt, beweisen zur Genüge die Erfahrungen einer verhältnissmässig kurzen Zeit, beweisen die Zweifel und die Unklarheit der Behörden. Eine genaue Anweisung für die besonderen Gerichtsärzte ist eine Nothwendigkeit im Interesse der betheiligten Medizinalbeamten und vor allen Dingen auch im Interesse des Publikums. Wenn ich es unternehme, diese Frage hier anzuschneiden, und eine unmassgebliche Ansicht über den Umfang der Thätigkeit der besonderen Gerichtsärzte äussere, so bin und bleibe ich mir bewusst, dass diese Angelegenheit nur in voller Objektivität behandelt werden darf, da Kompetenzen und materielle Interessen der Kreis- und Gerichtsärzte hier kollidiren.

Der Name „Gerichtsarzt" besagt in keiner Weise etwas über den Umfang der Thätigkeit des Gerichtsarztes, fasst dieselbe viel zu eng, und der Name ist, wie mir scheint, Schuld an manchem Zweifel und mancher Unklarheit. Die Diensanweisung für die Kreisärzte führt, das ist bekannt und allgemein anerkannt, den

JAN 22 1922

Dienst bis in die Einzelheiten aus, berührt die medizinal-, die sanitätspolizeiliche und vertrauensärztliche Thätigkeit, nirgends erwähnt sie die kriminalpolizeiliche, und danach kann man wohl von vornherein schon annehmen, dass diese Thätigkeit eine gerichtsärztliche ist, dass da, wo Gerichts- und Kreisarzt getrennt sind, in solchen Dingen der Gerichtsarzt und nicht der Kreisarzt zuständig ist. Die Leichenbesichtigungen, die aus §. 157 der Strafprozessordnung nothwendig werden, sind Sache des Gerichtsarztes und nicht des Kreisarztes. Das verlangt schon die Sache, und nur so lassen sich unliebsame Verzögerungen vermeiden, die überall da eintreten, wo mehr Leute als nöthig mit einer Angelegenheit befasst werden. In diesem Sinne wird auch von den hiesigen Gerichtsbehörden verfahren. Doch besteht hier noch eine Bestimmung der Medizinalordnung für die freie Stadt Frankfurt vom 29. Juli 1841 zu Recht, wonach bei dem Tode unehelicher Kinder, und wenn ein Hingeschiedener eines gewaltsamen Todes verstorben ist, nur ein Physikus das Zeugniss (Todtenschein) ausstellen darf. Diese Besichtigung nimmt der Kreisarzt vor. Der Gerichtsarzt bekommt dann nur die Besichtigung, wenn die Staatsanwaltschaft die Angelegenheit vor dem Polizei-Präsidium in den Händen hat. In diesen Fällen werden die Leichen dann zweimal besichtigt und der Leichenwärter macht den Schluss: „Nun ist er aber sicher todt", — ein unhaltbarer und unwürdiger Zustand. Die Leichenbesichtigungen, soweit sie den Zweck haben, festzustellen, ob ein Verbrechen vorliegt oder nicht, sind — und darüber kann ein Zweifel nicht wohl obwalten, — Sache des Gerichtsarztes. Wenn man an grösseren Gerichten besondere Gerichtsärzte angestellt hat, so lag dazu wohl ein Bedürfniss vor, und es geschah in der Voraussetzung, dass ein ad hoc bestellter Medizinalbeamter den Anforderungen besser zu genügen im Stande sei. Soll der Gerichtsarzt dieser Erwartung entsprechen, dann muss man ihm auch das Material zukommen lassen.

Da ich einmal bei den Leichen bin, möchte ich einiger anderer Vorkommnisse gedenken. Es ist mir zweimal vorgekommen, dass Leichen obduzirter Personen transportirt wurden. Die Todesursache bescheinige ich als Gerichtsarzt, bin aber nicht in der Lage, die im §. 111 der Dienstanweisung geforderte amtsärztliche Bescheinigung über die Zulassung des Transportes auszustellen.

Das Krematorium in dem hessischen Offenbach verlangt ausdrücklich eine Bescheinigung des „Amtsarztes des Amtsgerichtes des Sterbeortes" und dieser ist da, wo ein Gerichtsarzt ist, ohne Frage des Gerichtsarzt. Zum Transport der Leiche muss aber der Kreisarzt die amtsärztliche Bescheinigung ausstellen, da der preussische Gerichtsarzt, so lange dies nicht ausdrücklich anerkannt ist, dazu nicht befugt ist. Das Publikum hat hier wie dort davon den Schaden, d. h. die Lauferei.

Die gerichtsärztliche Thätigkeit in Entmündigungssachen ist durch die Erlasse des Herrn Justizministers vom 10. Mai 1887 und 28. Nov. 1899, §. 14 Abs. 2 den Kreisärzten wesentlich beschränkt, den besonderen Gerichtsärzten ganz

abgeschnitten worden; denn es wird wohl im Allgemeinen zutreffen, dass da, wo besondere Gerichtsärzte existiren, die Durchführung jener Erlasse möglich ist, jene Erlasse also auch — wie hier — befolgt werden. Wenn nunmehr besondere Gerichtsärzte angestellt sind, also solche, welche die gerichtliche Medizin als Spezialität betreiben, so kann man diese wohl auch als Sachverständige in Entmündigungssachen zulassen, um so mehr, als diese — wie hier — fortgesetzt Gutachten in Strafsachen, deren Bedeutung durchaus keine geringere ist, abgeben. Es ist kein besonders erhebendes Gefühl, den Titel Gerichtsarzt führen zu dürfen und dabei von einer gerichtsärztlichen Thätigkeit, die immer als ein Theil der gerichtlichen Medizin gegolten hat, ausgeschlossen zu sein.

Dass es im Interesse der Sache liegt, dass den Gerichtsärzten die Gefängnissarztstellen übertragen worden, dass die Untersuchung und Behandlung der Transportgefangenen (§. 115b der Dienstanw.) Sache des Gerichtsarztes ist, will ich kurz berühren, wie ich es auch nur kurz hervorheben will, dass ich es für selbstverständlich halte, dass auch der Gerichtsarzt sachverständige Gutachten bei den Verhandlungen vor den Schiedsgerichten der Arbeiterversicherung etc. (§. 115b der Dienstanw.) abgeben darf.

Das sind im Wesentlichen meine Erfahrungen; andere Gerichtsärzte werden diese ergänzen und mir jedenfalls darin beipflichten, dass eine Abgrenzung des Dienstes der besonderen Gerichtsärzte durch eine Dienstanweisung unumgänglich ist. So von allen Behörden losgerissen, hängt der Gerichtsarzt in der Luft, kein Mensch weiss, wohin er gehört, und wozu er gut ist.

Die Stadt Bremen hat mit ihrer Medizinalordnung vom 2. Juni 1901 (mitgetheilt S. 186 der Beilage d. Z.) das Wesen des Gerichtsarztes durchaus getroffen und in kurzen Sätzen zum Ausdruck gebracht.

Zur gerichtsärztlichen Geburtshilfe.

Von Dr. G. Keferstein, Kgl. Gerichtsarzt in Magdeburg.

In der Einleitung seiner gerichtsärztlichen Geburtshilfe sagt Geh. Med.-Rath Prof. Dr. H. Fritsch: Als Zweck seiner Arbeit habe ihm vorgeschwebt, bei den Studenten und bei den Kollegen, die sich nicht amtlich mit der Medicina forensis beschäftigen, das Interesse für dieses Kapitel der Wissenschaft zu wecken; sein Buch solle nur eine Einleitung für Anfänger sein. Aber gerade die Gerichtsärzte würden sehr dankbar sein, wenn für sie eine gerichtsärztliche Geburtshilfe geschrieben würde; es könnten in einer solchen die einleitenden Ausführungen über die gerichtsärztliche Thätigkeit im Allgemeinen ruhig fortbleiben, da diese in jedem neuen Lehrbuch der gerichtlichen Medizin ausführlich abgehandelt werden, so in Strassmann's Lehrbuch der gerichtlichen Medizin oder in dem jetzt vom Herausgeber dieser Zeitschrift im Verein mit Puppe und Cramer herausgegebenen Werk: „Der

beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige". Auffallend ist übrigens, dass Fritsch bei den mechanischen Abtreibungsmitteln des kriminellen Aborts mit keinem Wort die heissen Einspritzungen in die Gebärmutter erwähnt. Die Worte Strassmann's kann ich nur voll und ganz unterschreiben, welche in seinem Lehrbuch, Seite 168, lauten:

„Indessen glauben wir doch, dass auch mehrfache Scheideneinspritzungen mit heissem oder auch nur mit warmem Wasser, wenn mittelst derselben ein starker Strahl gegen den Gebärmuttermund oder die Portio gerichtet wird, ein erfolgreiches Abtreibungsmittel darstellen und häufig als solches in Anwendung gebracht werden. Ja es kommen auch Fälle vor, wo sich an eine solche einmalige, anscheinend nicht intrauterine Ausspritzung der Abort anschliesst."

Auch auf der XII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins hatte Mittenzweig betont, dass die zur Zeit am häufigsten zur Anwendung kommenden Gebärmutter- und Scheidenausspritzungen als ein taugliches Abtreibungsmittel angesehen werden müssten; ja er hatte sogar nach seinen Erfahrungen auch die inneren Untersuchungen als ein taugliches Mittel erklärt.

Gerade die klugen Frauen bevorzugen jetzt die Einspritzungsmethode, wahrscheinlich, weil sie leichter und gefahrloser ist, als der Eihautstich, der, wie ich beobachtet habe, von den männlichen Abtreibern lieber geübt wird. Diese Einspritzung zur Einleitung des Aborts wird mit einer Zinnspritze vorgenommen, die etwa die halbe Grösse einer Klystirspritze hat; vorn endet sie in einem etwa 15 cm langen Ansatzrohr, das, gleichfalls von Zinn, sich bequem biegen lässt. Derartige Spritzen sieht man hier sogar in den Schaufenstern der Instrumentenmacher liegen. Als ich in solchem Geschäft fragte, ohne dass ich mich als Arzt zu erkennen gegeben hatte, wozu diese Spritzen gebraucht würden, erhielt ich zur Antwort, sie dienten zur Reinigung der Gebärmutter, sie würden viel gekauft, da man mit ihrer Hülfe die Gebärmutter ausspritzen könnte. Als ich mit einem hiesigen Frauenarzt über diese Verhältnisse sprach, wollte er das nicht recht glauben und wendete ein: wenn es so leicht wäre, mit Einspritzungen den Abort hervorzurufen, so wäre nicht erklärlich, weshalb die Frauenärzte bei der aus therapeutischen Rücksichten eingeleiteten künstlichen Frühgeburt trotz der geeigntesten Mittel eine solche manches Mal kaum erzwingen könnten. Es muss hier wohl das psychische Moment eine grosse Rolle spielen. Dass Aufregung und Furcht leicht geeignet sind, Aborte herbeizuführen, dafür pflegte Olshausen seinen Schülern folgendes Erlebniss zu erzählen: In Halle entstand in der Nähe der Entbindungsanstalt ein grösseres Schadenfeuer; von den Fenstern der Anstalt konnte man die Flammen deutlich sehen. Die helle, zum Himmel emporlodernde Feuersbrunst rief unter den in der Anstalt befindlichen Schwangeren grosse Aufregung hervor, und in derselben Nacht ereigneten sich eine gehäufte Anzahl von Frühgeburten, wofür nur die Aufregung der Schwangeren wegen Feuersgefahr verantwortlich gemacht werden konnte. So möchte ich annehmen, dass bei der kriminellen Abtreibung Aufregung oder sonstige seelische Affekte unterstützend wirken.

Was nun in der gerichtsärztlichen Geburtshilfe die Kunstfehler anbelangt, so wird die Verteidigung fast immer die Frage aufwerfen, z. B. bei Zerreissung der Gebärmutter: Konnte das unglückliche Ereigniss nicht auch von selbst entstanden sein ohne Schuld des Geburtshelfers bezw. der Hebamme. Dieser ist ja nach dem preussischen Hebammenlehrbuch §. 199 ausnahmsweise, falls sie sich die Fähigkeit zutraut, die Wendung des Kindes durch innere Handgriffe gestattet, und, wie ich aus meinen Erfahrungen in Westpreussen und Schlesien weiss, getrauen sich namentlich die alten Hebammen, die gerade in der Reinlichkeit und Kunst des Desinfizirens manches zu wünschen übrig lassen und am wenigsten dazu berufen wären, diese Fähigkeit zu. Weitere Fragen, die hier oft an den Gerichtsarzt gestellt werden, sind: Auf wieviel Entbindungen rechnet man eine schwere? Ist bei schweren Entbindungen eine Zerreissung der Gebärmutter häufiger? Wie hoch ist dieser Prozentsatz bei schweren Entbindungen?

Fast genau dieselben Fragen können dem Gerichtsarzt begegnen bei Verblutung der Kreissenden, falls hier eine Anklage wegen fahrlässiger Tödtung erhoben wird.

Aber auch bei verschleppter Querlage mit Absterben des Kindes sind ähnliche Fragen zu erwarten. In einem solchen Falle war ich von der Staatsanwaltschaft mit einem schriftlichen Gutachten beauftragt, wobei auch die Frage beantwortet werden sollte: „Konnte das Kind gerettet werden, wenn die Hebamme zur rechten Zeit ärztliche Hülfe in Anspruch genommen hätte? Meine Antwort lautete natürlich: „Ja.“ Es wurde hierauf die Anklage erhoben. In der Verhandlung wurde ich vom Vorsitzenden der Strafkammer gefragt: Wäre das Kind sicher am Leben geblieben, wenn die Hebamme zur rechten Zeit ärztliche Hülfe in Anspruch genommen hätte. Ich antwortete, dass ich diese Frage nicht mit „Ja“ beantworten könnte, da trotz rechtzeitiger Hilfe das Kind während der Geburt hätte absterben können; denn die Wendung sei häufig eine schwere und langwierige Operation. Anfangs glaubte der Vorsitzende, dass ich mit meinem schriftlichen Gutachten in Widerspruch stände. Dann fragte er, weshalb ich diesen Umstand nicht gleich in meinem Gutachten erwähnt hätte, worauf ich ihm antwortete, dass ich darnach garnicht gefragt worden wäre. Es ist, wie mir jeder Fachgenosse zugeben wird, immer das Beste, als gerichtärztlicher Sachverständiger, von besonderen Ausnahmen abgesehen, nie mehr zu sagen, als man gefragt wird; und ich hatte bei dem schriftlichen Gutachten gar keine Veranlassung, von diesem Grundsatz abzuweichen. — Als weitere Fragen wurden mir bei dieser Verhandlung unter anderen vorgelegt, wie hoch der Prozentsatz der Querlagen bei den Geburten wäre; hier giebt das Lehrbuch der Geburtshilfe von Schröder Auskunft, welcher 0,56 % angiebt, also auf 178 Kindeslagen eine Querlage. Diese Zahl wusste ich im Termin nicht genau; ich konnte nur sagen, dass Querlagen meistens bei Mehrgebärenden vorkämen, veranlasst durch enges Becken, im ganzen ziemlich

selten wären, etwa $^1/_2$—1% sämmtlicher Geburten, die genaue statistische Zahl wäre mir augenblicklich nicht erinnerlich. Die weitere Frage, wieviel Prozente von Todesfällen bei Querlagen gerechnet würden, konnte ich nur schätzungsweise aus meinen Erfahrungen als praktischer Arzt angeben, doch hätte ich hier keine genaue Statistik geführt. Wie ich aus meiner Praxis beobachtet zu haben glaubte, müsste man auf etwa den vierten Theil Todesfälle bei der Querlage des Kindes rechnen, doch hätte ich in früherer Zeit Landpraxis getrieben, wobei man zur Querlage meist später käme, als es für die Operation wünschenswerth sei, nämlich längere Zeit nach dem Abfluss des Fruchtwassers.

Beiläufig möchte ich noch bemerken, dass die betreffende Verhandlung und Untersuchung den Beweis lieferte, wie leicht die Hebammen die Querlage verkennen. Es waren hier zwei Hebammen nach einander thätig gewesen, wovon die erste irrthümlicher Weise eine Steisslage festgestellt hatte, die andere dagegen eine Gesichtslage, weshalb sie sofort zum Arzt geschickt hatte; diese Hebamme fungirte bei der Verhandlung auch als Zeugin und Sachverständige Beide hatten die Querlage verkannt, weil sie nicht äusserlich untersucht hatten, sondern nur innerlich; beide waren nicht auf den Gedanken gekommen, die kindlichen Herztöne zu überwachen; wussten auch anscheinend nicht recht, wie sie dies hätten anstellen sollen. Auch der endlich hinzugezogene Arzt hatte die kindlichen Herztöne nicht untersucht, sondern sich mit der Feststellung begnügt, dass die Nabelschnur scheinbar pulslos gewesen war. Er war entschuldigt, da er sich sofort zur Wendung entschlossen hatte, ohne sich mit der Beobachtung der Herztöne erst lange aufzuhalten. Aber für die gerichtliche Beurtheilung des Falles war diese Unterlassung bedeutungsvoll; denn es konnte jetzt nicht einmal mit Sicherheit behauptet werden, ob das Kind schon abgestorben war als der Geburtshelfer anlangte, oder ob das Kind erst während der Operation abstarb. Als gerichtlicher Sachverständiger hatte ich es für meine Pflicht gehalten, dafür zu sorgen, dass alle diese Verhältnisse klar gelegt wurden.

Man sieht daraus, wie mannigfaltig die Fragen sind, die bei Gutachten in der gerichtsärztlichen Geburtshülfe dem Sachverständigen vorgelegt werden können. Ein von berufener Seite verfasstes Buch, das alle hier in Betracht kommenden Punkte, insbesondere die einzelnen geburtshülflichen Operationen und Vorgänge unter dem gerichtsärztlichen Gesichtspunkte der fahrlässigen Tödtung von Mutter oder Kind erschöpfend behandelt, würde daher sicher von den betheiligten Kreisen freudig begrüsst werden.

Die Diagnose der Sepsis bei der Obduktion.

Von Dr. M. Döllner, pro physicatu approbirt, in Bendorf a. Rh.

Nicht selten tritt an den Gerichtsarzt die Aufgabe heran, festzustellen, ob ein längere Zeit nach einer erlittenen Verletzung gestorbenes Individuum an einer mit dieser Verletzung zusammen-

hängenden oder an einer anderen Krankheit gestorben sei. Es können hier sämmtliche Wundinfektionskrankheiten in Betracht kommen; in der Regel werden aber Mittheilungen über den klinischen Verlauf des Krankheitsprozesses zur Verfügung stehen, so dass man von vornherein sagen kann: in diesem Falle z. B. handelt es sich um Tetanus, in jenem um „Blutvergiftung" etc.

Während nun einige dieser Wundkrankheiten auch an der Leiche noch einen ganz bestimmten objektiven Befund hinterlassen, welcher jedem Gerichtsarzt geläufig ist, scheint gerade die Diagnose der „Blutvergiftungskrankheiten" in der Praxis auf bedeutende Schwierigkeiten zu stossen, wie ich aus mehreren mir von der Königl. Staatsanwaltschaft gütigst zur Verfügung gestellten Strafakten, aus Obduktionsprotokollen von Kollegen und Anstalten ersehen habe.

Die unter dem Sammelnamen der „Blutvergiftung" zusammengefassten Krankheitsprozesse sind im Laufe der Zeit auf Grund verbesserter Untersuchungsmethoden und eingehender Studien klinisch und pathologisch in die putride, in die septische und die pyämische Infektion bezw. Intoxikation geschieden worden.

Relativ am Leichtesten lässt sich an der Leiche die durch metastatische und embolische Abszesse von oft bedeutender Grösse (Uebertritt der Eitererreger in die Organgewebe) charakterisirte Pyämie diagnostiziren, am Schwersten die meist nur Allgemeinsymptome der Vergiftung des Körpers durch die Stoffwechselprodukte eines Mikroparasiten aufweisende putride Intoxikation.

Auch bei der Sepsis ist der pathologische Befund oft wenig ausgeprägt. So schreibt Billroth: Zuweilen sind (bei der Sepsis) die Veränderungen in den inneren Organen so geringfügig, dass man keinen bestimmten Schluss aus denselben ziehen kann." Dem schliesst sich Dennig an; „Ein Gesammtbild von einem pathologisch-anatomischen Befund ist nicht möglich. Selbst in der Literatur (Mauchot) fand ich ein Mal den Vermerk: „Die Diagnose wurde per exclusionem auf Sepsis gestellt."

Obwohl nicht abzustreiten ist, dass ein intra vitam festgestellter Fall von Sepsis auch einmal ohne Symptome an der Leiche vorkommen kann, so dürfte doch bei Abwesenheit jeglichen positiven Symptomes eher die Diagnose „putride Intoxikation" zu stellen sein, zumal sich doch fast stets — wenn auch subtile, oft nur mikroskopische — aber eben doch positive Zeichen an Sepsisleichen finden lassen.

Zunächst lassen sich an der Sepsisleiche eine Reihe sämmtlichen Infektionskrankheiten zukommender Erscheinungen feststellen, ferner gewisse lokale Veränderungen, welche über verschieden viele — selbst alle — Organe verbreitet sein können und im Wesentlichen als Nekrobiose mit oder ohne demarkirende Eiterung aufzufassen sind.

Zu den ersteren gehören: frühe und starke, aber schnell vorübergehende Todtenstarre; schneller Eintritt der Fäulniss; ausgebreitete Senkungen des Blutes; Trockenheit und dunkle Farbe der Muskulatur; Petechien, seltener grössere Ekchymosen auf der

selten wären, etwa $^1/_2$—1% sämmtlicher Geburten, die genaue statistische Zahl wäre mir augenblicklich nicht erinnerlich. Die weitere Frage, wieviel Prozente von Todesfällen bei Querlagen gerechnet würden, konnte ich nur schätzungsweise aus meinen Erfahrungen als praktischer Arzt angeben, doch hätte ich hier keine genaue Statistik geführt. Wie ich aus meiner Praxis beobachtet zu haben glaubte, müsste man auf etwa den vierten Theil Todesfälle bei der Querlage des Kindes rechnen, doch hätte ich in früherer Zeit Landpraxis getrieben, wobei man zur Querlage meist später käme, als es für die Operation wünschenswerth sei, nämlich längere Zeit nach dem Abfluss des Fruchtwassers.

Beiläufig möchte ich noch bemerken, dass die betreffende Verhandlung und Untersuchung den Beweis lieferte, wie leicht die Hebammen die Querlage verkennen. Es waren hier zwei Hebammen nach einander thätig gewesen, wovon die erste irrthümlicher Weise eine Steisslage festgestellt hatte, die andere dagegen eine Gesichtslage, weshalb sie sofort zum Arzt geschickt hatte; diese Hebamme fungirte bei der Verhandlung auch als Zeugin und Sachverständige Beide hatten die Querlage verkannt, weil sie nicht äusserlich untersucht hatten, sondern nur innerlich; beide waren nicht auf den Gedanken gekommen, die kindlichen Herztöne zu überwachen; wussten auch anscheinend nicht recht, wie sie dies hätten anstellen sollen. Auch der endlich hinzugezogene Arzt hatte die kindlichen Herztöne nicht untersucht, sondern sich mit der Feststellung begnügt, dass die Nabelschnur scheinbar pulslos gewesen war. Er war entschuldigt, da er sich sofort zur Wendung entschlossen hatte, ohne sich mit der Beobachtung der Herztöne erst lange aufzuhalten. Aber für die gerichtliche Beurtheilung des Falles war diese Unterlassung bedeutungsvoll; denn es konnte jetzt nicht einmal mit Sicherheit behauptet werden, ob das Kind schon abgestorben war als der Geburtshelfer anlangte, oder ob das Kind erst während der Operation abstarb. Als gerichtlicher Sachverständiger hatte ich es für meine Pflicht gehalten, dafür zu sorgen, dass alle diese Verhältnisse klar gelegt wurden.

Man sieht daraus, wie mannigfaltig die Fragen sind, die bei Gutachten in der gerichtsärztlichen Geburtshülfe dem Sachverständigen vorgelegt werden können. Ein von berufener Seite verfasstes Buch, das alle hier in Betracht kommenden Punkte, insbesondere die einzelnen geburtshülflichen Operationen und Vorgänge unter dem gerichtsärztlichen Gesichtspunkte der fahrlässigen Tödtung von Mutter oder Kind erschöpfend behandelt, würde daher sicher von den betheiligten Kreisen freudig begrüsst werden.

Die Diagnose der Sepsis bei der Obduktion.

Von Dr. M. Döllner, pro physicatu approbirt, in Bendorf a. Rh.

Nicht selten tritt an den Gerichtsarzt die Aufgabe heran, festzustellen, ob ein längere Zeit nach einer erlittenen Verletzung gestorbenes Individuum an einer mit dieser Verletzung zusammen-

hängenden oder an einer anderen Krankheit gestorben sei. Es können hier sämmtliche Wundinfektionskrankheiten in Betracht kommen; in der Regel werden aber Mittheilungen über den klinischen Verlauf des Krankheitsprozesses zur Verfügung stehen, so dass man von vornherein sagen kann: in diesem Falle z. B. handelt es sich um Tetanus, in jenem um „Blutvergiftung" etc.

Während nun einige dieser Wundkrankheiten auch an der Leiche noch einen ganz bestimmten objektiven Befund hinterlassen, welcher jedem Gerichtsarzt geläufig ist, scheint gerade die Diagnose der „Blutvergiftungskrankheiten" in der Praxis auf bedeutende Schwierigkeiten zu stossen, wie ich aus mehreren mir von der Königl. Staatsanwaltschaft gütigst zur Verfügung gestellten Strafakten, aus Obduktionsprotokollen von Kollegen und Anstalten ersehen habe.

Die unter dem Sammelnamen der „Blutvergiftung" zusammengefassten Krankheitsprozesse sind im Laufe der Zeit auf Grund verbesserter Untersuchungsmethoden und eingehender Studien klinisch und pathologisch in die putride, in die septische und die pyämische Infektion bezw. Intoxikation geschieden worden.

Relativ am Leichtesten lässt sich an der Leiche die durch metastatische und embolische Abszesse von oft bedeutender Grösse (Uebertritt der Eitererreger in die Organgewebe) charakterisirte Pyämie diagnostiziren, am Schwersten die meist nur Allgemeinsymptome der Vergiftung des Körpers durch die Stoffwechselprodukte eines Mikroparasiten aufweisende putride Intoxikation.

Auch bei der Sepsis ist der pathologische Befund oft wenig ausgeprägt. So schreibt Billroth: Zuweilen sind (bei der Sepsis) die Veränderungen in den inneren Organen so geringfügig, dass man keinen bestimmten Schluss aus denselben ziehen kann." Dem schliesst sich Dennig an; „Ein Gesammtbild von einem pathologisch-anatomischen Befund ist nicht möglich. Selbst in der Literatur (Mauchot) fand ich ein Mal den Vermerk: „Die Diagnose wurde per exclusionem auf Sepsis gestellt."

Obwohl nicht abzustreiten ist, dass ein intra vitam festgestellter Fall von Sepsis auch einmal ohne Symptome an der Leiche vorkommen kann, so dürfte doch bei Abwesenheit jeglichen positiven Symptomes eher die Diagnose „putride Intoxikation" zu stellen sein, zumal sich doch fast stets — wenn auch subtile, oft nur mikroskopische — aber eben doch positive Zeichen an Sepsisleichen finden lassen.

Zunächst lassen sich an der Sepsisleiche eine Reihe sämmtlichen Infektionskrankheiten zukommender Erscheinungen feststellen, ferner gewisse lokale Veränderungen, welche über verschieden viele — selbst alle — Organe verbreitet sein können und im Wesentlichen als Nekrobiose mit oder ohne demarkirende Eiterung aufzufassen sind.

Zu den ersteren gehören: frühe und starke, aber schnell vorübergehende Todtenstarre; schneller Eintritt der Fäulniss; ausgebreitete Senkungen des Blutes; Trockenheit und dunkle Farbe der Muskulatur; Petechien, seltener grössere Ekchymosen auf der

Haut, im Bindegewebe, in den Muskeln, auf den Schleim- und serösen Häuten; trübe Schwellung der Leber, der Nieren, des Herzens, konstante Schwellung der Milz, Bronchialkatarrh (Litten, Zeitschr. f. klin. Medizin; 1880, II., 2).

Von der zweiten Gruppe, den lokalen Veränderungen, den Nekrobiosen, seien zuerst die Veränderungen des einzigen „flüssigen Gewebes", des Blutes, betrachtet. Gussenbauer (Deutsche Chirurgie, 1882) schreibt hierüber: „Unter den Veränderungen, welche an der Leiche einigermassen für Septhämie als charakteristisch anzusehen sind, müssen diejenigen des Blutes und des Magendarmkanals in erster Linie genannt werden." — Es tritt beim Blute sehr rasch eine faulige Zersetzung, schon nach 12 Stunden und auch bei kühler Aussentemperatur, ein, besonders da, wo sich das Blut nach dem Tode in grösseren Mengen ansammelt, so in den Todtenflecken und in den grossen Venenstämmen, zumal der unteren Extremitäten. Waldeyer charakterisirt das Blut als „dunkel, schmierig, sehr dünnflüssig, unvollkommen geronnen". Nach Gussenbauer lassen sich im Blute septhämischer Leichen konstant Kokkobakterien (zuerst von Billroth festgestellt) nachweisen, und zwar in solchen Mengen, wie sie im Blute von Leichen, welche von anderen Infektionskrankheiten herstammen, nicht vorkommen. Dieselben finden sich theils frei im Blute, theils in Blutkörperchen, ja diese können geradezu in einen von Bakterien gebildeten Haufen verwandelt sein (Billroth). Während Litten (1880) berichtet, keine Mikroorganismen im Blute gefunden zu haben, wurden solche schon früher durch Netter und von Eiselberg beobachtet. — Jetzt sind auch Pneumokokken, Tuberkelbazillen u. a. im Blute gefunden. Auf der Naturforscherversammlung zu München referirte Baginsky (22. September 1899) über 86 Fälle von Sepsis bei Kindern, wo sowohl intra vitam, als post mortem stets Mikroorganismen (selbst Pyocyaneus und Proteus) gefunden waren. Ausserdem hat Dennig in allen Gewebssäften Streptokokken gefunden. M. Cohn (Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 47) theilt einen Fall von Pneumokokkensepsis mit, wo die Fraenkel'schen Pneumokokken im Liquor spinalis, in der Milz, auf dem Endometrium und dem Endokard nachgewiesen wurden.

Der modernen, vervollkommneten Technik gelingt es zweifellos ungleich häufiger wie früher, die Bakterien im Blute zu finden; ein als positives Zeichen für Sepsis zu verwerthender Befund, während Fehlen bezw. Nichtauffinden der Bakterien nichts dagegen beweist. Jedenfalls erfordert ein entscheidendes Gutachten stets die Zuhülfenahme des Mikroskops und event. der bakteriologischen Züchtung, da die verschiedensten Bakterien — wenn in's Blut gelangt — Sepsis erzeugen können (Pneumokokken, Tuberkelbazillen, Pyocyaneus, Proteus, Milzbrand, malignes Oedem — von Pasteur s. Z. als „Vibrion septique" bezeichnet).

Ein zweiter von Virchow entdeckter und in neueren Berichten stets erwähnter Befund erheischt wiederum das Mikroskop. nämlich Vermehrung der Leukozyten, besonders der polynukleären,

Endlich ist hervorzuheben, dass häufig das Blut in Folge der Entwickelung von kohlensaurem Ammoniak, sauer reagirt.

Die lokalen nekrotischen Prozesse bei Sepsis an den festen Organen und Geweben lassen sich zweckmässig in zwei Gruppen scheiden: 1. die hämorrhagische Nekrose, 2. die entzündlichen Prozesse mit der Tendenz zur schnellen Propagation.

Beide Grundtypen finden sich an den verschiedensten Organen in der verschiedensten Ausdehnung, getrennt oder zusammen, vor, so dass fast jede Obduktion ein gesondertes Bild für sich bietet.

Eitrige Prozesse, neben hämorrhagischen, kommen, wenn man die Organe einzeln in dieser Hinsicht betrachtet, vor im Gehirn und dessen Häuten (Meningitis, grössere und kleinere miliare Abszesse), in den Augen (metast. Panophthalmitis, eitr. Chorioiditis, Vereiterungen des Glaskörpers etc.), auf der Haut (akute Dermatitis, eitr. Exsudation [Pemphigus], Erysipelas), in den Gelenken (Vereiterungen neben Hämorrhagien auf der Synovialmembran), auf den Herzklappen (ulzerirende Form neben einf. hämorrh. Nekrose), in den Lungen (Abszesse, dissezirende Infarkte, Gangrän etc.), in den Nieren und parenchymatösen Organen (miliare und umfangreiche Eiterung).

Der anatomische Grundprozess all dieser Veränderungen besteht in einem akuten Absterben des Gewebes durch Einwirkung der Mikroorganismen (Litten). Es zeigt sich nämlich im Innern des fraglichen Herdes auf dem mikroskopischen Schnitt ein mit Mikrokokken vollgestopftes Gefäss, in dessen Umgebung — wenn nicht der Prozess zu foudroyant verlaufen ist — das Gewebe abgestorben ist. Je nach der Bakterienwirkung wird nun das Bild verschieden: entweder tritt zur Nekrose eine Blutung hinzu oder demarkirende Entzündung mit Abszedirung oder beides zugleich. Auch einfache Hämorrhagie durch Bakterienembolie ohne Nekrose kommt vor. Die Blutgefässe sind stellenweise aneurysmatisch ausgebuchtet und gleichmässig mit einer feinkörnigen, stark glänzenden Masse — Mikrokokken — ausgefüllt. Doch kommt auch eine gleichförmige Anschoppung der Gefässe mit einer homogenen Masse, besonders in der Retina und den Ven. interlobulares, vor, welche für septisch erweichte Venenthromben gelten und auf die Umgebung noch deletärer wirken als die Mikrokokken, indem sie zu umfangreicherer Eiterung führen. Am Eklatantesten finden wir dies z. B. in den Lungen septischer Puerperae, wenn die Thromben der Venen oder Hauptgefässe des Uterus oder seiner Adnexe jauchig zerfallen.

Die rein nekrotischen oder hämorrhagisshen Erkrankungen sind aber stets durch Bakterienballen erzeugt, auch wenn diese zur Zeit der Untersuchung nicht mehr aufzufinden sind.

In der Retina erscheinen diese Herde als grauweisse oder weisse Flecke, zuweilen von Blutungen begleitet; auf der Haut, im Nierenbecken, in den Hirnhäuten als grauweisse Stellen mit hämorrhagischen Höfen, am Endokard als getrübte, filzig aufgelockerte Stellen, über welchen meist Bakterienrasen haften. In den parenchymatösen Organen zeigen sich diese nekrotischen, stets zirkumskript bleibenden Herde grauweiss, im Niveau

des Organs gelegen, bald grauroth, leicht prominent, intensiv getrübt, mit einem helleren Zentrum versehen. In der nächsten Umgebung findet man in Folge der Reizung entweder regenerative Wucherungen oder entzündliche Reaktion: Eiterung, welche den ganzen nekrotischen Herd sequestriren kann, so dass sich zum Schluss eine Eiterhöhle mit Sequester — von Erbsen- bis Wallnussgrösse und darüber — findet.

Die zweite für Sepsis charakteristische Gruppe von Nekrobiosen sind die hämorrhagischen Prozesse. Sind diese typisch entwickelt, so erleichtern sie die Diagnose ungemein. Häufig sind sie so zahlreich, dass die Organe „wie mit Blut bespritzt" aussehen; auf der Haut stehen sie oft symmetrisch. Ihre Entstehung verdanken sie theils der Anschoppung der Gefässe mit Bakterienmassen, theils einem Durchwuchern der Bakterien durch die Gefässwand, wobei jedenfalls die von Fleischhauer beobachtete „glasige" Beschaffenheit der Gefässwandung eine gewisse Rolle mitspielt. Oft fehlt jede konkrete Ursache.

Neben diesen Blutaustritten gehören aber auch zu dieser Gruppe metastatische Eiterungen und Entzündungen embolischen Ursprungs aus zerfallenen Thromben der Venen und Lymphgefässe, aus dem primären Wundherd, zerfallenen Herzklappen und deren Auflagerungen. Doch sind auch metastasische Entzündungen durch Verschleppung von Bakterien in der Blut- und Lymphbahn beobachtet.

Alle diese lokalen Prozesse können an den einzelnen Organen verschieden entwickelt sein, ganz fehlen, sich mehr in diesem oder jenem Organ finden, so dass das Bild der Sepsis bei der Obduktion ein äusserst wechselndes ist. Doch bieten sehr oft bestimmte Organe gewisse charakteristische Befunde, so dass sich deren Erörterung im Einzelnen empfiehlt.

An erster Stelle sei hier auf den bereits geschilderten Befund des Blutes hingewiesen. Nächst ihm geben fast alle Autoren, wie dies auch im gesammten mir vorliegenden Material von Obduktionsprotokollen geschehen ist, den Befund der Milz an. Sie ist stets geschwollen, oft mit der Umgebung verwachsen, zeigt auf der Kapsel Trübungen und fibrinöse Auflagerungen. Ist das Organ schon wieder abgeschwollen, so ist die Kapsel faltig. Die Pulpa ist erweicht, oft „zerfliesslich"; ihre Farbe ist — von ganz frischen Fällen mit intensivrother Eärbung abgesehen — im Allgemeinen dunkel (blauröthlich, braunroth, schwarzroth). Hat die Erkrankung länger bestanden, so ist die Pulpa grauroth. Oft sind die malpighischen Körperchen entzündet, undeutlich; nicht selten sind diese und die Trabekel überhaupt nicht mehr zu erkennen. Bei zugleich bestehender alter Endocarditis finden sich Infarkte, bei frischer Abszessbildung, mit Sequestrirung eines Stückes Parenchym und daraus resultirende Höhlenbildung. Oft auch finden sich miliare Eiterherdchen.

Ganz typische Veränderungen bieten häufig die Augen dar; neben einer fast stets vorhandenen Panophthalmitis und nicht seltener Mazeration der Cornea finden sich nämlich auf den

inneren Augenhäuten Blutungen mit weissem Centrum. Treten derartige Flecken bei Typhus oder Pneumonie auf, so sind sie eben ein Zeichen hinzugetretener Sepsis. Nur bei hochgradig gesteigertem Hirndruck kommen ähnliche Flecken vor, doch ist diesem gegenüber die Differentialdiagnose leicht.

Die Roth'schen Flecken — weisse Flecken — Nekrose der Netzhaut durch Pilzembolie — sind für Sepsis pathognomisch.

Bei schweren Fällen sind in der Choroidea gelbgraue, fast gleich grosse, gleich weit entfernte, konvergente Streifen gefunden; diese sind nichts anderes als Gefässe angeschoppt mit Pilzmassen, ohne Einwirkung auf die Umgebung; sie sind bis jetzt nur bei Sepsis beobachtet.

Das Knochenmark zeigt nicht selten als typischen Befund — und zwar sowohl das rothe wie das Fettmark der langen Röhrenknochen und Wirbel — kleine graue, grau- oder grünlichgelbe Herde mit hämorrhagischem Hof (= nekrotische Herde durch Mikrokokkenballen). Weiterhin finden sich dunkelblaurothe oder marmorirte Färbung, Zersetzung in braune Jauche, Hämorrhagien — wohl bei Sepsis häufige, aber nicht charakteristische Veränderungen. Oft finden sich Mikroorganismen im Knochenmark.

Die Gelenke, selbst die Synchondrosen (bes. Synch. sacroiliaca) sind fast stets stark betheiligt und zwar entweder in Form einer wirklichen Gelenkentzündung mit Eiter im Gelenk und Hämorrhagien auf der Synovialmembran oder als periartikuläre Eiterung. Hämorrhagien auf der Synovialmembran kommen nur bei Sepsis vor (Litten). Die Oberfläche der Gelenkknorpel ist getrübt und matt, weissgrau verfärbt.

Am regelmässigsten sieht man charakteristische Veränderungen an den Nieren septischer Leichen. Hier finden sich die miliaren Abszesse am häufigsten. Das Organ ist fast ausnahmslos vergrössert in allen, aber vornehmlich im Dicken-Durchmesser. Die Kapsel ist prall gespannt, leicht und vollständig abziehbar. Die Oberfläche ist trübe, blass, oft grau, anämisch, mit stark markirten Venensternen, oft granulirt, oft mit Blutpunkten übersät („wie bespritzt"). Die Konsistenz ist teigig; beim Einschneiden klaffen die Schnittränder weit; das Parenchym ist weich, trübe, nicht selten diffus entzündet. Rinde und Marksubstanz sind gleichmässig betheiligt, aber verschieden gefärbt, indem sich die dunkle blaurothe Färbung der letzteren scharf von der anämischen Rinde abhebt. Die Rinde sieht „wie gekocht", weissgelb bis lehmfarben aus. Die Glomeruli sind kaum mehr zu erkennen; in der Rinde sind gelbliche Punkte und Züge verfetteten Gewebes zu sehen. Aehnliche Herde finden sich in der Rinde und vorzugsweise im Mark als parallele oder konvergente Streifen; diese sind grade Harnkanälchen und Vasa recta, angeschoppt mit Mikroorganismen. Sie kommen ohne Mitbetheiligung des Gewebes vor oder gemeinsam mit kleinen embolischen Infarkten, welche sich in besonderer Intensität auf der Oberfläche, durch die Kapsel hindurchschimmernd, vorfinden; sie prominiren wenig oder gar nicht, heben sich — zumal wenn von einem hämorrhagischen Hof umgeben — von der

Umgebung prägnant ab und zeigen meist ein deutliches mikrokokkisches Centrum. Seltener kommt es zu grösseren Abszessen, Dissektion oder Sequestrirung.

Im Nierenbecken findet man fast konstant Hämorrhagien der Schleimhaut mit sehr deutlichem embolischen Centrum. Daneben kommt es gelegentlich zu Entzündungen mit Alkalescenz des Harns. Dann kommen gewöhnlich an den Papillenspitzen kleine bakteritische Prozesse vor (Litten).

Sehr werthvoll in diagnostischer Hinsicht ist der Befund am Herzen, vor allem am Endokard und den Klappen. Meist ist das Herz vergrössert, vornehmlich der linke Ventrikel. Der Herzmuskel ist schlaff, blass, gelbröthlich, diffus getrübt, durchfeuchtet. Veränderungen infolge der Allgemeininfektion und der hohen Temperaturen. Ferner treten durch Embolie der Kapillaren multiple weiss- oder graugelbliche Abszesse in sehr wechselnder Zahl auf.

Das Endokard ist mit wenigen Ausnahmen in Form einer mykotischen verrukösen, später ulzerös werdenden Endocarditis erkrankt. In frühen Stadien sieht man nur eine sammtartige, feinkörnige Auflagerung an den Klappen; es sind dies sehr festhaftende Pilzrasen, nach deren Entfernung oberflächliche Substanzverluste zurückbleiben. Neben oder ohne diesen Rasen findet man ferner feine graurothe Wärzchen am freien Klappenrand, nach deren Entfernung die Klappe aufgelockert, ohne Substanzverlust erscheint. Oder es haften den Klappen gestielte oder breitbasige Wucherungen an, welche aus grauem, schmierigen Gewebe bestehen und bei Entfernung tiefe, unregelmässige, diphtherisch aussehende Geschwüre, die zuweilen die Klappe perforiren, zurücklassen. In den exquisitesten Fällen kommt es zu rasch eintretenden Substanzverlusten und tiefen Ulzerationen der Klappen mit Hämorrhagien. Auch auf den Sehnenfäden, meistens der Mitralis, finden sich graurothe Massen, oder weisse, undurchsichtige Flecke aus Pilzmassen und Fibrin. Durch ihre hohe Infektiosität greifen sie leicht auf Kontaktstellen, vorzüglich an den Venenostien über. Die Umgebung kann entzündet, nekrotisirt oder unbetheiligt sein, mit oder ohne Hämorrhagie.

Das Perikard weist Blutungen, selten seröse, noch seltner eitrige Entzündung auf.

Der Befund im Verdauungstraktus wird von den verschiedenen Beobachtern verschieden bewerthet; ganz negativ wird er indess nur selten sein.

Auf der Magenschleimhaut findet sich fast regelmässig Entzündung, häufig mit schiefergrauer Farbe; kleine Hämorrhagien, kleine (Verdauungs-) Geschwüre in der Pylorusgegend gelangen oft zur Beobachtung. Submukös liegen miliare und grössere Abszesse. Fast nie in der Mucosa, wohl in der Serosa des Magens und in der Mucosa und Serosa des Darmes, finden sich häufig mykotische Herde. Man kann an ihnen hübsch erkennen, wie vom Mesenterialansatz des Darmes aus blutleere, mit puriformen Massen gefüllte Gefässe zu ihnen ziehen.

In den meisten Fällen ist die Schleimhaut der Därme, am meisten im Duodenum und Rectum, erheblich entzündet, von livider Farbe und schwarzer Punktirung, mit gelatinösem, blutigen Schleim bedeckt. Die Gewebe sind leicht verdickt, serös durchtränkt, von hämorrhagischem oder skorbutischem Aussehen. Mitunter ist die Mündung des Ductus choledochus besonders stark affizirt. Die Darm- und Mesenterialdrüsen sind gewöhnlich unbetheiligt, nur bei älteren oder besonders heftigen Fällen leicht geschwollen und geröthet. Um die geschwollenen Peyer'schen Plaques sind die Darmzotten stark injizirt. Der Darminhalt ist zuweilen fleisch- oder reiswasserähnlich, mit Schleimhautfetzen untermischt, im Dickdarm blutig bis schwarz.

Weniger charakteristisch als die bisher geschilderten Befunde sind die Veränderungen, welche die Haut bietet: Icterus (80%) in verschiedener Stärke, Hämorrhagien verschiedenster Intensität und wechselnden Charakters, oft hellroth, punktförmig und symmetrisch gestellt, die Haut sieht wie mit Blut bespritzt aus, oder grosse, livide, konfluirende Sugillationen; beide Arten haben charakteristische, weisse, nicht immer zentral sitzende Flecken (Pilzembolien der Gefässe). Ausserdem finden sich alle möglichen Erytheme, Exantheme, Quaddeln, Blasen, Miliaria, Herpes, Erysipel, Pusteln (oft mit hämorrh. Nekrose, daher pockenähnlich) — alle ohne Charakteristikum; bei Pyozynaneusinvasion sind typische Dellen mit blaurothem Hofe und Tendenz zur Gangrän beobachtet.

Ferner finden sich multiple Phlegmonen, progressive Entzündigungen des subkutanen Zellgewebes mit ödematöser Schwellung und eitriger Infiltration der benachbarten Haut (weissgelbes Oedem).

Linsengrosse Blutflecken mit hellem Centrum kommen auf der Pia mater des Gehirns nicht selten vor; Pachymeningitis ist nicht häufig. Auf der Grosshirnoberfläche fand Ribbert einmal weisse Flecken und Figuren, die sich als mit Pilzmassen angeschoppte Gefässe erwiesen. In der Gehirnsubstanz finden sich Blutpunkte und miliare Abszesse, bis wallnussgrosse Erweichungsherde, sei es durch Embolie der Gefässe, sei es durch die destruirende Wirkung von Pilzballen. — Auch Thrombose der Sinus kommt mit eitriger Meningitis vor.

Die serösen Häute zeigen selten einen auffallenden Befund, nur Hämorrhagien und — meist leichte — Entzündigungen. Ging die Sepsis vom weiblichen Genitaltraktus aus, dann allerdings besteht heftige Pelveoperitonitis, sehr selten allgemeine Peritonitis.

Die Pleura zeigt mitunter umschriebene Entzündung über embolischen Lungenabszesen.

Ab und zu ist die Schleimhaut des Mittel- und Innerohres entzündet. Die Mundschleimhaut ist mit trockenem, borkigen Belag, selten mit grauen, festhaftenden Membranen bedeckt. Trachea und Bronchien zeigen in der Regel nur katarrhalische Symptome.

Die Lunge weist vermehrten Blutgehalt, embolische Prozesse, Infarkte, miliare Abszesse, manchmal hypostatische Spleni-

sation, öfters jauchige Herde mit Sequestern auf. Bei Pneumokokkensepsis können pneumonische Herde vorhanden sein, sodass hier zu erforschen ist, ob die Pneumonie nicht etwa das Primäre ist.

An der Leber gelangen oft perihepatische Erscheinungen und Hämorrhagien zur Beobachtung. Das Organ selbst ist leicht vergrössert, das Parenchym sieht trübe, wie gekocht aus und enthält mehr Fett (Entartung). Die Farbe ist infolge venöser Hyperämie dunkel bis rothbraun. Kleine, durch Pilzembolie nekrotisirte Gewebspartien erscheinen blass und trocken. Miliare Abszesse sind in der Leber selten, noch seltner grössere Erweichungen. In den Fällen akutester Erweichung jedoch finden sich in das dunkle, schlaffe Parenchym noch dunklere, wallnussgrosse Herde eingesprengt.

Das Pankreas ist selten ergriffen (trübe Schwellung, fettiger Entartung).

Die Blasenschleimhaut kann Hämorrhagien, Trübung und Röthung zeigen; der Urin enthält oft Blutkörperchen, hyaline Zylinder, selten Mikroorganismen.

Die Lymph- und Speicheldrüsen sind nicht — in Form von hämorrh. Entzündung oder eitriger Infiltration — betheiligt; in der Regel sind nur die regionären Lypmphdrüsen leicht geschwollen und geröthet.

Die Muskulatur ist zerreisslich, trübe, gelblich oder rothbraun gefärbt, von miliaren Abszessen durchsetzt, vor allem das Zwerchfell.

Auf die peripheren Nerven kann sich die Entzündung fortsetzen; dann sind sie leicht geröthet, geschwollen und durchfeuchtet

Die Genitaldrüsen zeigen in den seltenen Fällen, wo sie betheiligt sind, parenchymatöse Trübung und Schwellung, selten Abszedirung. —

Steht nun an der Leiche die Diagnose „Sepsis“ fest, so ist gerade bei dieser Erkrankung thunlichst die Eingangspforte des Virus festzustellen und nachzuweisen, ob eine frische oder eine schon vor dieser bestehende Verletzung, ein bereits vorhandener Eiterherd, eine schon bestehende Infektionskrankheit die Quelle zur Allgemeininfektion abgegeben haben. Finden sich nach einer primären Pneumonie im Blute und den Pilzembolien, Pneumokokken, finden sich in der Umgebung einer Verletzung — bei Ausschluss aller anderen Quellen — dieselben Bakterien, wie in den Pilzembolien, so ist der kausale Zusammenhang festgestellt.

Besonders bei Wunden ist ja die Gelegenheit zur Infektion so reichlich: Die Infektionsträger können am verletzenden Werkzeug haften, aus der unglaublich reichen Pilzflora der Haut, der Haare, der Kleider und aus der Luft stammen. Auch kann jede Wunde nachträglich infizirt werden und ist die Differentialdiagnose zwischen späterer und sofortiger Infektion mangels einer typischen Inkubationszeit enorm erschwert. 2—70 Tage sind zweifellos festgestellt. Die für manche Bakterien angegebene „Latenzzeit auf Jahre“ beruht sicher auf neuer Infektion und gehört in's Gebiet

der „kryptogenetischen", d. h. jener Sepsis, bei der die Eingangspforte des Infektionskeimes objektiv nicht zu finden ist.

Ausser Wunden kommt als Eingangspforte der puerperale Uterus, bes. bei traumatischem und kriminellem Abort, in Betracht. Bei Nothzugsversuchen an Kindern ist bei der Zartheit der Schleimhäute auch eine Infektion ohne Kontinuitätstrennung denkbar.

Da in kriminellen Fällen eine zur Körperverletzung hinzugetretene Sepsis eventuell den Charakter der Strafthat ändern kann, gehört es zur Vollständigkeit der Obduktion einer Sepsisleiche, thunlichst die Infektionspforte festzustellen.

Zur Bewegung der Bevölkerung in Hohenzollern.

Von Oberamtsarzt Dr. Stauss in Hechingen.

Nachdem die Hohenzollerische Bevölkerung von 1860—1880 eine stetige Zunahme erfahren hatte und bei der Volkszählung im Jahre 1880 auf 67 628 Köpfe angewachsen war, trat von 1880 bis 1895 eine rückläufige Bewegung ein, so dass die Volkszählung im Jahre 1895 gegen 1880 1550 Personen weniger ergab. Gleichzeitig mit dem Anwachsen der Bevölkerung bis zum Jahre 1880 steigerte sich aber auch die Sterblichkeit, denn im Jahre 1880 starben beim höchsten Stand der Bevölkerung von 1000 Einwohnern jährlich 32 Personen; umgekehrt sank die Sterblichkeit mit der Abnahme der Bevölkerung und betrug im Jahre 1890 nur noch 26 ‰.

Zu- und Abnahme der Sterblichkeit bei Zu- und Abnahme der Bevölkerungszahl machte sich bei Kindern unter einem Jahre ebenso wie bei den übrigen Altersklassen bemerkbar: Während zu Ende der 70er Jahre bei dem höchsten Stand der Bevölkerung von 100 Kinder unter einem Jahre 30—34 wieder starben, ermässigte sich die Kindersterblichkeit 1891/93 bei dem niedrigsten Stande der Bevölkerung auf 22—23 %. Aber auch beim niedrigsten Stand der Sterblichkeit in Hohenzollern überstieg diese noch immer die Durchschnittssterblichkeit im Staate und betrug 1891/93 bei Erwachsenen noch 2 ‰, bei Kindern noch 3 ‰ mehr wie im Staate. Das Verhältniss zwischen Kindersterblichkeit und der Sterblichkeit der übrigen Altersklassen war dabei annähernd in Hohenzollern (25 : 23), dasselbe wie im Staate (23 : 20). Man darf somit nicht schlechtweg von einer erhöhten Kindersterblichkeit in Hohenzollern reden.

Die Zunahme der Bevölkerung bis zum Jahre 1880 wurde bewirkt durch eine über den Staatsdurchschnitt hinausgehende Zunahme der Eheschliessungen und Geburten — auf je 1000 Einwohner wurden in Hohenzollern 42, im Staate 40 Kinder geboren —. Die Bevölkerung wuchs in Folge dessen trotz einer gesteigerten Auswanderung an. Umgekehrt wurde die Abnahme der Bevölkerung von 1880/95 bedingt durch eine unter den Staatsdurchschnitt gehende Abnahme der Zahl der Eheschliessungen und Geburten, Zunahme der weiblichen Bevölkerungszahl und Auswanderung.

Die Durchschnittssterblichkeit des Staates hätte also in Hohenzollern nur erreicht werden können durch eine weitere Verminderung der Volkszahl, also durch eine weitere Abnahme der Eheschliessungen und Geburten und gesteigerte Zunahme der weiblichen Bevölkerungszahl und der Auswanderung. Um sich aber auf dieser Durchschnittssterblichkeit halten zu können, hätte in Hohenzollern die Zahl der Eheschliessungen und Geburten immer weiter etwas abnehmen oder die Auswanderung immer weiter etwas sich steigern müssen; denn die Hohenzollernschen Familien sind kinderreicher wie im Staate — nach einem siebenjährigen Durchschnitt kommen in Hohenzollern 6, im Staate 5 Kinder auf eine Familie — und die Zahl der todtgeborenen Kinder ist in Hohenzollern wesentlich geringer wie im Staate — von 100 Geborenen waren 1892/94 im Regierungsbezirk todtgeboren ehelich: 1,8, unehelich: 4,4, dagegen im Staate: 3,3 und 4,7. Es hätte demnach im nationalen und volkswirthschaftlichen Interesse gar nicht das Ideal sein können unter diesen Verhältnissen in Hohenzollern die Durchschnittssterblichkeit im Staate zu erreichen.

Unter Berücksichtigung der Art und Weise, wie sich die Abnahme der Volkszahl in Hohenzollern vollzog — Abnahme der Eheschliessungen und Geburten, Zunahme der weiblichen Bevölkerungszahl und der Auswanderung — und der Jahre, in denen sie sich vollzog, kann man nur annehmen, dass die Bevölkerung in zu Ende der siebenziger Jahre nicht mehr im Einklang stand mit den Existenzmitteln, welche das Land bot, dass also die Dichtigkeit der Bewohnung eine zu grosse geworden war. Diese Annahme ist auch zutreffend; denn auf die siegreichen Kriege von 1866 und 1870/71 und den wirthschaftlichen Aufschwung hin, der auf diese folgte, stieg die Zahl der Eheschliessungen und Geburten und damit die Zunahme der Volkszahl stark an, bis sie zu Ende der 70er Jahre ihren höchsten Stand erreicht hatte. In diesen Jahren setzte aber der Rückgang der Landwirthschaft und damit eine Verminderung der Existenzmittel in Hohenzollern ein, denn die Bevölkerung war damals noch eine fast rein bäuerliche.

Der Umstand, dass die Sterblichkeit in Hohenzollern diejenige des Staates übersteigt, legt den Gedanken nahe, dass die Volkszahl im Verhältniss zu den vorhandenen Existenzmitteln überhaupt grösser ist, wie durchschnittlich im Staate. Allerdings kommen auf einen Quadratkilometer nur 58 Einwohner, gegen 85 im Staate; in einem anderen Lichte erscheinen aber diese Zahlen, wenn man berücksichtigt, dass Hohenzollern zu $^1/_3$ Wald und zu $^1/_7$ Fideikommissbesitz ist und in dieser Beziehung an der Spitze aller preussischen Regierungsbezirke steht, dass ferner die Bevölkerung bis vor 20 Jahren fast ausschliesslich Landwirthschaft trieb und demgemäss nach Abzug von Wald und Fideikommissbesitz zweifellos eine grössere Dichtigkeit im Verhältniss zu den vorhandenen Existenzmitteln hatte als wie im Staate.

Durch das Eingreifen von Industrie, Handel und Gewerbe, Hebung der Landwirthschaft und gesundheitliche Massnahmen hat nun die rückläufige Bewegung der Hohenzollernschen Bevölkerung

seit einigen Jahren wieder einer aufsteigenden Platz gemacht; denn in der Zählperiode 1895/1900 ist die Bevölkerung wieder um 1031 Köpfe angestiegen.

Soll Hohenzollern in Bezug auf die Zahl der Eheschliessungen und Geburten, auf Sterblichkeit und Auswanderung mit dem durchschnittlichen jetzigen Gang der Bewegung der Bevölkerung im übrigen Preussen dauernd im Einklang gebracht werden, so müssten jedenfalls zahlreiche neue Existenzmittel geschaffen werden. Im Wesentlichen könnte dies nur durch eine hochentwickelte Industrie ermöglicht werden, so dass es also die allmähliche Umwandlung Hohenzollerns in einen Industriebezirk zur Folge haben müsste. Eher ist aber bei dem stetigen starken Anwachsen der Bevölkerung im übrigen Preussen zu erwarten, dass auch dort einmal die weitere Volksvermehrung ein Hinderniss finden wird an dem Mangel weiterer Existenzmittel und sich so dasselbe Verhältniss zwischen Volkszahl und Existenzmitteln wie in Hohenzollern herausbilden wird, so dass die Bewegung der Bevölkerung im Gesammtstaate den gleichen Schritt wie in Hohenzollern nimmt.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23.—28. September 1901.

Ueber den äusseren Verlauf der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, wie über den Inhalt der Vorträge in den allgemeinen Sitzungen ist von der Tagespresse, die der Berichterstattung in den wissenschaftlichen Zeitschriften ja stets weit voraneilt, so ausführlich in Wort und sogar in Bild berichtet worden, dass ein jeder Leser dieser Zeitschrift, der den Wunsch hatte, sich in der bezeichneten Beziehung zu informiren, in ausgiebigem Masse dazu Gelegenheit gehabt hat. Um also nicht anderweitig schon bekannt Gegebenes wiederholen zu müssen und um den Interessen der Leser wirklich zu dienen, glaubt der Referent sich auf die Berichterstattung über die Arbeiten in der Abtheilung für Hygiene, der sich die von anderer Seite gelieferte über die Abtheilung für gerichtliche Medizin anschliessen wird, beschränken zu sollen.

A. Sektion für Hygiene.

Erster Sitzungstag, Montag den 23. September.

I. Versuche über sterile Ernährung von Hühnchen und über die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung.

Prof. Dr. Schottelius-Freiburg i. B.

Pasteur hat zuerst den Gedanken ausgesprochen, dass die Darmbakterien für die höheren Thiere und für den Menschen dieselbe Bedeutung haben, wie die Bodenbakterien für die Ernährung der Pflanzen. Von Duclaux war bereits 1885 der Beweis geliefert, dass Pflanzensamen ohne Bodenbakterien wohl keimen, nicht aber die Substanzen des Pflanzenkörpers zusammensetzen können. Da lag gerade im Sinne der Pasteur'schen Anschauungsweise die Idee nahe, dass das, was für das Wachsthum der Pflanzen Gesetz ist, auch für die thierischen Körper Gültigkeit hat. Die Beweisführung scheiterte aber daran, dass es nicht gelingen wollte, ein höheres Thier keimfrei — steril — zur Welt zu bringen und zu ernähren. Hühnereier, die sich wohl am besten für den Versuch geeignet hätten, waren infizirt befunden, und an die sterile Gebärung und Ernährung eines Säugethieres hatte Niemand sich herangewagt, bis es Nuttal und Thierfelder gelang, Meerschweinchen durch den Kaiserschnitt steril zur Welt zu bringen und durch Fütterung mit steriler Milch 13 Tage lang keimfrei am Leben zu erhalten.

Die Gründe, weshalb Sch. die Schlussfolgerungen nicht anerkennen konnte,

welche im Sinne der Bedeutungslosigkeit der Darmbakterien für die Ernährung aus diesen Versuchen gezogen wurden, lagen namentlich darin, dass ihm die Zahl und Zeitdauer der Versuche zu gering erschien, dass die mit Muttermilch ernährten Thiere überhaupt noch nicht auf dem Boden einer selbstständigen Ernährung stehen und endlich waren die Differenzen zwischen den steril gezüchteten und den Kontrolthieren zu gering, um sie überhaupt in irgend einem Sinne verwerthen zu können. Er unternahm daher trotz der bisherigen ungünstigen Erfahrungen nochmals den Versuch, die Schaale befruchteter Hühnereier zu sterilisiren und die ausgeschlüpften Hühnchen keimfrei zu züchten. Wie die vorgelegten Präparate — Eier verschiedener Bebrütungsstadien in Nährgelatine eingeschmolzen — beweisen, ist es Sch. gelungen, bebrütete Hühnereier zu sterilisiren und keimfreie Hühnchen zum Ausschlüpfen zu bringen.

Aus den ersten Fütterungsversuchen geht hervor, dass die steril ernährten Hühnchen mehr und mehr an Gewicht verlieren, während die normal ernährten bis zum 17. Lebenstage um 200 % ihres Anfangsgewichtes zunehmen können; und aus weiteren 12 Versuchen ergab sich die Thatsache, dass Hühnchen ohne Darmbakterien nicht wachsen und an Körpergewicht zunehmen können, sondern dass sie mehr und mehr bis zu dem nach durchschnittlich 20 Tagen eintretenden Tode atrophiren. Dabei frassen die Thiere und verdauen und sondern normal aussehenden, aber sterilen Koth ab.

Im laufenden Jahr, Anfangs Mai, hat Sch. seine Versuche dahin erweitert, dass er den sterilen Zuchtkäfig in zwei bakteriologisch getrennte Hälften theilte, dadurch konnte er vier 8 Tage lang steril gezüchtete Hühnchen in zwei getrennte Gruppen theilen, von denen nun die eine steril weiter gezüchtet wurde, während er die Abtheilung der anderen Gruppe mit einer Aufschwemmung normalen Hühnerkothes infizirte. Der Erfolg war der, dass von den beiden Hühnchen der sterilen Seite eines am 13. Mai, das andere am 21. Mai abstarb, während sich die Thiere der mit Darmbakterien infizirten Seite zu kräftigen Hühnern entwickelten. Ein weiterer ähnlicher Versuch — nur wurde statt Hühnerkothes die Aufschwemmung einer Reinkultur des Bac. coli gallinarum, einem dem menschlichen und thierischen Colonbacillus sehr ähnlichen Spaltpilz zur Infizirung des Käfigs benutzt — hatte den gleichen Erfolg: die sterilen Hühnchen gingen ein, während die anderen gediehen.

Auf Grund seiner Versuche hält Sch. den Wahrscheinlichkeitsschluss für berechtigt, dass sich auch die übrigen Thiere und der Mensch prinzipiell gleichartig verhalten. Um so mehr musste es auffallen, dass Levin aus Stockholm, ein Theilnehmer der Nathorst'schen Polarexpedition, in den Annales de l'Institut Pasteur die Mittheilung machte, dass die meisten Thiere der arktischen Regionen keine Darmbakterien hätten. Weil sich daran allerlei auch in weitere Kreise gedrungene Phantasien über die Errichtung von keimfreien Sanatorien in den Polargegenden geknüpft haben, sieht sich Sch. veranlasst, daran zu erinnern, dass die Warmblüter der Polarzone Wanderthiere sind und — so weit sie sich nicht unter einander auffressen — sich von niederen Thieren nähren welche ihrerseits die Nahrung den warmen Meeresströmungen entnehmen, in denen von allen Untersuchern niedere Lebewesen in grosser Menge nachgewiesen sind. Uebrigens ist von anderer Seite der Levin'schen Behauptung direkt widersprochen worden.

Die Ergebnisse der von Metschnikoff an Froschlarven angestellten Versuche decken sich dagegen mit denen des Referenten vollständig. Dieser hält die Durchführung ähnlicher Versuche auch beim Säugethier für möglich, aber in absehbarer Zeit nicht für erreichbar; schon jetzt können wir jedoch nach seinem Dafürhalten den Grundsatz aufstellen, dass die Lebensthätigkeit der Darmbakterien für die Ernährung der höheren Thiere nothwendig ist.

Eine Diskussion schloss sich an den Vortrag nicht an.

II. Die Zusammensetzung und der Nährwerth der Hungerbrode in Russland. Prof. Dr. Erismann-Zürich.

Während der Hungerepidemie in Russland im Jahre 1891/92, die 17 Gouvernements des europäischen Russland und des westlichen Sibiriens umfasste, wurden von vielen Seiten — Gesellschaften, Privatpersonen etc. - Brotsurrogate empfohlen, die, ausser mehr oder weniger grobem Roggenmehle Roggen- oder Weizenkleie, Hafer-, Hirse-, Kartoffelmehl, Kartoffel- oder Gerstenschlempe, Zuckerrübenrückstände, Presskuchen von Sonnenblumen-

samen, Strohhäcksel und dergl. enthielten. Ausserdem wurde bekannt, dass die hungernde Bevölkerung in grosser Menge verschiedene Unkrautsamen dem Roggenmehle, das in Folge der Missernte nur in geringer Quantität vorhanden war, beimischten. Ausser diesen Brotsurrogaten, die nicht nur chemisch, sondern auch auf ihre Ausnutzung im menschlichen Magendarmkanal untersucht wurden, gelangten auch noch einige andere Brotsurrogate zur Prüfung, die bis zu 75 % aus den schlecht vermahlenen Samen von Chenopodium album und Polygonum convolvulus, aus Stroh, aus fetter Thonerde, den Wurzeln einer sibirischen Schilfsorte und dergl. m. bestanden.

Bei der chemischen Untersuchung ergab sich nun zuerst, dass, mit gewöhnlichem Weizen- und Roggenbrot verglichen, fast alle Brotsurrogate, namentlich die eigentlichen Hungerbrote, sehr bedeutende Mengen von Eiweissstoffen, theilweise auch von Fett enthielten, in dieser Beziehung also scheinbar eine günstige Zusammensetzung darboten, dass sie aber daneben sehr reich waren an Holzfasern und Mineralbestandtheilen, besonders die aus Unkrautsamen, Stroh, Eicheln u. s. w. hergestellten (bis 20 % Pflanzenfasern, Asche 10—12 %, in einem mit Thonerde sogar 64 %.

Die Ausnutzungsversuche wurden an zwei Soldaten ausgeführt; ihr Resultat war, dass die Trockensubstanz der Brotsurrogate mit Ausnahme der eigentlichen Hungerbrode (Eicheln, Unkrautsamen, Stroh) im Allgemeinen gut und selten schlechter als beim Schwarzbrod (ca. 20 %) ausgenutzt wurde, bei den Hungersbroden sank die Ausnutzung dagegen auf 50—60 %. Etwas schlechter wurden schon in den Brotsurrogaten die Eiweissstoffe ausgenutzt, im selben Verhältniss schlechter als der Gehalt an Pflanzenfasern und Aschebestandtheilen zunahm, am geringsten (40—50 %) war er in den eigentlichen Hungerbroden. Das subjektive Befinden der Versuchspersonen im Allgemeinen war kein gutes; möglicher Weise enthielten die Unkrautsamen (resp. ihre Schalen) eine toxische Substanz. Ratten, damit gefüttert, gingen an Gastroenteritis zu Grunde.

Bei keinem der Surrogate konnte der Körper der Versuchspersonen auf seinem Stickstoffgehalte erhalten werden; übrigens gelang dies auch bei Ausnutzungsversuchen mit Weiss- oder Schwarzbrod niemals. Theilweise war der tägliche Verlust an Eiweissubstanz vom Körper sehr gross und erreichte bei den Versuchen mit eigentlichen Hungerbroden 4—6,5 g Stickstoff, d. h. 25 bis 40 g Eiweiss.

Es ergab sich ferner, dass, wenn die Ingredienzien der Brotsurrogate in Form getrennter Speisen (Kartoffeln, Hafer, Mais und dergl.) neben reinem Schwarzbrot genossen wurden, die Gesammtausnutzung eine weit bessere war als diejenige der Surrogate. Daraus folgt, dass man in Hungerszeiten sich nicht darauf verlegen darf, allerlei Kombinationen zur Herstellung von Brotsurrogaten auszudenken, sondern dass man den Hungernden reines Brod und daneben verschiedene andere einfache Speisen, wie sie in Volksküchen und Suppenanstalten zubereitet werden, bieten muss.

In der Diskussion fragt Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Löffler-Greifswald an, ob während der Hungerzeit Beobachtungen gemacht sind, welche auf den Uebergang giftiger Stoffe in die Milch deuteten. Diese Frage sei von besonderem Interesse, weil von mancher Seite ein besonderer Nachdruck darauf gelegt werde, dass die Kühe mit dem Futter giftige Stoffe aufnähmen, welche in die Milch übergingen und eine Ursache heftiger Erkrankungen der die Milch geniessenden Säuglinge würde.

Hafenarzt Dr. Nocht-Hamburg fragt, ob neben den Skorbuterkrankungen, die, wie ihm bekannt, in den Hungergegenden Russlands zu den Hungerzeiten vielfach vorgekommen sind, auch andere Komplexe krankhafter Erscheinungen beobachtet wären, die nicht an das allgemein bekannte Bild des Skorbuts erinnerten, sondern einfach in einem mehr oder weniger allgemeinen Hydrops mit Schwächeerscheinungen von Seiten des Herzens und der peripheren Nerven, namentlich der unteren Extremitäten bestehen. Solche Erkrankungen kommen nämlich häufig neben Skorbut auf Schiffen vor. Sie werden vielfach als Beri Beri angesprochen, gehören aber seiner Annahme nach nicht dahin, vorwiegend deshalb nicht, weil sie bei besserer Verpflegung der Patienten sehr schnell heilen; sie sind daher eher mit Skorbut zusammen als eine Ernährungskrankheit aufzufassen. Diese Sache hat für die Schifffahrt eine sehr grosse Bedeutung. Die Seeämter sehen seit einiger Zeit diese Erkrankungen als auf Beri Beri beruhend an und warnen, in der Ansicht, dass die Krankheit als eine Infektions-

krankheit aus gewissen Häfen eingeschlept wird, vor dem Anlaufen gewisser Häfen und dem Einnehmen von frischem Proviant daselbst. Seiner Ansicht nach ist das ein schlechter Rath, im Gegentheil, die Schiffe sollten jede Gelegenheit zur Frischverproviantirung benutzen, damit solche Erkrankungen, wie die in Rede stehenden vermieden würden. Es würde ihn interessiren zu erfahren, ob der Herr Vortragende ähnliche Verhältnisse auch in Russland, dort wo von Beri Beri keine Rede ist, beobachtet hat.

Prof. Dr. Lehmann-Würzburg macht darauf aufmerksam, dass die meisten der von Herrn Erismann untersuchten Brodsorten kaum schlechter ausgenutzt werden, als die Roggenbrode aus ungenügend getrocknetem Getreide, wie sie bei uns im Norden hergestellt werden. Es scheint also eine toxische Wirkung von Unkrautbestandtheilen oder von Produkten der Verderbniss der Nahrung an den leichten Störungen der Versuchspersonen und an den schweren Erkrankungen der Hungernden vielleicht in höherem Grade betheiligt zu sein.

Dr. Estermann glaubt, dass die Behauptung des Herrn Vortragenden, allein mit Roggen- oder Weizenbrod, ohne Fleisch oder Hülsenfrüchte lasse sich kein Stickstoffgleichgewicht erzielen, vielleicht zu allgemein gehalten sei. Auf Grund seiner Erfahrungen an jüdischen Hausirern im russischen Gouvernement Kowno, die jahraus jahrein nur von Brot und Kartoffeln leben, glaubt er, dass solche Menschen, wenn sie auch elend aussehen, schliesslich doch in's Stickstoffgleichgewicht gelangen.

Dr. Schottelius-Freiburg erinnert an die Förster'schen Untersuchungen an hungernden Hunden, bei denen bei unrichtiger — vegetabilischer — Nahrung ein Wasserüberschuss der Gewebe stattfindet.

Der Referent kann nicht sagen, ob der Uebergang von Toxinen durch die Mutter auf das Kind bei der Benutzung von Hungerbroden stattgefunden hat. Hydrämie mit Anschwellungen der einzelnen Körpertheile kommt häufig, ohne und mit Skorbut, bei längerer Unterernährung mit Brotsurrogaten und Hungerbroden vor. Es ist möglich, mit Brod und Kartoffeln den Eiweissbestand des Körpers zu erhalten, aber derselbe bleibt auf einem niedrigen Niveau und solche Leute sind auf die Dauer wenig leistungsfähig. Will man einen kräftigen Organismus haben, so darf die Stickstoffbilanz nicht zu niedrig sein, Brod und Kartoffeln genügen nach den vorliegenden Versuchen nicht, um den Organismus auf einem höheren Stickstoffgleichgewicht zu erhalten.

III. Der Stand der Abwässerreinigungsfrage auf Grund praktischer Versuche in Württemberg.

Prof. Dr. Scheurlen-Stuttgart giebt eine Beschreibung der Anlage, des Betriebes und des Resultates von zwei Abwässerreinigungsanlagen, welche nach dem Prinzip des biologischen Verfahrens (Oxydationsverfahren) bei der Lungenheilstätte Wilhelmsheim und bei dem Neubau für unruhige Frauen der Irrenanstalt Winnenthal eingericht sind.

Die Wilhelmsheimer Kläranlage reinigt die Abwässer von 150 Menschen, täglich durchschnittlich 30 cbm, ausserdem ist derselbena uch ein grosser Theil des Regenwassers zugeleitet. Sie besteht aus einem Vorraum von 30 cbm Grösse, welcher lediglich das Wasser aufzuspeichern hat, um einen intermittirenden Betrieb zu ermöglichen und mit den Vorrichtungen für grobe mechnische Reinigung, wie Rechen von 1 cm Stabweite, Schwimmbrett zur Zurückhaltung der schwimmenden nicht gelösten Substanzen und 30 cm hoher Mauer an der Sohle zur Absaugung von Sand und schwerem Schlamm ausgestattet ist. An diesen Raum schliesst sich ein Oxydationsfilterpaar, wovon jedes Filter 45 cbm umfasst; an dieses Filterpaar schliesst sich ein zweites von eben solcher Grösse. Aus dem Vorraum führt ein Grundablass in je eines der ersten beiden Filter, von diesen führt wiederum ein Grundablass in je eines der zweiten Filter. Die Abläsee sind durch Ventile verschliessbar. Die eine Hälfte der Filter ist mit Schlacke gefüllt und zwar das erste mit solcher von einer Korngrösse von 7 bis 5 mm, das zweite mit einer solchen von 5—3 mm. Die andere Hälfte ist, da solche Schlacken nicht mehr zu beschaffen waren, mit kleinen Kokes angefüllt. Die richtige Füllung mit gutem, porösen, absorptionskräftigem Material ist die Vorbedingung für ein zufriedenstellendes Reinigungsergebniss, weshalb hierauf besondere Sorgfalt zu verwenden ist.

Der Betrieb gestaltet sich folgendermassen: Der Wärter zieht Morgens

6 Uhr das eine Ventil des Vorraumes und füllt das erste Filter des ersten Paares. In diesem bleibt das Abwasser 2—8 Stunden stehen; um 9 Uhr wird es in das erste Filter des zweiten Paares abgelassen, von wo es um 12 Uhr nach dem nächsten Bachlauf gelangt. Ist durch die erste Füllung des ersten Filters der Vorraum nicht gänzlich leer geworden, so wird um 9 Uhr dasselbe erste Filter noch einmal gefüllt und die Reinigung dieser zweiten Partie Abwasser in derselben Weise wie das erste Mal bewerkstelligt, stets ist darauf zu sehen, dass der Vorraum täglich gänzlich entleert wird. Tags darauf ruhen diese Filter und werden die zwei anderen in Betrieb genommen.

Die Verhältnisse sind keine günstigen; sie bestehen in einem kleinen Bachlauf, dessen Oberlauf im Sommer nahezu austrocknet und welcher in seinem Unterlauf zur Forellenzucht dient.

Die Anlage in Winnenthal ist ebenso ausgeführt, nur wegen der geringen Menge Abwässer entsprechend kleiner. Das Filtermaterial ist hier Schlacke von 5—7 mm Korngrösse, doch ist solche von 8—5 mm ihrer besseren Absorptionskraft wegen in Aussicht genommen.

Das Resultat ist ein durchaus zufriedenstellendes, die gereinigten Abwässer sind nicht mehr fäulnissfähig und schädigen die Fischzucht nicht. Von besonderem Interesse ist das Ergebniss bezüglich der Schlammbildung. Während nach ursprünglicher Anordnung der Vorraum täglich gereinigt werden sollte, geschah dies thatsächlich nicht. Daher musste der Vorraum je nach Regengüssen, die dort viel lehmige Substanz abschwemmen, alle 8—10 Wochen gründlich von Schlamm gereinigt werden. In Winnenthal dagegen war nach 18monatigem Betrieb noch keine Schlammbildung eingetreten. Das dürfte eine Folge des täglichen Spieles des Wasserspiegels sein, der die organischen nicht gelösten Substanzen auflöst.

Uebler Geruch in der Umgebung der Kläranlage ist nicht vorhanden.

Die Anlage in Wilhelmsheim kostet etwa 10000 Mark, die in Winnenthal 5000 Mark, der sehr einfache Betrieb wird von einem Wärter im Nebenamt besorgt.

In der Diskussion erwähnt Prof. Dr. Dunbar-Hamburg die günstigen Erfahrungen, die er mit Anlagen, welche nach dem gleichen Prinzip arbeiten, gemacht hat und zeigt die geklärten Abwässer einer solchen, die an Sauberkeit nichts zu wünschen übrig lassen. Dagegen muss er vor dem patentirten, angeblich auch biologisch arbeitenden Verfahren einer süddeutschen Firma dringend warnen; er hatte vor Kurzem Gelegenheit, eine von der genannten Firma eingerichtete Kläranlage in nächster Nachbarschaft Hamburgs zu sehen und konnte nur feststellen, dass das aus der Anlage zur Entlassung gelangende Wasser sich im Zustande vollster Fäulniss befand.

Prof. Dr. Löffler-Greifswald bezweifelt trotz der vom Herrn Vortragenden festgestellten günstigen Ergebnisse die Brauchbarkeit des biologischen Verfahrens für städtische Abwässer. Auf dem Truppenübungsplatz auf dem Lechfelde hat sich eine Anfangs vorzüglich arbeitende Anlage auf die Dauer nicht bewährt, es ist eine vollständige Verschlammung der Filterbecken eingetreten, eine Vergallertung, so dass die Filter nicht mehr funktionirten. Auch dürften sich nicht alle Abwässer in gleicher Weise für das Verfahren eignen und deshalb ihre vorgängige Prüfung in Versuchsfilteranlagen angezeigt sein.

Dr. Kremser-Heilstätte Sülzhayn a. Harz hat in seiner Anstalt ein Klärverfahren nach Rothe-Degener (Kohlebreiverfahren). Dasselbe hat sich unter der Voraussetzung eines dauernd zuverlässigen Dienstpersonals und ständiger ärztlicher Kontrole im Grossen und Ganzen bewährt, ist aber wegen ihrer Anschaffungskosten und Betriebsspesen so unendlich theuer, dass sie wohl kaum in grösserem Umfange für Heilstätten und ähnliche Anstalten in Frage kommen dürften.

Dr. Bonne-Kl. Flottbeck, der seit ca. 15 Jahren die ärztliche Praxis ca. 2 Meilen unterhalb Hamburgs ausübt, begrüsst mit besonderer Freude die Bestrebungen des Herrn Vortragenden und erhofft von der Einführung eines solchen Verfahrens für die Kielwässer von Hamburg-Altona eine Beseitigung der jetzt an der Unterelbe herrschenden unerträglichen Zustände. Beispielsweise fände sich in weiter Ausdehnung unter dem scheinbar reinen Sand des Flussufers eine schwarze übelriechende Schicht.

Darauf erwidert Prof. Dr. Dunbar, dass die Wünsche des Dr. Bonne voraussichtlich für lange Zeit unerfüllt bleiben würden; denn bei dem durch zahlreiche

seitens des Hamburger hygienischen Instituts ausgeführten Untersuchungen festgestellten enormen Selbstreinigungsvermögens der Elbe sei an eine Aenderung der bestehenden Einrichtungen nicht zu denken. Die von Dr. Bonne erwähnte schwarze Schicht unter dem Ufersand hat er auch gefunden, dieselbe bestehe aber lediglich aus blauem Thon. Die üblen Gerüche fänden sich nur dort, vo Sielleitungen aus den am Fluss liegenden Villen ausmündeten.

Im Schlusswort äussert sich Prof. Dr. Scheurlen dahin, dass die Kläranlage auf dem Lechfelde nicht mit den von ihm beschriebenen verglichen werden könne, da sie nach dem alten, bisher überall in Deutschland noch angewandten Faulkammersystem erbaut sei. Er habe überhaupt von den deutschen biologischen Kläranlagen, die er gesehen, keine günstigen Eindrücke empfangen, mit Ausnahme von der Hamburger, die H. Prof. Dunbar leitet. Diese ist auch in vieler Hinsicht für die württembergischen Anlagen vorbildlich gewesen.

Versuchsanlagen für städtische Abwässer hält er für empfehlenswerth; für das richtige Funktioniren aller Anlagen ist eine richtige quantitative Konstruktion, ein sachverständig geleiteter Betrieb und ein sorgfältig ausgewähltes Filtermaterial unerlässlich.

IV. Ueber die Bedeutung des Kochens und Zerkleinerns der Speisen für die Verdauung. Prof. Dr. Lehmann-Würzburg.

Ueber den Vortrag liegt kein Autoreferat vor. Eine Diskussion fand nicht statt.

V. Der Keimgehalt der Nährpräparate und dessen hygienische und klinische Bedeutung. Dr. Schürmayer-Hannover:

Der Vortrag, welcher in der Wiener mediz. Wochenschrift erscheinen wird und schon in ähnlicher Form in der 22. öffentlichen Versammlung der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin im März 1901 gehalten worden ist, gipfelt im Wesentlichen in der Behauptung, dass wir in den aus thierischen Geweben bezw. thierischen Produkten hergestellten Nährmitteln (Plasmon, Tropon) keine Sicherheit dafür haben, von einer Infektion verschont zu bleiben, während uns das Roborat gegen eine solche schützt.

In der Diskussion bemerkt Dr. Bornstein-Leipzig, dass er den gleichen Vortrag schon in der Balneologischen Gesellschaft gehört und geglaubt habe, H. Schürmayer würde nun endlich wissenschaftliche Beweise dafür erbringen, dass die Milcheiweisspräparate nicht nur gefährlich sein können, sondern auch gefährlich sind. Weit gefehlt, weder an Thieren noch an Menschen habe H. Sch. die Richtigkeit seiner Behauptungen zu beweisen versucht, während er mit Anschuldigungen und Behauptungen komme die auch von anderer Seite längst widerlegt seien. Wollte man der Forderung des H. Sch. zustimmen, so müsste man konsequenter Weise auch verlangen, dass nicht nur die von ihm so sehr bekrittelten Milcheiweisspräparate auf ihre Keimfreiheit staatlich kontrolirt würden, sondern auch Butter, Käse u. s. w. Wir nehmen das Gute, ob es Roborat, ob es Plasmon ist und werden uns nicht die Anwendung der vorzüglichen Milcheiweisspraparate durch diese Art von Keimsucherei verekeln lassen.

Auch Dr. Estermann hat den Vortrag schon gehört und meint, dass man praktisch erprobte und vielfach bewährte Nährpräparate, wie das Plasmon, nicht auf Grund spekulativ theoretischer bakteriologischer Erwägungen in Verruf bringen darf. Vor allem aber glaubt er, dass derartige Reklamevorträge die Würde unserer wissenschaftlichen Kongresse stark beeinträchtigen; um die Konkurrenz herunter zu reissen, dazu seien Kongresse nicht der geeignete Ort.

In seinem Schlusswort verweist Dr. Schürmayer auf das Thatsächliche seiner Ergebnisse; es hiesse alle Hygiene, alle Prophylaxe auf den Kopf stellen, wenn wir warten wollten, bis wir am Menschen das Experiment der Schädigungen vor uns haben. Dr. Wolff-Hamburg.

(Fortsetzung folgt.)

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Straf- und zivilrechtliche Verantwortung des Arztes. Von Dr. A. Kühner, Gerichtsarzt a. D. in Koburg. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1901, Nr. 72 bis 86.

In einer sehr ausführlichen und durch interessante Beispiele aus seiner reichen Erfahrung illustrirten Abhandlung bespricht Verf. das obige Thema. Er giebt zunächst einen historischen Rückblick, erzählt z. B. wie unter Theoderich ein Arzt, welcher durch ein Versehen beim Aderlass einen Menschen getödtet hatte, dessen Verwandten ausgeliefert wurde, um mit ihm zu thun, was sie wollten. Dann folgen Kapitel über Fahrlässigkeit und Kunstfehler: „wenn die Frage über das Vorhandensein eines Fehlers wissenschaftliche Schwierigkeiten, ärztliche Kontroversen erzeugt, dann besteht keine Verantwortlichkeit, ist keine Verurtheilung möglich.“ Man kann nicht verurtheilen bei einem zweifelhaften oder selbst wahrscheinlichem, aber nicht bewiesenem Fehler. Der Fehler muss vielmehr greifbar, einleuchtend und unbestreitbar sein. Ob ein Verhalten ein fahrlässiges gewesen, ist nicht objektiv, sondern stets mit Rücksicht auf die demnächst eingetretene Folge zu prüfen. Dabei ist zu bedenken, dass Erfahrungssätze der Wissenschaft und Kunst, welche einem Systemwechsel nicht unterliegen, welche als Naturgesetze, als axiomatische Wahrheiten weder von den verschiedenen Heilmethoden und Schulen, noch von der Anschauung der einzelnen geändert oder verschieden angesehen werden können, nicht existiren oder doch ihrer Zahl nach äusserst gering sind.

Ob eine Fahrlässigkeit, die eine aktive und eine passive sein kann, vorliegt, kann nur entschieden werden durch die Würdigung des Einzelfalles, aller denselben belastenden und entlastenden Momente, der begleitenden Umstände, der eingehenden Individualisirung.

Wo die Voraussehbarkeit aufhört, da hört die Zurechnung auf, da beginnt der Zufall, für den Niemand bestraft werden kann.

Unfleiss ist schuldbare Unterlassung; Unkunst ist keine Fahrlässigkeit; einen Fehler des Verstandes kann man nicht strafen, sondern nur einen Fehler des Willens.

Plötzliche Todesfälle werden sehr oft die Ursache einer Entschuldigung wegen „fehlerhafter Diagnose“ oder „falscher Behandlung“. Die Obduktion soll dann Klarheit schaffen.

Wenn ein Haus niederbrennt, so stellt Niemand das hirnverbrannte Ansinnen, aus der Asche und den begleitenden Umständen auf den Thäter oder die Art der Ursache zu schliessen. Keinem Naturforscher stellt man die Forderung, aus den Ueberbleibseln organischen Daseins auf die Art des Lebens und der Zerstörung gewisse Schlüsse zu ziehen. Aber vom Arzt verlangt man, dass er aus dem Todten über die Art des Geschehens am Lebenden das Richtige erschliesse, hier, wo gerade die Verwickelungen am grössten, die inneren und äusseren Umstände am mannigfaltigsten, die Kombinationen am zahlreichsten sind, so dass meist nur eine Probabilitätsrechnung zulässig ist.

„Wenn diese Leiche lachen könnte, trau'n!
Sie würde plötzlich ein Gelächter schlagen,
Dass wir sie so zerschneiden und beschau'n,
Dass wir die Todten um das Leben fragen.
Mein Freund, das plumpe Messer tappt vergebens
Verlass'nen Spuren nach des flücht'gen Lebens.
Längst ist das scheue Wild auf und davon,
Es setzte flüchtig durch den Acheron,
D'rin sich dem Jäger seine Spur verloren . . .“

Und doch will gerade der Jurist bestimmte Antworten haben.

Aerzte sind auch irrende Menschen, und doch wird der Irrthum eines Arztes ganz anders beurtheilt als der eines Juristen. Alltäglich lesen wir in Berichten über Gerichtsverhandlungen „die Vorinstanz hat einen oder keinen Rechtsirrthum begangen.“ Kann ein solcher Rechtsirrthum nicht auch zum Schaden Anderer ausfallen? Ist ein solcher Irrthum nicht auch strafbar? Muss bei zwei Ständen nicht mit demselben Mass gemessen werden? —

Weiter wird besprochen das Verhältniss zwischen Arzt und Pfuscher. Der Arzt wird bestraft, der Pfuscher aber geht frei aus, weil er zu der Auf-

merksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes nicht besonders verpflichtet war.

Zwischen Kranken und Aerzte besteht ein Rechtsverhältniss, dass auch dem Kranken gewisse Pflichten auferlegt; er haftet für alle nachtheiligen Folgen, welche aus einer Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen entstehen, anderseits ist u. A. dem Arzte gewissenloses Experimentiren untersagt.

Der Arzt kann nur für den Schaden verantwortlich gemacht werden, den er wirklich verursacht hat und nicht für ein Verhalten, aus welchem möglicherweise Schaden hätte entstehen können.

Eine strafrechtliche Verantwortung kann nur begründet werden, wenn ein rechtsverletzender Erfolg eingetreten ist und dieser im Kausalzusammenhang mit den Handlungen oder Unterlassungen der Medizinalperson stand.

Verf. räth dem Arzte bei Schwierigkeiten in der Diagnose oder in der Behandlung zur eigenen Sicherung einen zweiten Arzt hinzuzuziehen oder die Ueberweisung in ein Krankenhaus zu beantragen.

Für die Anwendung der Chloroform-Narkose giebt Verf. folgende Regeln:

1) Man chloroformire nie ohne Einwilligung des Kranken bezw. seiner Angehörigen.

2) Man leiste nie unbedingt Garantie für einen günstigen Erfolg.

3) Man verlange, wo es angeht, die Hinzuziehung eines zweiten Arztes.

4) Man chloroformire eine weibliche Person nie ohne Gegenwart von Zeugen.

Auch im Bezug auf die Prognose lasse man stets Vorsicht walten, da hier oft „Zufälligkeiten" eintreten, die nicht vorhergesehen werden konnten; der lebende Körper ist aber kein Mechanismus, sondern ein höchst komplizirter Organismus.

Operationen sind nur vorzunehmen mit Einwilligung des Kranken bezw. der Angehörigen.

Verf. betont immer wieder, dass es sich in der gerichtlichen Medizin nicht um Ansichten und Meinungsverschiedenheiten handelt, sondern um das, was bleibend und richtig anerkannt wird. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Flagellatio puerorum als Ausdruck des larvirten Sadismus eines pädophilen Konträrsexuellen. Fragliche rechtliche Verantwortlichkeit. Von v. Krafft-Ebing. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie; 58. Bd., IV. H.

Unter Sadismus versteht Krafft-Ebing die Neigung gewisser Klassen Konträrsexueller, sich geschlechtliche Erregung und Genuss durch Schmerzerregung eines anderen Individuums, weiblichen oder männlichen, zu verschaffen. Der hier mitgetheilte Fall betrifft einen 34 Jahre alten Rechtsanwalt, der verheirathet und Vater zweier Kinder ist; eine starke hereditäre Belastung desselben ist nachgewiesen. Von Jugend auf bestand eine Hinneigung zum gleichen Geschlecht; vor der Ehe hatte H. entschiedenen Widerwillen gegen den normalen Geschlechtsverkehr, er heirathete nur, um seine abnorme Neigung zu beseitigen. Seine Delikte, deren eine grosse Zahl festgestellt wurden, erstreckten sich auf Knaben von etwa 11—17 Jahren, die H. beredete oder je nach Lage der Sache zwang, sich von ihm auf das entblösste Hintertheil züchtigen zu lassen. Nicht selten „besichtigte" er auch nur solche Knaben, ohne sie zu berühren, oder er trug sie in der Stube umher, streichelte sie nach geschehener Züchtigung an dem betreffenden Körpertheil u. s. m. Als Entschuldigung gab er an, er habe als Vormund und Erzieher gehandelt, nie etwas Unrechtes mit den Knaben gemacht und keinerlei heimliche Empfindungen dabei gehabt.

Krafft-Ebing kommt bei Analysirung des Falles in Uebereinstimmung mit den gerichtlichen Begutachtern zu dem Schluss, dass bei H. eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit — eine psychische Entartung — im weiteren Sinne des Wortes vorliege, dagegen reichen die einzelnen sexuellen Abnormitäten ohne weitergehende psychische Störungen nicht aus, die Willensfreiheit auszuschliessen. Anders würde die Sache liegen, wenn H. überhaupt die Erkenntniss fehlte, dass seine Akte sexuellen Motiven entsprungen sind. Die Anklage hat diese Erkenntniss angenommen und H. wurde (von einem süddeutschen Gericht) zu 2½ Jahren Gefängniss verurtheilt. Krafft-Ebing weist in einer Epikrise zu dem mitgetheilten Falle darauf hin, dass H. seinen sadistischen, noch unbewussten Trieben gegenüber unfrei war und dass die

Bestrafung derartiger pathologischer Individuen zwecklos, sowohl für das abnorm veranlagte Individuum, als auch für die Gesellschaft sei, die nach kurzer Zeit den Kranken wieder in ihre Mitte aufnehmen muss.

Dr. Pollitz-Münster.

Kombinirte Psychosen. Von Dr. O. Mönkemöller, Oberarzt der Prov.- Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie; 58. Band, IV. Heft.

Verfasser theilt drei bemerkenswerthe Fälle mit, die einen interessanten Beitrag zu der viel erörterten Paranoia-Frage bilden. Es handelt sich um drei Frauen, die das typische Bild einer chronischen halluzinatorischen Verrücktheit boten, in die sich die Symptome der Manie in durchaus charakteristischer Weise episodisch einschoben. Nach Abklingen des manischen Krankheitsbildes stellten sich die vorher vorhandenen Wahnideen wieder ein. Zwei Fälle boten das Bild einer rezidivirenden Manie. Verfasser erörtert im Anschluss an seine Fälle den Zusammenhang von Manie und gewisser Manie-Formen und Paranoia. Als solche Formen, in denen dem paranoischen Grundbilde Symptome der Manie beigefügt, hat Ziehen, der der Frage besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat, die Paranoia dissociativa aufgestellt, ebenso findet sich bei der sogen. akuten halluzinatorischen Paranoia die charakteristische Ideenflucht, Bewegungsdrang und Exaltation, aber alle diese Symptome nicht primär, sondern in Abhängigkeit von den Halluzinationen und mit diesen verschwindend. Immerhin tritt auch eine primäre Ideenflucht von allerdings kurzer Dauer als akute Exacerbation der chronischen Paranoia auf.

Neben diesen Formen werden solche Paranoiafälle beobachtet, in denen die Ideenflucht und heitere Verstimmung eine dominirende Rolle spielen und als Mittelform zwischen Manie und Paranoia angesprochen werden. Nach Ziehen sind diese durch rezidivirenden Verlauf charakterisirten Fälle prognostisch fast gleich günstig, wie die reine Manie, zu betrachten. Der Verf. betont im Gegensatz zu dieser Auffassung die Selbstständigkeit und Dauer des manischen Krankheitsbildes und nimmt für seine Fälle eine Kombination zweier divergenter Zustände an, eine Anschauung, für die mancherlei Analogien bestehen. Immerhin bleibt eine klinische Abgrenzung solcher Fälle von verwandten so lange überaus schwierig, wenn nicht unmöglich, als die Auffassung über den Begriff Paranoia, wie Verfasser an der Hand der Litteratur nachweist, bei den Autoren eine so verschiedenartige Definition erfährt.

Dr. Pollitz-Münster.

Zur Statistik der Anstaltsbehandlung der Alkoholisten. Von Prof. Dr. Moeli-Berlin-Lichtenberg. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 58. Bd., IV. H. (Vortrag im Psychiatrischen Verein zu Berlin.)

Verfasser warnt in der Einleitung seiner Arbeit vor einer Vergleichung seiner Ergebnisse mit denen anderer Anstalten. Sowohl die Verschiedenartigkeit des Krankenmaterials, als auch der Lebensbedingungen der Berliner Bevölkerung steht dem entgegen. Die Betrachtung erstreckt sich auf 742 Männer, von denen 449 innerhalb 6 Jahren ein Mal, 124 3—5 Mal und 53 noch öfter aufgenommen waren. Der Verfasser zeigt in einer Reihe Tabellen die Häufigkeit der Aufnahmen und die Dauer derselben. Eine nicht geringe Schwierigkeit macht die Eintheilung der verschiedenen Alkoholpsychosen. M. unterscheidet 1. die akuten Zustände, Delirium tremens, akute halluzinatorische Psychosen, vielfach verbunden mit einem schwer abgrenzbaren Grade von geistiger Schwäche; 2. Kranke, deren wesentlichstes Symptom Affektzustände und Angstanfälle auf alkoholischer Basis bilden; 3. die letzte Gruppe umfasst eine kleinere Anzahl Kranker, bei denen die geistige Schwäche bereits im Anfang im Vordergrunde stand. Aus der folgenden eingehenden Betrachtung über die Veranlagung geht hervor, dass eine starke erbliche Belastung, insbesondere auch Potus, am häufigsten bei epileptisch veranlagten Trinkern gefunden wurde. Eine grosse Zahl der Behandelten war vorbestraft (333 = 44,80 %). Die Art der Delikte umfasst an erster Stelle neben Betteln Körperverletzung, sodann Hausfriedensbruch, Unfug; Widerstand und Beleidigung sind ebenfalls in stattlichen Zahlen vertreten. — In seinen Schlussbetrachtungen kommt M. zu dem wenig erfreulichen Resultat, dass die Anstaltsbehandlung der Trinker bisher

recht unbefriedigende Ergebnisse liefert. Die längere Dauer der Anstaltspflege liess keine bessere Erfolge erkennen; auch die Familienpflege liess meist gänzlich im Stich, nur ein kleiner Theil nicht bereits stumpf gewordener Kranker wurde durch Anschluss an Enthaltsamkeitsvereine dauernd abstinent gehalten. Verfasser betont die Wichtigkeit derartiger Vereine, die die Anfangs zweifellos unentbehrliche Anstaltspflege ergänzen, und den zur Abstinenz Erzogenen in einer enthaltsamen Umgebung halten. Vereine dieser Art sollten daher aus öffentlichen Mitteln unterstützt werden, um dem Kranken nicht nur abstinente Umgebung, sondern auch abstinenten Verkehr und Beschäftigung zu beschaffen. Es handelt sich dabei um eine wichtige Frage der öffentlichen Gesundheitpflege.

Dr. Pollitz-Münster.

C. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Eine durch Betriebsunfall (Kopfverletzung durch Auffallen eines Steines) herbeigeführte Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach und deren Feststellung durch den Nachweis einer hochgradigen Verkürzung der Knochenleitung in das Ohr. Obergutachten, erstattet auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes unter dem 15. Juli 1900 vom Assistenzarzt Dr. Hirsch-Müchen (a) und unter dem 28. Dezember 1900 vom ärztlichen Kollegium zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten für Oberbayern [Referent: Prof. Dr. Ziemssen-München] (b), nebst otiatischem Gutachten, erstattet unter dem 24. Nov. 1900 von Dr. Wanner und bestätigt von Prof. Dr. Bezold in München (c). Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1901, Nr. 9.

a. K. hat am 30. Dezember 1895 durch Auffallen eines Steines eine Verletzung am Kopfe erlitten und will seit diesem Unfall an häufigen Kopfschmerzen, zeitweise, namentlich bei der Arbeit und beim Bücken auftretendem Schwindel und Schwerhörigkeit auf dem linken Ohre leiden.

Die Untersuchung im Zusammenhalte mit den während eines fast dreiwöchigen Krankenhausaufenthalts gemachten Beobachtungen hat Folgendes ergeben:

K. ist ein kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande, Haut im Gesicht, an Händen und Vorderarmen sonnengebräunt, an den Händen frische Schwielen. Ausser einer linearen, mit der Unterlage nicht verwachsenen Narbe am linken Stirnbeine findet sich am hinteren Ende des linken Scheitelbeines eine etwa für eine Fingerkuppe passende Impression des Knochens, die auf Druck schmerzhaft ist. Von Seiten des Nervensystems liessen sich ausser zeitweise geklagten Kopfschmerzen und Schwindelgefühl keine krankhaften Störungen nachweisen. Nur die Ohrenuntersuchung (ausgeführt von Herrn Dr. Wanner, Assistenzarzt an dem Ambulatorium für Ohrenkranke) ergab einen grossen Defekt im linken Trommelfelle, der vermuthlich schon aus der Kindheit des K. herdatirt und als Rest einer damals durchgemachten eitrigen Mittelohrentzündung aufzufassen ist. Ausserdem ergab aber die Stimmgabelprüfung im Gegensatze zu dem eigentlich nach obigem Befunde zu erwartenden Ergebnisse, dass die Knochenleitung in das linke Ohr bedeutend verkürzt ist, ein Befund, der nach den neuesten, erst auf dem letzten Kongresse der Ohrenärzte zu Heidelberg und im „Neurologischen Zentralblatt", 1900, Nr. 19, 20 u. 21 gemachten Veröffentlichungen von Herrn Dr. Wanner und Privatdozent Dr. Gudden darauf schliessen lässt, dass Verwachsungen der harten Hirnhaut mit dem Schädeldache bestehen.

Nach diesem Befunde erscheinen die anfangs angeführten, von K. geklagten Beschwerden begründet und glaubwürdig. Leider gelang es trotz mehrfacher Röntgenphotographien nicht, Verwachsungen der Hirnhaut mit dem Schädeldache zu erkennen, was jedoch absolut nicht gegen das Vorhandensein derselben spricht.

Die in dem Schreiben vom 19. Mai 1900 gestellten Fragen wären nach Obigem in folgender Weise zu beantworten:

Zu 1. Es bestehen bei K. Verwachsungen der harten Hirnhaut mit dem Schädeldache, wodurch die Klagen über Schwindel und Benommenheit auch objektiv begründet erscheinen.

Zu 2. Diese eben genannten Leiden sind als Folgen des am 30. Dezember 1895 erlittenen Unfalls anzusehen.

Zu 3. In der Erwerbsfähigkeit des K. ist seit dem am 15. September 1896 festgestellten Befunde nicht nur keine Besserung, sondern vielmehr eine Verschlechterung eingetreten.

Zu 4. K. ist zur Zeit durch sein Leiden zu 30 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt, und ist auch seit dem 1. November 1899 in dieser Weise beschränkt gewesen.

b. Das ärztliche Kollegium muss in allen wesentlichen Punkten dem Gutachten des Dr. Hirsch vom 15. Juli 1900 beitreten.

Die Untersuchung und Beobachtung des Jakob K. während seines Aufenthalts im Krankenhause l. J. gegen Ende des Monats November, welche vom Referenten, auf dessen Abtheilung K. lag, im Vereine mit dem Professor der Ohrenheilkunde Dr. Bezold und dem Assistenzarzte der otiatrischen Klinik Dr. Wanner vorgenommen wurde, hat die Befunde der genannten beiden Sachverständigen, welche in dem Gutachten des Dr. Hirsch vom 15. Juli 1900 niedergelegt worden sind, durchaus bestätigt, und diese Beständigkeit der Befunde gegenüber den jede Subjektivität des Kranken ausschliessenden physikalischen Untersuchungsmethoden lässt keinen Zweifel zu, dass bestimmte, stabile Veränderungen am Schädel des K. bestehen.

Wir legen zur Bekräftigung dessen ein eingehendes otiatrisches Gutachten bei, welches auf unser Ansuchen vom Assistenzarzte Dr. Wanner unterm 24. November 1900 erstattet und von Prof. Dr. Bezold bestätigt worden ist.

Zu der vom Reichsversicherungsamt angeregten Frage, wie sich das Kollegium zu der beregten otiatrischen Auffassung bezw. der Beweiskraft der von den beiden Otiatern konstatirten Befunde stelle, bemerken wir, dass wir die Wanner'sche Deutung dieser Befunde für richtig halten, um so mehr als dieselbe bereits durch einen anderweitigen Befund an der Leiche bestätigt wurde. Wir zweifeln nicht, dass diese Befunde und die darauf basirten Schlussfolgerungen in der nächsten Zeit von anderer Seite werden bestätigt werden.

Wir müssen hiernach die vom Reichsversicherungsamte gestellten Fragen in folgender Weise beantworten:

Zu 1. Es bestehen zur Zeit bei dem K. als Ursache seiner Beschwerden höchstwahrscheinlich Verwachsungen der harten Hirnhaut mit dem Schädeldache.

Zu 2. Dieselben sind mit hoher Wahrscheinlichkeit als Folgen des Unfalls vom 30. Dezember 1895 zu deuten.

Zu 3. In der Erwerbsfähigkeit des K. ist seit dem 15. September 1896 eine Besserung nicht eingetreten.

Zu 4. Die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit, welche zur Zeit besteht und als Unfallsfolge angesehen werden muss, beträgt 30 Prozent und hat in dieser Höhe wahrscheinlich seit dem 1. November 1899 bestanden.

c. Jakob K., Steinbrecher von P., geboren den 18. August 1873, wurde auf Veranlassung des Reichsversicherungsamts neuerdings zur Begutachtung in das Krankenhaus l. J. eingewiesen.

Derselbe giebt an, am 30. Dezember 1895 dadurch verunglückt zu sein, dass ihm aus der Höhe ein sich loslösender Stein auf die linke Kopfseite fiel. K. wurde nach seiner Heilung am 20. Januar 1896 zu seinem Truppentheile zurückgesendet, von dort jedoch später als dienstuntauglich entlassen. Seit dieser Zeit will er nicht mehr so arbeitsfähig sein, wie früher, namentlich aber häufig an heftigen Kopfschmerzen und Schwindel leiden. Diese Beschwerden sollen sich beim Bücken, bei Hitze und starken Anstrengungen, namentlich aber bei körpererschütternden Arbeiten wesentlich steigern; ferner soll eine auffallende Intoleranz gegen Alkohol im Vergleiche zu früher eingetreten sein. Wegen der oft wiederkehrenden Kopfschmerzen, die sich in den letzten Jahren eher gesteigert haben sollen, kann K. angeblich kein fortlaufendes Arbeitsverhältniss eingehen.

Ausserdem behauptet er, seit dem Unfall auf dem linken Ohre schlechter zu hören und zeitweise Ausfluss zu haben.

Aus dem am 11. August 1896 erstatteten Gutachten von Dr. Sch. (Blatt 11 der Akten der Berufsgenossenschaft) ergiebt sich, dass K. durch diesen Unfall auf der linken Kopfseite eine ungefähr 4 cm lange Wunde erlitt, welche den Schädelknochen in genannter Ausdehnung blosslegte und den Knochen selbst

in einer Ausdehnung von 2½ bis 3 cm Länge durchtrennte. Die äusseren Knochenwände waren nach dem Gehirne zu 2½ cm eingedrückt, so dass die harte Hirnhaut, sowie die Pulsation des Gehirns deutlich gesehen werden konnten.

Zur Zeit ist auf dem linken Scheitelbein eine ziemlich lineare Narbe von etwa 7 cm Länge zu sehen, in deren Mitte sich ein etwa fünfpfennigstückgrosser und ½ cm tiefer Eindruck befindet, die Narbe selbst ist mit dem Knochen nicht verwachsen, die Vertiefung auf Druck mässig schmerzhaft. Die Untersuchung der übrigen Organe einschliesslich des Nervensystems ergab normalen Befund.

Die Untersuchung des Gehörorgans ergab Folgendes:

Trommelfell rechts normal.

Links fehlen die unteren zwei Drittel des Trommelfells, eine im vorderen oberen Quadranten stehen gebliebene Randzone ist nach unten verkalkt. Die Schleimhaut der Paukenhöhle ist blass und glänzend, zur Zeit findet sich kein Eiter.

Die Hörweite beträgt für Flüstersprache: rechts 9 m und mehr, links 30 cm, wobei die Zahl 4 am schechtesten gehört wird.

Die Stimmgabel á (435 Doppelschwingungen) wird vom Scheitel, der Mittelohrerkrankung entsprechend, im linken Ohre gehört.

Aus diesem Befund ergiebt sich als Diagnose: Residuen einer chronischen Mittelohreiterung mit persistirender Perforation links (zur Zeit keine Eiterung). Normaler Befund rechts.

Die weitere Untersuchung mit der Bezold-Edelmann'schen kontinuirlichen Tonreihe ergab folgendes Resultat:

Untere Tongrenze: rechts = 16 Doppelschwingungen (v. d.) (normale Grenze für das menschliche Ohr), links B = 28 Doppelschwingungen.

Obere Tongrenze im Edelmann-Galton-Pfeifchen: rechts 0,23 mm Pfeifenlänge; 0,5 mm Maulweite = 47500 v. d., links 0,22 mm Pfeifenlänge; 0,5 mm Maulweite = 48000 v. d.

Stimmgabel A beim Aufstellen des Stieles auf den Scheitel in das linke Ohr — 11 Sekunden, das heisst 11 Sekunden weniger, als von einem vollständig normalen Menschen gehört wird.

Stimmgabel á vom Scheitel in's linke Ohr — 7 Sekunden. Die Verkürzung steigert sich für á auf 10 Sekunden, wenn die Stimmgabel direkt in die Vertiefung am Schädel eingesetzt wird und giebt Patient selbst an, in diesem Falle weniger stark zu hören.

Der Rinne'sche Versuch mit der á-Stimmgabel (Vergleichung der Luft- mit der Knochenleitung) beträgt rechts + 39 Sekunden, links + 2 Sekunden, das heisst: die Stimmgabel wird um 39 bezw. 2 Sekunden durch die Luftleitung, vor den Gehörgang gehalten, länger gehört als auf den Knochen aufgesetzt; beim normalen Ohre beträgt das Ueberwiegen der Luftleitung über die Knochenleitung für die Stimmgabel 30 Sekunden.

Diese Untersuchungen wurden ausgeführt am 26. Juni 1900, dann am 16., 17., 19. November 1900 wiederholt und jedes Mal ergab sich der gleiche Befund. Simulation ist auszuschliessen, zumal dem K. der Zweck der Prüfung ja vollständig unbekannt ist.

Bei der ausgedehnten, durch das Gutachten von Dr. Sch. (Blatt 11 der Akten der Berufsgenossenschaft) festgestellten Verletzung ist mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass ebenso wie aussen eine Narbe sich gebildet hat, auch eine Verwachsung auf der harten Hirnhaut entstand, zumal durch das eingedrückte Knochenstück fortgesetzt eine Reizung auf dieselbe ausgeübt worden sein dürfte. Es ist deshalb eine wohl nur umschriebene, aber innige Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldache an der Stelle der Verletzung und ihrer nächsten Umgebung anzunehmen. Dieser Annahme entsprechen auch sehr wohl die subjektiven Beschwerden des K., indem bei derartigen Erkrankungen der Hirnhaut bei stärkerem Zuflusse von Blut, veranlasst durch Hitze, anstrengende Arbeit, Bücken, Alkoholgenuss u. s. w., meist Kopfschmerz einzutreten pflegt.

Was die Erkrankung des linken Ohres des K. anlangt, so dürfte wohl bereits früher, vielleicht schon in der Kindheit eine Mittelohreiterung bestanden haben, von welcher die konstatirte Oeffnung im Trommelfell bestehen blieb, wenn auch nicht direkt von der Hand zu weisen ist, dass durch den Ver-

band, vielleicht durch Eisüberschläge u. s. w. nach dem Unfall eine neuerliche vorübergehende Eiterung veranlasst wurde.

Ausser diesem Befund ergab jedoch die oben mitgetheilte Prüfung mit den Stimmgabeln, dass die Knochenleitung im Vergleiche zu der eines normalen Menschen eine sehr beträchtliche Verkürzung aufweist, welche in diesem Falle insofern noch mehr hervortretend ist, als bei Mittelohreiterungen stets eine Verlängerung der Knochenleitung zu konstatiren ist.

Diese hochgradige Verkürzung der Knochenleitung ist mit dem übrigen Ohrbefund absolut nicht in Einklang zu bringen und es müssen irgend welche Störungen in der Schallleitung am Schädel angenommen werden; am nächstliegenden dürften die durch den Schädelbruch zweifellos hervorgerufenen Veränderungen der harten Hirnhaut hierfür in Betracht gezogen werden.

Eine Bekräftigung dieser Ansicht bot die Untersuchung von 17 weiteren Fällen, bei welchen nach Art der Erkrankung derartige Veränderungen der Hirnhaut mit zwingender Nothwendigkeit angenommen werden müssen. Bei allen diesen ergaben sich ähnliche Resultate. Eine direkte Bestätigung erhielt diese Annahme durch die Obduktion eines derartig untersuchten Kranken.

Eine Anerkennung aus ärztlichen Kreisen kann zur Zeit noch nicht vorliegen, da die Veröffentlichung für die Allgemeinheit erst im Laufe des Monats Oktober und November 1900 im „Neurologischen Zentralblatt" erfolgte.

Die Befunde sind jedoch bei allen Untersuchten derart konstant, dass die Annahme zweifellos richtig ist, und eine Bestätigung von anderer Seite wahrscheinlich nicht lange auf sich warten lässt.

Die Angaben des K. sind sehr exakt und frei von jeder Uebertreibung.

Die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des K. ist zunächst mit 30 Proz. anzusetzen, gleichzeitig ist aber die Möglichkeit offen zu lassen, dass im Laufe der Jahre eine Verschlimmerung seines Zustandes eintreten kann.

Das vorstehende Obergutachten hat nach Ueberzeugung des Rekursgerichts die Ansicht des von der Beklagten gehörten Arztes, dass der Kläger völlig wieder hergestellt sei, als unhaltbar verworfen, und die Berufsgenossenschaft ist deshalb unter Aufhebung der Vorentscheidungen zur Weiterzahlung der durch den angefochtenen Bescheid eingestellten Rente verurtheilt worden.

Tagesnachrichten.

Ernennung. Die in den diesjährigen Etat eingestellte neue Stelle eines vierten vortragenden technischen Rathes in der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums ist endlich besetzt und dem bisherigen Hülfsarbeiter in dieser Abtheilung, H. Reg.- und Med.-Rath Dr. Dietrich verliehen. Die Medizinalbeamten werden diese Ernennung sicherlich alle mit besonderer Freude und Befriedigung begrüssen!

Die **Ausführungsbestimmungen für das Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetz** sind jetzt dem Bundesrathe zugegangen, nachdem sie vorher von den zuständigen Abtheilungen des Reichsgesundheitsrathes einer Prüfung unterzogen waren.

Die Berathungen wegen Neuregelung des **Arzneimittelverkehrs** sind jetzt zum Abschluss gelangt. Dem Erlass einer bezüglichen kaiserlichen Verordnung darf in Kürze entgegengesehen werden.

Zum Konitzer Mord hat jetzt auch das Medizinalkollegium der Provinz Westpreussen in Danzig ein Gutachten erstattet, in dem es Zeitungs-Nachrichten zu Folge zu nachstehenden Schlussfolgerungen kommt: 1) Ernst Winter ist in Folge von Erstickung gestorben. 2) Der Halsschnitt ist kein Schächtschnitt, sondern nach dem Tode beigebracht in derselben Weise wie die übrigen am Körper befindlichen Schnitte zum Zwecke der Beiseiteschaffung der Leiche. 3) Winter hat sich in Ausübung des Geschlechtsaktes befunden. 4) Die auf Rock und Weste des Ernst Winter vorgefundenen Blutflecke sind nach dessen Tode mittelst geronnenen Blutes herangewischt. Das

Gutachten ad 1 steht in Uebereinstimmung mit dem Gutachten, das der Berliner Gerichtsarzt Dr. Puppe im Israelskiprozess abgab, und im Widerspruch mit dem Gutachten der Konitzer Aerzte Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Müller, Dr. A. Müller, Dr. Bleske, zum Theil auch mit denen der Gerichtsärzte Dr. Störmer und Med.-Rath Dr. Mittenzweig-Berlin. Das Gutachten zu 3 und 4 begründet sich auf ein Gutachten des Gerichtschemikers Dr. Bischoff-Berlin, der die sichtbaren Nachweise dafür an den Kleidern gefunden hat.

Eine Veröffentlichung dieses interessanten Gutachten wird hoffentlich nicht lange auf sich warten lassen; allerdings dürfte wohl vorher noch ein Obergutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen eingefordert werden.

In Bayern ist unter dem 18. Oktober eine neue ärztliche Gebührenordnung erlassen, die wir in eine der nächsten Beilage zum Abdruck bringen werden.

Die bayerische Unterrichtsverwaltung hat in den Staatshaushalt die Mittel zur Errichtung einer Professur für Gewerbehygiene an der Universität München eingestellt und dies mit dem Hinweise auf deren Bedeutung bei der neuzeitlichen Entwickelung der Industrie begründet. Die Bedeutung und der Umfang des Faches habe es als unthunlich erscheinen lassen, dem Bedürfnisse nach einer geordneten hygienischen Unterweisung der Medizinstudirenden in der Gewerbehygiene, etwa dadurch zu genügen, dass man einem der beiden Münchener Professoren der Hygiene noch einen Sonderauftrag, Gewerbehygiene zu lehren, gäbe. Das Gebiet verlange vielmehr die Berufung einer eigenen Lehrkraft. — Das nachahmungswerthe Vorgehen der bayerischen Unterrichtsverwaltung, die bekanntlich das Verdienst hat, die erste deutsche Hygieneprofessur ins Leben gerufen zu haben, zeigt, wie sehr dieselbe bemüht ist, den Forderungen des modernen Lebens im akademischen Unterricht gerecht zu werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder hat am 25. Oktober im Kaiserlichen Gesundheitsamt ihre diesjährige Hauptversammlung abgehalten. Nach den Berichten des Vorsitzenden Prof. Dr. Lassar, und des Schatzmeisters war zu entnehmen, dass der Gesellschaft z. Z. nahezu 2000 Mitglieder angehören. Der im November vorigen Jahres veranstaltete Wettbewerb zur Erlangung von Abhandlungen über Volksbäder hat sehr rege Beachtung gefunden. Eingelaufen sind 19 Arbeiten. Zwei derselben, die Arbeit des Dr. med. C. Bäumer-Berlin über „Volksbäder“ und die des Dr. G. Pölchau-Charlottenburg über „unser heutiges Badewesen“ wurden mit ersten Preisen ausgezeichnet, die Arbeiten des Ober-Ingenieurs Müllenbach-Hamburg, des Lehrers Elmagan-Charlottenburg und des Ingenieurs Gustav Fusch gelangten zum Ankauf; lobende Erwähnungen wurden dem Stabsarzt Dr. Krebs von der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, dem Dr. R. Friedländer-Berlin und dem Regisseur V. Hertel-Düsseldorf ertheilt. Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten trat die Versammlung in die wissenschaftlich-technische Tagesordnung ein. Dr. Pölchau-Charlottenburg gab zunächst in längerem Vortrag ein anschauliches Bild vom Badewesen der Vergangenheit, während Stadtbaurath Schulze-Bonn den Stand und die Entwickelung des Badewesens in der Rheinprovinz schilderte. Hierauf sprach der Oberbürgermeister am Ende-Dresden über das Schul-Brausebad, das sich überall, wo es eingerichtet worden ist, bewährt habe.

In Hamburg hat der Senat der Bürgerschaft den Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Förderung des Baues kleiner Wohnungen, zur Mitgenehmigung vorgelegt. Darnach wird die Finanzdeputation ermächtigt, im Wege öffentlicher Versteigerung die durch Beschluss von Senat und Bürgerschaft zu bezeichnenden Grundstücke zwecks Bebauung mit kleinen Wohnungen von höchstens 50 qm Wohnraum zu verkaufen oder für einen Zeitraum von höchstens 80 Jahren im Erbbaurecht zu überlassen. Die zu errichtenden Gebäude dürfen in den Obergeschossen nur kleine Wohnungen haben. Der Finanzdeputation wird ein durch Anleihe zu beschaffender Betrag von 1 200 000 Mark

zur Verfügung gestellt, um daraus an die Erwerber des Eigenthums oder des Erbbaurechts an den betreffenden Grundstücken oder sonstige Bauunternehmer Darlehen zu 4% Zinsen zur Erbauung solcher Gebäude zu gewähren. Für alle innerhalb dor nächsten 7 Jahre fertiggestellten derartigen Wohnungen von nicht mehr als 300 Mark Miethsertrag soll für einen 10jährigen Zeitraum von Erhebung der Grundsteuer abgesehen werden.

Typhusepidemie in Gelsenkirchen. Indem ich Bezug nehme auf die Mittheilungen der Zeitschrift für Medizinalbeamte in Nr. 20 über die Typhusepidemie in Gelsenkirchen, bitte ich ergebenst, auch nachstehender Notiz Raum geben zu wollen:

Die Auffassung, dass die gegenwärtige Typhusepidemie in Gelsenkirchen auf eine Verseuchung der Wasserleitung zurückgeführt werden muss, findet in allen sachverständigen Kreisen wohl ungetheilte Zustimmung. Dagegen bestehen in ärztlichen Kreisen gegen die Annahme des Herrn Reg.- u. Med.-Raths Dr. Springfeld, dass diese Verseuchung bei Gelegenheit eines Rohrbruches stattgefunden habe, sehr erhebliche Bedenken.

Auf Grund meiner Beobachtungen, die ich als Arzt und Krankenhausarzt seit vielen Jahren hierselbst zu machen Gelegenheit hatte, habe ich schon im Jahre 1890 die Ueberzeugung gewonnen, dass die Typhusepidemien in Gelsenkirchen und Umgegend als Wasserepidemien anzusehen sind und habe als Kreiswundarzt in meinem Sanitätsberichte über das Jahr 1890/91 bei Besprechung der Typhusepidemie des Jahres 1890/91 die Verseuchung der Wasserleitung auf den Gebrauch eines Filterrohres zurückgeführt, von dem mir bekannt war, dass es direkt aus der Ruhr in den Schöpfbrunnen der Wasserleitung führte und welches im Anfang der achtziger Jahre angelegt war, um den rapide sich steigernden Wasserkonsum der hiesigen Gegend decken zu können. Damals (im Jahre 1891) wurde von der damaligen Verwaltung des Wasserwerkes die Existenz bezw. der Gebrauch dieses Filterrohres geleugnet.

Bei der Besichtigung und Untersuchung der Pumpstation des Wasserwerkes, welche vor drei Tagen (am 17. d. Mts.) im Beisein des Herrn Geheimraths Dr. Koch stattfand, hat die jetzige Verwaltung des Wasserwerkes rückhaltlos die Erklärung abgegeben, dass eine direkte Zuleitung aus der Ruhr zu den Schöpfbrunnen der Wasserleitung seit vielen Jahren bestanden hat und auch bis Mitte September dieses Jahres benutzt worden ist. Ich glaube nicht, dass nach dieser Feststellung die Annahme des Herrn Reg.- und Med.-Rath Dr. Springfeld als einwandsfrei noch aufrecht erhalten werden kann. Auch stehen der Annahme, dass eine Verseuchung der Wasserleitung bei Gelegenheit des Rohrbruches am 15. August d. J. stattgehabt hat, noch mancherlei Bedenken zeitlicher, örtlicher und technischer Natur entgegen.

In einem Aufsatze „Grundwasserleitung und Typhus“ (Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege, XIX. Jahrgang, S. 386), der die Typhusepidemie des Jahres 1890/91 in Gelsenkirchen und Umgegend bespricht und sich inhaltlich im Wesentlichen mit meinem Sanitätsberichte für das Jahr 1890/91 deckt, habe ich meine Ansicht über die Entstehung der hiesigen Typhusepidemien mit folgenden Worten dargelegt: „Es liegt mir völlig fern anzunehmen, dass jederzeit der Genuss des Wassers der Gelsenkirchener Leitung die Gefahr der Typhusinfektion in sich schliesst. Diese Gefahr wird erst dann eine beachtenswerthe, wenn ungewöhnlich schnell und in ungewöhnlicher Menge die Ruhr durch Abfallstoffe und mit diesen durch Typhuskeime verunreinigt wird. Dies wird aber jedesmal dann geschehen, wenn durch grosse Regenmassen Abfallstoffe ausgelaugt, weggeschwemmt und der Ruhr zugeführt werden: aus diesem Grunde gingen den drei Typhusepidemien des Jahres 1890/91 in Gelsenkirchen jedesmal Hochwasser oder längerer und reichlicher Regen voraus.“; In ganz gleicher Weise findet nach meiner Ansicht auch die jetzige Typhusepidemie ihre Erklärung. Diese Ansicht gewinnt noch an Wahrscheinlichkeit, wenn man erwägt, dass die Abwässer von Königssteele unweit der Pumpstation der Wasserleitung in die Ruhr abgeleitet werden.

Nachdem durch lange anhaltende Dürre der Wasserstand der Ruhr im August d. J. auf das Aeusserste reduzirt war, fielen am 31. August und 1. September unter Gewitterbildung mächtige Regenmassen, welche sämmtliche Abfallstoffe von Königssteele und Umgegend, die sich während der trocknen Zeit ungestört angesammelt hatten, auf einmal der Ruhr und aus dieser direkt

der Wasserleitung zuführten. Nach 14 Tagen, am 15. September, war der explosionsartige Ausbruch einer Typhusepidemie im Versorgungsgebiete der Wasserleitung unverkennbar. San.-Rath Dr. Lindemann-Gelsenkirchen.

In einer am 17. Oktober stattgehabten Konferenz, an welcher Professor Koch, Vertreter der Behörden des Stadt- und Landkreises Gelsenkirchen und der Nachbarstädte sowie Vertreter der Grossindustrie theilnahmen, ist die Errichtung einer Seuchenstation beschlossen. Die Aufbringung der Kosten, die auf 50000 Mark jährlich geschätzt werden, ist für das erste Jahr durch Zuwendungen der Kommune, der Grossindustrie sowie der interessirten Kassen gesichert. Die Anstellung eines Leiters und zweier Assistenten ist vorgesehen. Zeitungsberichten zufolge hat sich übrigens der Erste Staatsanwalt in Essen am 27. Okt. nach Gelsenkirchen begeben, um über etwaige im Betriebe des Wasserwerks vorgekommene Unregelmässigkeiten Ermittelungen anzustellen

---

Ueberängstliche Stadtväter. Der Kreisarzt in Schöneberg bei Berlin hatte als Ehrenvorsitzender des dortigen Hebammenvereins bei der städtischen Schuldeputation den Antrag auf Ueberlassung eines Konferenzzimmers in einer der Schulen für die Sitzungen des Hebammenvereins gestellt, derselbe wurde aber abgelehnt mit der Begründung: „einen solchen Raum in einer unserer Schulen für den gedachten Zweck bereit zu halten, tragen wir wegen der Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten Bedenken. Wir bedauern daher, Ihrem Gesuche nicht entsprechen zu können". Dass Hebammen, abgesehen von Wochenbettfieber, auch als Vermittler anderer und namentlich für Schulkinder in Betracht kommender ansteckender Krankheiten zu fürchten sind, ist eine derartig rückständige Ansicht, dass man sie bei Stadtvätern in der Nähe der Hauptstadt, des angeblichen Mittelpunktes der Intelligenz, nicht für möglich halten sollte. Die betreffenden Mitglieder der Schuldeputation müssen alle unverheirathet oder kinderlose Ehemänner sein; denn sonst müssten sie doch wissen, dass gerade die Hebammen verpflichtet sind, Alles auf's Peinlichste zu vermeiden, wodurch sie zur Uebertragung ansteckender Krankheiten Veranlassung geben können. Und dabei nimmt dieselbe Deputation keinen Anstoss, Hörsäle in den Schulen für sogenannte Volksunterhaltungsabende herzugeben, bei denen einer Verschleppung ansteckender Krankheiten in die Schulen Thür und Thor geöffnet ist!

Pest. In Neapel ist seit dem 11. Oktober ein neuer Erkrankungsfall nicht vorgekommen; die Zahl der bis dahin bakteriologisch festgestellten Pestkranken wird auf 15 angegeben. Dagegen ist die Seuche wieder von Neuem in Konstantinopel eingeschleppt; in einer Familie sind am 18. Oktober 4 Pestfälle festgestellt, von denen einer bereits tödtlich verlaufen ist. Ausserdem ist noch durch einen von Smyrna eingetroffenen französischen Dampfer ein an Pest erkrankter Schiffsjunge an Land geschafft und ohne Wissen der Gesundheitsbehörde in das französische Krankenhaus gebracht. Auch in England sind in der letzten Zeit wiederholt Pestfälle vorgekommen, so in Glasgow im August und September d. J., wo 5 Erkrankungen, von denen 3 tödtlich verliefen, festgestellt sind und in jüngster Zeit in Liverpool.

In Aegypten sind in den 5 Wochen vom 13. September bis 18. Oktober 30 Erkrankungen mit 16 Todesfällen vorgekommen, davon 15 (6) in Alexandrien, 3 (2) in Port Said. Im Kaplande sind in der Zeit vom 23. August bis 28. September, abgesehen von einigen vereinzelten Fällen, nur noch in Port Elizabeth eine grössere Zahl von Pesterkrankungen aufgetreten, im Ganzen 16(5).

Eine ausserordentliche Zunahme hat die Seuche dagegen in Indien erfahren, denn in den 5 Wochen vom 24. August bis 27. September sind an Pest erkrankt bezw. gestorben in der Präsidentschaft Bombay: 5420 (3757), 6455 (4394), 8255 (5849), 7144 (5027) und 9342 (6653), in der Stadt Bombay: 189 (228), 216 (240), 262 (273), 202 (244), 205 (224).

In Hongkong betrug die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle an Pest vom 3.—23. August: 16 (19); in Numea (Neukaledonien) vom 12. August bis 7. Oktober: 29 (7), in Mauritius vom 12. Juli bis 5. September: 13 (10).

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

14. Jahrg. 1901.

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.

Der zweite Obduzent.

Von Dr. H. Kornfeld, Geh. Medizinalrath u. Gerichtsarzt in Gleiwitz.

Der obligatorische zweite Sachverständige in Entmündigungssachen ist gefallen; der zweite bei Leichenöffnungen muss ihm nachfolgen. Nach Puppe[1]) ist es durchaus nicht geboten, dass der erste Gerichtsarzt bei Sektionen diktirt, der zweite sezirt; vielmehr ist es sogar wünschenswerth, dass Ersterer beides gleichzeitig ausführt. Was ist der Grund zur Zuziehung eines zweiten Obduzenten? Offenbar derselbe, wie der bei der früheren Anordnung, dass zwei Sachverständige in Entmündigungssachen ihr Gutachten abgeben müssen. Die Nachtheile sind von dem Verfasser anderweitig schon betont worden; aber neuerdings hat sich ein besonderer zunehmend geltend gemacht: die Schwierigkeit, den zweiten zu beschaffen. Der benachbarte Medizinalbeamte, der nunmehr in erster Reihe als solcher zugezogen werden soll, wird bei dem Umfange der jetzigen Obliegenheiten des Kreisarztes (und der Praxis und Nebenstellungen) oft sich als verhindert erweisen; dazu wird durch die Entfernung die Sektion verzögert werden. Wenn aber Privatärzte zugezogen werden, dann wird die mangelnde Erfahrung solcher in gerichtlich-medizinischen Sachen leicht Meinungsverschiedenheiten herbeiführen, die später die Geschworenen beeinflussen, Obergutachten veranlassen, kurz, eine an sich klare Sache verwirren können. Dazu kommt die Möglichkeit, dass der zweite Sachverständige sich selbst zu der besonderen Technik bei Sektionen als nicht mehr qualifizirt erklären kann. Dieser Einwand ist allerdings vage und dürfte hinfällig sein; denn wo die

[1]) Rapmund: Der beamtete Arzt; 1900, Lief. 1, S. 52.

1922

Technik des zweiten Obduzenten nicht ausreicht, soll eben der erste einspringen. Auch dieser beherrscht ja die Technik nicht vollkommen; und spezielle Untersuchungsmethoden (inneres Ohr, gewisse Neubildungen etc.) müssten somit den Spezialisten, den pathologischen Anatomen überlassen werden. Seziren aber muss jeder approbirte Arzt können. Worauf es dem Richter ankommt, ist die Beurtheilung des Leichenbefundes und das motivirte, sachverständige Gutachten auf Grund desselben und der Ermittelungen. Nebenbei ist der Gerichtsarzt auch zur Geheimhaltung des Befundes, wenigstens während des Ermittelungs-Verfahrens, verpflichtet; der Privatarzt nicht.

Dass die Ersparniss bei Fortfall des zweiten Obduzenten eine beträchtliche sein wird, will ich nur kurz erwähnen.

Besonders auffällig ist es, dass auch in Unfallsachen zwei Obduzenten mitwirken sollen, und dass hier die vorangegangene Behandlung durch diese keinen Hinderungsgrund giebt.

Verfasser hat obige Forderung schon vor Falck erhoben und begründet[1]); und betont, dass die Aufgaben der gerichtlichen Medizin in anderen Kulturländern nicht weniger gut gelöst werden, als bei uns, trotzdem nur ein Sachverständiger zugezogen wird und — wie zugefügt werden muss — letzterer sogar event. ohne (die bei uns oft nur sehr vorübergehende körperliche) Anwesenheit der Richter. Ja, ob es nicht genügend ist, wenn bei einer unzweifelhaften Todesursache der Gerichtsarzt nur den Befund, soweit er für diese wesentlich ist, diktirt, über das Uebrige aber sich pflichtmässig selbst Notizen macht, wäre einer ernsten Erwägung sehr bedürftig. Dass der Gerichtsarzt nicht wenigstens allein an die Leichenschau vorkommendenfalls die Sektion anschliessen darf, ist besonders empfindlich. Sicher soll die Sektion so bald als möglich erfolgen, namentlich bei Vergiftungen, Neugeborenen und in der heissen Jahreszeit. Welche Zeit geht nun aber verloren, wenn erst Leichenschau und auf Grund dieser demnächst Sektion stattfindet. Wie oft kommt es vor, dass Sektion von der Staatsanwaltschaft angeordnet wird und im Termin der Gerichtsarzt mit Sicherheit begutachten kann, dass aus der Besichtigung die Todesursache mit voller Sicherheit hervorgeht oder die Sektion weiteren Aufschluss nicht erwarten lässt! Nach Verfassers Erfahrung ist mehrfach in solchen Fällen unter nachträglicher Billigung der Staatsanwaltschaft die Sektion unterblieben. Aber wie erwünscht wäre es, wenn der Gerichtsarzt wenigstens ausnahmsweise vorkommenden Falls an die Leichenschau ev. Sektion, allein, anschliessen könnte.

Beitrag zum Begriff des „Apothekergewerbes".

Von Dr. v. Gizycki, Arzt in Lyck.

Man sollte annehmen, dass durch die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen die Rechte und Pflichten der Apotheker und der

[1]) Vergl. mein Lehrb. d. ger. Med.

Begriff des „Apothekergewerbes“ soweit rechtlich festgelegt sind, dass wenigstens hinsichtlich der alltäglichen Vorkommnisse in dem bezeichneten Gewerbe und der Verletzungen der massgebenden Vorschriften wesentlich von einander abweichende Anschauungen bei Richtern u. ärztlichen Sachverständigen nicht vorauszusetzen wären.

Ein vor wenigen Wochen zur Aburtheilung gelangter Fall, den ich nach meinen Erfahrungen als ein recht häufiges Vorkommniss im Apotheken- bezw. Drogengeschäftsverkehr bezeichnen muss und bei dessen Verhandlung ich in letzter Instanz als Sachverständiger thätig zu sein Gelegenheit gehabt hatte, beweist, wie weit darin die Ansichten noch auseinander gehen können; jedes Urtheil, das rechtskräftig geworden ist, stellt ausdrücklich fest, dass ein Rechtsirrthum leicht denkbar und „die Strafbarkeit des Handelns nach dem Wortlaut der gesetzlichen Vorschriften nicht klar auf der Hand liegt“. Wenn in vorliegendem Falle die von mir als Sachverständigem vertretene Anschauung seitens des Gerichts angenommen und in einem inzwischen rechtskräftig gewordenen Urtheil ihren Ausdruck gefunden hat, so kann den entgegengesetzten, in den Verhandlungen bekannt gewordenen gutachtlichen Ansichten im Rahmen der bestehenden Bestimmungen gewiss nicht ihre Berechtigung ohne Weiteres abgesprochen werden.

Ich glaube, dass die hier zur Besprechung gelangenden Rechtsauffassungen und Ausführungen ein allgemeines Interesse haben und gebe sie daher den Herren Kollegen zur Kenntniss. Auch den Thatbestand und das Bekanntwerden der als Delikt angesprochenen Handlungen will ich ausführlicher wiedergeben, weil alle diese Vorkommnisse so recht den Verhältnissen des täglichen Lebens entsprechen.[1])

1. Der ländliche Besitzer P. erhält für sein erkranktes Pferd vom Thierarzt folgendes Rezept:

Rp. J. d. 2. II. 01.

Plumb. acetic. 300,0, Alum. crud. 150,0, Camphor. trit. 15,0.

M. f. pulv. D. S. Aeusserlich 1 Essl. auf 1 l Wasser.

Für Pferde des Herrn P. M., Thierarzt.

P. war an dem Wohnorte des Thierarztes nicht näher bekannt, und kam in das Geschäftslokal des Drogenhändlers E. B. Hier gab er das Rezept ab, und es wurde ihm gesagt, er solle nach einer halben Stunde wieder kommen. B. hat ihm dann drei Päckchen Pulver verabfolgt und gesagt, er solle die Pulver in einer bestimmten Menge Wasser auflösen und die Pferde täglich zwei Mal kalt abreiben. Dieses Rezept wollte P. noch ein zweites Mal anfertigen lassen; er begab sich daher damit in eine ihm näher gelegene Apotheke eines anderen Ortes. Hier ermittelte der Apotheker, dass das Rezept schon ein Mal von B. angefertigt war, und gab seinem Kollegen in J. davon Kenntniss, welcher bei der Ortspolizeibehörde zu J. gegen B. Anzeige erstattete.

2. Der Zögling G. der Präparandenanstalt zu J. wurde mit einem Rezept des Dr. H. nach der Apotheke geschickt. Er hat angeblich nicht Bescheid gewusst und ist in die Drogenhandlung des B. gerathen. Hier ist ihm ein Pulver und eine Flasche dazu mit der Weisung verabfolgt worden, das Pulver in der verabfolgten Flasche mit warmem Wasser aufzulösen. Dementsprechend ist auch verfahren worden. Das überreichte Rezept war folgendes:

Rp. J. 28. II, 01

Sol. acid. boric. 6,0/200,0 S. Aeusserlich für Präparand G. — gez. Dr. H.

Zur Erneuerung der Arznei wurde Rezept und Flasche nach der Apotheke von Sch. in J. gebracht. Sch. stellte wiederum die erstmalige Anferti-

[1]) Die Wiedergabe lehnt sich streng an die eidlichen Aussagen der Zeugen und Sachverständigen.

gung in der Drogenhandlung des B. fest und erstattete wiederum Anzeige gegen den B.

Auf Antrag des Amtsanwalts zu J. wurde nunmehr gegen B. ein gerichtlicher Strafbefehl unter dem 20. März 1901 erlassen mit der Beschuldigung, innerhalb der letzten drei Monate durch mehrere selbstständige Handlungen in J. den selbstständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes, des Apothekergewerbes, zu dessen Beginn eine besondere polizeiliche Genehmigung (Approbation) erforderlich ist, ohne diese vorschriftsmässige Genehmigung unternommen und fortgesetzt zu haben, indem er auf Rezepte von Aerzten und Thierärzten die betr. Arzneimittel anfertigte (Uebertretung bezw. Vergehen gegen §. 147 Nr. 1 der Reichs-Gewerbe-Ordnung und der Allerhöchsten Verordnung vom 27. Januar 1890 und §. 367, Nr. 3 R. Str. G.)

Gegen diesen Strafbefehl erhob B. Einspruch und es kam zur Verhandlung vor dem Königlichen Schöffengericht zu J. am 25. April 1901.

Der Thatbestand wurde festgestellt durch die Zeugen, wie oben angegeben. Der angeklagte B. gab die Verabfolgung der Arzneibestandtheile zu, bestreitet aber die Arznei zubereitet zu haben, sondern erjwill das Mischen den Kunden selbst überlassen haben. Da die Arzneibestandtheile dem Handel frei gegeben seien, habe er sich einer Uebertretung der Kaiserl. Verordnung vom 27. Januar 1890 nicht schuldig gemacht. Der seitens des Gerichts geladene ärztliche Sachverständige Dr. X. bezeichnet die Handlungsweise des Angeklagten in dem Falle 1 als nicht anfechtbar, wohl aber in dem Falle 2 mit der Borsäure, falls er die Lösung selbst besorgt hat. Der Angeklagte hatte vorher noch einen Schriftsatz zu den Akten eingereicht, in welchem er ausführt, dass in der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 und auch nicht in anderen Gesetzen vermerkt sei, es sei verboten, frei gegebene Heilmittel auf Rezepte zu verabfolgen.

Das Schöffengericht fand den Angeklagten der Uebertretung der Kaiserlichen Verordnung nicht schuldig und sprach ihn frei. In den Gründen ist ausgeführt, dass der Angeklagte zwar die Bestandtheile der in den ärztlichen Rezepten bezeichneten Arzneien verkauft, letztere als solche aber nicht angefertigt, sondern es den Käufern überlassen habe, die Stoffe in Wasser aufzulösen und die Medizin sich selbst anzufertigen. Hierin könne, da nach Angabe des ärztlichen Sachverständigen die verkauften Sachen für den Drogenhandel freigegeben sind, eine Ausübung des Apothekergewerbes nicht gefunden werden.

Auf die seitens des Amtsanwalts eingelegte Berufung stand Termin vor der IV. Strafkammer des Königl. Landgerichts zu L. am 5. Juli 1901 an. Vor dem Termin hat der Angeklagte einen langen, anscheinend mit Unterstützung eines Juristen angefertigten Schriftsatz vom 3. Juli 1901 zu den Akten eingereicht. In demselben wendet er sich gegen die Ausführungen der Berufungsschrift und gegen die Anwendung der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 auf seine Handlungen. Die Verordnung verlangt das Vorhandensein einer „Zubereitung", eines „Gemenges". Das Wort Zubereitung bilde den Gegensatz zu dem Zustand, welcher als der ursprüngliche einer Sache bezeichnet werden könne; ein zubereiteter Gegenstand sei ein solcher, mit dem eine Manipulation vorgenommen sei; das Ergebniss sei die Form, daher sei der Verkauf der einzelnen, dem Verkehr überlassenen Bestandtheile eines Heilmittels erlaubt, im Gegensatz zum Heilmittel „als fertiges Ganzes;" letzteres repräsentire die Form, die Vereinigung der einzelnen Theile, hervorgerufen durch die Manipulation des Mengens und Mischens; hierin liege die Thätigkeit des Zubereitens. Das Abwiegen in einzelne vorgeschriebene Gewichtsmengen und die Abgabe der freigegebenen Stoffe sei nicht als Zubereitung anzusehen, sondern lediglich als „vorbereitende Handlungen". Die Auffassung, welche in jenen Handlungen eine Zubereitung erblicke, verstosse gegen den klaren Wortlaut der Kaiserlichen Verordnung; sie muthe dem Verfasser der Verordnung zu, dass er den Unterschied zwischen der vorbereitenden Handlung und dem fertigen Resultat nicht erfasst habe; es sei unzulässig, Absichten, die der Gesetzgeber gehabt, die aber nicht zum Ausdruck gekommen, bei Anwendung eines Strafgesetzes zu berücksichtigen; was das Gesetz nicht ausgesprochen, habe der Richter nicht hineinzutragen. „Es ergiebt sich dies schon daraus, dass sich der Sinn und Zweck eines Gesetzes, bei dem verschiedene Körperschaften mitgewirkt haben, nie so sicher feststellen lässt, dass nicht ein Irrthum

ausgeschlossen wäre.“ — Die Garantien für die gute Beschaffenheit der Stoffe, welche angeblich in den Apotheken geboten werden, verlange das Publikum gar nicht vom Drogisten; es nehme die Zusammensetzung der gelieferten Rohstoffe auf sein eigenes Risiko; das Publikum wolle sich nur auf möglichst billige Weise in den Besitz irgend eines Medikaments setzen, denn es müsse in den Apotheken mit übermässig hohen Preisen das 4—5fache zahlen. Das Gesetz wolle weder dem Publikum verbieten, sich die Rohstoffe um ein Billiges zu kaufen und sich das Heilmittel selbst zu bereiten, noch dem Drogisten, diese Rohstoffe zu verkaufen.

Endlich spreche die Kaiserliche Verordnung mit keinem Worte davon, „dass die Anfertigung von Rezepten ausserhalb der Apotheken verboten sei. Der Drogist dürfe demnach sehr wohl ein Rezept anfertigen, falls er nur nicht eine verbotene Zubereitung vornehme (!) und die auf dem Rezept vorgeschriebenen Artikel nicht unter das Verzeichniss B. der Kaiserlichen Verordnung fallen.

Die Strafkammer konnte im ersten Termin zu einem Urtheil noch nicht gelangen und es wurde beschlossen, noch zwei ärztliche Sachverständige, Dr. Y. und mich zu hören.

In der Sitzung der II. Ferienstrafkammer (5 Richter) am 30. Juli 1901 äusserte sich Dr. Y. dahin, dass seiner Meinung nach „sich der Angeklagte einer Ausübung des Gewerbes als Apotheker nicht schuldig gemacht habe; denn es sei vollständig gleich, ob der Angeklagte dem Kunden auf Grund eines Rezeptes die einzelnen Medikamente verabfolgt habe, oder auf mündliches Verlangen“. Meine Ansicht giebt das Sitzungsprotokoll dahin wieder, dass ich es als eine Umgehung des Gewerbes des Apothekers bezeichnete, wenn der Angeklagte auf Grund eines Rezeptes die einzelnen Medikamente verabfolgte. Das Zusammenmengen einzelner Medikamente sei keine wesentliche Obliegenheit des Apothekers. Die Entschuldigung des Angeklagten, dass er das Zusammenmengen der Medikamente den Kunden überlasse, dürfte ihn nicht vor Innehaltung der bestehenden Bestimmungen der Gewerbeordnung schützen.[1])

Die Strafkammer kam zu einem anderen Ergebniss als das Schöffengericht. Ich lasse das Urtheil in extenso folgen. Der Tenor lautet:

Das Urtheil des Königlichen Schöffengerichts zu J. vom 25. April 1901 wird aufgehoben und der Angeklagte wegen Vergehens gegen die Gewerbeordnung §. 147 Nr. 1 zu 10 Mark Geldstrafe, an deren Stelle im Nichtbeitreibungs-

---

[1]) In meinem Gutachten habe ich folgendes ausgeführt: 1. Die Handlung des Angeklagten verstösst meines Erachtens schon gegen die Kaiserliche Verordnung; derselbe thut mit seiner Auslegung, die zu wörlich ist, den Begriffen „Zubereitung“, „Gemenge“ Zwang an; es kommt nur darauf an, dass die in ihrer Zusammensetzung das Heilmittel darstellenden Stoffe nach Art und Menge, sei es nach Massgabe einer allgemeinen Vorschrift (Form. magistralis) oder eines Rezepts, in dem für das Heilmittel vorgeschriebenen Verhältniss abgegeben werden und zur Anwendung als Heilmittel bestimmt sind. Dass der Drogist die mechanische Arbeit des Mengens selbst ausführt, ist nicht erforderlich; er könnte dieses ebenso gut einem anderen, z. B. einem Geschäftsgehülfen oder dem Käufer selbst überlassen. 2. Sollten Bedenken vorliegen, dieser Auffassung der Begriffe „Zubereitung“, „Gemenge“ beizutreten, so liegt sicherlich eine Ausübung des Apothekergewerbes vor, denn die Handlungen, die der Angeklagte vorgenommen hat, sind lediglich den Apotheken vorbehalten nach §. 456, II., 8. Allgem. Landrechts. Keinesfalls können die vom Angeklagten ausgeführten Handlungen als vorbereitende gelten, sie sind die wesentlichen des Apothekergewerbes, sie sind ausführende Handlungen. Das mechanische Mischen ist verhältnissmässig unwesentlich. Darnach liegt eine Verletzung der §§. 29 und 147 der Gewerbeordnung vor. 3. Falls die Handlungen sich nicht als gewerbsmässig betrieben erweisen sollten, käme §. 367, Nr. 3 des Str. G. B. zur Anwendung, der mit Strafe denjenigen bedroht, der „ohne polizeiliche Erlaubniss Gifte oder Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht frei gegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überlässt“, in Gemeinschaft mit §. 456 II. 8. Allg. Land-Rechts, der durchaus noch zu Recht besteht und durch die spätere Gesetzgebung hinsichtlich der Arzneimittel weder aufgehoben, noch eingeschränkt ist, nach welchem Apotheker zur Zubereitung der Arzneimittel, ingleichen zum Verkauf derselben und der Gifte ausschliesslich berechtigt sind.

falle 2 Tage Haft treten, verurtheilt. Die durch das Verfahren beider Instanzen entstandenen Kosten fallen dem Angeklagten zur Last.

V. R. W.

Gründe.

.... Die Hauptverhandlung vor dem Berufungsgericht hat folgenden Sachverhalt ergeben:

Der Angeklagte betreibt in J. ein Drogengeschäft, hat jedoch weder die Approbation als Apotheker, noch ist ihm der selbstständige Betrieb des Apothekergewerbes obrigkeitlich gestattet worden. Obwohl nun Angeklagter als Apotheker nicht approbirt worden ist, hat er trotzdem geständlich in der letzten Zeit, insbesondere auch in den letzten 3 Monaten vor dem 25. März 1901, dem Tage des Erlasses des richterlichen Strafbefehls, Arzneimittelbestandtheile auf Grund ihm überbrachter ärztlicher und thierärztlicher Rezepte an Personen wiederholt in der Weise verkauft, dass er die Rezepte las, die einzelnen Bestandtheile des verschriebenen Arzneimittels feststellte, ihre Mengen genau nach dem Rezepte abwog und dem Ueberbringer des Rezepts getrennt übergab, es jedoch unterliess, die verschriebene Arznei vollständig gemäss dem Rezepte durch Vermengung mit einander herzustellen, sondern den Ueberbringer anwies, dies selber zu thun; war im einzelnen Falle Aqua destillata nöthig, so händigte er auch dieses dem Ueberbringer in einer Flasche ein. So hat Angeklagter unter Anderem Anfang Februar 1901 dem Wirth P. auf ein ihm übergebenes, von dem Thiearzt M. ausgestelltes Rezept die darin verschriebenen drei einzelnen Pulverarten in drei Päckchen übergeben und ihn angewiesen, die Pulver in etwa 5 Liter Wasser aufzulösen und mit der Lösung seine Pferde täglich zwei Mal kalt abzureiben. Ferner hat Angeklagter Ende Februar 1901 dem Präparanden G. auf ein Rezept des praktischnn Arztes Dr. H. das aufgeschriebene Pulver, sowie eine Flasche dazu verabfolgt mit der Anweisung, das Pulver in der Flasche in warmem Wasser aufzulösen; G. hat dieses denn auch in seiner Wohnung gethan. Die auf den beiden genannten Rezepten verschriebenen einzelnen Arzneibestandtheile sind nicht durch die in der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 beigefügten Verzeichnisse dem Verkaufe in Apotheken allein vorbehalten worden, und Angeklagter hat, wie ihm nicht widerlegt worden ist, behauptet, dass er in der geschehenen Weise nur stets dem freien Verkehr überlassene Arzneien an Kunden auf Grund übergebener Rezepte überlassen habe.

Das Gericht hat in dem Verfahren des Angeklagten das Unternehmen des selbstständigen Betriebes des stehenden Gewerbes eines Apothekers erblickt, indem davon ausgegangen worden ist, dass der Angeklagte, wennschon er die Vermischnng der einzelnen in den Rezepten enthaltenen Bestandtheile dem Kunden überlassen hat, eine Arznei im Sinne des §. 456, II., 8. A. L. R. zubereitet hat.

Das Apothekergewerbe ist begrifflich das gewerbsmässige pharmazeutisch-kunstgemässe Herstellen und Verkaufen einer Arznei, wobei es unwesentlich ist, ob die Arznei nur aus solchen Bestandtheilen zusammen gesetzt ist, welche für den Drogenhandel freigegeben sind. Der Angeklagte hat alles dasjenige vorgenommen, was speziell die Thätigkeit eines Apothekers ausmacht und ausmachen soll. Er hat die Rezepte aufgelöst, aus ihnen die Art und die Mengen der einzelnen Bestandtheile der verschriebenen Arznei festgestellt und alsdann den Kunden angewiesen, die Bestandtheile zu vermengen und nach Vorschrift des Rezepts zu gebrauchen. Dadurch, dass er die rein mechanische Thätigkeit des Vermengens der einzelnen Rezeptbestandtheile nicht selber vorgenommen, sondern den Kunden überlassen hat, kann seiner Thätigkeit nicht der Charakter des unbefugten Rezeptirens und Zubereitens einer Arznei, wie solches ausschliesslich den Apothekern vorbehalten ist, genommen werden. Das rein mechanische Vermischen der Arzneibestandtheile kann auch ein Apotheker durch einen Dritten vornehmen lassen, allein wesentlich ist dagegen diejenige Thätigkeit, welche, wie das Lesen und Auflösen des Rezepts und das Feststellen der Mengen der einzelnen Bestandtheile, besondere Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. Gerade die Approbation als Apotheker soll die Garantie für den Besitz der hierzu nothwendigen Sachkunde gewähren, und diese Garantie vermag ein Drogenhändler ohne Weiteres nicht zu bieten.

Das Thun des Angeklagten enthält somit das pharmazeutische Zubereiten

und Verkaufen einer bis auf das mechanische Zusammenmischen gebrauchsfertigen Arznei, mithin die Ausübung des Apothekergewerbes, wie auch von dem Sachverständigen Dr. von G., freilich im Gegensatz zum Dr. Y., angenommen worden ist. Der Angeklagte hat auch aus der fortgesetzten Verübung dieser Art Thätigkeit sich eine dauernde Erwerbsquelle verschaffen wollen, hat mithin auch den Betrieb eines wirklichen Apothekergewerbes unternommen.

Der Einwand des Angeklagten, dass er geglaubt habe, es sei zu der von ihm entfaltenen Thätigkeit eine polizeiliche Genehmigung (Approbation) nicht erforderlich, kann die Bestrafung nicht ausschliessen, da dieser sein Irrthum auf dem Gebiete des Strafrechts liegt. Es sind aber alle sonstigen Thatbestandsmerkmale des §. 147, Nr. 1 der Gewerbeordnung gegeben. Angeklagter ist als Apotheker nicht approbirt, er hat dieses gewusst, hat aber trotzdem, wie er wollte, in der geschehenen Weise Arzneien zubereitet und verkauft, um sich einen fortgesetzten Erwerb zu verschaffen.

Es war daher festzustellen,

dass der Angeklagte zu J. in den letzten drei Monaten vor dem 25. März 1901 den selbstständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes, nämlich des Apothekergewerbes, zu dessen Beginn eine besondere polizeiliche Genehmigung (Approbation) erforderlich ist, ohne diese vorschriftsmäseige Genehmigung unternommen hat.

— Vergehen gegen §§. 29. 147 Abs. 1, Nr. 1 der Gewerbeordnung. —

Der Angeklagte war somit unter Aufhebung des Vorderurtheils wegen Gewerbepolizeivergehens zu verurtheilen. Bei der Strafzumessung ist berücksichtigt worden, dass Angeklagter sich immerhin in einem Rechtsirrthum befunden hat und die Strafbarkeit des Handelns desselben nach dem Wortlaut der gesetzlichen Vorschriften nicht klar auf der Hand liegt. Es ist daher eine Geldstrafe von 10 Mark und im nicht Beitreibungsfalle gemäss §. 145 Gewerbe-Ordnung, §. 29 St. G. B. eine Haftstrafe von 2 Tagen als eine ausreichende Sühne erschienen. Die Entscheidung wegen der Kosten beruht auf §. 497 St. P. O.

Dieses Urtheil hat Rechtskraft erlangt, da die vom Angeklagten angemeldete Revision wegen nicht rechtzeitiger Rechtfertigung verworfen worden ist. Es wäre gewiss nicht bedeutungslos gewesen — wenigstens für den Bezirk des Oberlandesgerichts Königsberg i. Pr. — wenn dieses in letzter Instanz festgestellt hätte, dass der Begriff des „Apothekergewerbes“ nicht verkannt ist. In jedem Falle glaube ich dem mitgetheilten Urtheil eine gewisse massgebliche Bedeutung beilegen zu müssen, da es nach der mir bei dem hiesigen Landgericht zugänglichen Literatur bisher das einzige ist, welches dieses Delikt der Drogisten in so eingehender und erschöpfender Weise überzeugend behandelt.

Die Begriffe „Zubereitungen“ und „Gemenge“ sind schon häufiger Gegenstand der richterlichen Beurtheilung im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 gewesen. Die Rechtsprechung ist leider keine einheitliche gewesen. Auf der einen Seite wurde festgestellt, dass das Einzelabgeben und nachherige Zusammenmischen der einzelnen Bestandtheile zusammengesetzter Arzneien in den Drogenhandlungen den Begriff der Arzneimischung involvire und daher ebenso strafbar sei, wie das Abgeben einer dem freien Verkehr entzogenen, zusammen gesetzten Arznei (Kammergericht: 24. Mai 1892; 1. März und 2. August 1894; O. L. G. Breslau: 15. Dezember 1898; L. G. Stettin: 21. Februar 1893; L. G. Flensburg: 2. August 1893; L. G. Glogau; 9. Dezember 1896.) Auf der anderen Seite sind Urtheile dahin ergangen, dass eine blosse Zusammenstellung einzelner, dem

Handel freigegebener Substanzen, deren Vermengung oder Vermischung zur Zubereitung eines bestimmten Heilmittels dem Käufer selbst überlassen wird, mit §. 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 nicht in Widerspruch steht (O. L. G. Köln: 3. September 1891 und 1. Dezember 1893; O. L. G. Jena: 17. September 1898; O. L. G. Celle: 18. Juni 1898).

Die Beseitigung der Rechtsunsicherheit und der Schwankungen der Judikatur auf diesem Gebiete, wenn nicht anders, so im Wege der Gesetzgebung muss wohl allgemein als erwünscht bezeichnet werden.[1])

Die neue Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln.

Vom Herausgeber.

Die neue Kaiserliche Verordnung, betr. den Verkehr mit Arzneimitteln ist unter dem 22. Oktober d. J. erlassen und hat folgenden Wortlaut[2]):

§. 1. Die in dem angeschlossenen Verzeichniss A aufgeführten Zubereitungen dürfen, ohne Unterschied, ob sie heilkräftige Stoffe enthalten oder nicht, als Heilmittel *(Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Thieren)* ausserhalb der[3]) Apotheken *nicht* feilgehalten oder verkauft werden.

Dieser Bestimmung unterliegen von den bezeichneten Zubereitungen, soweit sie als Heilmittel feilgehalten oder verkauft werden,

a) kosmetische Mittel (Mittel zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle), Desinfektionsmittel und Hühneraugenmittel nur dann, wenn sie Stoffe enthalten, welche in den Apotheken ohne Anweisung eines Arztes, Zahnarztes, oder Thierarztes nicht abgegeben werden dürfen, kosmetische Mittel ausserdem auch dann, wenn sie Kreosot, Phenylsalicylat oder Resorcin enhalten;

b) künstliche Mineralwässer nur dann, wenn sie in ihrer Zusammensetzung natürlichen Mineralwässern nicht entsprechen und zugleich Antimon, Arsen, Baryum, Chrom, Kupfer, freie Salpetersäure, freie Salzsäure oder freie Schwefelsäure enthalten.

Auf Verbandstoffe (Binden, Gazen, Watten und dergleichen), auf Zubereitungen zur Herstellung von Bädern, sowie auf Seifen *zum äusserlichen Gebrauche* findet die Bestimmung im Abs. 1 nicht Anwendung.

§. 2. Die in dem angeschlossenen Verzeichnisse B aufgeführten *Stoffe*[4]) dürfen *ausserhalb der*[3]) Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden.

§. 3. Der Grosshandel unterliegt den vorstehenden Bestimmungen nicht. Gleiches gilt für den Verkauf der im Verzeichnisse B aufgeführten *Stoffe*[5]) an Apotheken oder an solche *öffentlichen Anstalten,*[6]) welche Untersuchungs- oder Lehrzwecken dienen und nicht gleichzeitig Heilanstalten sind.

§. 4. Der Reichskanzler ist ermächtigt, weitere, im Einzelnen bestimmt zu bezeichnende Zubereitungen, Stoffe und Gegenstände vom dem Feilhalten und Verkaufen ausserhalb der Apotheken auszuschliessen.

---

[1]) Ist inzwischen durch die neue Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 wenigstens zum Theil geschehen. Red.

[2]) Die Abänderungen sind durch Kursivschrift und durch besondere Anmerkungen kenntlich gemacht.

[3]) Die frühere Fassung lautete: „nur in Apotheken".

[4]) Statt „Drogen und chemische Präparate".

[5]) Statt „Gegenstände".

[6]) Statt „Staatsanstalten". Die jetzige Fassung ist also eine weitergehende, da hierunter auch alle von kommunalen Körperschaften (Gemeinden, Kreisen, Provinzen u. s. w.) errichteten Anstalten fallen.

§. 5. Die gegenwärtige Verordnung tritt mit dem 1. April 1902 in Kraft. Mit demselben Zeitpunkt treten die Verordnungen, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, vom 27. Januar 1890, 31. Dezember 1894, 25. November 1895 und 19. August 1897 (Reichs-Gesetzbl., 1890 S. 9, 1895 S. 1 und 455, 1897 S. 707) ausser Kraft.

Verzeichniss A.

1. Abkochungen und Aufgüsse (decocta et infusa);
2. Aetzstifte (styli caustici);
3. Auszüge in fester oder flüssiger Form (extracta et tincturae), ausgenommen:[1])

Arnikatinktur, Baldriantinktur, auch *ätherische, Benediktineressenz,* Benzoëtinktur, *Bischofessenz,* Eichelkaffeeextrakt, Fichtennadelextrakt, Fleischextrakt, Himbeeressig, Kaffeeextrakt, Lakritzen (Süssholzsaft), auch mit Anis, Malzextrakt, auch mit Eisen, Leberthran oder Kalk, Myrrhentinktur, *Nelkentinktur,* Theeextrakt von Blättern des Theestrauchs, *Vanillentinktur,* Wachholderextrakt;

4. Gemenge, trockene, von Salzen oder zerkleinerten Substanzen, oder von beiden unter einander, *auch wenn die zur Vermenguug bestimmten einzelnen Bestandtheile gesondert verpackt sind* (pulveres, salia et species mixta), *sowie Verreibungen jeder Art (triturationes),* ausgenommen:

Brausepulver *aus Natriumbikarbonat und Weinsäure,* auch mit Zucker oder ätherischen Oelen gemischt, *Eichelkakao, auch mit Malz, Hafermehlkakao,* Riechsalz, Salicylstreupulver, Salze, welche aus natürlichen Mineralwässern bereitet oder den solchergestalt bereiteten Salzen nachgebildet sind, *Schneeberger Schnupftabak mit einem Gehalte von höchstens 3 Gewichtstheilen Nieswurzel in 100 Theilen 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 2 Gewichtstheilen Bleiessig in 100 Theilen der Mischung*[2]), Eukalyptuswasser, Fenchelhonig, *Fichtennadelspiritus (Waldwollextrakt), Franzbranntwein mit Kochsalz, Kalkwasser, auch mit Leinöl,* Kampherspiritus, Karmelitergeist, Leberthran *mit ätherischen Oelen,* Mischungen von Aetherweingeist, Kampherspiritus, Seifenspiritus, *Salmiakgeist und Spanischpfeffertinktur, oder von einzelnen dieser fünf Flüssigkeiten* unter einander zum Gebrauche für Thiere, sofern die einzelnen Bestandtheile der Mischungen auf *den Gefässen, in denen die Abgabe erfolgt,*[3]) angegeben werden, *Obst*säfte[4]) mit Zucker, *Essig oder Fruchtsäuren* eingekocht, Pepsinwein, Rosenhonig, *auch mit Borax,* Seifenspiritus, weisser *Sirup;*[5])

6. Kapseln, gefüllte, von Leim (Gelatine) oder Stärkemehl (capsulae gelatinosae et amylaceae repletae), ausgenommen solche Kapseln, welche

Brausepulver der unter Nr. 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, Natrium-*

---

[1]) Nicht aufgenommen ist hier: Aloëtinktur zum Gebrauch für Thiere.

[2]) War bisher nur „zum Gebrauch für Thiere" freigegeben.

[3]) Die frühere Fassung lautete: „Auf den Abgabegefässen". Nach der jetzigen ist nunmehr jeder Zweifel aufgehoben, dass nicht die Aufnahmebehälter, in denen die betreffenden Zubereitungen feilgehalten werden, sondern die Gefässe, in denen sie an die Käufer abgegeben werden, die Bezeichnung „zum Gebrauch für Thiere" tragen müssen.

[4]) Statt „Fruchtsäfte".

[5]) Statt „Zuckersyrup.

bikarbonat oder Brausepulver, auch mit Geschmackzusätzen, welche nicht zu dnn Stoffen des Verzeichnisses B gehören;

10. Pflaster und Salben (emplastra et unguenta), ausgenommen: Bleisalbe zum Gebrauche für Thiere,[1]) Borsalbe zum Gebrauche für Thiere,[1]) Cold-Cream, *auch mit Glycerin, Lanolin oder Vaselin,* Pechflaster, *dessen Masse lediglich aus Pech, Wachs, Terpentin und Fett oder einzelnen dieser Stoffe besteht,* englisches Pflaster, Heftpflaster, Hufkitt, Lippenpomade, Pappelpomade, Salicyltalg, *Senfleinen,* Senfpapier, Terpentinsalbe zum Gebrauch für Thiere[1]) Zinksalbe zum Gebrauche für Thiere;[1])

11. Suppositorien (suppositoria) in jeder Form (Kugeln, Stäbchen, Zäpfchen oder dergleichen, sowie Wundstäbchen (cereoli).

Verzeichniss B.

*Bei den mit mit * versehenen Stoffen sind auch die Abkömmlinge der betreffenden Stoffe, sowie die Salze der Stoffe und ihrer Abkömmlinge inbegriffen.*

*Acetanilidum[2])	*Antifebrin.
Acida chloracetica.	Die Chloressigsäuren.
Acidum benzoïcum e resina sublimatum.	Aus dem Harze sublimirte Benzoësäure.
„ camphoricum.	Kampfersäure.
„ cathartinicum.	Kathartinsäure.
„ *cinnamylicum.*	*Zimmtsäure.*
„ chrysophanicum.	Chrysophansäure.
„ hydrobromicum.	Bromwasserstoffsäure.
„ hydrocyanicum.	Cyanwasserstoffsäure (Blausäure).
* „ lacticum.	*Milchsäure.
* „ osmicum.	*Osmiumsäure.
„ sclerotinicum.	Sklerotinsäure.
* „ *sozojodolicum,*[3])	**Sozojodolsäure.*
„ succinicum.	Bernsteinsäure.
* „ sulfocarbolicum.[2])	*Sulfophenolsäure.
* „ valerianicum.	*Baldriansäure.
*Aconitinum.	*Akonitin.
Actolum.	*Aktol.*
Adonidium.	Adonidin.
Aether bromatus.	Aethylbromid.
„ *chloratus.*	*Aethylchlorid.*
„ jodatus.	Aethyljodid.
Aethyleni praeparata.	Die Aethylenpräparate.
Aethylidenum bichloratum.	Zweifachchloräthyliden.
Agaricinum.	Agaricin.
Airolum.	*Airol.*
Aluminium acetico-tartaricum.	Essigweinsaures Aluminium.
Ammonium chloratum ferratum.	Eisensalmiak.
Amylenum hydratum.	Amylenhydrat.
Amylium nitrosum.	Amylnitrit.
Anthrarobinum.	Anthrarobin.
*Apomorphinum.	*Apomorphin.
Aqua Amygdalarum amararum.	Bittermandelwasser.
„ Lauro-cerasi.	Kirschlorbeerwasser.
„ Opii.	Opiumwasser.
„ *vulneraria spirituosa.*	*Weisse Arquebusade.*
**Arecolinum.*	**Arekolin.*
Argentaminum.	*Argentamin.*
Argentolum.	*Argentol.*
Argoninum.	*Argonin.*
Aristolum.	*Aristol.*
Arsenium jodatum.	Jodarsen.

[1]) Siehe Anmerkung 3 auf Seite 727.

[2]) In der bisherigen Kaiserlichen Verordnung waren Abkömmlinge sowie die Salze dieses Arzneimittels und seine Abkömmlinge nicht mit einbegriffen.

[3]) Bisher war nur „Sozojodolicum" aufgeführt.

*Atropinum.	*Atropin.
Betolum.	Betol.
Bismutum bromatum.	Wismutbromid.
„ oxyjodatum.	Wismutoxyjodid.
„ *subgallicum (Dermatolum).*	*Basisches Wismutgallat (Dermatol).*
„ subsalicylicum.	Basisches Wismutsalicylat.
„ tannicum.	Wismuttannat.
Blatta orientalis.	Orientalische Schabe.
Bromalum hydratum.	Bromalhydrat.
Bromoformium.	*Bromoform.*
*Brucinum.	*Brucin.
Bulbus Scillae siccatus.	Getrocknete Meerzwiebel.
Butylchloralum hydratum.	Butylchloralhydrat.
Camphora monobromata.	Einfach-Bromkampher.
Cannabinonum.	Kannabinon.
Cannabinum tannicum.	Kannabintannat.
Cantharides.	Spanische Fliegen.
Cantharidinum.	Kantharidin.
Cardolum.	Kardol.
Castoreum canadense.	Kanadisches Bibergeil.
„ sibiricum.	Sibirisches Bibergeil.
Cerium oxalicum.	*Ceriumoxalat.*
*Chinidinum.	*Chinidin.
*Chininum.	*Chinin.
Chinoïdinum.	Chinoïdin.
Chloralum formamidatum.	*Chloralformamid.*
„ hydratum. [1])	Chloralhydrat.
Chloroformium.	Chloroform.
Chrysarobinum.	Chrysarobin.
*Cinchonidinum.	*Cinchonidin.
Cinchoninum. [2])	Cinchonin.
*Cocaïnum.	*Cocaïn.
*Coffeïnum.	*Koffeïn.
Colchicinum.	Kolchicin.
*Coniinum.	*Koniin.
Convallamarinum.	Konvallamarin.
Convallarinum.	Konvallarin.
Cortex Chinae.	Chinarinde.
„ *Condurango.*	*Condurangorinde.*
„ Granati.	Granatrinde.
„ Mezereï.	Seidelbastrinde.
Cotoinum.	Kotoin.
Cubebae.	Kubeben.
Cuprum aluminatrum.	Kupferalaun.
„ salicylicum. [3])	Kupfersalicylat.
Curare.	Kurare.
*Curarinum.	*Kurarin.
Delphininum. [4])	Delphinin.
*Digitalinum.	*Digitalin.
**Digitoxinum.*	**Digitoxin.*
*Duboisinum.	*Duboisin.
*Emetinum.	*Emetin.
**Eucainum.*	**Eukain.*
Euphorbium.	Euphorbium.

[1]) Der bisherige Zusatz „crystallisatum“ ist fortgelassen.

[2]) Hier ist kein * vermerkt, entgegen des bisherigen Zusatzes „et ejus salia“; die Salze Cinchoninum sind also freigegeben.

[3]) Cuprum sulfocarbolicum ist hier nicht mehr aufgeführt, dasselbe ist aber dennoch als Salz von Acidum sulfocarbolicum dem freien Verkehr nicht überlassen.

[4]) Daturinum ist als Gemenge von Atropin und Hyoeciamin nicht mehr besonders aufgeführt.

Europhenum.	*Europhen.*
Fel tauri depuratum siccum.	Gereinigte trockene Ochsengalle.
Ferratinum.	*Ferratin.*
Ferrum arsenicicum.	Arsensaures Eisen.
„ arsenicosum	Arsenigsaures Eisen.
„ carbonicum saccharatum.	Zuckerhaltiges Ferrocarbonat.
„ citricum ammoniatum.	Ferri-Ammoniumcitrat.
„ jodatum saccharatum.	Zuckerhaltiges Eisenjodür.
„ oxydatum dialysatum.	Dialysirtes Eisenoxyd.
Ferrum oxydatum saccharatum.	Eisenzucker.
„ *peptonatum.*	*Eisenpeptonat.*
„ reductum.	Reduzirtes Eisen.
„ sulfuricum oxydatum ammoniatum.	Ferri-Ammoniumsulfat.
„ sulfuricum siccum.	Getrocknetes Ferrosulfat.
Flores Cinae.	Zitwersamen.
„ Koso.	Kosoblüthen.
Folia Belladonnae.	Belladonnablätter.
„ Bucco.	Buccoblätter.
„ Cocae.	Cocablätter.
„ Digitalis.	Fingerhutblätter.
„ Jaborandi.	Jaborandiblätter.
„ Rhois toxicodendri.	Giftsumachblätter.
„ Stramonii.	Stechapfelblätter.
Fructus[1]) Papaveris immaturi.	Unreife Mohnköpfe.
Fungus Laricis.	Lärchenschwamm.
Galbanum.	Galbanum.
*Guajacolum [2]).	*Guajakol.
Hamamelis virginica.	*Hamamelis.*
Haemalbuninum.	*Hämalbumin.*
Herba Aconiti.	Akonitkraut.
„ Adonidis.	Adoniskraut.
„ Cannabis indicae.	Indischer Hanf.
„ Cicutae virosae.	Wasserschierling.
„ Conii.	Schierling.
„ Gratiolae.	Gottesgnadenkraut.
„ Hyoscyami.	Bilsenkraut.
„ Lobeliae.	Lobelienkraut.
*Homatropinum.	*Homatropin.
Hydrargyrum aceticum.	Quecksilberacetat.
„ bijodatum.	Quecksilberjodid.
„ bromatum.	Quecksilberbromür.
„ chloratum.	Quecksilberchlorür (Kalomel).
„ cyanatum.	Quecksilbercyanid.
„ formamidatum.	Quecksilberformamid.
„ jodatum.	Quecksilberjodür.
„ oleïnicum.	Oelsaures Quecksilber.
„ oxydatum via humida paratum.	Gelbes Quecksilberoyd.
„ peptonatum.	Quecksilberpeptonat.
„ praecipitatum album.	Weisser Quecksilberpräcipitat.
„ salicylicum.	Quecksilbersalicylat.
„ tannicum oxydulatum.	Quecksilbertannat.
*Hydrastininum.[3])	*Hydrastinin.
*Hyoscyaminum[4]).	*Hyoscyamin.
Itrolum.	*Itrol.*
Jodoformium.	Jodoform.

[1]) Nicht mehr aufgenommen sind Fructus Colocynthidis und Sabadillae.

[2]) In der bisherigen Verordnung fehlte bei Guajacolum der Zusatz: et ejus salia."

[3]) Hydrastis canadensis ist jetzt als „Rhizoma Hydrastis" aufgeführt.

[4]) Statt „Hyoscinum et ejus salia" ist jetzt „Scopolaminum" aufgenommen.

Jodolum.	**Jodol.**
Kaïrinum.	**Kaïrin.**
Kaïrolinum.	**Kaïrolin.**
Kalium jodatum.	**Kaliumjodid.**
Kamala.	**Kamala.**
Kosinum.	**Kosin.**
Kreosotum (e ligno paratum).	**Holzkreosot.**
Lactophenium,	*Laktophenin.*
Lactucarium.	**Giftlattichsaft.**
Larginum.	*Largin.*
Lithium benzoïcum.	*Lithiumbenzoat.*
„ salicylicum.	Lithiumsalicylat.
Losophanum.	*Losophan.*
Magnesium citricum effervescens.	**Brausemagnesia.**
„ salycilicum.	Magnesiumsalicylat.
Manna.	**Manna.**
Methylsulfonalum (Trionalum).	*Methylenbichlorid.*
Methylenum bichloratum.	*Methylsulfonal (Trional).*
Muscarinum [1]).	**Muskarin.**
Natrium aethylatum.	**Natriumäthylat.**
„ benzoïcum.	Natriumbenzoat.
„ *jodatum.*	*Natriumjodid.*
„ pyrophosphoricum ferratum.	Natrium-Ferripyrophosphat.
„ salicylicum.	Natriumsalicylat.
„ santoninicum.	Santoninsaures Natrium.
„ tannicum.	Natriumtannat.
******Nosophenum.*	******Nosophen.*
Oleum Chamomillae aethereum.	**Aetherisches Kamillenöl.**
„ Crotonis.	Krotonöl.
„ Cubebarum.	Kubebenöl.
„ Matico.	Matikoöl.
„ Sabinae.	Sadebaumöl.
„ *Santali.*	*Sandelöl.*
„ Sinapis [2]).	Senföl.
„ Valerianae.	Baldrianöl.
Opium, ejus alcaloida eorumque salia et derivata eorumque salia. (Codeïnum, Heroïnum, Morphinum, Narceïnum, Narcotinum, *Peroninum,* Thebaïnum et alia.)	**Opium, dessen Alkaloide, deren Salze, und Abkömmlinge, sowie deren Salze. (Kodeïn, Heroïn, Morphin, Narceïn, Narkotin, Peronin, Thebaïn und Andere.)**
******Orexinum.*	******Orexin.*
******Orthoformium.*	******Orthoform.*
Paracotoïnum.	**Parakotoïn.**
Paraldehydum.	**Paraldehyd.**
Pasta Guarana.	**Guarana.**
***Pelletierinum.**	***Pelletierin.**
***Phenacetinum** [3]).	***Phenacetin.**
******Phenocollum.*	******Phenokoll.*
***Phenylum salicylicum (Salolum)** [3])	***Phenylsalicylat (Salol).**
***Physostigminum (Eserinum).**	***Physostigmin (Eserin).**
Picrotoxinum.	**Pikrotoxin.**
***Pylocarpinum.**	***Pilokarpin.**
******Piperazinum.*	******Piperazin.*
Plumbum jodatum.	**Bleijodid.**
„ tannicum.	Bleitannat.
Podophyllinum.	**Podophyllin.**
Praeparata organotherapeutica [4]).	**Therapeutische Organ-Präparate.**

[1]) Morphinum, Narceïnum sind ebenso wie Codeïnum, Heroïnum, Narcotinum und Thebaïnum jetzt unter Opium als dessen Abkömmlinge aufgeführt.
[2]) Hier ist der bisherige Zusatz „aethereum" fortgelassen.
[3]) Auch dessen Salze und Abkömmlinge; ein solcher Zusatz fehlte bisher.
[4]) Statt „Thyrioidea praeparata".

Propylaminum.	**Propylamin.**
Protargolum.	*Protargol.*
*Pyrazolonum phenyldimethylicum (Antipyrinum)[1]).	*Phenyldimethylpyrazolon (Antipyrin).
Radix Belladonnae.	Belladonnawurzel.
„ Colombo.	Colombowurzel.
„ Gelsemii.	Gelsemiumwurzel.
„ Ipecacuanhae.	Brechwurzel.
„ Rheï.	Rhabarber.
„ Sarsaparillae.	Sarsaparille.
„ Senegae.	Senegawurzel.
Resina Jalapae.	Jalapenharz.
„ Scammoniae.	Scammoniaharz.
Resorcinum purum.	Reines Resorcin.
Rhizoma Ficicis.	Farnwurzel.
„ *Hydrastis*[2]).	*Hydrastisrhizom.*
„ Veratri.	Weisse Nieswurzel.
Salia glycerophosphorica.	*Glycerinphosphorsaure Salze.*
Salophenum.	*Salophen.*
Santoninum.	Santonin.
*Scopolaminum[3]).	*Skopolamin.
Secale cornutum.	Mutterkorn.
Semen Calabar.	Kalabarbohne.
„ Colchici.	Zeitlosensamen.
„ Hyoscyami.	Bilsenkrautsamea.
„ St. Ignatii.	St. Ignatiusbohne.
„ Stramonii.	Stechapfelsamen.
„ Strophanthi.	Strophanthussamen.
„ Strychni.	Brechnuss.
Sera therapeutica, liquida et sicca, et eorum praeparata ad usum humanum.	*Flüssige und trockene Heilsera, sowie deren Präparate zum Gebrauche für Menschen.*
**Sparteïnum.*	**Sparteïn.*
Stipites Dulcamarae.	Bittersüssstengel.
**Strychninum.*	**Strychnin.*
**Sulfonalum*[1]).	**Sulfonal.*
Sulfur jodatum.	Jodschwefel.
Summitates Sabinae.	Sadebaumspitzen.
Tannalbinum.	*Tannalbin.*
Tannigenum.	*Tannigen.*
Tannoformium.	*Tannoform.*
Tartarus stibiatus.	Brechweinstein.
Terpinum hydratum.	Terpinhydrat.
Tetronalum.	*Tetronal.*
*Thallinum.	*Thallin.
**Theobrominum*[5]).	**Theobromin.*
Thioformium.	*Thioform.*
**Tropacocaïnum.*	*Tropacocaïn.
Tubera Aconiti.	Akonitknollen.
„ Jalapae.	Jalapenwurzel.
Tuberculinum.	*Tuberkulin.*
Tuberculocidinum.	*Tuberkulocidin.*
*Urethanum.[3])	*Urethan.
**Urotropinum.*	*Urotropin.
Vasogenum et ejus praeparata.	*Vasogen und dessen Präparate.*

[1]) Auch dessen Salze und Abkömmlinge; ein solcher Zusatz fehlte bisher.
[2]) Siehe Anmerkung 3 auf S. 731.
[3]) Siehe Anmerkung 4 auf S. 730.
[4]) Bisher war nur das Serum diphtheriticum nach der Kaiserlichen Verordnung vom 30. Dezember 1894 vom freien Verkehr ausgeschlossen.
[5]) In der bisherigen Verordnung war nur Theobrominum natrio-salycilicum (Diuretin) aufgeführt.

***Veratrinum.**	***Veratrin.**
Xeroformium.	*Xeroform.*
***Yohimbinum.**	***Yohimbin.**
Zincum aceticum.	**Zinkacetat.**
„ chloratum purum.	**Reines Zinkchlorid.**
„ cyanatum.	**Zinkcyanid.**
„ permanganicum.	**Zinkpermanganat.**
„ salicylicum.	**Zinksalicylat.**
„ sulfoichthyolicum. [1])	**Ichthyolsulfosaures Zink.**
„ sulfuricum purum.	**Reines Zinksulfat.**

Vergleicht man die jetzige Fassung der Verordnung mit derjenigen des im Jahre 1894 veröffentlichten und damals von uns besprochenen Entwurfs (s. Nr. 24 der Zeitschrift 1899), so wird man, wenn auch nicht viele, so doch z. Th. recht wesentliche Abänderungen finden, in denen auch einige von uns geäusserten Wünsche berücksichtigt sind; im Allgemeinen deckt sich allerdings die Verordnung mit dem Entwurfe. Zunächst ist auch jetzt erfreulicher Weise daran festgehalten, die Befugnisse der Drogisten nicht auf Kosten der Apotheken in einer deren Existenz gefährdenden Weise zu erweitern; denn den in der neuen Verordnung dem Arzneimittelhandel ausserhalb der Apotheken eingeräumten Erweiterungen stehen nicht unerhebliche Einschränkungen gegenüber, die unseres Erachtens jene mindestens aufwiegen. In Apothekerkreisen scheint man zwar diese Ansicht nicht zu theilen; die geringe Befriedigung, die bisher in Drogistenkreisen über die neue Verordnung zum Ausdruck gekommen ist, dürfte aber beweisen, dass jene zutreffend ist, wenn wir auch zugeben wollen, dass die Wünsche der Drogisten auf diesem Gebiete recht weitgehende sind und nicht eher zufriedengestellt werden dürften, als bis ihnen der ganze Arzneimittelhandel mit Ausnahme der Rezeptur freigegeben ist. Befürchtung wird von Seiten der Apotheker namentlich gegenüber der jetzigen einschränkenden Begriffsbestimmung des Wortes „Heilmittel“ (§. 1, Abs. 1 der Verordnung): „Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Thieren“ gehegt, während eine solche in der bisherigen Verordnung fehlte.. Gerade dieses Fehlen hat aber bekanntlich zu den verschiedenartigsten Auslegungen des Begriffs „Heilmittel“ seitens der höchsten Gerichtshöfe Veranlassung gegeben; denn während die einen, z. B. das Kammergericht und das Oberlandesgericht in Köln unter „Heilmittel“ nur solche Mittel angesehen haben, die krankhaften Zustände zu beseitigen, aber nicht solche, welche etwaige noch nicht vorhandene Krankheiten zu verhüten bestimmt sind, haben andere, z. B. das Reichsgericht, die Oberlandesgerichte in München, Kolmar, Naumburg u. s. w. auch die zur Verhütung und Vorbeugung von Krankheiten wie die zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit dienenden Mittel als „Heilmittel“ bezeichnet. In dem ursprünglichen Entwurf war der Begriff „Heilmittel“ durch den Zusatz

[1]) Nicht mehr aufgeführt ist hier Zincum sulfocarbolicum, dasselbe ist aber gleichfalls als Salz von Acidum sulfocarbolicum nicht dem freien Verkehr überlassen.

„Mittel zur Beseitigung von Krankheiten bei Menschen und Thieren“ im Sinne des Kammergerichts-Urtheils erläutert; eine Auffassung, die wir uns s. Z. insofern angeschlossen haben, als auch wir es für zu weitgehend hielten, dass alle Vorbeugungs- und Verhütungsmittel gegen Krankheiten sowie Stärkungsmittel zur Erhaltung der Gesundheit unter den Begriff Heilmittel fallen sollten. Wir führten jedoch damals aus: „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 habe sich auch das Kammergericht in dem Urtheil vom 10. April 1899 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 sonstigen Störungen des Wohlbefindens oder der normalen Funktionen körperlicher Organe feilgehalten und verkauft werden.“

Eine im Sinne dieser Entscheidung getroffene Bestimmung des „Heilmittelbegriffes“, wie z. B. „Mittel zur Behandlung oder Heilung krankhafter Störungen des menschlichen oder thierischen Organismus“, hätte nicht nur dem Sprachgebrauche, sondern auch dem öffentlichen Interesse entsprochen, und vor Allem auch eine einheitliche Rechtsprechung sichergestellt. Der Bundesrath hat diesen Bedenken auch in einer Beziehung vollständig Rechnung getragen und den Begriff „Heilmittel“ in der neuen Verordnung dahin erweitert, dass darunter nicht nur die zur Beseitigung, sondern auch die zur Linderung von Krankheiten bei Menschen und Thieren dienenden Mittel zu rechnen sind; es ist dies somit eine wesentliche Erweiterung zu Gunsten der Apotheken gegenüber der früheren Fassung des Entwurfs und auch in gewisser Beziehung gegenüber der bisherigen Verordnung, denn bei dieser hing die Ausdehnung des Heilmittelbegriffs lediglich von der Entscheidung der höchsten Gerichtshöfe ab, die, wie wir gesehen haben, bald weitgehender, bald engbegrenzter war. Jetzt ist in dieser Hinsicht eine festere Grenze gezogen, indem Stärkungs-, Vorbeugungs- und Verhütungsmittel nicht mehr als „Heilmittel“ im Sinne der Verordnung anzusehen sind, wohl aber Linderungsmittel, und damit dürfte im Allgemeinen das Richtige getroffen sein. Allerdings hätten wir, namentlich auch mit Rücksicht auf die einheitliche Rechtsprechung, gewünscht, dass bei „Krankheiten“ auch ein dem vorstehenden Kammergerichtsurtheil entsprechender erläuternder Zusatz gemacht worden wäre, denn jetzt ist die Auslegung des Begriffs „Krankheit“ wiederum ebenso wie früher das Wort „Heilmittel“ lediglich dem richterlichen Ermessen anheimgegeben, so dass verschiedene Auslegungen nicht ausbleiben werden. Erwägt man jedoch, dass z. B. im §. 1 ;Abs. 2 a Hühneraugenmittel, also Mittel gegen körperliche Schäden, ausdrücklich ausgenommen sind, so wird man daraus zweifellos den berechtigten Schluss

ziehen können, dass der Gesetzgeber diese Ausnahme nicht vorgesehen haben würde, wenn er nicht unter „Krankheit“ auch „körperliche Schäden oder sonstige Störungen des Wohlbefindens oder der normalen Funktion körperlicher Organe“ verstanden hätte. Hoffentlich wird sich diese Ansicht nach dem Inkrafttreten des Gesetzes als zutreffend und damit die Befürchtungen in Apothekerkreisen als unbegründet erweisen.

Im Uebrigen können wir nur wiederholen, dass zwar auf den ersten Blick die neue Verordnung für die Drogisten wesentlich günstiger zu sein scheint als die bisherige, dass dies aber in Wirklichkeit keineswegs der Fall ist; wenn man nämlich sich die hier in Betracht kommenden Abänderungen etwas näher ansieht, so wird man finden, dass sie meist nichts Neues, sondern nur bereits bestehende Bestimmungen in etwas anderer Form bringen. Das gilt z. B. im Grossen und Ganzen von der Erweiterung des §. 1, Abs. 2 a auf kosmetische und Desinfektionsmittel, denn diese sind schon jetzt dem freien Verkehr überlassen, da sie nicht zu den „Heilmitteln“ gehören. In der neuen Verordnung ist das Feilhalten und der Verkauf derselben allerdings auch als „Heilmittel“ freigegeben, aber diese Erweiterung ist im Vergleich zu den bisherigen Bestimmuugen keine erhebliche und wird ausserdem zum grössten Theil wieder ausgeglichen durch die Vorschrift, wonach ihr Feilhalten und Verkauf ausserhalb der Apotheken überhaupt untersagt ist, sobald sie Stoffe enthalten, welche in den Apotheken ohne Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Thierarztes nicht abgegeben werden dürfen. Ebenso sind von den im Verzeichniss A neu aufgeführten Mitteln: Benediktiner- und Bischofessenz, Nelken- und Vanillentinktur (Nr. 3), Hafermehlkakao und Schneeberger Schnupftabak (Nr. 4), aromatischer Essig (Nr. 5), weil keine Heilmittel, schon jetzt dem freien Verkehr überlassen, und den sonst freigegebenen, allerdings verhältnissmässig viel verlangten Handverkaufsartikeln, wie ätherische Baldriantinktur, Bleiwasser, Kalkwasser mit Leinöl, Franzbranntwein mit Kochsalz, Rosenhonig mit Borax, Fructus Colocynthidis u. s. w., steht eine erhebliche Anzahl erheblicher Einschränkungen des Arzneimittelverkehrs ausserhalb der Apotheken gegenüber. So sind denselben jetzt ausschliesslich vorbehalten: das Feilhalten und der Verkauf von Tabletten, auch wenn diese nur aus einem Arzneimittel bestehen, (mit Ausnahme von solchen aus Saccharin, Natrium bikarbonat oder Brausepulver), und von Verreibungen jeder Art; ferner ist das Verzeichniss B. um nicht weniger als 54 neuer und besonders in Drogenhandlungen geführter Arzneimittel, wie Aether chloratus, Airolum, Aristolum, Bromoformium, Chloral. formidatum, Cortex Condurango, Dermatolum, Ferratinum, Hydrastinum, Piperacinum, Salophenum, Trionalum, Serum- und Organpräparate etc., vermehrt. Vor Allem sind aber bei einer weit grösseren Anzahl (53) von Arzneimitteln als bisher künftig nicht nur deren Salze, sondern auch deren Abkömmlinge und die Salze der letzteren vom freien Verkehr ausgeschlossen, z. B. bei Acetanilidum (Antifebrinum), Antipyrinum, Acid. sulfocarbolicum, Gua-

jacolum, Phenacetinum, Phenylum salicylicum (Salolum), Urethanum u. s. w.[1]) Ausserdem bringt die äusserst zweckmässige und jetzt

[1]) Die Zahl der Arzneimittel, die darnach als Salze und Abkömmlinge der im Verzeichniss B. aufgeführten Stoffe bezw. als Organpräparate und Sera therapeutica dem freien Verkehr entzogen sind, ist eine ausserordentlich grosse, wie aus der nachstehenden, in Nr. 91 der Pharmazeutischen Zeitung gebrachten und in einigen Punkten ergänzten Zusammenstellung hervorgeht:

Acetopyrin und Acopyrin (acetylsalicyls. Antipyrin)
Adrenalin (Organpräparat)
Aethacol = Guaethol
Agurin (Theobrominnatrium und Natriumacetat)
Ajacol = Guaethol
Aiodin (Organpräparath)
Airoform = Airol
Airogen = Airol
Alexin = Tuberculocidin
Alpha-Guajakol (synth. Guajakol)
Alpha-Kreosot (Kreosot und Guajakol)
Alsol = Alumin. aceticotartar.
Aminoform = Urotropin
Analgesin = Antipyrin
Anticancerin (Krebsserum)
Antidiphtherin (Serumpräparat)
Antinosin (Natriumsalz des Nosophens)
Antiphthisin (Organpräparat)
Antipyreticum Riedel (Antipyrin)
Antivenin (Antitoxin gegen Schlangengift)
Antiseptin (p-Bromacetanilid)
Antispasmin (Narceïnnatrium-Natriumsalicylat)
Antistreptokokkin (Erysipelserum)
Apallagin (Nosophenquecksilber)
Apolysin (Phenetidin-Citronensäure)
Asepsin = Antisepsin
Aseptol (Orthophenolsulfosäure)
Asterol Paraphenolsulfosaures Quecksilber-Ammoniumnitrat)
Atrabilin (Organgräparat)
Bacillin (Organpräparat)
Basicin (Chinincoffeïnpräparat)
Benzacetin (Phenacetinkarbonsäure)
Benzosol (Guajakolbenzoat)
Brenzcain (Guajakolbenzyläther
Bromalin (Urotropinbromaethylat)
Cacodyliacol (kakodyls. Guajakol)
Calmin (Antipyrin und Heroin)
Cerebrin (Organpräparat)
Chelen = Aether chloratus
Chinaphtol (β Naphtolsulfosaures Chinin)
Chinopyrin (Chinin und Antipyrin)
Chinoral (Chinin u. Chloral)
Chinotropin (chinasaures Urotropin)
Chloralorthoform
Chloralurethan
Citrophen (citronensaures Phenetidin)
Cocapyrin (Cocaïn und Antipyrin)
Coffeïn-Chloral
Coffeïn-Jodol
Cordol (Tribromsalol)
Cupri-Aseptol (phenolsulfosaures Kupfer)
Dermatol = Bismut. subgallicum
Dextrococaïn (Iso-Cocaïn)
Didymin (Organpräparat)
Dijodoform (Tetrajodaethylen)
Dionin (salzsaures Aethylmorphin)
Diuretin (Theobromin-Natriumsalicylat)
Duotal (Guajakolkarbonat)
Eosot (Kreosotvalerianat)
Epinephrin (Organpräparat)
Erythrol (Wismut- und Cinchonidinjodid)
Ethylol = Aether chloratus
Euchinin (Chininaethylkohlensäureester)
Eudoxin (Wismutsalz des Nosophens)
Euguform (Acetylmethylendiguajakol)
Euphorin (Phenylurethan)
Eupyrin (Phenetidinvanillinaethylkarbonat)
Eurythrol (Organpräparat)
Exalgin (Methylacetanilid)
Ferri- und Ferropyrin (Antipyrineisenchlorid)
Formanilid (Phenylformamid)
Formin = Urotropin
Formopyrin (Methylendiantipyrin)
Formylphenetidin
Fortoin (Formaldehydcotoïn)
Galactophenetidin (p-Phenetidin u. Galaktose)
Galloformin (Urotropin u. Gallussäure)
Gasterin (Organpräparat)
Geoform (Guajakol-Formaldehyd)
Geosot (Guajakolvalerianat)
Glandulen (Organpräparat)
Glycosolvol (oxypropionsaures Theobromin-Trypsin)
Guajacetin (Brenzkatechinacetsaures Natrium)
Guajacamphol (Kampfersäureguajakolester)
Guajacid (guajakolsulfosaures Calcium)
Guajacophosphat (Phosphorigsäure-Guajakolester)
Guajacyl (guajakol-sulfosaures Calcium)
Guajaform = Geoform
Guajamar (Guajakol-glyzerinester)
Guajaperol (Piperidinum guajacolicum)
Guajaperon = Guajaperol
Guajaquin (Chinin und Guajakolsulfosäure)
Guajasanol (salzsaures

noch einwandsfreier gefasste Bestimmung in Nr. 4 des Verzeichnisses A, wonach Gemenge „auch wenn die zur Vermengung be-

---

Diaethylglykokoll-guajakol)
Hedonal (Methylpropylcarbinolurethan)
Heparaden (Organpräparat)
Holocaïn (Phenacetinderivat)
Homocresol = Guaethol
Hygrargyrol (p-phenolsulfosaures Quecksilber)
Hypnal (Chloralantipyrin)
Hypophysin (Organpräparat)
Ixotin (Organpräparat)
Jodaethylformin (Urotropinpräparat)
Jodocol (Jodguajakol)
Jodoformin (Jodoform u. Urotropin)
Jodophen-Nosophen
Jodophenin (Trijodphenacetin)
Jodopyrin (Jodantipyrin)
Jodothyrin (Organpräparat)
Kelen = Aether chloratus
Kineurin (glycerinphosphorsaures Chinin)
Kochin = Tuberkulin
Kreosol (Homoguajakol)
Lactanin (Bismut. lactotannicum)
Lactol (Milchsäure-β-Naphtylester)
Lienaden (Organpräparat)
Lycetol (urins. Dimethylpiperazin)
Lysidin (Aethylenaethenyldiamin)
Malakin (p-Phenetidin u. Salicylaldehyd)
Malarin (Acetophenonphenetidin)
Mallëin (trocknes Serumpräparat)
Medulladen (Organpraparat)
Menthol-Jodol
Methacetin (p-Oxymethylacetanilid)
Migränin (entweder ein Antipyrinabkömmling oder ein unter Verzeichniss A fallendes Gemenge)
Migrol (Coffeïn u. Natr. guajaceticum)
Mydrin (Ephedrin und Homatropin)
Mydrol (Jodmethylphenylpyrazolon)
Myelen (Organpräparat)
Naphtopyrin (Antipyrin u. Naphtol)
Nasrol (coffeinsulfosaures Natron)
Nectrianin (Organpräparat)
Neurodin (Oxyphenylacetylurethan)
Nitrosalol (Nitrosalicylsäurephenylester)
Nukleïn (Organpräparat)
Oculin (Organpräparat)
Oophorin (Organpräparat)
Opo-Präparate sind Organpräparate
Orchidin (Organpräparat)
Ossagen u. Ossalin, Ovacin, Ovadin, Ovaraden, Ovarial, Ovarigen, Ovarigin, Ovarin (Organpräparate)
Oxychinaseptol (phenolsulfosaures Oxychinolin)
Oxysparteïn
Pankreaden, Pankreatin u. Pankreon (Organpräparat)
Pental (Trimethylaethylen)
Peptovarin (Organpräparat)
Phenopyrin (Phenol u. Antipyrin)
Phesin (Sulfoderivat des Phenacetin)
Pikropyrin (Antipyrin u. Pikrinsäure)
Polyformin (Diresorcin-Urotropin)
Prostaden (Orpanpräparat)
Pulmoform (Methylendiguajakol)
Pulmonin (Organpräparat)
Pyramidon (Dimethylamidophenyldimethylpyrazolon)
Pyrogallopyrin (Antipyrin und Pyrogallol)
Pyrosal (saures acetylsalicylsaures Antipyrin)
Quionin (enthält im Wesentlichen Cinchonidin neben Chinin)
Resalgin (resorcylsaures Antipyrin)
Resopyrin u. Resorcinopyrin (Antipyrin und Resorcin)
Rhachitol (Organpräparat)
Rheumatin (salicyls. Salicylchinin)
Salipyrin (salicylsaures Antipyrin)
Salifebrin (salicylsaures Antifebrin)
Saliformin (salicylsaures Urotropin)
Salochinin (salicylsaures Chinin)
Salochinol (soll durch Einwirkung von Ozon auf Chininsalze erhalten werden)
Salocoll (salicylsaures Phenokoll)
Salol = Phenylum salicylicum)
Salubrol (Brommethylenbisantipyrin)
Sedatin (Valeryl-p-phenetidin)
Sidonal (chinasaures Piperazin)
Silberol (sulfophenolsaures Silber)
Somnal (Urethan und Chloral)
Sozal (phenolschwefelsaur. Aluminium)
Spermin (Organpräparat)
Sphygmogenin (Organpräparat)
Spleniferrin und Splenin (Organpräparat)
Stypticin (Narcotinderivat)
Styrakol (Guajacolum cinnamylic.)
Supradin u. Suprarenadin (Organpräparat)
Tannon u. Tanopin (Urotropintannin)
Tartrophen (Weinsäure u. p-Phenetidin)
Testaden, Testidin und Testin (Organpräparat)
Tetanus-Antitoxin (Serumpräparat)
Thanatol = Guaethol
Thermodin (Acetyl-p-Aethoxyphenylurethan)
Thiocol (guajakolsulfosaures Kalium)
Thyraden, Thyreoantitoxin, Thyreoglobulin, Thyreoidin, Thyrogen, Thyroglandin, Thyrojodin (Organpräparate)

stimmten einzelnen Bestandtheile gesondert verpackt sind, nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen", den Apothekern zweifellos Vortheil, ganz abgesehen davon, dass dadurch auch die sehr verschiedenartige Rechtsprechung der höchsten Gerichtshöfe, ob eine derartige Sonderverpackung als strafbare Umgehung der gesetzlichen Bestimmungen anzusehen ist oder nicht, beseitigt wird. Unseres Erachtens hätte man in dieser Beziehung aber noch etwas weiter gehen müssen und die betreffende Bestimmung nicht nur auf die „trockenen Gemenge", sondern auch auf die „flüssigen Gemische und Linimente" ausdehnen sollen; denn dass bei deren Abgabe von den Drogisten oft ähnlich verfahren wird, dafür liefert z. B. der vorstehenden Artikel von Dr. v. Gizycki den besten Beweis.

In den §§. 2 und 3 sind dem s. Z. von uns gemachten Vorschlage gemäss die Worte „Drogen und chemische Präparate" bezw. „Gegenstände", durch „Stoffe" ersetzt; dagegen fehlt im §. 3 leider eine Begriffsbestimmung für „Grosshandel". Bekanntlich hat der Begriff „Grosshandel" eine sehr verschiedene 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. das Oberlandesgericht in Marienwerder in seinem Urtheil 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 empfahl 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 öffentliche Anstalten u. s. w. . . . unterliegt den vorstehenden Bestimmungen nicht."

Tolypyrin (p-Tolyldimethylpyrazolon)	Tuberkulol (Organpräparat)	Uresin (Urotropinlithiumcitrat)
Tolysal (salcylsaures Tolypyrin)	Tussol (mandelsaures Antipyrin)	Uropherin (Theobrominlithium-Lithiumsalicylat)
Trional = Methylsulfonal	Typhase (Typhusantitoxin)	Valerydin (Valeryl-p-Phenetidin)
Triphenin (Propionyl-p-Phenetidin)	Uralin u. Uralium (Chloralurethan)	Validol (valeriansaures Menthol)

Diese bei Besprechung des Entwurfs von uns gemachten Ausführungen müssen wir auch jetzt in vollem Umfange aufrecht halten und können nur bedauern, dass ihnen nicht Rechnung getragen und der Begriff Grosshandel eine dementsprechende Festlegung erfahren hat. Sehr erfreulich ist dagegen die neue Bestimmung im §. 4 der Verordnung, durch die der Reichskanzler ermächtigt wird, weitere, im Einzelnen bestimmt zu bezeichnende Zubereitungen, Stoffe und Gegenstände von dem Feilhalten und Verkaufen ausserhalb der Apotheken auszuschliessen. Wenn man sich nicht dazu hat entschliessen können, der Fassung des massgebenden §. 6 Abs. 2 der Gew.-Ordnung gemäss in den Verzeichnissen A. und B. die dem freien Verkehr zu überlassenden statt der von diesem auszuschliessenden Zubereitungen und Arzneimitteln aufzuführen, so war jedenfalls eine derartige Bestimmung unbedingt erforderlich, um stets rechtzeitig die betreffenden Verzeichnisse ohne Schwierigkeit ergänzen und bei diesen Ergänzungen nicht nur die neu auftauchenden Arzneimittel, sondern vor allem auch die Judikatur der höchsten Gerichtshöfe berücksichtigen zu können und eine einheitlichere Rechtsprechung als bisher sicher zu stellen. Dem Reichskanzler steht auch jetzt in dem ständigen Ausschuss des Reichsgesundheitsrathes „für den Verkehr mit Arzneimittel innerhalb und ausserhalb der Apotheken einschliesslich des Verkehrs mit Giften“ eine besondere technische Kommission als begutachtende Behörde auf diesem Gebiete zur Seite; es sind somit nunmehr alle Faktoren für die fortlaufende Ergänzung der beiden Verzeichnisse der Verordnung gegeben; eine solche ist aber, wie wir dies bereits bei Besprechung des Entwurfs betont haben, sowohl mit Rücksicht auf die regere Entwicklung der hier in Betracht kommenden Industrie und den sich immer mehr zuspitzenden Kampfe zwischen Apothekern und Drogisten, als im allgemeinen gesundheitlichen Interesse dringend geboten!

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23.—28. September 1901.

(Fortsetzung)

Zweite Sitzung vom 24. September, Vormittags.

I. Bakterienstrukturen, Ergebnisse vitaler Färbung. Dr. Ernst-Zürich.

Mit Neutralroth und Methylenblau wurden in Wasser suspendirte Bakterien untersucht, vor Allem der wurzelförmige Bacillus, Megatherium, Milzbrandbacillus, cyanogenes, fluorescens, dann von Sprosspilzen, weisse Hefe und Rosahefe aus der Luft, eine Hefe aus diabetischem Harn, Saccharomyces neoformans. Um aber plasmolytische Wirkungen möglichst auszuschliessen, wurden besonders Wasserbakterien, die also in demselben Medium, in dem sie wuchsen, untersucht werden konnten, zur Beobachtung verwendet. Endlich wurden Fadenpilze, die im Wasser, in verdünnter Hämatoxylinlösung, in Kayserling'scher Lösung bei Verpilzung gewachsen waren, berücksichtigt, weil sie auch den Vortheil boten, in demselben Medium untersucht werden zu können.

Durch die vitale Färbung wurden komplizirte Strukturen aufgedeckt, vorwiegend chromophile Körnchen, Kügelchen, welche quellen, Stoffe aufnehmen und zum Theil über den Bakterienleib hervortreten; auch scheinen sie durch Fäden zu Netzen verbunden. Sie sind lebhaft beweglich und stehen in Be-

ziehung zu Geisseln, indem sie an den Fusspunkten derselben sassen, einige Male sogar eine Strecke weit in den Geisselfaden vorgeschoben. An Wasserbakterien schien eine Art von Borstenbesatz von ihnen auszugehen. An Bakterienformen, wo ein Zentralkörper und eine Randzone sich unterscheiden liessen, waren sie nicht an den Zentralkörper gebunden, sondern fanden sich auch in der äussersten Peripherie. Es darf der Hoffnung Raum gegeben werden, dass die Methode der vitalen Färbung differentialdiagnostischen Werth gewinnen werde, ähnlich wie der Nachweis der Babes-Ernst'schen Körnchen zur Unterscheidung der echten und Pseudodiphtheriebakterien.

Uebergehend zur Frage, was diese Substanztheilchen sind, sagt der Vortragende, es sei nicht zu verkennen, dass die gefundenen morphologischen Elemente in mancher Beziehung an jene Plasmosomen oder Zellmikrosomen erinnern, die in den letzten Jahren von Arnold an Zellen mit vitaler Färbung und Isolirungsmethoden studirt sind. Sie sind ähnlich in Grösse, Lagerung, Verbindung durch Fäden, Isolirbarkeit, Quellbarkeit, durch die Fähigkeit, Stoffe aufzunehmen und dadurch das Volumen zu wechseln, durch Beweglichkeit und das Vermögen, aus Bakterien auszutreten. Das verschiedene tinktorielle Verhalten macht es wahrscheinlich, dass der Inhalt in chemischer Beziehung einem Wechsel unterliegt (Aufspeicherung von Sekreten u. s. w.). Es liegen in diesen Beobachtungen auch die Keime zum Verständniss der toxisch-chemischen Wirkung der Bakterien wie auch des Einflusses der Schutzstoffe, Antikörper, Alexine auf Bakterien.

In dor Diskussion erklärte Herr Sárkány-Crajova (Rumänien), der sich nach seiner Angabe viel mit Bakterienentstehung beschäftigt hat, dass „die Bakterie" ein Brutsack ist, in welchen die kleinen mikroskopischen Thierchen, die Antherozoiden gebrütet werden. Wir finden diese im Gürtel der Blutzelle der Variolakranken und sie geben demselben die Form eines Kranzes. Sie zerreissen den Kranz, verlassen ihn oder zerren ihn nach sich, wie es die Ameisen mit ihrer Nahrung machen.

II. Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen.

Prof. Dr. Fischer-Kiel berichtet über eine Anzahl von ihm beobachteter Fleischvergiftungsfälle, bei denen er theils den Bacillus enteritidis Gaertner's nachweisen und durch Agglutinationsversuche als den Erreger feststellen konnte, theils allerdings das schädliche Agens nicht zu isoliren vermochte.

III. Demonstration von Tuberkelbazillen (in Lichtbildern).

Dr. Bier-Krakau berichtet über Untersuchungen des Dr. Drehe in Krakau, deren Resultat dahin geht, dass der Tuberkuloseerreger kein Bacillus sei, sondern ein zu Zygomyzeten gehörender Pilz. Derselbe entwickelt sich als ein Mycelium auf gewöhnlichen Nährböden und in den Geweben. Seine Fortpflanzung geschieht durch Konidien, Zygosporen und Stylosporen. Er steht somit den Chaetokladiazeen am nächsten, unter denen er eine neue Gattung bildet.

Eine Diskussion schloss sich an den Vortrag nicht an.

IV. Die in Ostpreussen heimische Ruhr, eine Amöbendysenterie.

Der Vortragende, Prof. Dr. Jäger-Königsberg, hat in sämmtlichen Fällen, welche im vorigen und diesem Jahr in Königsberg vorkamen und die er untersuchte, Amöben gefunden, die er mit Sicherheit als die Erreger der Krankheit anspricht. Von der harmlosen Amoeba coli unterscheiden sie sich durch ihr ausschliessliches Auftreten und Verschwinden mit dem Ruhrprozess, ihre Aufnahmefähigkeit für rothe Blutkörperchen, den negativen Ausfall von Züchtungsversuchen und ihre pathogene Wirkung auf Katzen. Der Vortragende machte auf die Schwierigkeit der Unterscheidung von Amöben und Leukozyten aufmerksam und demonstrirte vorzügliche, instruktive Lichtbilder seiner Präparate.

In der Diskussion bestreitet Herr Sárkány-Crajova (Rumänien) die Existenz von Amöben; denn sämmtliche Mikroorganismen sind Produkte bestimmter Pflanzen, welche in der mikroskopischen Welt leben.

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Loeffler-Greifswald spricht die Erwartung aus, dass bei der jetzt herrschenden Dysentrie-Epidemie die Aetiologie der Krankheit in Deutschland klar gelegt werden wird. Unzweifelhaft sind manche Forscher an der Untersuchungstechnik gescheitert. Zur Unterscheidung der Amöben von Körperzellen ist die beste Methode das Romanowsky'sche Färbungsverfahren.

Hafenarzt Dr. Nocht-Hamburg hat im Hamburger tropenhygienischen Institut in allen Fällen von tropischer Dysenterie Amöben gefunden.

Dr. Shiga-Tokio bespricht den von ihm gefundenen Bac. dysenteriae, der mit dem von anderen Forschern (Frosch) gefundenen übereinstimmt, und als der Erreger der epidemischen Dysenterie, ausgenommen von Tropen- oder Amöbendysenterie, anzusprechen ist.

Im Schlusswort sagt der Referent, dass die Berliner Untersucher der Döberitzer Militärepidemie auch Verdacht auf Amöben haben, aber bis jetzt um die Schwierigkeit der Unterscheidung von Leukozyten noch nicht herumgekommen sind.

V. Eine ätiologisch interessante Hühnerepizootie. Dr. Lode-Innsbruck.

Es handelte sich um eine im Juli d. J. beobachtete Seuche, welche durch einen italienischen Hühnerhändler eingeschleppt war. Die Mortalität unter dem einheimischen Geflügel betrug fast 100 %. Wurden frische Kadavertheile von gefallenen Hühnern gesunden einverleibt per os oder subkutan, so trat eine Krankheit auf, als deren hervorstehendste Symptome Schlafsucht und eine blaurothe Verfärbung des Kammes und der Lappen hervorzuheben sind. Sie endete nach mehreren Tagen stets tödlich. Trotz des zweifelsohne infektiösen Charakters der Erkrankung gelang es nicht, einen geformten Organismus mikroskopisch oder kulturell nachzuweisen, der als Erreger der Erkrankung anzusehen wäre, und doch zwangen die Untersuchungen zu der Annahme, man habe ein vermehrungsfähiges Gift, sei es ein Mikroorganismus von ausserordentlicher Kleinheit oder eine andere, uns auch der Gruppe nach bisher unbekannte Substanz vor sich.

Dass wir Bakterien, die erheblich kleiner sind, als die bisher bekannten kleinsten, nicht mehr sehen, hat Prof. Abbé in Jena durch Rechnung gezeigt.

Vielleicht sind auch die bisher unbekannten Erreger der Variola, des Scharlachs, des Karzinoms u. s. w. Körper von ähnlicher Kleinheit oder Beschaffenheit wie das Virus der geschilderten Hühnerseuche; es würden sich dadurch leicht die bisherigen Misserfolge der Auffindung erklären lassen.

Diskussion.

Prof. Dr. Löffler-Greifswald konstatirt in der Diskussion mit Freude, dass es dem Vortragenden gelungen ist, wieder ein Virus nachgewiesen zu haben, welches durch Bakterien zurückhaltende Filter hindurchgeht, wie der Erreger der Maul- und Klauenseuche. Die Kleinheit der Organismen ist die Ursache, dass sie durch die Filter gehen. Wenn sie $^1/_{10}$—$^1/_5$ der Grösse der Influenza-Bakterien haben, so erkennt man sie mit unseren optischen Hülfsmitteln nicht mehr; aber warum soll es Organismen, welche 10 Mal kleiner sind als diese, nicht geben?

Prof. Dr. Scheuerlen-Stuttgart weist darauf hin, dass in den letzten Jahren grössere Epizootieen unter dem Hühnerbestand in Württemberg aufgetreten sind, bei welchen die Sektion der Thiere als charakteristischen Befund eine Peritonitis sero-fibrinöser oder eitriger Natur ergab. Exsudat und Stuhlgang der Hühner war an gesunde Hühner verfüttert infektiös; Bakterien fanden sich nirgends.

VI. Isolirhospitäler und Mischinfektionen.

Prof. Dr. Baginsky-Berlin hält ein strenges Separationssystem bei Infektionskrankheiten für nöthig. In dem von ihm geleiteten Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Krankenhaus sind Isolirabtheilungen für Scharlach, Diphtherie, Masern und Keuchhusten eingerichtet, wie auch für dubiöse Fälle 6 Einzelzimmer in einem besonderen Gebäude vorgesehen sind. Mit den Ergebnissen der getroffenen baulichen Absonderungsvorrichtungen konnte er nach 10jähriger Erfahrung zufrieden sein; wenngleich durch diagnostische Irrthümer und durch unerklärliche Einschleppung hin und wieder eine Uebertragung vorgekommen ist, so ist man doch von grösseren Epidemien verschont geblieben.

Schwierigkeiten dagegen entstehen, wenn Kinder mit Mischinfektionen in das Krankenhaus eingeliefert werden, oder wenn durch Einschleppung einer Krankheit in einem Infektionspavillon, wo sie nicht hingehört, diese Krankheit sich dort zu verbreiten anfängt. Was soll man dann thun? Auf Grund seiner Erfahrungen über Mischinfektionen glaubt der Vortragende einen Modus empfehlen zu können, wobei er nur die folgenden Mischinfektionen, gegen welche alle übrigen sehr stark zurücktreten, zu berücksichtigen für nöthig hält: Schar-

lach mit Diphtherie, Scharlach mit Masern, Masern mit Diphtherie, Masern mit Keuchhusten.

1. Es ist im Scharlachpavillon eine streng getrennte und baulich mit allen Nebeneinrichtungen (Pflegezimmer, Kloset, Bad, Theeküche u. s. w.) versehene Abtheilung einzurichten für Scharlach- und Diphtheriekranke.

Aerzte, Pflegerinnen, Geschirr etc. sind selbstverständlich streng zu trennen.

2. Gegenüber der Mischinfektion Masern-Scharlach wird man sich von dem Gesichtspunkt leiten lassen müssen, dass man sich vor der Weiterverbreitung der Masern schwieriger schützen kann, als vor der des Scharlach. Für diese Krankheitsgruppe würde es sich daher empfehlen, ein völlig isolirtes Gebäude mit Einzelzimmern zu haben. Wo dies nicht angeht, wäre zu rathen, die Isolirabtheilung lieber im Masernpavillon anzulegen, als im Scharlachpavillon. Danach erledigen sich auch die Mischinfektionen Masern mit Diphtherie und Keuchhusten.

Eine Diskussion über den Vortrag fand nicht statt.

Dritter Sitzungstag vom 24. September, Nachmittags.

I. Der jetzige Stand der Dysenteriefrage.

Prof. Dr. Kruse-Bonn schildert ausführlich die Eigenschaften des von ihm zuerst beschriebenen Ruhrbacillus und macht Mittheilung von zwei in seinem Laboratorium vorgekommenen Infektionen mit diesem Bacillus, die unter dem typischen Bilde der Ruhr verliefen.

II. Zur Prophylaxis des Koffeinismus und Nikotinismus.

Dr. Fürst-Berlin.

Der Vortragende gab zunächst ein Bild der Störungen, welche der andauernde übermässige und gewohnheitsmässige Gebrauch des Kaffee und Tabak auf den Organismus ausübt. Thierversuche und klinische Beobachtungen am Menschen stellen die chronischen Intoxikationen, welche durch Missbrauch stark wirkender Alkaloide, wie Koffein und Nikotin, hervorgerufen werden, und deren verhängnissvolle Wirkung auf die Volksgesundheit ausser Zweifel. Um Abhülfe zu schaffen, müsse man, da völlige Abstinenz von allgemein beliebten Genussmitteln undurchführbar ist, vollgültige Ersatzmittel bieten, welche die angenehmen Eigenschaften des gewohnten Genussmittels mit absoluter Unschädlichkeit verbinden. Das wären für die genannten Genussmittel der sog. Malzkaffee und die nach der Gerold'schen Methode der Tabaksbehandlung hergestellten Zigarren.

In der Diskussion hebt Dr. Hahn-München hervor, dass es von sozialhygienischer Bedeutung sei, zu betonen, dass auch der erhöhte Kaffee- oder Nikotingenuss, dem sich viele Alkoholabstinenzler hingeben, schädlich wirke. Auch der starke Theegenuss ist von üblen Folgen begleitet.

Dr. Carl-Berlin sah schwere Fälle von Migräne nach Aufgeben des Theegenusses schwinden.

Prof. Dr. Erismann-Zürich hält mässigen Theegenuss und mässiges Rauchen für viel weniger bedenklich als den Alkoholgenuss.

Die Vorträge der Herren:

III. Plehn-Davos: **Einige neue Probleme der Malariaforschung;**
IV. Ruge-Kiel: **Irrthümer in der Malariadiagnose und ihre Vermeidung;**
V. Reuter-Hamburg: **Demonstration von Malariapräparaten nach einer neuen Färbemethode;**
VI. Bachmann-Harburg: **Tödtliche Verletzungen durch südafrikanische Skorpione**

eignen sich theils nicht für ein kürzeres Referat, theils dürften sie für den weiteren Leserkreis dieser Zeitschrift nicht von besonderem Interesse sein.

Die wunderlichen Ausführungen des Herrn Sárkány-Crajova (Rumänien) über **Antherozoiden der Variola**, der sämmtlichen Theilnehmern der Versammlung ein mit fratzenhaften Bildern — Pockenerregern — bedecktes Flugblatt verabfolgen liess, um sie für seine — ich will einen milden Ausdruck wählen — Phantastereien zu interessiren, lasse ich auf sich beruhen. In eine wissenschaftliche Zeitschrift gehören solche Dinge nur dann hinein, wenn sie für den Nachweis eines krankhaft veränderten Gehirnes dienen sollen; aber um als psychiatrisches Objekt zu dienen, wird Herr Sárkány nicht in Hamburg erschienen sein.

Berechtigtes Interesse erweckten die Ausführungen s Prof. Dr. Löffler-Greifswald über eine neue Behandlungsmethode des Karzinoms. Bei seinen historischen Studien über die Malaria ist der Vortragende mehrfach auf die Angabe, dass die Malaria bisweilen auf andere Krankheiten einen günstigen Einfluss ausübe, gestossen. Am bemerkenswerthesten ist die des Prof. Wenzeslaus Truca de Kozowitz aus dem Jahre 1775, nach welcher ein Brustkrebs durch das Hinzutreten einer doppelten Tertiana innerhalb einiger Wochen geheilt worden ist.

Da wir nun durch Einspritzen von Blut malariakranker Menschen die Krankheit hervorrufen können, da wir ferner im Stande sind, sie mit Hülfe des zur richtigen Zeit dargereichten Chinins mit Sicherheit zu beherrschen, so schlägt bei der wenig erfolgreichen anderen Behandlung des Krebsleidens der Vortragende vor, den Versuch zu wagen, Krebskranke durch Einimpfung der Malaria von ihrem Leiden zu befreien. Nach den Mittheilungen in der Literatur scheint das Karzinom in den Tropen, dem Hauptgebiet der Malaria, so gut wie gar nicht vorzukommen. Es wäre von grösstem Interesse, dass die Tropenärzte ihre Erfahrungen über Karzinomverbreitung in den Tropen ausführlich mittheilten und dass ferner auch in den gemässigten Klimaten festgestellt würde, wie sich die Häufigkeit der Karzinome in Gegenden, wo etwa noch Malariaherde bestehen, verhält.

Vortragender schliesst seine überaus interessante Ausführung mit folgenden Worten: „Ganz abgesehen aber von dem Ergebniss dieser statistischen Erhebungen würde ich es auf Grund der oben dargelegten Beobachtungen nicht nur für zulässig, sondern für angezeigt erachten, dass von zahlreichen Klinikern die Frage der Heilbarkeit des Karzinoms durch Einimpfung der Malaria einer experimentellen Prüfung unterzogen würde. Wenn auch nur bei bestimmten Formen und in einem gewissen Prozentsatz der Fälle eine günstige Wirkung durch die Malariaimpfung erzielt würde, so würde dies im Hinblick auf die zunehmende Ausbreitung des Karzinoms einerseits, und auf die Machtlosigkeit der Therapie gegenüber dieser Krankheit anderseits als ein hochbedeutungsvoller Fortschritt anzusehen sein."

Von den seitens der Sektion für Hygiene gebotenen Veranstaltungen erfreuten sich einer besonderen Anerkennung und zahlreichen Zuspruches die verschiedenen Exkursionen, welche zum Zwecke der Besichtigung der sanitären Einrichtungen Hamburgs unternommen wurden. Sie wurden vom Prof. Dunbar, dem Direktor des Hamburger hygienischen Instituts und dem Hafenarzt Dr. Nocht bezw. einigen Assistenten des Ersteren geführt. Da diese Ausflüge zwei Mal stattfanden, so wurde es den Theilnehmern ermöglicht, wenigstens über die wichtigsten und bedeutsamsten glänzenden Fortschritte, die Hamburg seit 1892 in der öffentlichen Hygiene aufzuweisen hat, einen Ueberblick zu bekommen. Dr. Wolff-Hamburg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose-Infektion im Kindesalter. Von Stabsarzt u. Privatdozent Dr. Dieudonné. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 37.

Verfasser beschäftigt sich seit einem Jahre mit Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbazillen an den Händen von kleinen Kindern, die viel auf dem Boden herumkriechen; er wählte hierzu Kinder von $^3/_4$ bis $2^1/_2$ Jahren, deren Mutter oder Vater nachweislich an Tuberkulose litten und benutzte zu diesen Untersuchungen hauptsächlich die von Cornet angegebene Technik und Methode. Er erreichte damit 2 positive Befunde, welche geeignet sind die von Volland und Feer ausgesprochene Ansicht, dass bei der erworbenen Tuberkulose und Skrophulose die Bodeninfektion eine Rolle spielt und dass es sich dabei um eine Schmutzkrankheit handelt, zu stützen.

Das positive Resultat hat nach den Untersuchungen von Cornet nichts Ueberraschendes, zumal da der Vater bezw. die Mutter der betreffenden zwei Kinder viel Auswurf hatten und keinen Spucknapf benutzten.

Verfasser erwähnt noch zum Schlusse zur Verhütung von solchen Infektionen den von Feer empfohlenen Schutzpferch — eine allseitig abgeschlossene Holzhecke, ähnlich wie man sie auch als Gehbarrière empfohlen hat, am Boden mit Matratze und reinem Leintuch belegt, um so Hände, Kleider und Spielzeug der Kleinen sauber zu erhalten.

Zum Mindesten sollte man aber doch die kleinen Kinder anstatt auf den nackten Fussboden auf ein reines Tuch setzen, das man jeweilen zu diesem Zwecke ausbreitet und das sonst von Niemand betreten werden darf; daneben sind selbstverständlich die sonstigen Vorsichtsmassregeln von Seiten der Eltern oder des Pflegepersonals (grösste Reinlichkeit, Benutzung eines Spucknapfes etc.) genau zu beachten. Dr. Waibel-Kempten.

Alkohol und Tuberkulose. Von Prof. Dr. Hans Hammer, Prosektor der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn. Prager med. Wochenschrift; 1901, Nr. 26.

Die Frage, inwieweit der Abusus von Alkohol das Entstehen von Tuberkulose begünstige und dem tuberkulösen Prozess Vorschub leiste, ist zu verschiedenen Zeiten verschieden beantwortet worden. In der neueren Literatur wird diese Frage fast allgemein bejaht, während die Angaben in der älteren Literatur nicht so einmüthig in der Verurtheilung des Alkohols sind. In neuester Zeit tritt namentlich v. Korányi (Eulenburg's Realenzyklopädie der genannten Heilkunde) wieder warm für die Bedeutung des Alkohols bei der Beköstigung der Phthisiker ein.

Verfasser ist häufig in der Lage, Leichen von ausgesprochenen Potatoren zu seziren. Die von ihm erhobenen Befunde sprechen dafür, dass bei Alkoholisten tuberkulöse Lungenprozesse zur Abheilung gelangen können, indem sich um die Herde in den Lungen mächtige bindegewebige Schwielen bilden, und zwar nicht etwa nur um die auch bei anderen Personen häufig beobachteten Spitzenaffektionen. Auch an den tuberkulösen Geschwüren im Darme lassen sich bei Alkoholikern die Zeichen der Abheilung durch narbige Veränderung der Geschwürsränder öfters feststellen. Verfasser führt einige beweisende Fälle, die er selbst sezirt hat, ausführlicher an, deren Befunde dafür sprechen, dass in der Lunge der Alkoholiker, ähnlich wie in deren Nieren und Leber eine rege Bindegewebsentwickelung durch den Alkohol angeregt werden kann, durch welche tuberkulöse Erkrankungsherde gegen die Nachbarschaft abgeschlossen werden und zur Abheilung gelangen.

Wenn die moderne Statistik eine Zunahme der Tuberkulose unter den Säufern nachweist, so ist hieran nicht so sehr der Alkohol, als das soziale Elend Schuld, welches die Trunksucht im Gefolge hat. Der Alkoholismus hat in den letzten Jahren anerkannter Massen sehr zugenommen. Mit dem Hange zur Trunksucht sind eine Menge sozialer Schäden heraufbeschworen worden, welche der Verbreitung der Tuberkulose günstig sind und ihr Vorschub leisten: Verarmung der Bevölkerung, Indolenz der Leute sowohl in physischer, wie in moralischer Beziehung. Dr. Glogowski-Görlitz.

Die Tuberkulose in der Strafanstalt Görlitz. Von Kreisphysikus Dr. Braun, Anstaltsarzt. Blätter für Gefängnisskunde, Sonderabdruck.

Veranlassung zu obigem Aufsatze gab eine ebenda (Bd. 34) veröffentlichte Abhandlung des Bezirksarztes Dr. Schaefer „über Gefängnisskrankheiten", der auf Grund fünfzehnjähriger Erfahrungen als Arzt an zwei bayerischen Zuchthäusern (Kaisheim und München) behauptet, in der Anstalt Kaisheim seien keine 40% der Gefangenen frei von Tuberkulose gewesen. Die Erfahrungen Braun's an der Strafanstalt Görlitz, die im Wesentlichen die gleichen Verhältnisse hat, wie Kaisheim — es werden nur Sträflinge aufgenommen, die das 30 Lebensjahr überschritten haben, aber grösstentheils rückfällige Verbrecher und lebenslängliche Gefangene — stehen in schroffem Gegensatze zu dieser Behauptung. Während der 7 Jahre, die Br. als Anstaltsarzt thätig ist, betrug die durchschnittliche Belegziffer 500. Von diesen waren tuberkulös:

1894: 22 = 4,4%, 1895: 19 = 4,0%, 1896: 19 = 4,0%, 1897: 16 = 3,2%, 1898: 14 = 2,7%, 1899: 17 = 3,5%, 1900: 15 = 3% der Gefangenen.

Es starben an Tuberkulose: 1894: 6 = 12 %, 1895: 3 = 6 %, 1896: 3 = 6 %, 1897: 5 = 10 %, 1898: 1 = 2 %, 1899: 0 = 0 %, 1900: 1 = 2 %.

Diese Sterblichkeit war geringer, als die bei der freien Bevölkerung von Görlitz. Bemerkenswerth ist die erhebliche Abnahme von 12 % (1894) auf 2 % (1900). Dass die niedrige Sterblichkeitsziffer nicht auf diagnostischen Irrthümern beruht, ergiebt der Vergleich mit der Gesammtsumme der Todesfälle in den entsprechenden Jahren.

Es starben Sträflinge überhaupt: 1894: 13 (6 Tub.), 1895: 8 (3), 1896: 11 (3), 1397: 10 (5), 1898: 8 (1), 1899: 2 (0), 1900: 3 (1). Auch die allgemeine Sterblichkeit hat demnach von 26 % auf 6 % sich verringert.

Diese Zahlen beweisen, dass die Zahl der Todesfälle im Allgemeinen nicht hoch, und die Zahl der Tuberkulösen gering ist. In einer weiteren Zusammenstellung derjenigen Sträflinge, die bereits tuberkulös in die Anstalt kamen, die der Tuberkulose verdächtig von Anfang an waren, oder im ersten Jahre der Haft erkrankten, führt Verfasser Nachweis, dass die Tuberkulose nur selten durch Ansteckung in der Anstalt bedingt ist. Als Grund dieser überaus günstigen Verhältnisse führt Verfasser an, dass in der Görlitzer Anstalt die Tuberkulöse vom Tage ihrer Aufnahme an, ja sogar die der Tuberkulose irgendwie Verdächtigen strengstens isolirt werden. Jede von einem Tuberkulösen bewohnt gewesene Zelle wird, bevor sie frisch belegt wird, desinfizirt und neu gekalkt. Dass alle übrigen Vorsichtsmassregeln getroffen sind, ist selbstverständlich. Der schöne Erfolg ist wohl zum grössten Theile der zielbewussten Energie des Anstaltsarztes zu verdanken. Dr. Glogowski-Görlitz.

Insekten als lebendes Substrat für Kultivirung ansteckender Krankheiten des Menschen und der Thiere. Von C. v. Holub, Odessa. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; XXX. Band, S. 284—287.

Durch im Laufe von über 2 Jahren angestellte Versuche glaubt Verf. festgestellt zu haben, dass die Insekten ein ausgezeichnetes Material für die Kultivirung der Bakterien des weichen Schankers, der Syphilis und anderer ansteckender Krankheiten des Menschen und der Thiere darstellen. Er hebt mit Recht hervor, dass eine Mittheilung hierüber nicht nur eine wissenschaftliche, sondern auch prophylaktische und hygienische Bedeutung habe.

Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber das Hämolysin des Typhusbacillus. Aus dem Institute für Hygiene und Bakteriologie der Universität Strassburg i. E. Von E. Levy und Prosper Levy. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; XXX. Band, S. 405—407.

Die Eigenschaft der Bakterien und ihrer Stoffwechselprodukte, die rothen Blutkörperchen aufzulösen, ist in jüngster Zeit nach Ehrlich's Vorgang wiederholt zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht worden. Verfasser stellten ein lösliches Typhushämolysin her, welches durch Hitze nicht inaktivirt wurde. Hundeblut wurde von 0,01 ccm des zweiwöchentlichen Filtrats einer zwei- und mehrtägigen Typhuskultur beinahe komplett gelöst. Verf. konnten ferner bei Hunden, denen sie innerhalb 14 Tagen bis zu 20 ccm einer bei 50 ° abgetödteten Typhuskultur subkutan injizirt hatten, 6 Tage nach der letzten Einverleibung ein Antihaemolysin feststellen, welches die Lösung entsprechend verhinderte und ein Erhitzen auf 56 ° aushielt.

Dr. Dietrich-Berlin.

Ueber das Verhalten des in den Erdboden eingesäeten Typhusbacillus. (Aus dem hygienischen Universitätsinstitute in München.) Von Dr. W. Ruttmann in München. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; XXX. Band, S. 321—335.

Verfasser folgte bei seinen Arbeiten den Untersuchungen des englischen Forschers, Sidney Martin, über das Wachsthum des Typhusbacillus im Erdboden und konnte bestätigen, dass der Typhusbacillus sich monatelang (bis 18 Monate) in den verschiedensten, nicht sterilen Bodenarten lebensfähig hält und bisweilen eine rasche und gleichmässige Vermehrung erfährt. In einigen Bodenarten verschwand er dagegen sehr schnell.

Verf. glaubt, dass diese Verschiedenheiten zur Hauptsache dem chemischen Einflusse der verschiedenartig zusammengesetzten Erden zuzuschreiben sind.

Die nächste vom Verf. geplante Versuchsreihe soll die Frage entscheiden, wie sich der eingesäete Typhusbacillus in morphologischer, biologischer und kultureller Beziehung in steriler Erde verhält, welche jedoch auch mindestens 1 Jahr und darüber steril geblieben sein muss. Dr. Dietrich-Berlin.

Besprechungen.

Dr. Amman-Winterthur: Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans. München 1901. Verlag von G. Lehmann. 8°; 80 Seiten. Preis: 2 Mark.

An der Hand eigener Erfahrungen und zahlreicher Umfragen bei Arbeitgebern und Arbeitern kritisirt der Verf. die in der letzten Zeit viel beliebte und auf den ersten Blick sehr bestechende Methode der mathematischen Berechnung der Erwerbsfähigkeitsminderung durch traumatische Sehstörungen. Er zeigt, dass trotz aller scheinbaren Genauigkeit diesem Verfahren doch viel Mängel anhaften. Man kann seinen Satz ohne Weiteres unterschreiben: „Mit lebendigen Erscheinungen lässt sich nicht wie mit einer todten Materie Mathematik treiben.“ Und so berücksichtigt er neben den Störungen des zentralen, des peripheren und des stereoskopischen (binokularen) Sehens besonders das Moment der Konkurrenzfähigkeit.

Indem er den Begriff der „erwerblichen“ Sehschärfe im Gegensatz zu der „wissenschaftlichen“ als wohl berechtigt gelten lässt und die von Magnus eingeführten und auch von Groenouw angenommene Eintheilung der Augenverletzten in solche mit höheren und solche mit geringeren optisch-erwerblichen Ansprüchen acceptirt, kommt er zu dem Ergebniss, dass es nur wenige Arbeiten giebt, die mit 0,75 der wissenschaftlichen Sehschärfe nicht ebenso gut ausgeführt werden könnten, wie mit Sehschärfe 1. Für gröbere Beschäftigung sei schon eine Sehschärfe von 0,5 gleichbedeutend mit voller. Zu den gröberen Beschäftigungen zählt er diejenige der Zimmerleute, Maurer, Schmiede, die doch immerhin nach ihre Millimeter-Eintheilung auf dem Massstabe sehen und Senkblei und Richtscheit genau handhaben müssen. Die sogen. unqualifizirten Arbeiter empfinden noch geringere Sehschärfe als 0,5 nicht als Arbeitsbehinderung.

Bei der Minderung des peripheren Sehens (Gesichtsfeldeinschränkung) handelt es sich nur selten um eine Behinderung in der Ausübung der Arbeit sobald nur die äussere Zone von 60—90° betroffen ist. (I. Gruppe, Augenverletzungen im engeren Sinne). Die Beschädigung besteht nur darin, dass der Verletzte ev. grössere Gefahr läuft bei der Arbeit.

Die Gesichtsfeldbeschädigung mit grösserem Ausfall (II. Gruppe, durch stumpfe Traumen, die den Schädel trafen und durch Hirnblutung und Zerstörung von Hirnsubstanz die optischen Leitungsbahnen innerhalb des Gehirns oder an dessen Basis schädigen) bedürfen der Individualisirung in jedem einzelnen Falle.

Beim Einäugigen kommt neben dem Verlust des stereoskopischen Sehens als dem wesentlichsten Moment noch die Konkurrenzfähigkeit in Frage. Die „Lohnbeschädigung aller Einäugigen beträgt im Durchschnitt 17,50 %. Bleiben sie bei ihrer früheren Beschäftigung, so verlieren sie nur 7,5 % ihres früheren Lohnes; wechseln sie dagegen ihre Stelle, so steigt die Lohnbeschädigung auf durchschnittlich 24,1 %.“ Die vielfach übliche, aber meist recht oberflächliche ärztliche Untersuchung der Arbeitsuchenden vor Einstellung in den Betrieb, ohne Anwendung der seitlichen Beleuchtung oder des Augenspiegels ausgeführt, lässt praktisch erwünscht erscheinen die Unterscheidung zwischen Verletzungen des Sehorgans mit auffallendem und solchen mit nicht auffallendem bleibendem Nachtheil. Die Entstellung, der äussere Eindruck der Minderwerthigkeit ist oft viel grösser als die thatsächliche Minderung der Arbeitsfähigkeit. Amman empfiehlt daher die Erwerbsbeschädigung durch verminderte Korkurrenzfähigkeit allein auf 5 % im Mittel, auf 10 % im Maximum anzuschlagen.

Lassen diese Ausführungen ein grosses Verständniss für die Verhältnisse des praktischen Lebens bei dem Verfasser voraussetzen, so erscheinen die Renten-

sätze, welche Verfasser bei totalem Verlust eines Auges, bei Verlust der Linse eines Auges u. s. w. empfiehlt, vielfach zu niedrig. Amman schätzt die totale Vernichtung aller Funktionen eines Auges, wobei aber der Augapfel erhalten, eine grössere Entstellung nicht zustande gekommen und das stereoskopische Sehen für die Berufsarbeit nicht erforderlich ist, auf 15—20 %, weil die Erwerbsbeschädigung nur in derjenigen Minderung besteht, die als Folge der Massregeln eintrete, welche der Verletzte zur Schonung seines anderen Auges getroffen hat. Ist im gleichen Falle der Augapfel entfernt, so steigere sich die Erwerbsbeschädigung um 5—10 %, würde also im Ganzen 20—25 % betragen. Hatte der Verletzte einen Beruf, dessen Ausübung ohne stereoskopisches Sehen sehr schwer oder gar nicht möglich ist, ist er aber noch jung und zu erwarten, dass er in 1—2 Jahren dasselbe grösstentheils wieder erlernt haben wird, so ist die Erwerbsbeschädigung in den ersten Jahren auf 25—35 %, in Ausnahmefällen sogar noch höher zu schätzen. Sie wird sich aber in den folgenden Jahren wieder auf 20—25 bis höchstens 30 % reduziren. Ist der Verletzte — in Betreff des stereoskopischen Sehens im gleichen Falle — dagegen alt oder sonst schwer begreifend, so kann die Erwerbsbeschädigung von 25—35 % event. eine dauernde sein.

Beim Verlust der Linse kommt es auf den Verlust des stereoskopischen Sehens und auf den Grad der Entstellung an. Ist ersteres für den Beruf unwesentlich und liegt eine Entstellung nicht vor, so schätzt A. die Erwerbsbeschädigung gleich 0. Ist es unerlässlich und ein Lernen derselben später nicht mehr zu erwarten, und besteht eine starke Entstellung, so schätzt er die Erwerbsbeschädigung auf 15—20 + 3—5 = 18—25 %. Lernt ein jugendlicher Verletzter voraussichtlich das stereoskopische Sehen und besteht keine Entstellung, dann 5—7 %. Hat die Operation des Wundstaars kein genügendes Resultat gehabt, d. h. ist die Sehschärfe mit dem entsprechenden Convexglase nicht mehr auf eine Stufe zu bringen, die zur Ausübung des betreffenden Berufs noch genügen würde, so ist der Verletzte gleich einem Einäugigen zu behandeln, mit dem Unterschiede, dass event. neue Behinderung der Konkurrenzfähigkeit in Betracht kommt.

Was die Entschädigung des zentralen Sehens auf einem Auge betrifft, so hält Amman die Herabsetzung der Sehschärfe auf einem Auge bis auf 0,5 nicht für eine Erwerbsbeschädigung, auch nicht bei Berufsarten mit höheren optisch-erwerblichen Ansprüchen, da neben der intakten zentralen Sehschärfe auch das stereoskopische Sehen erhalten bleibt. Auf letzteres sei auch bei weiterer Herabsetzung immer besonders zu untersuchen. Fehlt es, so sei es mit 5—10 % zu entschädigen. Wo das stereoskopische Sehen zur Berufsarbeit nicht nothwendig ist, sei keine Erwerbsbeschädigung anzunehmen, so lange die zentrale Sehschärfe des verletzten Auges nicht unter $^1/_{10}$ bis $^1/_{20}$ sinkt. (Eine rigorose Schätzung! Ref.).

Sehr lehrreich sind schliesslich die Ausführungen über Beschädigung des Sehorgans, wenn ein oder beide Augen schon vorher sehschwach waren.

Die ganze Studie wird, mag man auch in einzelnen Punkten anderer Ansicht sein, besonders um ihrer Klarheit willen in dem Interessentenkreise viel Freunde finden. P. Stolper-Breslau.

Paul Dittrich-Prag: **Praktische Anleitung zur Begutachtung der häufigsten Unfallschäden der Arbeiter.** Wien und Leipzig 1901. Verlag von Braumüller. 224 Seiten. Preis: 5 Mark.

Während sich in Deutschland die Lehrer der gerichtlichen Medizin in Bezug auf die wissenschaftliche Behandlung versicherungsrechtlicher Fragen die Feder haben aus der Hand nehmen lassen, bietet uns in dem vorliegenden Büchlein, freilich wohl zum ersten Male seit Einführung des Arbeiterunfallversicherungsgesetzes in Oesterreich vom 28. Dezember 1887, ein dortiger ordentlicher Professor der gerichtlichen Medizin, der Vertreter dieses Faches an der deutschen Universität in Prag, eine dankenswerthe Studie aus dem Gebiete der Unfallversicherung. Der Verfasser berücksichtigt neben den österreichischen auch die deutschen Bestimmungen; leider jedoch noch nicht die neuen Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900.

Das dem deutschen Gesetz im Wesentlichen nachgebildete österreichische weicht in zwei wesentlichen Punkten ab, indem es dem Verletzten schon vom Beginn der fünften Woche ab nach Eintritt des Unfalls eine Rente gewährt und indem es die Rente im Falle gänzlicher Erwerbsunfähigkeit auf nur 60 % des Jahresarbeitsverdienstes festsetzt. Die Theilrente ist auch dem entsprechend geringer.

Im Uebrigen enthält das Buch, das sich naturgemäss vornehmlich mit den österreichischen Verhältnissen befasst, eine Reihe knapp gehaltener Beispiele, die dem deutschen Leser, der eine umfangreichere Literatur gewöhnt ist, nicht viel Neues bieten werden. Im Allgemeinen lässt sich daraus entnehmen, dass die Rentensätze in Oesterreich durchweg niedrigere sind als die bei uns üblichen. Dr. P. Stolper-Breslau.

Dr. Hugo Hoppe, Nervenarzt in Königsberg: **Die Thatsachen über den Alkohol.** 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1901. Verlag von Calvary. Gr. 8°; 375 Seiten. Preis: geb. 5 Mark.

Das H.'sche Buch, das bereits bei seinem ersten Erscheinen von psychiatrischer Seite eine günstige Aufnahme gefunden hatte, wird allen denen willkommen sein, die sich durch Wort und Schrift an der neuerdings wieder energischer angefassten Abstinenzbewegung betheiligen wollen. H., dessen Arbeit aus einem für die Oeffentlichkeit bestimmten Vortrage hervorgegangen ist, hat mit grosser Sorgfalt viel zerstreutes Material zusammengetragen, um sein Thema erschöpfend zu behandeln. In der Einleitung zeigt er, welch' gewaltige Summen in den einzelnen Ländern dem Alkohol in seinen verschiedenen Gestalten geopfert werden. Die physiologische Wirkung des Alkohols wird auf Grund der neueren Untersuchungen der Heidelberger Schule und der von ihr durch systematisch psycho-physische Experimente gewonnenen Ergebnisse in sehr lehrreicher Weise erörtert. Diese Untersuchungen haben ergeben, (S. 58) dass schon sehr mässige Dosen Bier ausreichen, die Auffassungsfähigkeit herabzusetzen; ebenso leidet die Zuverlässigkeit der Auffassung in Folge gesteigerter Ermüdbarkeit. Von grossem Interesse sind ferner die Rauschversuche Fürer's, aus denen hervorgeht, dass die Wirkung stärkerer Alkoholdosen sich über 36 Stunden geltend macht, während vertheilte, längere Zeit genommene, kleine Dosen eine Verarmung an Vorstellungen hervorrufen, die sich in einer Zunahme der äusseren (Klang)- Association und einer Abnahme der inneren (Ideen)- Association äussert. In dem Kapitel über die krankmachende Wirkung des Alkohols hat Verf. in sehr übersichtlicher Weise die Veränderungen, die das Gehirn erleidet, und die psychischen Folgezustände erörtert, die in einem weiteren Abschnitt eine statistische Erläuterung und Ergänzung finden. In engem Zusammenhang steht mit dieser Frage diejenige nach der Bedeutung der Trunksucht in Bezug auf Verbrechen. Der Verf. zeigt diesen Konnex, der sich in allen Ländern gleichmässig geltend macht, durch statistische Angaben, aus denen u. A. zu entnehmen ist, dass die Betheiligung der Frauen an Verbrechen in den Ländern am grössten ist, an denen ihr Antheil am Alkohol am höchsten steht; es gilt dies besonders für Frankreich, Belgien und England. Zum Schluss verbreitet sich H. eingehend über die die Trunksucht fördernden Trinksitten, die er für bedeutungsvoller und wichtiger hält, als die oft betonte soziale Misère der unteren Volksklassen. Dem trefflichen Werke sind eine Reihe lehrreicher Tabellen und Statistiken beigefügt.

H. Kionka: Grundriss der Toxikologie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Therapie. Für Studirende und Aerzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Leipzig 1901. Verlag von Veit & Co. Gr. 560 Seiten. Preis: geb. 12 Mark.

Nachdem vor einer Reihe von Jahren R. Kobert das grosse Gebiet der Toxikologie umfassend behandelt hat und soeben das noch umfangreichere Werk von Kunkel (Jena, G. Fischer) erschienen ist, wird hier wie auch in dem kürzlich von F. Firgau verfassten — 305 Seiten betragenden — Werke der Versuch gemacht, ein Buch zu schaffen, das die Lehre von den Giften „in

handlicher, für die Bedürfnisse der Praxis und des Studiums ausreichender Form" behandelt. Es lässt sich gewiss darüber diskutiren, ob es für die Lernenden zweckmässiger ist, den Inhalt eines Werkes mässigen Umfanges in sich aufzunehmen zu versuchen oder aber das in der ausführlichen Experimental-Vorlesung Gehörte zunächst durch Festhalten der Grundlagen, wie sie die kleineren vorliegenden Kompendien bieten, ihrem Wissensgebiete einzuverleiben, um es durch gelegentliches Studium der grossen Werke zu ergänzen. Was aber den in der Praxis Stehenden, speziell den Medizinalbeamten anlangt, so dürften für diesen nur die wirklich vollständig das grosse Gebiet der Gifte behandelnden Werke von Werth sein. Es gelingt eben nicht auf den — nach Abzug von 51 dem „allgemeinen Theil" gewidmeten — ca. 500 Seiten das Gebiet umfassend darzustellen. — So vermisst man naturgemäss manches Wissenswerthe. Gar nicht erwähnt ist das vielfach in manchen Gegenden zu Abtreibezwecken benutzte Lebensbaumspitzenöl, Oleum Thujal mit dem höchst giftigen Keton Thujon. Bei Oleum Sabinae hätte das giftige Prinzip „Sabinol" erwähnt werden sollen. Wenn Verfasser im „Allgemeinen Theile" sagt, es hätte wenig Sinn, bei Krampfgiften, wie vorgeschlagen, Inhalationen von reinem Sauerstoff vorzunehmen, so ist dem auf Grund experimenteller Erfahrungen entschieden zu widersprechen. Dass die hellrothe Färbung der Todtenflecke „charakteristisch" für Blausäure-Vergiftung sei, wird von Vertretern der gerichtlichen Medizin auf Grund neuer Untersuchungen bestritten.

Herm. Hildebrandt-Berlin.

Tagesnachrichten.

Dem Bundesrathe ist die nachstehende **Verordnung über den Fett-, Wasser- und Salzgehalt der Butter zur Genehmigung** (gemäss §. 11 des Gesetzes vom 15. Juni 1897) zugegangen:

„Butter, welche in 100 Gewichtstheilen weniger als 80 Gewichtstheile Fett oder mehr als 16 Gewichtstheile Wasser oder mehr als 3 Gewichtstheile Salz enthält, darf gewerbsmässig nicht verkauft oder feilgehalten werden."

Behufs Anstellung von Wohnungsinspektoren und zwar zunächst in den dicht bevölkerten und industriellen Regierungsbezirken Düsseldorf, Arnsberg und Oppeln sollen in den nächsten Preussischen Staatshaushaltsetat die erforderlichen Geldmittel eingestellt werden. Unseres Erachtens dürfte es sich mehr empfehlen, Gesundheitsinspektoren als Hülfsbeamte der Kreisärzte anzustellen, denen gleichzeitig die Wohnungsaufsicht mit übertragen werden könnte. An Arbeit würde es diesen Beamten auch in anderen Kreisen nicht fehlen.

Der Ministerialerlass vom 23. Mai 1901, in dem mit Recht auf die Unzulässigkeit einer **Unterstellung der Medizinalbeamten unter eine besondere Vereinsehrengerichtsbarkeit** hingewiesen und demgemäss eine entsprechende Abänderung der betreffenden Vereinssatzungen empfohlen wird, um den Medizinalbeamten das Verbleiben in den Vereinen zu ermöglichen, hat auffallender Weise in ärztlichen Kreisen Missfallen erregt. Man erblickt darin einen unberechtigten Versuch behördlicher Einmischung in eine rein private Angelegenheit der Aerzte; auch das ärztliche Vereinsblatt kann nicht umhin in Nr. 460 sein lebhaftes Bedauern darüber auszusprechen und kommt schliesslich zu der Annahme: dass der „Erlass wahrscheinlich nur auf der bekannten formalistischen und bureaukratischen Auffassung, durch welche Preussen sich auch den Aerzten gegenüber vor den übrigen Bundesstaaten hervorthut, beruhe." Diese Annahme beweist nur das geringe Verständniss des Verfassers von den einschlägigen Verhältnissen; denn sonst hätte sich dieser, wie die Vossische Zeitung in Nr. 528 sehr zutreffend bemerkt, sagen müssen, dass der Erlass „nicht die nebensächliche Frucht eines sehr sorgsamen Bureaukraten, etwa eine Blüthe formalistischer Klügelei, sondern vielmehr durchaus das ganz naturgemässe Ergebniss der gesetzlichen staatlichen Erengerichtsbarkeit für die Aerzte in Preussen ist". Darnach unterstehen die Medizinalbeamten ausschliesslich dem staatlichen Disziplinarverfahren und nicht demjenigen der ärztlichen

Ehrengerichte; mit diesem gesetzlich feststehenden Faktor sollten aber die ärztlichen Vereine rechnen und nicht gleichsam auf privatem Wege zu erreichen suchen, was auf gesetzlichem ausgeschlossen ist. Aendern sie ihre Satzungen nicht entsprechend ab, so ist logische Folge davon, dass den Medizinalbeamten amtlich untersagt wird, einem ärztlichen Vereine anzugehören, der nach seinen Satzungen eine Ehrengerichtsbarkeit über alle seine Mitglieder ausübt. Es liegt aber ebenso im Interesse der ärztlichen Vereine, wie in demjenigen der Medizinalbeamten und im öffentlichen Interesse, dass es nicht zu diesem Schritte kommt. Um so mehr sollten die ersteren die Konsequenzen der Ehrengerichtsgesetzgebung ziehen, als sich in völlig unberechtigten Vorwürfen gegen die Staatsregierung ergehen, die jedenfalls nicht im Entferntesten daran gedacht hat „von Neuem muthwillig Konflikte hervorzurufen", sondern die ärztlichen Vereine nur daran erinnert hat, endlich das zu thun, was sie eigentlich schon längst hätten thun sollen. Unseres Erachtens sind Ehrengerichte der Vereine neben den Ehrengerichten der Kammern überhaupt entbehrlich, denn will man kleinere Streitigkeiten und Verfehlungen leicherer Art ausgleichen, so lässt sich dies auch in anderer Weise weit einfacher ohne den grossen Apparat eines Ehrengerichts erreichen.

Aus dem Bayerischen Landtage. Der **Gesetzentwurf** über die **ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung** wird jetzt von einem besonderen Ausschuss der Abgeordnetenkammer vorberathen. Bisher ist der Entwurf der Standesordnung durchberathen; nach einer Erklärung des Ministers des Innern soll diese jedoch, den Wünschen der Aerztekammer entsprechend, in dem Gesetze selbst keine Aufnahme finden.

Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder. Dem sächsischen Landes-Medizinalkollegium ist ein Antrag auf Einführung der ärztlichen Ueberwachung der Schulkinder für das ganze Land zugegangen. In der Begründung wird u. a. darauf hingewiesen, dass in Leipzig 1899 54 % gesunde und 46 % ärztlicher Behandlung bedürftige Schulkinder vorhanden waren, davon 25,9 % wegen Augenerkrankung (einschliesslich Kurzsichtigkeit), 17,4 % wegen mangelnden Hörvermögens, 11,9 % wegen Rachenerkrankungen, 4,6 % wegen Krätze und Läusesucht, 1,4 % wegen Herzfehler, 1,4 % wegen Hautkrankheiten, 0,7 % wegen Rückgratsverkrümmung, 0,2 % wegen Leistenbruchs. In Dresden waren in der gleichen Zeit von den 1079 der Schule zugeführten Kindern in den Bürgerschulen 9,4 %, in den Bezirksschulen 8,9 % mit Gebrechen behaftet und von diesen waren 16,3 % der Knaben und 23,6 % der Mädchen skrophulös. An Krämpfen litten 7 % der als krank befundenen Knaben, 1,9 % der Mädchen. Diese überraschend grosse Zahl kranker Schulkinder fordere nothgedrungen die einheitliche Einrichtung ärztlicher Ueberwachung, zumal nachgewiesenermassen „schwachsinnige" Kinder nicht an geistigen, sondern an meist heilbaren körperlichen Defekten leiden, welche der scheinbaren Schwachsinnigkeit zu Grunde liegen. Der Zwangspflicht des Schulbesuches entspreche die Pflicht des Staates zur ärztlichen Ueberwachung. Die Kosten seien gering. In Leipzig z. B. beliefen sie sich nur auf 7991 M.

Notiz für die Abonnenten der Zeitschrift: Aus mehrfachen, bei der Redaktion eingegangenen Anfragen geht hervor, dass eine Anzahl der Abonnenten der Zeitschrift bezw. der Mitglieder des preuss. Medizinalbeamtenvereins annehmen, die Zusendung des Ende vorigen Monats erschienenen Supplementheftes erfolge ohne zuvorige Bestellung. Dies ist nicht der Fall, sondern es bedarf dazu einer besonderen Bestellung bei der Verlagsbuchhandlung, die wir möglichst bald zu bewirken bitten.

Die Redaktion.

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

14. Jahrg. **Zeitschrift** 1901.

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. 85, 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.

Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin in Deutschland.

Nach einem auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte am 24. September 1901 zu Hamburg gehaltenen Vortrag ergänzt von Dr. F. C. Stubenrath, Privatdozent für gerichtliche Medizin in Würzburg.

Die gerichtliche Medizin, welche rechtliche Streitfragen unter Verwerthung medizinischer Kenntnisse entscheiden hilft, ist als wissenschaftliche Spezialdisziplin wesentlich eine Errungenschaft deutscher Kulturentwicklung und deutscher Geistesarbeit; ihre Geschichte reicht deshalb nur einige Jahrhunderte zurück. In ihrem Wesen ist es begründet, dass sie erst in Erscheinung treten konnte, nachdem die Rechtspflege ein Bedürfniss nach Anwendung ärztlicher Kenntnisse empfand, also selbst schon einen hohen Grad der Entwicklung erreicht hatte, wie es anderseits nur dann möglich war, solchem Bedürfniss zu genügen, wenn die Heilkunde überhaupt, auf deren feststehenden Lehren die gerichtliche Medizin fusst, eine entsprechende Vervollkommnung aufweisen konnte, um die nöthige Autorität für ihr folgenschweres Eingreifen in den Gang der Gerichtsbarkeit beanspruchen zu dürfen.

Dieser Zeitpunkt fällt in das 16. Jahrhundert. Mit dem Eindringen des Humanismus aus seiner Heimath Italien nach Deutschland begann alsbald der Kampf gegen die Feinde des wirklichen wissenschaftlichen Fortschrittes, die Astrologie, die Kunst, aus dem Lauf und der Stellung der Gestirne das Menschenschicksal vorherzusagen, gegen die Alchemie oder Goldmacherkunst, gegen die Chiromantie, das Entziffern des Schicksals der Menschen aus Bau und Linien der Hand und gegen die Nekro-

mantie, die Heraufbeschwörung von Todten, um sie über die Zukunft zu befragen. Das Schulwesen nahm jetzt einen immer energischeren Aufschwung, die Nationalsprachen kamen zur Geltung und traten in den Vordergrund, die Buchdruckerkunst ermöglichte eine immer ausgedehnter werdende Theilnahme des Volkes am Leben der Zeit. Die zahlreich in Deutschland erstehenden Universitäten wurden die Pflegestätten der gesammten Wissenschaft.

Bevor wir diese Verhältnisse weiter verfolgen, ist es nöthig, weil gerichtliche Medizin und Strafrechtspflege bezüglich ihrer Entwicklung Hand in Hand gehen, zunächst die Entwicklung des deutschen Strafrechtes zu betrachten.

v. Liszt[1]), der bekannte Kriminalist, bezeichnet das Strafrecht mit seinen beiden Grundbegriffen, dem Verbrechen und der Strafe, als die erste und ursprünglichste Schicht in der Entwicklungsgeschichte des Rechtes und die Strafe als eine ursprüngliche geschichtliche Thatsache, einen Eingriff in den Willens- und Machtkreis des Einzelnen, welcher und weil er die Willens- und Machtkreise des Anderen gestört hat.

Vor der Gründung von Staaten bestand eine Gliederung in Stammesverbände oder Blutsgemeinschaften und zwei gleich ursprüngliche Arten der Strafe, nämlich erstens die Bestrafung des Stammesgenossen, der innerhalb des Verbandes gegen diesen oder dessen Mitglieder sich versündigt hat. Ihn traf die Ausstossung aus der Friedensgemeinschaft. Diese Friedloslegung war ursprünglich angedroht für Leichenraub, später für Todtschlag beim Ding (= Volksversammlung, insbesondere Gerichtsversammlung), für Anzünden von Wohnhäusern, so dass dabei Menschen umgekommen, für die Tödtung des Herrn durch einen Schuldeigenen, sowie für Tödtung von dessen Kindern und Pfleglingen, endlich für Mord. Ein solcher Friedloser war nach der Darstellung von Wilda[2]) aus der Lebens- und Rechtsgemeinschaft des Volkes verbannt zu den Thieren des Waldes (daher „Waldgänger“). Jeder, der einem Friedlosen begegnete und ohne eigene Gefahr seiner Herr werden konnte, musste ihn tödten, oder demjenigen zuführen, der ihm hatte den Frieden nehmen lassen. Die Möglichkeit der Flucht war dem Friedlosen gelassen, so dass er am Tag der Verurtheilung noch das Mittagsmahl im Hause einnehmen durfte, das Abendmahl aber im Walde halten musste. Desgleichen durfte die Frau den Mann noch fünf Nächte nach der Verurtheilung beherbergen, dann aber musste sie den längeren Verbleib den Nachbaren anzeigen. Ebenso war es den Verwandten gestattet, durch eine beschränkte Beihülfe die Fluch zu erleichtern. Mit der Friedloslegung war in der früheren Zeit die Einziehung des ganzen Vermögens verbunden und zwar so, dass es selbst der Familie des Missethäters verloren ging. Erfolgte die Verurtheilung wegen einer geringeren Missethat, so erhielt der

---

[1]) v. Liszt, Dr. Franz: Lehrbuch des deutschen Strafrechts. 8. Auflage, 1897, S. 4 ff.

[2]) Wilda, Dr. Wilh. Eduard: Das Strafrecht der Germanen. Halle 1842. Band 1, S. 278 ff.

Friedlosgewordene wieder seine volle Sicherheit, wenn er drei andere Waldgänger erschlagen hatte, oder wenn einer, der im Frieden war, zu seinem Gunsten Andere getödtet hatte.

Als zweite Form der Strafe erwähnt v. Liszt (l. c.) die Blutrache, angewendet gegen den Stammesfremden, welcher von aussen her in den Macht- und Willenskreis des Verbandes oder einzelner seiner Glieder eingegriffen hatte. Die „Rache" bedeutete Tödtung oder Angreifen mit Waffen, so dass Tod oder Verwundung die Folge sein konnte. Dabei galt jedoch Grausamkeit in der Ausübung als Schandthat; ebensowenig galt es als erlaubt, die Rache heimlich auszuüben. Diese ursprüngliche Form der Strafe darf aber nach v. Liszt nicht als Rachetrieb bezw. Aeusserung des Selbsterhaltungstriebes des Einzelmenschen aufgefasst werden, sondern sie ist als Reaktion des Stammesverbandes gegen Verletzung gemeinsamer Interessen desselben zu betrachten.

Mit Annahme fester Wohnsitze lösten sich die einzelnen Stammesverbände auf, und es trat das Strafrecht in eine zweite Periode der Entwickelung und eine Mässigung in der Ahndung des Rechtsbruches ein. An Stelle der auf Vernichtung des Missethäters abzielenden Friedloslegung trat die Todesstrafe und verstümmelnde Leibesstrafe, ferner die dauernde oder zeitige Verbannung neben Vermögensstrafen aller Art. Die Blutrache zwischen den Stammesverbänden wurde beigelegt, dem Friedensstörer und seinen Angehörigen gegen Entrichtung eines mehr oder minder bedeutenden Friedensgeldes an die Gemeinschaft der Rechtsfriede gewahrt. Diese Strafart wird als Kompositionensystem (componere beilegen) bezeichnet.

Als dritte Entwicklungsstufe der Strafe folgte dann mit der Erstarkung der über den Verbänden sich erhebenden Staatsgewalt die staatliche Strafe, die Entwindung der Bestrafung aus den Händen des Verletzten und die Uebertragung ihrer Handhabung an unbefangene, ruhig prüfende Richter.

Diese 3 Entwicklungsstufen der Strafe lassen sich nach Jahren nicht genau abgrenzen.

Einen gewaltigen unmittelbaren und mittelbaren Einfluss auf die Gestaltung der Strafgesetzgebung in allen seit der Zertrümmerung des heidnisch-römischen Weltreiches entstandenen und entstehenden Kulturstaaten übte die christliche Kirche aus.[1]) Sie hat den Auftrag, das ewige unabänderliche für alle Zeiten und Völker geltende göttliche Sittengesetz in den christlichen Staaten zur Geltung zu bringen und deshalb den Staaten selbst die Aufgabe gestellt, mit ihrer weltlichen Macht dieses Sittengesetz zu schirmen und zu handhaben. Damit kam es zur Entwicklung einer doppelten Strafgewalt, einer kirchlichen und einer staatlichen. Die Kirche übte ihre Strafjurisdiktion aus durch die Beschlüsse der Synoden und Konzilien, sowie durch päpstliche Erlasse und zwar je nach Bedürfniss und Veranlassung; sie schritt erst

[1]) Staatslexikon von Bruder und Bachem. V. Bd., 1897. Artikel „Strafgesetzgebung und Strafprozess".

im 12. und 13. Jahrhundert zur Kodifikation des corpus juris canonici. Das kanonische Recht vertritt den Grundsatz der absoluten Gleichheit aller Menschen vor dem christlichen Sittengesetz und betrachtet das Verbrechen als Widerspruch oder Auflehnung gegen den Willen und die Gebote Gottes, als Sünde, die Strafe also als Wohlthat für den Verbrecher, verhängt in seinem eigenen Interesse zur Erwirkung der Versöhnung mit Gott und Abwendung des göttlichen Zornes. Nicht die Vertilgung, wie Geib[1]) schildert, sondern die wahre innerliche Besserung erstrebt das Strafsystem der Kirche, und deshalb zeichnet es sich nicht durch Grausamkeit, sondern durch Milde aus. Das kanonische Recht will die weltlichen Gerichte nicht verdrängen oder aufheben, sondern nur vervollständigen und ergänzen. Die kirchliche und die weltliche Jurisdiktion verfolgen nebeneinander selbstständig und unabhängig ihren eigenen Weg und ihren eigenen Gesichtspunkt, den der sittlichen Reinheit der Gemeinschaft.

Die Folge dieser religiösen Auffassung der Strafe war ein nothwendiges Hervortreten inquisitorischer Formen und Elemente. Genügender Anhaltspunkt für Eröffnung und Durchführung eines Strafverfahrens war neben der accusatio, der Anklage vor Gericht, die denunciatio, die mündliche Anzeige vor Gericht, die infamia oder üble Nachrede und das notorium, die schriftliche Anzeige oder Denuntiation. Ausserdem fanden schon seit den ältesten Zeiten jährliche Visitationen der Diözesen durch die Bischöfe statt, wobei alle diejenigen Verbrechen, welche von den weltlichen Gerichten gar nicht oder nicht genügend geahndet wurden, untersucht und mit Strafe belegt wurden.

In der zweiten Hälfte des 9. Jahrhunderts kamen die sogenannten Synodal- oder Sendgerichte auf mit förmlicher Verpflichtung der Sendgeschworenen, sämmtliche zu ihrer Kenntniss gekommenen Sendbrüche bei dem diese Gerichte abhaltenden Bischof oder dessen Stellvertreter zu rügen.

Die Kirche[2]) beseitigte die Gottesurtheile des älteren deutschen Rechtes und sorgte für die dem Volksgerichte noch unbekannte Erforschung der materiellen Wahrheit. Sie führte die Eideshelfer ein und bildete den kanonischen Akkusationsprozess aus. Wo ein Ankläger fehlte, unterblieb die Verfolgung. Diesem Mangel wurde im Jahre 1215 vom Papste Innocenz III. abgeholfen durch Einführung des Inquisitionsprozesses. Nach verlautbarter Anschuldigung, im Falle eines glaubhaften öffentlichen Gerüchtes, nöthigenfalls nach vorgängiger cognitio (Besichtigung) wurde eine Untersuchung (inquisitio) eingeleitet.

Eideshelfer wurden zugezogen, der Beschuldigte musste persönlich zugegen sein bei der Aburtheilung, Namen und Aussagen der Zeugen mussten ihm behufs Geltendmachung seiner Ein-

---

[1]) Geib, Dr. Gustav: Lehrbuch des deutschen Strafrechts. I. Bd. 1861, Seite 127 ff.

[2]) Siehe Staatslexikon; V. Bd., Seite 647/48 ff.

[3]) Geib, l. c.; Seite 130 ff.

wendungen bekannt gemacht werden, jede Art der Vertheidigung ward ihm gewährt. Die Folter war unbekannt.

Dieses zur Ermittlung der Wahrheit zweckdienliche Verfahren fand auch in den weltlichen Gerichten immer mehr Eingang und somit ist Innocenz III. als Schöpfer des auf christlicher Weltanschauung beruhenden Strafprozesses zu betrachten. Die altdeutsche Einrichtung des Schöffenthums, die Mündlichkeit und Oeffentlichkeit des Verfahrens blieb bestehen, nur wurde jeder Beschuldigte von seinen eigenen Stammesgenossen abgeurtheilt. Vorsitzender des Gerichtes war der Kaiser, der theils selbst, theils durch Delegirte die Gerichtsbarkeit ausübte. Er verkündete und vollstreckte nach Befragen der Schöffen das Urtheil. Letztere sprachen das Urtheil in erster und letzter Instanz, über Leben und Tod, Freiheit und Vermögen ihrer Stammesgenossen. So galt es für alle Kategorien der Gerichte, kaiserliche, landesherrliche, herrschaftliche, Lehenshöfe und Dinghöfe. Die Kirche verfolgte nach Geib[3]) nicht nur die causas mere spirituales oder delicta ecclesiastica wie Apostasie, Abfall vom christlichen Glauben, Häresie oder Ketzerei, das hartnäckige Leugnen eines von der Kirche gelehrten bezw. beharrliches Vertheidigen eines von der Kirche verworfenen Dogmas, das Schisma, d. i. Trennung von der kirchlichen Einheit durch Aufhebung der Gemeinschaft mit dem Bischof oder Papst, die Simonie, den Erwerb geistlicher Gaben und Güter durch Drangabe zeitlichen Gewinns und umgekehrt, sondern auch sogenannte delicta mixta wie Ehebruch, Incest, d. i. ehelichen oder ausserehelichen Beischlaf zwischen nahen Verwandten, Sodomie, d. i. widernatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes im weitesten Sinne (also Bestialität, Päderastie, lesbische Liebe, Onanie); weiterhin sacrilegium, Blasphemie, wozu das unnöthige Schwören gehört, den Meineid, die Magie und das sortilegium (Weissagerei), den Wucher.

Endlich befasste sich das kanonische Recht noch mit delicta civilia, welche von den weltlichen Gerichten verfolgt, von der Kirche aber noch mit Bussen belegt wurden. Dahin gehören die Kindesaussetzung und zwar ohne Rücksicht auf normale Beschaffenheit, Gesundheit etc. und ausgedehnt auf alle Personen, die wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen ausser Stande sind, sich selbst zu helfen und für sich zu sorgen, ferner die Kinderabtreibung, wobei zwischen foetus animatus (formatus, vivificatus) und foetus inanimatus unterschieden und in ersterem Falle Tödtung, in letzterem Falle eine weniger strafbare Handlung angenommen wurde. Weiterhin wurde bestraft Tödtung, Kindesmord, Selbstmord unb zwar auch der Versuch, Diebstahl, widerrechtliche Beschädigung, Brandstiftung, Fälschung, bes. von Münzen.

Es ist klar, dass diese kanonische Rechtsentwicklung auch auf die Umgestaltung des weltlichen Rechtes nach und nach grossen Einfluss gewinnen musste, wie es auch ohne Weiteres ersichtlich ist, dass diese Stufe der Rechtsentwicklung die Mitwirkung der Heilkunde im Grossen und Ganzen noch entbehren konnte.

Die Staatsgewalt eignete sich die Grundsätze der kirchlichen

Jurisdiktion an und es kam besonders seit Karl dem Grossen zu Kodifikationen des Strafrechts, zuerst seit dem 13. Jahrhundert in den italienischen Staaten, viel später erst in Deutschland. Hier finden wir als erstes Strafgesetzbuch die von Johann Freiherrn von Schwarzenberg 1507 verfasste, in den Bischöflich Bambergischen Ländern publizirte Halsgerichtsordnung, die im Wesentlichen 1532 auf dem Reichstag zu Regensburg als Reichsgesetz unter dem Namen Constitutio criminalis carolina angenommen wurde. Dies geschah auf Drängen des im Jahre 1495 gegründeten, nur in Zivilsachen kompetenten Reichskammergerichtes, welches in Anbetracht der übergrossen Mannigfaltigkeit und Unsicherheit der Strafrechtspflege, sowie der allmählich im Gefolge der Reformation eintretenden Zersetzung der mittelalterlichen Stände eine Kodifikation des Strafprozesses verlangte.

Die „Carolina" behandelt das Strafrecht und den Strafprozess, wurde aber nur als subsidiäres Gesetz, unbeschadet der bestehenden Partikularrechte, publizirt und konnte auch keine allgemeine Geltung erlangen. Wohl war sie im Stande, die allgemeinen Lehren des Strafrechts zu fördern, aber gleichwohl blieb nach Holtzendorff (Enzyklopädie I, S. 877) der Zustand der deutschen Strafgesetzgebung bis in's 18. Jahrhundert hinein ein erbärmlicher. Die Carolina erkennt das römische und das kanonische Recht als rezipirt an und verweist auf diese Rechtsquellen zur Ergänzung etwaiger Lücken. Der Strafprozess der Constitutio criminalis carolina (c. c. c.) beruht im Wesentlichen auf dem Inquisitionsprinzip, gleichviel ob der Richter ex officio oder auf Grund einer Strafklage einschreitet, und verlangt zur Verurtheilung das Geständniss, oder die Aussage zweier tauglicher, unverdächtiger Zeugen. Bei blossen Indizien kam es behufs Erlangung eines Geständnisses zur Anwendung der Folter.

Statt einer Einheit in der deutschen Strafgesetzgebung, wie man sie durch die Carolina hätte erwarten mögen, kam es zu immer weitergehender Zersplitterung. Im Anfang des 16. Jahrhunderts hatten die Landesfürsten die Strafrechtspflege an sich gerissen, mit Ende des 15. Jahrhunderts war der Hexenwahn eingerissen und es gelang trotz des energischen Kampfes der Jesuiten Tanner (1614) und von Spee (1631) erst spät, die Folter sowohl, wie die Hexenprozesse abzuschaffen.

1740 schaffte Friedrich II. von Preussen bei seinem Regierungsantritt die Folter als Beweismittel ab, welchem Vorgehen die übrigen deutschen Staaten allmählich folgten, zuletzt Bayern 1806. Die grausamen Strafen aber blieben fortbestehen und waren in den einzelnen landesherrlichen Strafcodices niedergelegt. Ein solcher entstand als Codex Maximilianeus juris bavarici criminalis 1751 in Bayern, als Constitutio criminalis Theresiana 1768 in Oesterreich und 1794 in Preussen.

Die durch die französische Revolution gebrachten neuen Ideen führten zu einer Reihe neuerlicher Kodifikationen des Strafrechts, insbesondere gab der von Napoleon I. 1810 publizirte

code pénal der deutschen Rechtswissenschaft einen neuen Impuls und wurde zur Grundlage unseres heutigen Strafverfahrens.[1])

Kehren wir nun zurück zur Carolina[2]), so finden wir in derselben folgende Bestimmungen, welche für uns von Wichtigkeit sind:

Artikel 34 spricht aus, dass bei Todtschlägen, die in öffentlichen Schlägereien unter vielen Leuten geschehen, wenn Niemand der Thäter sein will, der Verdacht auf den fällt, der dem Entleibten widerwärtig gewesen, sein Messer genommen und auf den Entleibten gestochen, gehauen oder sonst mit gefährlichen Streichen geschlagen hat. Ein solcher soll peinlich gefragt werden und wird der Verdacht noch mehr bestärkt, wenn seine Wehr blutig gesehen worden war. Ausserdem ist er peinlich nicht zu fragen.

Art. 35. Wenn eine Dirne, die als Jungfrau geht, in Argwohn steht, heimlich ein Kind gehabt und getödtet zu haben, so ist besonders zu erkunden, ob sie mit einem grossen ungewöhnlichen Leib gesehen worden, weiter ob ihr Leib kleiner geworden und sie darnach bleich und schwach gewesen sei. Wenn solches und dergleichen gefunden wird und die Person als der That fähig angesehen werden kann, soll sie durch verständige Frauen an heimlichen Stätten besichtigt werden.

Art. 36. Wo das Kindlein, so kürzlich getödtet ist, dass der Mutter die Milch in den Brüsten noch nicht vergangen, soll diese gemolken werden. Wenn recht vollkommene Milch in den Brüsten gefunden wird, so hat sie eine starke Vermuthung wider sich. Nachdem aber etliche Leibärzte sagen, das aus etlichen natürlichen Ursachen auch Milch in der Brust sein kann bei einer, die kein Kind getragen, so soll, wenn die Dirn sich also entschuldigt, durch die Hebammen oder sonst weiter Erfahrung geschehen.

Art. 130. Wer Jemand durch Gift oder Venen an Leib oder Leben beschädigt, soll, wenn es ein Mann ist, einem vorsätzlichen Mörder gleich zu todt gerädert, wenn es eine Frauensperson ist, ertränkt oder auf andere Weise getödtet werden.

Art. 131 bestimmt die Strafen für das Weib, das ihr Kind, welches Leben und Gliedmassen empfangen hat, heimlicher, boshafter, williger Weise tödtet. Wird ein solch lebendiges, gliedmässiges Kind heimlich geboren und verborgen und entschuldigt sich, wenn solches todt gefunden und die Mutter auskundschaftet ist, diese damit, das Kind sei ohne ihre Schuld todt geboren, so wird ihr der Beweis gestattet. Gelingt ein genügender Beweis nicht, so ist der Entschuldigung nicht zu glauben. Wird an der Schuld oder Unschuld gezweifelt, so sollen die Richter und Urtheiler mit Anzeigung aller Umstände bei den Rechtsverständigen oder sonst Raths pflegen.

Art. 132. Wenn ein Weib ihr Kind weglegt und das Kind wird gefunden und ernährt, so soll die Mutter, falls sie bekannt wird, nach Lage der Sache und Rath der Verständigen gestraft werden. Stirbt das Kind von solchem Hinlegen, so soll man die Mutter nach Gelegenheit des gefährlichen Hinlegens am Leib oder Leben strafen.

Art. 133. Wenn Jemand einer Frauensperson durch Bezwang, Essen oder Trinken ein lebendes Kind abtreibt, auch wer Mann oder Frau unfruchtbar macht, und wenn solches vorsätzlicher und boshafter Weis geschieht, soll der Mann mit dem Schwert als Todtschläger, die Frau ertränkt oder sonstwie getödtet werden, und zwar die Frau auch, wenn sie die Abtreibung an sich selbst ausgeführt. Wird ein Kind abgetrieben, welches noch nicht lebendig war, so sollen die Urtheiler wegen der Strafe bei dem Rechtsverständigen oder sonstwie Raths pflegen.

Art. 134. Wenn ein Arzt aus Unfleiss oder Unkunst, jedoch unvorsätzlich Jemand mit seiner Arznei tödtet und die Gelehrten und Verständigen der Arznei finden, dass er die Arznei leichtfertig und verwegen missbraucht, oder dass er unbegründet unzulässiger Arznei, die ihm nicht geziemt hat, sich unterstanden und damit den Tod verursacht hat, so soll er nach Gestalt und Gelegenheit der Sache und nach Rath der Verständigen gestraft werden. In diesem Fall soll allermeist geachtet werden auf leichtfertige Leute, die sich

---

[1]) cf. Staatslexikon, l. c.

[2]) Boehmer: Medicationes in constitutionem criminalem carolinam. 1774.

Arznei unterstehen, ohne dies gründlich gelernt zu haben. Vollbringt ein Arzt eine solche Tödtung willigliche, so wäre er als vorsätzlicher Mörder zu strafen.

Art. 143. Wenn einer Jemand entleibt, was Niemand sieht, und behauptet Nothwehr, welche die Kläger nicht zugestehen, so ist anzusehen der gute und böse Stand jeder Person, die Stätte, wo der Todtschlag geschehen, was jeder für Wunden und Wehr gehabt, wie jeder Theil sich vor und nach der That verhalten, welcher Theil mehr Glauben, Ursach, Bewegung, Vortheil oder Nutzen habe, den andern an dem Ort, wo es geschehen, zu erschlagen oder zu benöthigen.

Art. 146 handelt von der ungefährlichen Entleibung, die wider den Willen des Thäters geschieht, ausserhalb einer Nothwehr, und sagt, dass wenn Jemand ein ziemliches, unverbotenes Werk an einem Ort, wo solches Werk zu üben ziemlich ist, ausübt und dabei wider seinen Willen einen andern tödtet, in vielen Fällen straflos ist. Z. B. wenn ein Balbier beim Bartscheeren in seiner gewohnten Stube von einem so gestossen wird, dass er dem zu Scheerenden die Gurgel wider seinen Willen abschneidet. Oder wenn ein Schütze, in einer gewohnten Zielstätte stehend oder sitzend, auf sein gewöhnliches Blatt schiesst und es läuft ihm einer unter den Schuss, oder es geht der Schuss oder die Armbrust los wider seinen Willen und bevor er recht anschlägt und abdrückt. In beiden Fällen jedoch gilt eine Entschuldigung nicht, wenn der Balbier an einem ungewohnten Ort, z. B. auf der Gasse sein Handwerk ausübt oder der Schütz an einer dergleichen ungewöhnlichen Stätte schiesst, wo man sich versehen muss, dass Leute wandern, oder wenn er in der Zielstätte unvorsichtig zu Werke geht. Doch ist mehr Barmherzigkeit dabei zu üben, als bei arglistigen gewollten Thaten.

Art. 147. Wenn einer geschlagen wird und etliche Zeit darnach stirbt, und es ist zweifelhaft, ob er an den geklagten Streichen gestorben sei oder nicht, so sollen beide Theile Sachdienliches vorbringen, doch sollen besonders die Wundärzte, der Sache verständige und andere Personen, die wissen, wie sich der Gestorbene nach dem Schlagen und Rumoren gehalten, zu Zeugen gebraucht werden. Dabei soll angegeben werden, wie lange der Gestorbene nach den Streichen gelebt habe, und sollen die Urtheiler mit den Rechtsverständigen Raths pflegen.

Art. 148 spricht aus, dass mehrere Personen, welche in einer Schlägerei oder bei einem Aufruhr vorsätzlich und vereint, in gegenseitiger Unterstützung einen böswillig ermorden, sämtlich das Leben verwirkt haben. Wird in einem solchen Streit von mehreren, die einander helfen, Jemand ohne genügende Ursache erschlagen, so wird der eigentliche Urheber des Todes, wenn er verurtheilt wird, mit dem Schwert getödtet. Wenn aber der Entleibte von mehreren, die man weiss, gefährlicher Weise tödtlich geschlagen, geworfen oder verwundet wird, und man nicht beweisen kann, von welcher besonderen Hand und That er gestorben ist, so sind die Verletzenden alle als Todtschläger mit dem Tode zu bestrafen.

Betreffs der Strafe für die übrigen Beistehenden, Helfenden und Verletzenden, welche keine tödtliche Verletzung verursacht haben, sowie in dem Fall, dass in einem Aufruhr oder Schlägerei einer getödtet wird und ein Verletzender nicht bekannt ist, sollen die Urtheiler mit Rechtsverständigen und an Enden und Orten, wie nachher gemeldet, Raths pflegen.

Art. 149. Von der Besichtigung eines Entleibten vor dem Begräbniss. Damit in oben genannten Fällen die gebührliche Ermessung und Erkenntniss solcher unterschiedlicher Verwundung nach dem Begräbniss nicht mangelt, soll der Richter sammt 2 Schöffen, dem Gerichtsschreiber und einem oder mehreren Wundärzten (soferne man diese haben und solches geschehen kann), die zuvor darüber beeidigt werden sollen, den todten Körper vor dem Begräbniss mit Fleiss besichtigen, alle seine empfangenen Wunden, Schläge und Würfe, so wie jedes gefunden und ermessen wird, mit Fleiss merken und verzeichnen lassen.

Art. 179. Wird von Jemand, der wegen Jugend oder anderer Gebrechlichkeit wissentlich seine Sinne nicht hat, eine Uebelthat begangen, so soll das mit allen Umständen an die Enden und Orte gelangen, wie am Ende der Verordnung angezeigt, und soll nach Rath dieser und anderer Verständiger in der Sache gehandelt oder gestraft werden.

Art. 219 bestimmt, dass das „Rathsuchen“ dahin zu verstehen sei, dass

alle Gerichte schuldig sind, in Zweifeln bei ihren Oberhöfen oder, wo solche nicht sind, bei ihrer Obrigkeit bezw. den nächsten hohen Schulen, Stätten, Kommunen oder anderer Rechtsverständigen, bei denen sie Aufklärung mit den wenigsten Kosten zu erhalten vermeinen, Rath zu suchen.

Zu diesen gesetzlichen Bestimmungen der Carolina giebt Boehmer in seinem berühmten Kommentar (Meditationes etc.) folgende Erläuterungen, die von Bedeutung für uns sind:

Zu Art. 35 u. 36. Wenn die Anzeichen der Niederkunft aus der Inaugenscheinnahme zu entnehmen, ist vor Allem dafür zu sorgen, dass, wenn die Mutter das Kind eben geboren, diese ohne Verzug in Anklagezustand versetzt wird, damit nicht einen Zeitraum nachher, wo oftmals die Anzeichen der Niederkunft verschwunden sind, oder die Geburt in Fäulniss übergegangen ist, die Inaugenscheinnahme ergebnisslos bleibt.

Nicht mit Unrecht ist die Inaugenscheinnahme den in ihrem Berufe erfahrenen Hebammen selbst zu überlassen, wenn sie 1. mit Sorgfalt ausgewählt werden: umsichtige, vorsichtige, nicht zu alt und nicht zu jung; 2. ihre Aussagen eidlich erhärten, wenn sie nicht schon von einer Staatsbehörde berufen oder früher allgemein beeidigt sind. Das ist nicht entschieden, ob nicht auch Aerzte beizuziehen seien. Sicherlich hat der Kaiser, welcher wissen musste, dass die Besichtigung zur ärztlichen Praxis gehört, und der an anderer Stelle den Richter auf die Aerzte verweist, derselben hier keine Erwähnung gethan, demnach scheint er nicht zufällig in seiner Redewendung auf die Hebammen gekommen zu sein. Zudem ist die Inanspruchnahme durch die Gebärenden ein tägliches Geschäft der Hebammen, nicht so der Aerzte, weshalb man voraussetzt, dass sie sich eine genauere und vollkommenene Kenntniss erworben haben, die Anzeichen der Niederkunft zu erkennen. Daraus folgt nichts anderes, als dass die Besichtigung in der Regel den Hebammen zu übertragen ist, dass aber nichts hindert, dass bei auftauchendem Verdacht der Unerfahrenheit der Richter den Arzt bezieht oder ihnen allein nach Lage der Sache das Amt überträgt, oder wenn ein Grund zum Zweifel auftaucht, die Besichtigung einmal oder wiederholt vornehmen lassen kann. Im Streitfalle, welches Gutachten den Vorzug verdiene, hängt es von der Erfahrung, welche für das eine oder andere spricht, oder der Triftigkeit der beiderseits vorgebrachten Gründe ab, worüber meistentheils ein Kollegium von Aerzten Schiedsrichter zu sein pflegt, so dass jedoch im Zweifelsfalle diejenige Ansicht, welche für den Angeklagten günstiger ist, vorgezogen wird. So ist a. weder bei dem Gutachten der Aerzte schlechthin zu beharren, noch b. bei der Versicherung der Hebammen.

Zu Art. 130. Der unerlaubte Gebrauch von Gift stellt ein körperliches Vergehen dar, für dessen Erforschung man sich über 2 Punkte klar sein muss, 1. über die Darreichung oder Anwendung mittelbar oder unmittelbar gegen Menschen, Quellen oder Weiden, 2. über die schädliche Wirkung des Giftes.

Es genügen nicht Flecken, Krämpfe plötzlicher Tod und ähnliche Erscheinungen, welche auch dem Versuch eigen sind, ja sogar durch Zorn oder Essen von Muscheln hervorgerufen werden und deshalb täuschen können. Wenn auch der giftgetränkte Schlund die Darreichung beweist, so spricht dessen Unversehrtheit doch nicht gegen die Darreichung, wenn die heimlichen Künste, durch welche die Spuren des dargereichten Giftes beseitigt zu werden pflegen, ausserordentlich entwickelt sind. Aus all dem geht hervor, dass der Richter sich meist bei der Frage, ob Gift dargereicht worden, vergeblich abmüht und der Zusammenhang der mühsam beigebrachten Beweispunkte schliesslich von der Glaubwürdigkeit der Sachverständigen abhängt. Bei der That erstreckt sich die richterliche Untersuchung auf das Zutrinken, Ankaufen und Zubereiten des Giftes, also mehr auf die Frage, von wem, wie und ob Gift verabreicht ist, weil die nachfolgende Frage ganz und gar medizinischer Art ist und in dieser Beziehung das corpus delicti von dem Bericht der Sachverständigen abhängt. Um so mehr ist die letzte Frage, ohne Zweifel also die Wirksamkeit (des Giftes) vor das Forum der Aerzte zu verweisen, zu welchem Zweck beim Tode eines Menschen die Leiche genau innerlich und äusserlich zu besichtigen und aus den Ueberbleibseln und den Wirkungen des Giftes mit derselben Sorgfalt das ärztliche Gutachten abzugeben ist, wie sie für die Tödtlichkeit der Wunden vorgeschrieben ist.

Es werden angewandt mineralische Gifte, giftige Pflanzen, ferner sympathetische Experimente, deren Schädlichkeit dem Verbrechen des Giftmordes nahekommt. Nicht zu reden von den Brechmitteln, welche nicht nur den Menschen quälen, sondern oftmals tödten können und so durch den Erfolg sich als Gifte erweisen. Weiter die Heroica, welche, wenn sie auch gewissen Menschen oder in einem bestimmten Krankheitszustand nützlich oder nicht schädlich sind, doch unter anderen Umständen ganz bedeutend schaden, so dass der Arzt, welcher solche schädliche Medikamente verabreicht, gleich wie ein Giftmischer anzusehen ist. Das gleiche gilt, wenn Jemand mit vergifteten Waffen, Wurfgeschossen, Kugeln verwundet oder getödtet worden ist, wobei es nichts ausmacht, ob diese Instrumente auch ohne Gift an sich schon tödtlich wirken können.

Die Härte (des Gesetzes) schliesst jede Rücksicht gegen Personen aus und geht soweit, dass auch der Arzt für schädlich wirkende Arzneimittel ebenso gestraft wird wie einer, der schädliche Nahrungsmittel verabreicht, mag nun der Geschädigte nicht sofort, sondern erst nach einiger Zeit gestorben sein. Das gleiche Schicksal wie die, welche die Mittel verabfolgen, erleiden die, welche sie bereitet haben. Es wird kein Unterschied gemacht, ob der zugefügte Schaden wieder gut zu machen, oder nicht.

Zu Art. 131. Zuerst ist das Kind zu untersuchen durch genaue Untersuchung der inneren und äusseren Theile nach den den Aerzten vorgeschriebenen Regeln, welche dem Arzte Mittel an die Hand geben zum Beweis für Leben oder Tod. Daraus schliesst man auf Reife oder Unreife, was der Gesetzgeber mit dem Worte „gliedmässig" andeutet, weil je reifer das Kind ist, desto sicherer die Lebensfähigkeit bewiesen wird und umgekehrt. Die Ausbildung der menschlichen Körpertheile bedingt nicht, dass das Kind lebend geboren wurde, wenn nicht Kraft und Reife zugleich feststeht, was der Text des Gesetzes mit „lebendig, gliedmässig" bezeichnet. Wenn man das Geborene unzeitig und schwach findet, ist die Sache grösseren Zweifeln ausgesetzt, welche dahin führen, dass wegen der Ungewissheit meistens ein günstiges Urtheil erfolgt. Grössere Umsicht ist bei der Sektion des Körpers selbst zu beobachten, dass aus der Oeffnung des Kopfes, dem Gehirn, den Gefässen hervorgeht, ob Fäulniss, Lebensschwäche oder andere Anzeichen für den Tod sich finden. Viel wird auch für die Lebensfähigkeit die Art der Untersuchung ergeben, die Mutter auszuforschen, ob die Geburt beschleunigt oder erschwert gewesen, wobei die erstere Art immer auf Leben, letztere mehr auf Tod schliessen lässt. Eine sorgfältige Untersuchung des Gesundheitszustandes der Mutter vor und nach der Geburt mag dem Arzte verschiedene Fingerzeige geben, hauptsächlich dann, wenn wegen Beseitigung des Körpers aus der Besichtigung kein Beweis sich finden lässt für die Lebensfähigkeit. Hierher gehört auch die Untersuchung der Nabelschnur, ob sie glänzend, fest, saftstrotzend oder welk, livid, faul ist, welche erstere für ein kräftiges lebendes Kind, letztere für ein krankes, länger schon gestorbenes Kind spricht.

Die vorzüglichste Untersuchung ist die der Lungen. Wenn auch diese Untersuchung nicht voll beweisend ist, verleiht sie doch wenigstens den übrigen Anhaltspunkten einen gewissen Nachdruck.

Zu Art. 133. Es handelt sich hier um ein doppeltes Verbrechen, Fruchtabtreibung und Unfruchtbarmachen. Im ersteren Fall wird die Leibesfrucht heimlich ausgetrieben. Hierher gehört allgemein das Zutrinken der Abortivmittel. Aber noch viel deutlicher wird dieses Verbrechen bezeichnet mit den Worten „Bezwang". Es geschieht, dass die Frauen den Eingeweiden Zwang anthun, den Uterus mit den Händen stark zusammendrücken, mit Knitteln darauf schlagen, sich stark schnüren, hoch von oben herabspringen, übermässig grosse Lasten schleppen und was dergleichen Beschwernisse mehr sind.

Zu Art. 134. Dieses Verbrechen wird begangen zunächst vom Arzt, wenn er absichtlich schädliche Arzneien verkauft oder durch sein Verschulden den Tod verursacht, wenn er nothwendige Heilmittel nicht anwendet, wenn ein Chirurg die Wunden gefährlicher Weise behandelt oder durch verkehrte Behandlung.

Dann ist das Delikt gegeben, wenn ein Arzt durch Unkenntniss oder Nachlässigkeit die Krankheitssymptome nicht richtig erforscht, die Arznei unver-

ständig mischt, irrthümlich oder unzeitgemäss verabreicht oder gegen andere Kunstregeln verstösst. Das Gleiche gilt von den Chirurgen, welche durch nachlässige Behandlung von Wunden oder Vornahme einer ihnen nicht zustehenden inneren Behandlung einen tödten, sei es durch Vornahme einer Operation aus Unwissenheit oder Unterlassung dessen, was rechtzeitig nützlich sein konnte, aus Nachlässigkeit.

Desgleichen sind zu beurtheilen die Arzneiverkäufer, Hebammen, Schinder und niederen auf den Märkten Umherziehenden, welche sich zum Verderben der Menschen die Kunst der ärztlichen Behandlung anmassen, wenn auch der Gesetzestext sie nicht namentlich aufführt.

Wenn einem Arzt der Tod zugeschrieben wird, kommt ihm Verschiedenes zu Gute, nämlich die Heftigkeit der Krankheit, gefährliche Symptome, die schlechte Pflege des Kranken, die Uneinigkeit der Aerzte über Anerkennung oder Verwerfung gewisser Arzneimittel etc. Ausserdem ist es den Aerzten sehr leicht, die Ursache zu bemänteln oder einen günstigen Bescheid der Gelehrten zu erbetteln, welcher sie gegen jede Beschuldigung sicherstellt und im Zweifelsfall ihre Freisprechung bewirkt. Dieses Schutzes entbehren die auf Märkten Umherziehenden, denen immer die Verwegenheit, der Schwindel und die Unwissenheit für immer zum Nachtheil gereicht. Die Absicht allein, den Kranken wirklich zu nützen, nicht zu schaden, gewährt keine Entschuldigung, weil die Ausführung der Absicht bedenklich und gefährlich ist.

Zu Art. 143. Unter „guten und bösen Stand" ist das physische und moralische Verhalten zu verstehen.

Zu Art. 147 und 149. Die erste Sorge des Richters, welcher einen Mord untersucht, muss die sein, dass er die Sicherheit der Tödtlichkeit eruirt, damit nicht der Beschuldigte unverdient hingerichtet werde. Denn die Gesetze bestimmen ausdrücklich, dass der Schuldige die wahre, einzige und nächste Ursache des Mordes ist, bezüglich dessen allein die Tödtlichkeit der untersuchten Verwundung überzeugen kann. Das sicherste ist die nach den Regeln der Kunst vorgenommene Okularinspektion.

(Bezüglich der absoluten und relativen Tödtlichkeit führt Boehmer die verschiedenen entgegengesetzten Ansichten auf, die ich übergehen will.)

Zu Art. 179. Es werden 3 Abstufungen unterschieden, deren eine mit dem 7. Lebensjahre endet, die andere mit der Pubertät, die dritte mit der Majorennität; es ist also der Streit zwischen infantes, impuberes und minorennes. Die ersteren sind straffrei, weil sie gut und bös nicht unterscheiden können und weder dolus noch culpa begreifen. Diesen nahe stehen die impuberes und zwar je näher sie der Kindheit stehen. Erstere werden nicht öffentlich bestraft, sondern der häuslichen Zucht zurückgegeben. An und für sich ist den Minderjährigen vom Gesetze keine Milde eingeräumt. Den Greisen ist nur insoweit Milde zugestanden, als aus ihren Handlungen ihre Geistesschwäche sich klar ergiebt.

Den Geistesschwachen sind die Blödsinnigen zuzugesellen, gegen die nicht eine einzige Regel genügt, sondern durch vielfache Untersuchung festzustellen ist, inwieweit die Einsicht beschränkt ist, oder jedes Pflichtgefühl fehlt.

Nachtwandler sind für ihre Thaten im Zustande des Nachtwandelns straffrei.

Beim Zorn handelt es sich um die zwei Fragen, wann und wie er entschuldigt. Unter gewissen Umständen ist der Zorn der Imbezillität gleichzusetzen. Nicht viel anders ist die Trunkenheit zu beurtheilen.

Auch die Liebe führt bisweilen zu einer gewissen Vernunftlosigkeit, in deren Bekämpfung nicht alle gleich sind. Jedoch sei es ferne, dass der Schänder eines Frauenzimmers oder ein Ehebrecher Verzeihung erlange. Sicherlich streift der Beweggrund nicht an den Affekt des Jähzornes, denn die Beurtheilung ist eine andere für die Qualen der Liebe, deren Antriebe nicht so heftig und plötzlich, folglich nicht so unfreiwillig erfolgen, wie diejenigen welche aus Injurien und Beschwernissen, denen der Zorn zu folgen pflegt, hervorgehen. Unwissenheit des geltenden Gesetzes findet beim Richter kein Gehör, wenn sie gar zu krass, nachlässig oder erkünstelt ist. Die Unkenntniss der That hebt auch den Anklagezustand auf.

(Schluss folgt).

Der preussische Gerichtsarzt.

Von Dr. Hoffmann, Gerichtsarzt in Elberfeld-Barmen.

Der Artikel des Kollegen Roth in Nummer 21 dieser Zeitschrift betont, dass für die Gerichtsärzte in erster Linie eine Dienstanweisung nöthig sei.

Diesem Wunsche kann man sich nur aus voller Ueberzeugung anschliessen.

Bisher „hängen die Gerichtsärzte thatsächlich in der Luft", und vor allen Dingen wissen auch die Justizbehörden mit ihnen nichts anzufangen, irgend eine Bestimmung den Gerichtsarzt als ärzlichen Sachverständigen vor Gericht zu vernehmen, existirt nicht, mit der einzigen Ausnahme, dass zu den gerichtlichen Leichenöffnungen der Gerichtsarzt zugezogen werden muss.

Deshalb müssen auch die Behörden über die Pflichten und Amtsbefugnisse des Gerichtsarztes aufgeklärt werden und bestimmte Direktiven erhalten.

Wie oft droht ferner eine Kollision mit dem Kreisarzte, der nur durch beiderseitige Nachgiebigkeit die Spitze abgebrochen wird.

Sogar über die elementarsten Dinge herrschen Meinungsverschiedenheiten. Zu den Obduktionen werden zwei Aerzte zugezogen, der Gerichtsarzt und der Kreisarzt. Wer ist erster, wer zweiter Obduzent? Der Richter ist nicht im Stande diese Frage zu beantworten.

Ohne Zweifel ist der Gerichtsarzt in seinem Dienstbezirke der erste Obduzent. Der an Lebens- und Dienstjahren ältere Kreisarzt beansprucht aber ebenfalls die Stelle des ersten Obduzenten. Was nun? Es wird ein Kompromiss geschlossen, nach welchem die Stelle des ersten Obduzenten von Beiden abwechselnd wahrgenommen wird, in Folge dessen werden sie auch Beide abwechselnd vor das Gericht als Sachverständige zitirt, sobald nur ein Obduzent geladen wird.

Es ist eine Beeinträchtigung der Stellung des Gerichtsarztes, wie sie uns vorschwebt und wie sie thatsächlich sein müsste, abhängig zu sein von dem kollegialen Entgegenkommen des Mitobduzenten.

Wer ist bei der gerichtlichen Leichenschau ärztlicher Sachverständiger? Auf die Antwort „der Gerichtsarzt", wird richterlicherseits erwidert: das ist nirgends bestimmt; zur Leichenschau kann jeder praktische Arzt als Sachverständiger zugezogen werden!

Kollege Roth sagt weiter: „dass es im Interesse der Sache liegt, dass den Gerichtsärzten die Gefängnissanstalten übertragen werden, will ich kurz berühren."

Diesen Punkt möchte ich sogar besonders betonen.

Wie oft heisst das dienstliche Schreiben der Staatsanwaltschaft oder des Untersuchungsrichters: der und der Gefangene wird zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand dem Gefängnissarzte überwiesen.

Es wird dann die Beobachtung durch den Gefängnissarzt ausgeführt, dieser erstattet das Gutachten und fungirt in der Hauptverhandlung als Sachverständiger, während alle drei Vor-

nahmen gerichtsärztliche Handlungen sind, die dem Gerichtsarzte übertragen werden müssten. Für Gefängnisse mit besonderen psychiatrischen Abtheilungen liegen die Verhältnisse natürlich anders.

Dabei will ich die event. pekuniäre Einbusse des Gerichtsarztes durchaus nicht in den Vordergrund stellen, sie allerdings auch nicht verschweigen; vor allen Dingen aber will ich den Umstand betonen, dass da, wo ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist, diesem selbstverständlich darum zu thun sein muss, sämmtliche gerichtsärztlichen Geschäfte auch wirklich in seine Hand zu bekommen.

Dankbar ist es zu begrüssen, dass Kollege Roth die Frage über Stellung, Dienstobliegenheiten u. s. w. des Gerichtsarztes angeschnitten hat; es ist weiter wichtig, dass die Erfahrungen der Einzelnen zusammen getragen werden, da sich nur dann ein klares Urtheil bilden lässt, um aus ihnen heraus bestimmte Forderungen stellen zu können. Wahrscheinlich ist aus diesem Grunde auch bis jetzt mit der Herausgabe einer Dienstanweisung für die Gerichtsärzte gezögert worden, um eben zu warten, bis reichere Erfahrungen vorliegen. Deshalb ist es meiner Ansicht nach Pflicht aller Gerichtsärzte zur Klärung dieser Frage beizutragen.

Die Stellung der besonderen Gerichtsärzte.

Von Gerichtsarzt Dr. Schwabe-Hannover.

Alle Diejenigen, welche den Standpunkt vertreten, dass das Kreisarztgesetz vom 16. September 1899 bezw. die im Anschlusse daran erlassene Dienstanweisung vom 23. März 1901 erst dann mit Berechtigung und Vortheil einer Kritik zu unterziehen sein werden, wenn eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen verstrichen sein wird, dürften auch den vom Gerichtsarzt Dr. Roth in Nr. 21 dieser Zeitschrift erschienenen Artikel „Der preussische Gerichtsarzt“ noch für verfrüht erachten.

Auch ich habe zunächst diese Anschauung vertreten und vertrete sie in mancher Beziehung auch heute noch. Es ist aber nicht zu verkennen, dass doch einige Fragen in dem Roth'schen Aufsatz aufgerollt sind, welche für die Gerichtsärzte von so prinzipieller Bedeutung sind, dass ihre Lösung nicht weiter herausgeschoben werden kann, ohne die neue Institution der besonderen Gerichtsärzte erheblich zu gefährden. Ich meine in erster Linie das Verhältniss der besonderen Gerichtsärzte zur Kriminalpolizei. Es gewinnt nämlich den Anschein, als ob die massgebenden Behörden die Auffassung vertreten, dass der technische Berather für die Kriminalpolizei einzig und allein der Kreisarzt sei, der Gerichtsarzt aber lediglich der Justiz zur Verfügung stände. Begründet wird diese Ansicht mit dem §. 1 des Absch. 1 des Gesetzes vom 16. Septbr. 1899, in welchem es heisst: „Er — nämlich der Kreisarzt — ist der technische Berather des Landraths, in Stadtkreisen der Polizeibehörde.“ Wäre diese Aus-

legung des genannten Paragraphen eine zutreffende, so würde damit die Thätigkeit des Gerichtsarztes erheblich beschnitten, und würden die Gründe, welche für die Anstellung besonderer Gerichtsärzte massgebend gewesen zu sein scheinen, zum Theil hinfällig gemacht werden. Die Kriminalpolizei ist bekanntlich ein Organ der Staatsanwaltschaft und hat als solches die ersten Erhebungen über strafbare Handlungen anzustellen, welche zu ihrer Kenntniss gelangen. Nun wird aber eine sehr grosse Zahl von Vergehen und Verbrechen, welche der ärztlichen Untersuchung bedürfen — es sind dies insonderheit die erhebliche Menge von Sittlichkeitsverbrechen aller Art, von Verbrechen gegen das keimende Leben und Körperverletzungen — zuerst der Kriminalpolizei angezeigt. Fordert diese den Kreisarzt als den nach ihrer Auffassung ihr zugetheilten ärztlichen Berather zur Untersuchung auf, so gelangt dessen Gutachten an die Staatsanwaltschaft, und im Falle der Klageerhebung fungirt er auch als Sachverständiger, d. h. als Gerichtsarzt. Sollte auch wirklich noch nach etlichen Wochen — bisweilen vergehen auch Monate — der besondere Gerichtsarzt mit einem Gutachten in derselben Angelegenheit von der Staatsanwaltschaft betraut werden, so vermag er in $^9/_{10}$ der Fälle kein, oder doch kein sicheres Urtheil mehr abzugeben; denn es ist ja hinlänglich bekannt, dass in einem solchen Zeitraum ursprünglich vorhandene kleine Verletzungen ohne sichtbare Narben verheilt, ursprünglich charakteristische somatische — gelegentlich auch psychische — Erscheinungen ihre Eigenart längst verloren haben können. Dem Gerichtsarzt also, dessen vornehmste Aufgabe darin gipfelt, sich durch die möglichst fortgesetzte praktische Fühlung mit forensisch medizinischen Materien eine sichere Diagnosenstellung zu erwerben, ein Gerichtsarzt im besten Sinne des Wortes zu werden, wird ein bedeutsames, oft recht schwieriges Gebiet der gerichtlichen Medizin kategorisch verschlossen. Es mag ja der Einzelne über die Zweckmässigkeit der Abtrennung der gerichtsärztlichen Geschäfte für bestimmte Kreisarztbezirke urtheilen wie er will; in dem Punkte herrscht zweifellos Uebereinstimmung, dass die ausschliessliche Beschäftigung mit der gerichtlichen Medizin gewissenhaften und strebsamen Gerichtsärzten mit der Zeit jene durchaus nothwendige Sicherheit des Urtheils gewähren muss, welche eine gelegentliche forensisch medizinische Bethätigung, als Appendix der Zeit und Arbeitskraft fast ganz absorbirenden speziell kreisärztlichen Geschäfte, niemals in diesem Masse zu erzeugen vermag. Und ging das Kreisarztgesetz von diesem unzweifelhaft richtigen Gedanken aus, beabsichtigte es, der bisher zu stiefmütterlich behandelten gerichtlichen Medizin zu ihrem, ihrer Wichtigkeit entsprechenden Stellung zu verhelfen, so konnte es im Ernst nie mit dem zweiten Satze des §. 1 des Abschnitts 1 die Ausschliessung der besonderen Gerichtsärzte von der gerichtsärztlichen Thätigkeit bei der Kriminalpolizei aussprechen. Hätte der Gesetzgeber dies gewollt, so hätte er es auch in irgend einer Form zu erkennen gegeben. Man sucht aber vergeblich nach dieser Beschränkung der Thätigkeit der besonderen Gerichtsärzte sowohl im Kreisarztgesetz, als in der Dienstanweisung.

Eine solche Beschränkung ist zu Unrecht aus dem angezogenen Paragraphen gefolgert worden, wie sich unschwer beweisen lässt.

Zunächst wird wohl Niemand ernstlich bezweifeln wollen, dass die Voruntersuchungen, welche die Kriminalpolizei, ganz gleichgültig, ob königliche oder städtische, durch Aerzte zur Entdeckung von strafbaren Handlungen vornehmen lässt, gerichtsärztliche sind. Dass die sogenannte Sittenpolizei, welche auch zum Ressort der Kriminalpolizei gehört, im gerichtsärztlichen Sinne ausscheidet, ist selbstverständlich, da es sich bei der Ueberwachung der Prostituirten um sanitätspolizeiliche Interessen handelt. Schon in dem bekannten Werke von Ludwig v. Rönne: „Das Medizinal-Wesen des Preussischen Staates, dargestellt unter Benutzung der Archive der Königlichen Ministerien. Berlin 1856“ heisst es im vierten Theil:

„Die gerichtliche Medizin.

Erste Abtheilung. Von den gerichtlich-medizinischen Untersuchungen am lebenden Menschen.

Erster Abschnitt. Von der Erforschung dss körperlichen Zustandes lebender Personen.

1. Beurtheilung körperlicher Verletzungen.

XV. Titel. Verbrechen und Vergehen wider das Leben;

XVI. Titel. Körperverletzung.

2. Von der Untersuchung zweifelhafter Gesundheitszustände . . . . . insbesondere behufs Aufschub einer Haft.

3. Von den die Schwangerschaft betreffenden Untersuchungen.

Zweiter Abschnitt. Von der Erforschung zweifelhafter geistiger Zustände.

1. Zurechnungsfähigkeit (in Bezug auf die Bestimmungen des Strafgesetzbuchs.

2. Von dem Verfahren bei der Erklärung eines Menschen für einen Blödsinnigen.

Zweite Abtheilung. Von der gerichtlich medizinischen Ausmittelung verschiedener Todesursachen.“

Die Grenzen der gerichtlichen Medizin sind seit dem Erscheinen des genannten Werkes nicht enger gezogen worden; so gehören z. B. nach wie vor zivil- wie strafrechtlich in das forensisch-medizinische Gebiet die ärztlichen Untersuchungen:

a) bei Verbrechen und Vergehen wider das Leben, auch das keimende;

b) bei Feststellung aller zu einer Schwangerschaft in Beziehung stehenden Momente;

c) bei Klärung von zweifelhaften Geisteszuständen;

d) bei Erforschung gerichtlich aufzuklärender Todesursachen.

Der Löwe'sche Kommentar zur Str. Pr. O. für das Deutsche Reich definirt den Begriff „Gerichtsarzt“ folgendermassen:

„Unter den Gerichtsarzt versteht die Str. P. O. denjenigen Arzt, welcher zur Wahrnehmung der in Untersuchungen und anderen gerichtlichen Angelegenheiten vorkommenden ärztlichen Geschäften ein für alle Mal bestellt ist. Seine nähere Bestimmung erhält der Begriff des Gerichtsarztes durch die landesrechtlichen Einrichtungen; . . . . . in Preussen gehört die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Funktion zu dem amtlichen Beruf des Kreisphysikus.“

Nach dem Kreisarztgesetz mithin zu dem amtlichen Beruf des Kreisarztes, und in den Kreisarztbezirken, in welchen die

gerichtsärztlichen Geschäfte einem besonderen Gerichtsarzt nach demselben Gesetze übertragen sind, zu dem amtlichen Beruf des Gerichtsarztes. Das sind zwingende, undiskutirbare, logische Schlussfolgerungen. Etwa anzunehmen, dass der Gerichtsarzt nur für die Erledigung derjenigen gerichtsärztlichen Aufträge bestellt sei, welche ihm direkt von der Jutizbehörde zugehen, ist willkürlich und giebt dem Begriff „Gerichtsarzt" eine Begrenzung, welche sich durch kein Beweismittel stützen lässt. Der Gerichtsarzt soll alle gerichtsärztlichen Geschäfte wahrnehmen, ganz gleichgültig, ob sie ihm von den Gerichten oder deren Hülfsorganen zugehen.

Betrachtet man nun ferner das Verhältniss der Kriminal-Polizei zur Staatsanwaltschaft, so muss man fürwahr sich höchlichst verwundern, wie auch nur einen Augenblick der angezogene §. 1 des Kreisarztgesttzes so interpretirt werden konnte, dass der technische Berather der Kriminalpolizei in Bezirken mit besonderen Gerichtsärzten der Kreisarzt sei. Zum Beweis dessen beziehe ich mich wiederum auf den Löwe'schen Kommentar zur Str. Pr. O. für das Deutsche Reich (1898). Es heisst dort wörtlich in der Kommentirung des §. 161:

„Der Beruf der Kriminalpolizei hat durch die Einführung der Str. Pr. O. keine Veränderung erfahren; die Kriminalpolizei hat nach wie vor die Aufgabe, strafbare Handlungen und deren Thäter zu erforschen und insbesondere sich dem sogen. ersten Angriff zu unterziehen. Sie handelt aber nach Auffassung der Str. P. O. auch hierin überall als Organ der Staatsanwaltschaft und dient durchweg denjenigen Zwecken, deren Trägerin die letztere ist. Es versteht sich daher, dass die Staatsanwaltschaft die Uebersendung der Polizei-Verhandlungen nicht abzuwarten braucht, sondern jeder Zeit befugt ist, nach ihrem Gutdünken auch in die erste Thätigkeit der Polizei einzugreifen, selbst wenn der mit der Sache befasste Beamte nicht zu den Hülfsbeamten der Staatsanwaltschaft gehört. Umgekehrt ist nach §. 152, 2 a die Staatsanwaltschaft vor Allem die Trägerin des kriminalpolizeilichen Interesses. Die Behörden und Beamten der Polizei erscheinen in dieser Hinsicht lediglich als ihre Organe, und zwar selbst insoweit, als formell ein Unterordnungsverhältniss nicht besteht."

Es wird nun doch die Frage aufzuwerfen sein, ist die Kriminalpolizei überhaupt verpflichtet, den Kreisarzt, welcher zugleich Gerichtsarzt ist, bezw. den besonderen Gerichtsarzt mit den ihr nothwendig erscheinenden gerichssärztlichen Voruntersuchungen zu betrauen? Es ist mir nicht möglich gewesen, über diesen Punkt eine andere Belehrung zu finden, als die in dem genannten §. 1 des Kreisarztgesetzes, in welchem es klar und deutlich heisst: „Der technische Berather der Polizeibehörde in Stadtkreisen ist der Kreisarzt". Demgemäss müssen also, wie bereits oben ausgeführt, zu gerichtsärztlichen Untersuchungen, welche von den Polizeibehörden angeordnet werden, in Bezirken mit besonderen Gerichtsärzten diese herangezogen werden. Würde sich die Zuziehung des staatlich bestellten ärztlichen Gutachters auch für die Polizeibehörde nach dem §. 73 der Str. Pr. O. zu regeln haben, so könnten andere sachverständige Aerzte als der Kreisarzt bezw. der Gerichtsarzt nur gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern.

Nach meinen bisherigen Erfahrungen findet die Polizeibehörde anscheinend diese „besonderen Umstände“ verwunderlich häufig. Dass aber die Vornahme gerichtsärztlicher Untersuchungen durch Privatärzte, welchen die nöthigen Kenntnisse in der forensischen Medizin fehlen, den sogen. ersten Angriff der Kriminalpolizei in falsche Bahnen lenken kann, dafür vermag jeder Gerichtsarzt unschwer Beweis beizubringen.

Ich halte dafür, dass nach dem §. 1 des Kreisarztgesetzes die Königliche Polizeibehörde gesetzlich verpflichtet ist, den Königlichen Medizinalbeamten, d. h. also den Kreisarzt, wenn er zugleich als Gerichtsarzt fungirt, in Gerichtsbezirken den besonderen Gerichtsarzt, zu den nothwendig erscheinenden Voruntersuchungen heranzuziehen. Auf Privarärzte ist nur dann zurückzugreifen, wenn in keinen Aufschub duldenden Fällen der zuständige Medizinalbeamte nicht zu zitiren ist. Der Kostenpunkt macht keine Schwierigkeiten, da für derartige Untersuchungen Fonds vorhanden sind. In ländlichen Verhältnissen, in welchen in den alten Provinzen der Amtsvorsteher, in Hannover der Landrath die Polizeibehörde repräsentirt, kommt die Frage, wem die gerichtsärztlichen Untersuchungen zu übertragen seien, kaum zur Entscheidung: denn Amtsvorsteher wie Landrath geben derartige Anzeigen unverzüglich an die Staatsanwaltschaft, welche den kompetenten Medizinalbeamten requirirt.

Schwierigkeiten begegnet dagegen die Gerichtsarztfrage wieder bei den Polizeiverwaltungen in Städten, welche keine selbstständigen Kreise bilden; das Kreisarztgesetz hat ebenso wenig wie die Dienstanweisung die Stellung der Kreisärzte zu der städtischen Polizei in gerichtsärztlichen Angelegenheiten berührt. Da aber auch die städtische Polizei Organ der Staatsanwaltschaft ist, sollte man meinen, dass sich diese bei nothwendig werdenden gerichtlich-medizinischen Untersuchungen an den Kreisarzt bezw. besonderen Gerichtsarzt zu halten hat. Freilich kann bei grösseren Entfernungen der Kostenpunkt gelegentlich die Zuziehung des kompetenten Medizinalbeamten bedenklich machen. Wo es sich aber um das „fiat justitia“ handelt, ist Sparsamkeit übel angebracht.

Jedenfalls herrscht zur Zeit über die Stellung des Gerichtsarztes, sowohl im Allgemeinen, als auch ganz besonders der besonderen Gerichtsärzte, zu der Kriminalpolizei noch eine solche Unklarheit, dass ihre Beseitigung zum unabweisbaren Bedürfniss geworden ist.

Da die Staatsanwaltschaft nicht befugt ist, den Polizeibehörden die Zuziehung des kompetenten Medizinalbeamten zur Vornahme der Voruntersuchung vorzuschreiben, so bleibt den Gerichtsärzten nur der eine Weg, den Herren Regierungspräsidenten als ihre nächsten Vorgesetzten und zugleich Vorgesetzten jedweder Polizeibehörde diese unhaltbaren Verhältnisse vorzutragen und sie um die nöthigen Verfügungen an die Polizeibehörde zu bitten. Es kann für mich keinem Zweifel unterliegen, dass die Herren Re-

gierungspräsidenten die begründeten Eingaben der Gerichtsärzte eingehend prüfen und, soweit nicht etwa — mir allerdings nicht bekannte — gesetzliche Hinderungsgründe bestehen, Remedur eintreten lassen werden.

In gedrängter Kürze möchte ich nun noch auf die anderen in dem Roth'schen Aufsatz angeschnittenen Fragen eingehen:

R. verlangt zunächst eine Dienstanweisung für die besonderen Gerichtsärzte. Diese Forderung ist meines Erachtens nur so zu verstehen, dass die in den §§. 19 und 43 der Dienstanweisung für die Kreisärzte bereits den Gerichtsärzten gegebenen Vorschriften detaillirter hätten ausfallen können. Vorbildlich könnte der §. 17 der Medizinalordnung für die freie Stadt Bremen vom 2. Juni 1901 sein, in dem unter Anderem klar ausgesprochen ist, dass die Thätigkeit des Gerichtsarztes das ganze Gebiet der gerichtlichen Medizin umfasst; des Ferneren wird gesagt, dass er die in den ärztlichen Beruf einschlagenden Aufträge der Medizinalämter und anderer Verwaltungsbehörden auszuführen, insbesondere auch die in Strafanstalten und Zwangsarbeitshäusern befindlichen Gefangenen ärztlich zu behandeln hat. — Eine gesonderte Dienstanweisung für die besonderen Gerichtsärzte zu erlassen, dazu liegt nach meinem Dafürhalten kein Grund vor. Die Thätigkeit der Gerichtsärzte regelt sich ja von selbst nach den gesetzlichen Bestimmungen über die amtlich bestellten ärztlichen Sachverständigen, welche in der Zivil- und Strafprozessordnung und in dem Gerichtsverfassungsgesetz für das Deutsche Reich niedergelegt sind. Und das Verhältniss zum Kreisarzt wird kurz und bündig durch den §. 9 des Kreisarztgesetzes geregelt, in dem es heisst: „Der Kreisarzt ist der Gerichtsarzt seines Amtsbezirkes. Wo besondere Verhältnisse es erfordern, kann die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten übertragen werden."

Also alle gerichtsärztlichen Geschäfte gehen, „wo besondere Verhältnisse es erfordern", auf den besonderen Gerichtsarzt von dem Kreisarzt über. Welche Geschäfte gerichtsärztlicher Natur sind, habe ich bereits erwähnt; es hat diese Materie im Wesentlichen in der Kriminalordnung des Allgemeinen Kriminal-Rechts für die Preussischen Staaten (1806, 1816, 1820, 1822, 1828, 1830 bis 1838) ihre Regelung erfahren. Es wäre, wie gesagt, zweckmässig gewesen, im §. 43 der Dienstanweisung den Begriff „gerichtliche Behörden" und „gerichtsärztliche Angelegenheiten" und „Gerichtsarzt" kurz, aber zweifelausschliessend nach den Quellen der Preussischen Staatsarzneikunde (cf. v. Rönne, Bd. 1, S. 29 bis 43) zu definiren.

Dass speziell das Verhältniss des besonderen Gerichtsarztes zur Kriminalpolizei sobald wie möglich klar gestellt werden muss, habe ich bereits erwähnt; im Uebrigen bedarf es, soweit ich auf Grund eigener Erfahrungen zu urtheilen vermag, zur Respektirung der gegenseitigen Amtsgrenzen zwischen Kreis- und besonderem Gerichtsarzt nur des beiderseitigen guten Willens, kollegialen Zusammenschlusses. Dass in der ersten Zeit noch von

beiden Seiten bona fide Uebergriffe stattfinden, ist bei der Neuheit der Institution der besonderen Gerichtsärzte nur zu begreiflich, und um so begreiflicher, als die in Frage kommenden Behörden selbst sich erst an den neuen Geschäftsgang gewöhnen müssen und ihre Aufträge daher noch des Oefteren an die unrichtige Adresse richten werden. Die Kreis- und Gerichtsärzte werden durch die Ueberweisung der ihnen irrthümlich überwiesenen Aufforderungen an den kompetenten Kollegen, insonderheit auch bei der Betrauung mit Privatgutachten, selbst wesentlich zur Klärung beitragen. Ich gebe zu, dass die Gerichtsärzte zunächst noch in der Hauptsache die Leidtragenden sind, da Uebergriffe ihrerseits so gut wie ausgeschlossen sind, während sie selbst vielfach übergangen werden. Und da von der Zahl der gerichtsärztlichen Gutachten die ganze Existenz der Gerichtsärzte abhängt, — denn das Gehalt reicht nicht aus, und die Privatpraxis verbietet sich, selbst wenn sich wider alles Erwarten dazu ausreichende Gelegenheit in einer ärzteüberfüllten grossen Stadt bieten würde, für den Gerichtsarzt schon der Objektivität wegen, ebenso wie für den Richter die Anwaltspraxis —, so ist die Missstimmung verschiedener Gerichtsärzte durchaus erklärlich. Es war aber nicht anders zu erwarten, und ein halbes Jahr ist eine zu kurze Spanne Zeit, um die ideelle und materielle Ausgestaltung der Gerichtsarztstellen beurtheilen zu können. Dass letztere, wenn nur des Gerichtsarztes wird, was des Gerichtsarztes ist, in den geeigneten Bezirken mit der Zeit alle die Erwartungen erfüllen werden, welche dem Gesetzgeber bei ihrer Kreirung vorgeschwebt haben, davon bin ich trotz der augenblicklichen grösseren oder geringeren Missständen wohl in allen neuen Gerichtsarztbezirken überzeugt.[1]) — Gegenüber den Kreisärzten haben die Gerichtsärzte freilich den grossen Nachtheil, dass ersteren bestimmte Amtsgeschäfte unter allen Umständen zustehen, letztere kein unbedingtes Anrecht — abgesehen von der mässigen Anzahl von Obduktionen — auf die Zuziehung als gerichtliche Sachverständige besitzen. Erstere treten ein Amt mit festbegrenzten Pflichten und Rechten an, letztere müssen sich ihre Stellung im Wesentlichen selbst schaffen. Und das ist nicht leicht!

Wenn R. behauptet, dass die Leichenbesichtigungen auf Grund des §. 157 der Str. Pr. O. Sache des Gerichtsarztes sind und nicht des Kreisarztes, so hat er im Grunde genommen Recht; er darf aber dabei nicht ausser Acht lassen, dass Leichenbesichtigungen auch von jedem praktischen Arzte vorgenommen werden können (§. 87 der Str. Pr. O.), mithin dem Richter auch freisteht, sich des Kreisarztes zu bedienen. Hier hat m. E. die Kollegialität der beiden beamteten Aerzte einzusetzen: Der Kreisarzt kann die Aufforderung zu einer Leichenschau mit der Motivirung ablehnen, dass die gerichtsärztlichen Geschäfte in seinem

[1]) Die Besprechung der Mittel und Wege für eine selbständige wissenschaftliche Thätigkeit der besonderen Gerichtsärzte, welche nicht Dozenten der gerichtlichen Medizin sind, behalte ich mir für später vor.

Kreise einem besonderen Gerichtsarzte überwiesen seien. Geht der Richter darauf nicht ein, so lässt sich dagegen Nichts machen. Es setzt aber eine so schroff ablehnende Haltung gegen den Gerichtsarzt doch wohl so eigenartige Verhältnisse voraus, wie sie in praxi kaum vorkommen dürften. Wo die Zuziehung des Gerichtsarztes keine besonderen Kosten verursacht, da wird das Gericht auf geeignete Vorstellung des ersteren wohl keinen Anstand nehmen, diesem die Leichenschau zu überweisen. Dass die Justiz von der Annahme ausgegangen ist, dass die Leichenbesichtigung weniger forensisch-medizinische Schulung verlange als die Leichenöffnung, und dies dadurch bekundet hat, dass sie sogar dem Richter allein die Entscheidung zwischen natürlichem und gewaltsamem Tode per spectationem anheim gestellt hat, ist ja ebenso befremdend wie für die Rechtspflege problematisch; daran lässt sich jedoch zunächst nichts ändern; man thut aber klug, dort diplomatisch vorzugehen, wo man keine gesetzliche Unterlage zum Fordern hat.

Die Ausstellung von amtsärztlichen Todtenscheinen[1]) ist eine sanitätspolizeiliche Massnahme, daher unzweifelhaft nur Sache des Kreisarztes. Handelt es sich um eine vorher gerichtsärztlich obduzirte Leiche, so dient das Gutachten im Obduktionsprotokoll, welches sich der Kreisarzt von der Staatsanwaltschaft erbitten muss, als Grundlage des kreisärztlichen Todtenscheines. Bestehen irgendwo Sonderbestimmungen, welche nicht ganz klar sind, so ist stets an erster Stelle eine Einigung unter den beamteten Aerzten zu erstreben; wird eine solche nicht erzielt, so muss die Entscheidung des Regierungspräsidenten eingeholt werden.

Die gerichtsärztliche Thätigkeit in Entmündigungssachen ist ja in der That durch die Erlasse des Herrn Justizministers vom 10. Mai 1887 und 28. November 1899, §. 14 Abs. 2 für die Medizinalbeamten und damit auch für die besonderen Gerichtsärzte sehr eingeschränkt. Ich persönlich habe bisher keinen Grund gehabt, mich über das in meinem Gerichtsbezirk geübte Verfahren seitens der Herren Vormundschaftsrichter zu beklagen. Aber ich sollte doch meinen, dass auch die Gerichtsärzte in anderen Bezirken, welche sich bei der Begutachtung zweifelhafter Geisteszustände in strafrechtlicher Beziehung ihre Stellung geschaffen haben, von den Vormundschaftsrichtern als Sachverständige von „dem Ruf besonderer Erfahrung auf dem Gebiete der Irrenheilkunde“ erachtet werden müssen. Es bedarf hierzu vielleicht nur einer Einigung zwischen dem Medizinal- und Justizministerium[2]).

---

[1]) Ebenso wie den Chefärzten der Militärlazarethe und den Direktoren der öffentlichen Irrenanstalten und Universitätskliniken die Berechtigung zur Ausstellung von Todtenscheinen für Leichenpässe eingeräumt ist, könnte solche auch den besonderen Gerichtsärzten für alle diejenigen Todesfälle zugestanden werden, bei deren Feststellung oder Untersuchung sie als Gerichtsärzte, also amtlich thätig gewesen sind. Red.

[2]) Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass in dem gemeinsamen Runderlass der Herren Minister der Justiz, der u. s. w. Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 26. März 1901 betreffend die Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten im §. 1 der Aufnahme-Vorschriften ausdrücklich den Gerichtsärzten dieselbe Befugniss zugesprochen ist wie den Kreisärzten.

— Freilich hat der Besitzende leicht trösten. Und wenn in der That einzelne Gerichtsärzte von der Erstattung von Entmündigungs-Gutachten so gut wie ausgeschlossen bleiben sollten, dann wird ihre Arbeitsfreudigkeit in gleicher Weise herabgestimmt werden, wie die Hoffnung auf eine gesicherte Existenz durch eine ausreichende Gutachterthätigkeit. Ein endgültiges Urtheil ist aber auch wohl in dieser Beziehung noch verfrüht.

Was die Besetzung der Gefängnissarztstellen angeht, so weist die Zweckmässigkeit und der Name „Gerichtsarzt" zweifellos auf die Gerichtsärzte hin, mag auch die ärztliche Behandlung kranker Gefangener an und für sich, wenigstens direkt, nichts mit dem Amte eines Gerichtsarztes zu thun haben. Klammert man sich aber sonst vielfach so ängstlich an die Bezeichnung Gerichts-Arzt, warum nicht bei Auswahl für die Behandlung von Kranken, welche der Justiz als Häftlinge, Untersuchungs- und Strafgefangene unterstehen? Nun kommt hinzu, dass die meisten Gefängnissverwaltungen keine gesonderte ärztliche Versorgung für Untersuchungs- und Strafgefangene eingeführt haben, erstere aber sehr häufig zur Beobachtung zweifelhafter Geisteszustände, auch zum Zweck anderer Untersuchungen in strafrechtlicher Beziehung von dem Gerichtsarzt besucht werden müssen. Schon aus diesem Grunde wäre die Bestellung der Gerichtsärzte als Gefängnissärzte ausserordentlich praktisch; ganz abgesehen davon, dass die Trennung zwischen Gerichts- und Gefängnissarzt für ersteren grosse Unbequemlichkeiten und Zeitverschwendung, gelegentliche Kollisionen mit dem Gefängnissarzt, Störungen der Gefängnissordnung und andere Unzuträglichkeiten mit sich bringt. Ich möchte auch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass dem Gerichtsarzt, wenn er nicht zugleich Gefängnissarzt ist, die für seinen Beruf ungemein wichtigen Studien in den Gefängnissen, wie Gefängnisspsychosen, epileptoide Zustände, kriminal-anthropologische Momente u. s. w. unmöglich gemacht werden. Ich nehme auch keinen Anstand, die rein materiellen Vortheile hervorzuheben, welche dem Gerichtsarzt durch die Anstellung als Gefängnissarzt erwachsen: viele Gerichtsarztstellen würden durch die Bezüge eines Gefängnissarztes erst lebensfähig werden, da die Gerichtsärzte im Gegensatz zu den Kreisärzten kein einziges Fixum beziehen, ungünstigere Pensionsverhältnisse erhalten haben[1]) und lediglich auf Requisitionen angewiesen sind. So viel mir bekannt ist, haben auch einzelne Regierungen anerkannt, dass der Gerichtsarzt in erster Linie bei vakanten Gefängnissarztstellen in Frage komme. Da die Entscheidung aber bei der Justizbehörde liegt, so würde wiederum eine Vereinbarung zwischen Medizinal- und Justizministerium nothwendig sein; der Min.-Erlass vom 20. Januar 1890, betr. die Besetzung der mit Remuneration verbundenen Stellen

[1]) Weshalb beispielsweise die Bezüge für stempelpflichtige, amtsärztliche Gutachten der Kreisärzte pensionsfähig sind, die aber der Gerichtsärzte — wie z. B. behördlich aufgegebene Haftfähigkeitsgutachten, Gutachten bei Eingehung einer neuen Ehe — nicht, das vermögen die Gerichtsärzte sich nicht zu erklären.

der Straf- oder Gefangenanstaltsärzte, wäre dann dahin zu erweitern, dass beim Vorhandensein besonderer Gerichtsärzte diese unter den am Orte wohnenden Medizinalbeamten vorzugsweise zu berücksichtigen seien.

Dass die Untersuchung und etwaige Behandlung der Transportgefangenen Sache des Gerichtsarztes sein soll, wie Roth will, ist mir zweifelhaft. Es ist ja richtig, dass darin auch wieder im gewissen Sinne eine gerichtsärztliche Thätigkeit erblickt werden kann; es gehört aber zu den unentgeltlichen Zwangsverpflichtungen des Kreisarztes als Verwaltungsbeamter, die Transportaten unentgeltlich zu untersuchen; zu behandeln freilich nicht. Anders steht es mit den Transportanden, welche der Kreisarzt nicht unentgeltlich zu untersuchen braucht. Es wäre immerhin wünschenswerth, wenn auch in dieser, zwar nicht sonderlich brennenden Frage Klarheit geschaffen würde.

Vollkommen stimme ich aber R. bei, wenn er für den Gerichtsarzt wenigstens die Berechtigung in Anspruch nimmt, sachverständige Gutachten bei den Verhandlungen vor den Schiedsgerichten abzugeben. Die Schiedsgerichte sind zwar Gerichte, welche sich mit einer ganz besonderen Materie befassen; sie bleiben aber deshalb doch thatsächlich Gerichte, und es wäre viel eher einzusehen, wenn der Gerichtsarzt auch hier als Gutachter in erster Reihe in Frage käme, als dass er sogar ausgeschlossen wäre. Ich für meinen Theil glaube übrigens auch gar nicht, dass durch den §. 115 h, Abschnitt XXXIV der Dienstanweisung den Gerichtsärzten die Berechtigung zur Wahrnehmung der Sachverständigen-Thätigkeit vor den Schiedsgerichten abgesprochen wird. Wichtig wäre es nur für die Gerichtsärzte, dass die Schiedsgerichte auf dieselben als Gutachter aufmerksam gemacht würden, da diese Gerichte in der That zu glauben scheinen, sie dürften den Gerichtsärzten keine Gutachten übertragen.

Roth hat Recht: Umfang und Zweck des Amtes eines besonderen Gerichtsarztes wird zur Zeit zum Nachtheil des Amtes und seines Inhabers noch mehr oder minder verkannt; eine Klärung thut daher unbedingt noth. Das liegt aber, so niederdrückend es für den einzelnen Gerichtsarzt sein mag, an der Neuheit des Amtes und zahlreichen anderen Schwierigkeiten — es kommen drei Ministerien in Frage —, welche sich nicht in wenigen Monaten aus dem Wege räumen lassen. Es ist weiterhin denkbar, dass für einige Bezirke von der Anstellung besonderer Gerichtsärzte wird abgesehen werden müssen. Es ist ja auch von vornherein bei Erlass des Kreisarztgesetzes betont worden, dass es keinen Anspruch auf Vollkommenheit in allen Punkten machen könne.

Weshalb aber sollte eine Einrichtung wie die der besonderen Gerichtsärzte, welche sich in Hannover bis 1866 so trefflich bewährt hat, nicht auch in geeigneten Landgerichtsbezirken der anderen Provinzen die Probe bestehen? Die Wichtigkeit der gerichtlichen Medizin ist von der Staatsregierung in vollem Umfange

anerkannt worden, und dem Ausbau der Gerichtsarztstellen wird zweifellos alle Aufmerksamkeit zugewendet werden. Die Gerichtsärzte werden sich durchringen und das halten, was man von ihnen erwartet.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23.—28. September 1901.

(Schluss)

Abtheilung für gerichtliche Medizin.

Erste Sitzung, Montag, den 23. September.

Vor Beginn der Vorträge geht H. Dr. Deppisch-Pattenstein auf den Umstand ein, dass diesmal die Gruppe der Unfallheilkunde mit derjenigen der gerichtlichen Medizin vereinigt worden ist, und kommt unter Zustimmung der Versammlung zu folgendem Schluss: Wir bedauern es lebhaft, dass durch die Schuld dieser Herren das ursprüngliche Programm der Sektion gerichtliche Medizin und Unfallheilkunde nicht eingehalten werden konnte. Viele Herren, die nun fehlen, hatten die Vereinigung gewünscht. Im Interesse der Einheit und Zentralisation aber begrüssen wir es, dass durch das Festhalten des Vorstandes an dem ursprünglichen Programm eine weitere Zersplitterung und Dezentralisation vermieden wurde.

I. Ueber Gewöhnung an Verletzungsfolgen unter Berücksichtigung der Spruchpraxis des Reichsversicherungsamtes.

Kreisarzt Dr. E. Schäfer-Bingen.

Im Anschluss an frühere Arbeiten von Lauenstein, Blasius, u. a. über die Erwerbsfähigkeit und das Anpassungsvermögen Verletzter, die ausserhalb des Unfallgesetzes stehen, bringt Vortragender zunächst einen eigenen Fall. In diesem handelt es sich um eine Hüftgelenksluxation mit Schenkelhalsfraktur, wo Patient die grosse einseitige Verkürzung des Beines durch kreuzweises Übereinanderlegen der Beine beim Stehen und Gehen so vollkommen hat ausgleichen lernen, dass er die weitesten Wege zurücklegen und die schwersten Arbeiten verrichten konnte und schon nach kurzer Zeit den vollen Lohn bezog. Auch zeigt dieser Fall, dass ein Minderumfang der Muskeln eine verminderte Leistungsfähigkeit der betreffenden Glieder nicht ohne Weiteres bedingt.

Derartige Fälle sind nach Ansicht des Vortragenden nicht so selten, wie man wohl annehmen könnte nach der geringen Kasuistik; man achtet eben jetzt nicht mehr auf den Einfluss der nicht entschädigungspflichtigen Unfallsfolgen auf die Erwerbsfähigkeit, weil durch die Begutachtung der entschägigungspflichtigen Unfälle unser Interesse einseitig absorbirt wird. Referent will lediglich zeigen, dass das Anpassungsvermögen bei der Erwerbsfähigkeit eine ganz hervorragende Rolle spielt, so dass geringere Verletzungsfolgen bei wohlwollender Beurtheilung geraume Zeit nach dem entschädigungspflichtigen Unfall durch Gewöhnung billiger Weise als ausgeglichen erachtet werden können. Es ist bekannt, dass man trotz der grossen Ausbildung der physikalischen Heilmethoden etc. sich ganz vergeblich nach Fällen ähnlich guter funktioneller Anpassung und Gewöhnung bei Verletzten innerhalb der Unfallgesetzgebung umsieht.

Vortragender hält die vom Reichsversicherungsamte eingerichtete Uebergangszeit mit einer Gewöhnungsrente für bedenklich, weil hierdurch leicht die Willenskraft des Verletzten derart beeinträchtigt wird, dass beispielsweise eine geringe Schmerzhaftigkeit in einer Narbe nicht mehr überwunden werden kann. Er behauptet, dass das R. V. A. selbst in seinen Entscheidungen die Schwierigkeit gegen seinen Willen dadurch zum Ausdruck gebracht habe, dass seine Entscheidungen sich häufiger widersprochen haben.

Das R. V. A. besagt in einer Entscheidung vom Jahre 1887: es soll dem Verletzten nach dem Gesetze derjenige wirthschaftliche Schaden, welcher ihm

durch die Verletzung zugefügt ist, ersetzt werden, und dieser Schaden besteht in der Einschränkung der Benutzung der dem Verletzten nach seinen gesammten Kenntnissen und Fähigkeiten auf dem ganzen wirthschaftlichen Arbeitsmarkte sich bietenden Arbeitsgelegenheiten. Die Gerichte weichen aber hiervon in der Praxis häufig ab.

Auch die Lohnhöhe ist verschieden beurtheilt worden.

Vortragender kommt zu dem Schlusse, dass das Gewöhnungsmoment in der Rechtsprechung so gut wie gar nicht berücksichtigt ist. Hierin Wandel zu schaffen, ist das R. V. A. die berufene Spruchbehörde. Er schlägt vor, dass bei den Spruchsitzungen des R. V. A. stets ein medizinischer Sachverständiger zugegen sei. So viel steht nach ihm jetzt schon fest, dass durch den Wegfall kleiner Permanenz- und Leibrenten von 10—15 % wieder natürlichere und ehrlichere Verhältnisse geschaffen würden; die Anpassungsfähigkeit solcher Verletzter würde recht bald wieder zur physiologischen Norm zurückgeführt und nicht an letzter Stelle zum wahren Vortheil des Verletzten selber, den die Gesetzgebung doch nur allein im Auge habe.

II. Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit in Folge eines Unfalls.

Kreisarzt Dr. Schäffer-Bingen berichtet über einen Fall von diagnostisch sicherer Raynaud'scher Krankheit bei einem früher gesunden 63jährigen Maurer, bei dem die Krankheit nach Sturz vom Gerüste mit folgender Bewusstlosigkeit und Kontusionen am Kopfe, Brust und den Gliedmassen auftrat. Vortragender nimmt, da sonstige Momente auszuschliessen sind, einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall an und zitirt analoge Fälle aus der Literatur.

Diskussion.

Med.-Rath Dr. Klein, Kreisarzt in Charlottenburg, ist der Ansicht, dass die missliche Lage der ärztlichen Sachverständigen bei der numerischen Beurtheilung des Verlustes der Erwerbsfähigkeit gegenüber den Schiedsgerichten und dem Reichsversicherungsamte nicht zu beseitigen ist. In Berlin und Umgegend lehnen die ärztlichen Sachverständigen deshalb die Beantwortung der Frage nach der numerischen Schätzung der Schädigung gänzlich ab oder lassen sie unbeantwortet.

Privatdozent Dr. Stubenrath-Würzburg hält es für sehr wichtig, dass in der Bemessung des Grades der Erwerbsfähigkeit, sowie bei der Herabsetzung der Renten grössere Abstufungen gemacht werden, so dass nicht eine und dieselbe Erwerbsbeschränkung bald mit 30; 33,3; 36 % bemessen wird. Werden grössere Abstufungen gemacht, so könne jeder Arzt leicht die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit anstellen.

Dr. With-Bremerhaven billigt nicht die Ablehnung der Aerzte bei der Feststellung der Renten, auch hält er dies Verfahren nicht für förderlich, noch durchführbar für alle diejenigen Aerzte, die als Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften fungiren. Mit Bedauern betont Redner die Widersprüche, die besonders in den letzten Jahren in den Entscheidungen der höchsten Rekursinstanz sich finden. Erst wenn in Zukunft zu den Sitzungen des Reichsversicherungsamtes ärztliche Sachverständige zur Mitwirkung geladen werden, werden feste Normen allmählich gewonnen werden; während man als begutachtender Arzt jetzt über eine gewisse Rechtsunsicherheit klagen muss, besonders da in nicht seltenen Fällen die Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes sich auf Obergutachten von Universitäts-Professoren stützen, die auf Grund der Akten, ohne Untersuchung des Verletzten am grünen Tische ausgearbeitet sind.

Zweite Sitzung, Dienstag, den 24. September.

III. Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin.

(Privatdozent Dr. C. Stubenrath-Würzburg.)

Der Vortrag ist in der heutigen Nummer im Wortlaut abgedruckt (siehe Seite 751).

Diskussion.

Med.-Rath Dr. Leppmann-Berlin: Zu den lehrreichen Ausführungen des Herrn Vortragenden möchte ich das Wort ergreifen, um sie, wie ich hoffe, in Ihrer aller Sinne durch Hinweis auf einige aktuelle Fragen zu ergänzen.

Einen neuen Anstoss und neue Ziele hat unsere Sonderwissenschaft erhalten durch Entstehung der sozialen Gesetzgebung, und wir wollen an dieser Stelle betonen, dass alle Begutachtungen aus den Kranken-, Invaliditäts- und Unfallversicherungsgesetzen, namentlich wenn sie für die durch jene Gesetzgebung neu geschaffenen Gerichtshöfe geschehen, ein integrirender Theil der gerichtlichen Medizin sind. Dieselben Sondererfahrungen am kranken Menschen und an der Leiche, welche uns dazu berechtigen, technische Helfer der allgemeinen Gerichte zu sein, berechtigen uns auch zur Gutachterschaft bei den, aus der sozialen Gesetzgebung hervorgegangenen Gerichten, und die Erfahrungen, welche wir an letzteren sammeln, gehören ebenfalls zu der Wissenschaft der gerichtlichen Medizin. Deshalb wäre auch in Zukunft gerade bei den Naturforscherversammlungen eine Trennung zwischen gerichtlicher Medizin und Unfallbegutachtung bedauerlich.

Sodann möchte ich der Thatsache gedenken, dass neben den grossen Leistungen anderer medizinischer Sonderfächer in den letzten Jahrzehnten unsere Wissenschaft eigentlich recht steril geblieben ist. Ich sehe den Grund dafür zum Theil darin, dass der Staat sowohl, als das Publikum der Wichtigkeit, welche unsere Wissenschaft für das öffentliche Wohl hat, sich nicht mehr recht bewusst wird. Wir sind erdrückt von einer Schwesterwissenschaft der Staatsarzneikunde, von der Hygiene, deren Erfolge in der Seuchenaufdeckung- und -Bekämpfung die Oeffentlichkeit, wenn ich so sagen darf, geblendet haben, so dass die wissenschaftlichen Einrichtungen jener Sonderwissenschaft zufliessen.

Das ist deshalb besonders bedauerlich, da in wichtigen Kapiteln der gerichtlichen Medizin ein gedeihliches wissenschaftliches Arbeiten nur in geeigneten Instituten möglich ist. In meinem engeren Vaterlande Preussen finden in letzter Zeit diese Verhältnisse ein verständnissvolles Entgegenkommen insofern, als besondere Lehrstühle für die gerichtliche Medizin an den einzelnen Universitäten geschaffen und mit Gerichtsarztstellen vereinigt werden. Freilich sind mit diesen Stellungen noch nicht überall eigene Institute vereinigt. Ich bin aber überzeugt, dass eine weitere Schaffung solcher Institute der Besetzung der Lehrstühle bald folgen wird.

Wir unserseits müssen das Bestreben haben, unsere Wissenschaft wieder populärer zu machen und in weiteren Kreisen darauf hinzuweisen, welche Wichtigkeit für das Gemeinwohl die sichere und richtige Ausdeutung von strittigen Gesundheitszuständen und Todesursachen hat. In erster Reihe müssen wir in dieser Beziehung mit den Fachjuristen mehr Fühlung und gegenseitige Belehrung suchen und für ein gutes Mittel halte ich die Begründung medizinisch-forensischer Vereine, wie einer in Dresden bereits in's Leben trat.

Jedenfalls dürfen wir hoffen, dass auch der gerichtlichen Medizin im modernen Staate eine gedeihliche Fortentwickelung beschieden sein wird. (Allgemeiner Beifall.)

Dritte Sitzung, Mittwoch, den 25. September.

IV. Zur Psychopathologie sexualis.

Dr. Sänger-Hamburg bringt kasuistische Beiträge zur Stütze der Garnier'schen Ansicht, dass man es bei den pervers sexuellen Aeusserungen mit occasionell erworbenen Dingen zu thun habe, die manchmal in Form von impulsiven Handlungen (Zwangshandlungen) auftreten können. Ja sogar die Homosexualität tritt gelegentlich und episodisch bei sonst normal Veranlagten in die Erscheinung.

Der Masochismus in Form der passiven Flagellation kommt hier in Hamburg ganz besonders häufig in den Bordellen vor. Uebrigens handelt es sich um abgelebte Wüstlinge, die in abnormer Weise sich zu erregen suchen.

Schliesslich bespricht Vortragender einen Fall aus seiner forensischen Thätigkeit, bei dem es sich um aktive Flagellation gehandelt hat. In diesem psychologisch merkwürdigen Falle übte der Thäter eine wahrscheinlich sexuell perverse Handlung ohne Bewusstsein der Sexualität derselben aus.

Redner hebt hervor, dass man nicht in den Fehler verfallen soll, eine unerklärliche grausame Handlung gleich als Sadismus zu bezeichnen, da es sich oft bei den degenerirten Neuropathen lediglich um Antriebe zu Grausamkeit ev. zum Verbrechen handelt, ohne jeglichen sexuellen Untergrund. — Forensisch muss man den durch die Terminologie verursachten Schematismus vermeiden

und jeden Fall individuell beurtheilen. Der Nachweis einer Psychose stellt den Thäter unter den Schutz des §. 51. Starke erbliche Belastung, schwächende Momente bei einem Degenerirten vermögen die Widerstandsfähigkeit gegen krankhafte Impulse herabzusetzen und zu Delikten zu führen. Solche Individuen müssen in ärztlich geleitete Anstalten zwangsweise ohne Ehrverlust gebracht werden, um dort so lange zu bleiben, bis ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber sexuellen Antrieben dauerhaft erhöht ist (event. mit Hülfe der Suggestionsbehandlung nach Schrenck-Notzing). Bei der allerseits zugestandenen bedauerlichen Zunahme der Delikte auf sexuellem Gebiete, die trotz Bestrafung sich meistens wiederholen, erscheint es nothwendig, dass der Staat Anstalten errichtet, die eine Zwischenstelle zwischen Gefängniss und Irrenanstalt einnehmen.

Diskussion.

Dr. Hirschfeld-Charlottenburg gewann aus einem grossen litterarischen Material (1194 Fälle von Homosexualität, darunter 74 Frauen), die Ueberzeugung, dass occasionelle Momente nur dann wirksam sind, wenn angeborene Anlage vorhanden ist. Diese empirisch gewonnene Ansicht wird theoretisch bestätigt einmal dadurch, dass überall nur Steigerungen, nicht aber Umschläge von Trieben beobachtet werden, und vor Allem durch die entwickelungsgeschichtliche Auffassung der konträren Sexualempfindung, welche den übrigen Abweichungen primärer und sekundärer Geschlechtsunterschiede gleichzusetzen ist.

Prof. Dr. Binswanger-Jena schliesst sich im Wesentlichen den Ausführungen des Vortragenden an. Auch bei Homosexuellen kommen nicht blos Fälle kongenitaler sexueller Defekte resp. Entwickelungsstörungen vor, sondern auch erworbene Homosexualität bei alten Wüstlingen. Er belegt diese Ansicht durch Mittheilung einschlägiger Beobachtungen.

Dr. Hirschfeld erklärt, dass die Ehe für Homosexuelle und ihre Nachkommenschaft verderblich sei; die konträre Sexualempfindung sei möglicher Weise ein Mittel, degenerirten Familien ein Ende zu machen. Jedenfalls seien neuro- und psychopathische Frauen in der Descendenz häufig nachzuweisen. Die Willensfreiheit der Homosexuellen hänge von der Höhe des Triebes ab; keinesfalls werde sich eine lebenslängliche Beherrschung erreichen lassen.

Oberstabsarzt Dr. Düms-Leipzig weist darauf hin, dass Leute mit körperlichen Entwickelungshemmungen nicht unter allen Umständen homo- oder pervers-sexuell zu werden brauchen. Das Wesentliche ist auch bei ihnen die Gelegenheit.

V. Zur Kenntniss der ätherischen Oele in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. (Dr. med. H. Hildebrand-Berlin.)

Als diejenigen ätherischen Oele, welche ein praktisches gerichtlich-medizinisches Interesse dadurch haben, dass sie zur Fruchtabtreibung im Publikum verwendet werden, bezeichnet Vortragender vorzugsweise das Sadebaumöl aus Summitates Sabinae und das Lebensbaumspitzenöl, Oleum Thujae, Oleum Terebinthinae.

Auch in Dekokten dieser Pflanzentheile führen gerade die obigen Bestandtheile die abtreibende Wirkung oft mit tödtlichem Ausgange für die Mutter herbei, wenigstens liessen sich nach Untersuchungen des Vortragenden nach Destillation mit Wasserdampf im Rückstand keine giftigen Extraktivstoffe mehr nachweisen.

Die Sabina wirkt als Gift auf den Darm, das Blut und die Nieren, was sich im Auftreten von Blutaustritten im Harn dokumentire. Die gleiche Wirkung konnte Vortragender für das von Prof. Fromm in Freiburg dargestellte Sabinol nachweisen. Eben dieses Sabinol hat sich als der giftige Bestandtheil des Sadebaumöls herausgestellt, wie für das Lebensbaumspitzenöl das Thujon oder Tomaceton, Körper, welche dem Kampher chemisch isomer sind. In ihrer Wirkung ist das Sabinol zu den Blutgiften, das Thujon zu den Krampfgiften zu rechnen.

Der gerichtsärztliche Nachweis einer Vergiftung durch ätherische Oele wird meist aus dem Restmaterial oder dem Mageninhalt erbracht werden. Wo dies nicht möglich ist, muss die Harnuntersuchung Aufschluss geben. Die von Dragendorff empfohlene Methode, den Harn eines mit ätherischen Oelen Vergifteten mit Mineralsäuren zu erwärmen, ist nicht ausreichend. Vortragender stellt als Ergebniss seiner Untersuchungen fest, dass hinsichtlich der bisher

untersuchten ätherischen Oele lediglich das toxische Prinzip des Sadebaumöls, das Sabinol, in einen chemisch gut charakterisirten Körper bei Verarbeitung des Harns übergeführt werden kann, was im Falle einer vermutheten Vergiftung mit Sabina als Indicium angesehen werden kann. Bezüglich der anderen praktisch wichtigen Oele, Oleum Thujae, Oleum Terebinthinae gelingt es nicht auf dem betretenen Wege zu praktisch verwerthbaren Resultaten zu kommen.

Dr. Wolff-Hamburg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Konkurrenz eines bestehenden Leidens mit den Folgen eines Unfalls. Urtheil des Reichsgerichts (VII. Z.-Sen.) vom 18. Juni 1901.

Die beklagte Versicherungsgesellschaft bestreitet, dass die Steifheit eines Fingers und die dadurch herbeigeführte Verminderung der Erwerbsfähigkeit des Kl. eine Folge des ihm am 21. Februar zugestossenen Unfalls sei. Sie geht hierbei von der feststehenden Thatsache aus, dass der Kl. schon vor dem Unfall an einer Schrumpfung der Bindegewebsstränge (Palmarfaszienkontraktur) an beiden Händen gelitten hat, und dass die Sachverständigen erklärt haben, die jetzige Kontraktur des rechten Ringfingers sei nicht allein auf den Unfall, sondern zum Theil auch auf die bereits vorhanden gewesene Erkrankung der Hand — ein Sachverständiger misst die Folge zu 60 Prozent dem Unfall, zu 40 Prozent der Palmarfaszienkontraktur bei — zurückzuführen.

Der Revisionsangriff geht fehl. Der B.-Ger. räumt der Beklagten ein, dass sie insoweit nicht entschädigungspflichtig wäre, als nachweisbar die verminderte Erwerbsfähigkeit des Kl. auch ohne den Unfall eingetreten wäre; er räumt ferner die — abstrakte — Möglichkeit eines solchen Verlaufs der Palmarfaszienkontraktur ein, stellt aber zugleich fest, dass irgendwelcher sicherer und zuverlässiger Anhalt dafür, dass die Schrumpfung der Bindegewebsstränge von sich aus künftighin überhaupt einmal und vollends wann beim Kl. zu der jetzt vorhandenen Neugestellung des rechten Ringfingers geführt hätte, nicht zu gewinnen sei. Mit der Vertheilung der Kausalität zu 60 Proz. auf den Unfall und zu 40 Proz. auf die Faszienkontraktur hätten die Aerzte nur die Thatsache feststellen wollen, dass der Unfall die nicht mehr unversehrte und zu der eingetretenen Verschlimmerung disponirte Hand des Kl. getroffen hat. Wenn auf Grund dieser thatsächlichen Feststellungen der Berufungsrichter die Beklagten für den ganzen Schaden verantwortlich macht, so kann darin ein rechtlicher Verstoss nicht gefunden werden. Die Entscheidung ist richtig, mag man nach Lage des Falles die Faszienschrumpfung als blosse Bedingung des Erfolges oder als eigentliche mitwirkende Ursache ansehen. Auch wenn von zwei oder mehreren Geschehnissen keines für sich allein, sondern nur alle in ihrem Zusammentreffen und -wirken einen bestimmten Erfolg herbeizuführen vermögen, ist jedenfalls das letzte dieser Ereignisse für den ganzen Erfolg kausal. Darüber besteht in der Lehre von der Kausalität kein Streit, so sehr auch die Meinungen über die Ursacheneigenschaft der übrigen mitwirkenden Umstände auseinandergehen mögen. Es ist deshalb unrichtig, wenn die Beklagte die Haftung für einen Theil des eingetretenen Schadens ablehnen zu können glaubt.

Kann Jemand ungeachtet des Verlustes beider Hände erwerbsfähig bleiben und versicherungspflichtige Arbeiten verrichten? Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. Mai 1901.

Die Frage, ob der Waldhüter M. der Versicherungspflicht unterliegt, hängt davon ab, ob er erwerbsunfähig ist oder nicht; denn darüber, dass die Thätigkeit, die er als Waldhüter ausübt, an sich die Versicherungspflicht begründet, besteht unter den Parteien kein Streit. Erwerbsunfähig ist eine Person, wenn sie in Folge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes in der Benutzung der auf dem gesammten wirthschaftlichen Erwerbsgebiete vorhandenen, ihrer Kräften und Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsgelegenheiten in dem Masse beschränkt ist, dass sie dauernd nicht im Stande ist, den gesetz-

lichen Mindestlohn zu verdienen. M. hat durch einen Unglücksfall im Jahre 1894 beide Hände verloren. Im Allgemeinen kann nun zwar einem Menschen, dem so wichtige, für die Verrichtung körperlicher Arbeit unentbehrliche Glieder fehlen, nicht die Fähigkeit zugesprochen werden, eine hinreichend lohnende Thätigkeit auszuüben. M., ein im Uebrigen gesunder, kräftiger Mann von jetzt 33 Jahren, ist aber seit dem Jahre 1896 im Dienste der Gemeinde Gr. als Waldhüter beschäftigt gewesen und hat als solcher einen jährlichen Lohn von insgesammt 280 Mark bezogen. Er hat sich die Fertigkeit angeeignet, vermittelst eines Instrumentes, welches in einem an seinem rechten Arme befestigten Holzansatz eingeschoben wird, allerhand Verrichtungen vorzunehmen, wie schreiben, schneiden, ziehen und stossen. Besonders seine Schreibfertigkeit ist derart, dass er ordnungsmäsig ein Tagebuch über die Waldarbeiten führt. Die Gemeinde ist in jeder Beziehung mit ihm zufrieden, ebenso der vorgesetzte Oberförster, der sich dahin ausgesprochen, dass er so gut wie jeder andere Gemeindewaldhüter das leiste, was man heutzutage von einem solchen billiger Weise zu verlangen berechtigt sei, und dass seine Schrift sogar besser sei, als die der meisten seiner Berufsgenossen in anderen Gemeinden. Durch seine Thätigkeit verdiente M. thatsächlich mehr als die Hälfte des ortsüblichen Tagelohns, ein Umstand, der an sich die Vermuthung für seine Erwerbsfähigkeit begründet. Die Thätigkeit als Waldhüter kommt aber für Personen, die wie M., dem Arbeiterstand angehören, auf dem allgemeinen Erwerbsgebiet als geeignete Beschäftigung in Betracht und mit Rücksicht auf die Fertigkeiten, die sich M. zu eigen gemacht hat, auf sein Lebensalter und seine sonst kräftige Körperbeschaffenheit ist anzunehmen, dass er diese Thätigkeit oder eine ähnliche andere, wie als Aufseher, Bote, auch im Allgemeinen so ausüben kann, dass er damit noch den Mindestverdienst erzielt. Dass ihm die Beschäftigung als Waldhüter nur in Folge besonderen Entgegenkommens der Gemeinde gewährt wird, dafür bieten die Ermittelungen keinen Anhalt. M. kann also nicht als erwerbsunfähig angesehen werden, und er ist demgemäss mit Recht von der unteren Verwaltungsbehörde für versicherungspflichtig erklärt worden.

Die Frage, ob und inwieweit das Schiedsgericht die Mittheilung eines ärztlichen Gutachtens an den Rentenbewerber ablehnen durfte, unterliegt der Nachprüfung in der Revisionsinstanz. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 25. September 1901.

Unzweifelhaft war die Kenntniss des Gutachtens für die Klägerin zur Verfolgung ihres Rentenanspruchs von erheblichem Belange. Da sie aber nach ihrer glaubwürdigen Erklärung weder in der Lage war, im Verhandlungstermine zu erscheinen, noch einen Vertreter zu entsenden, so blieb ihr nur übrig, die Ertheilung einer Abschrift zu beantragen oder die Akten in den Geschäftsräumen des Schiedsgerichts einzusehen. Letzteres kann ihr schon mit Rücksicht auf die zu diesem Zweck erforderliche Reise nach dem Sitze des Schiedsgericht nicht zugemuthet werden. Das Schiedsgericht hat daher die Klägerin durch die Nichtertheilung einer Abschrift des Gutachtens in der Verfolgung ihrer Rechte erheblich beschränkt, und das Verfahren leidet demgemäss an einem wesentlichen Mangel, der die Aufhebung der Vorentscheidung rechtfertigt. Dabei kann unerörtert bleiben, ob die Bestimmung des §. 9 Abs. 4 des Gesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, wonach zunächst der Vorsitzende des Schiedsgerichts und sodann das letztere über die Mittheilung ärztlicher Gutachten zu befinden hat, auch für das Gebiet der Invalidenversicherung gilt oder wenigstens sinngemäss anzuwenden ist. Denn auch wenn letzteres zutrifft, würde das vom Schiedsgerichte geübte Verfahren darum nicht anders zu beurtheilen sein. Wie sich aus der Begründung zum Entwurfe des Gesetzes vom 30. Juni 1900 und aus der Kommissionsberathung ergiebt, hat man dem Vorsitzenden des Schiedsgerichts die Entscheidung, inwieweit ärztliche Gutachten mitzutheilen seien, überlassen, um einmal Gründen der Menschlichkeit Rechnung zu tragen, die der Aufklärung eines Versicherten über seinen Zustand entgegenstehen können, und um anderseits den Aerzten die unerlässliche Offenheit in der Beurtheilung des Falles zu erhalten. Schon hieraus folgt, dass die Mittheilung ärztlichen Gutachten nach dem Willen des Gesetzgebers nur ausnahmsweise und aus sach-

lichen Gründen und nicht etwa nur mit Rücksicht auf geschäftliche Unbequemlichkeiten verweigert werden darf. Dass aber keinesfalls die Rechte des Versicherten beeinträchtigt werden sollen, zeigt die Bemerkung in der Begründung zu §. 8 des Gesetzentwurfs, das versammelte Schiedsgericht solle befugt sein, die Mittheilung des Gutachtens nachzuholen, „wenn nach seiner Auffassung durch deren Unterlassung oder Einschränkung das Interesse des Entschädigungsberechtigten verletzt erscheint". Ob eine solche Verletzung vorliegt, unterliegt nicht der endgültigen Entscheidnng des Schiedsgerichts, sondern bleibt in der Revisionsinstanz nachzuprüfen; im vorliegenden Falle hat das Reichsversicherungsamt aus den oben angeführten Gründen die Frage zu Gunsten der Klägerin bejaht.

Tod durch Insektenstich; kein ursächlicher Zusammenhang mit Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 21. September 1901.

Dass der verstorbene A. thatsächlich auf dem Bau bei der Arbeit von einer giftigen Fliege gestochen worden ist, konnte nicht für erwiesen erachtet werden. Der Zeuge H. hat ausdrücklich bekundet, dass er den A. Vormittags 11 Uhr, als die Anschwellung an der Lippe bemerkte, gefragt hat, woher dies komme, und A. ihm hierauf erklärt hat, er wisse es selbst nicht. Wenn daher A. am nächsten Tage dem Zeugen Kr. und auch später dem Dr. K. gegenüber erklärt hat, es müsse ihn wohl ein Insekt gestochen haben, so hat er damit nur einer durch nichts bewiesenen Vermuthung Raum gegeben. — Aber selbst, wenn an sich als erwiesen angesehen werden könnte, dass den A. bei der Arbeit ein giftiges Insekt gestochen habe, so ist damit ein Zusammenhang dieses etwa als Unfall anzusehenden Ereignisses mit dem Betriebe als solchem nicht dargethan. Derartige Unfälle können nach konstanter Rechtsprechung des R. V. A. (zu vergl. Rekurs-Entscheidungen 1159 und 788, Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1892, S. 319, 1890, S. 153) dem Betriebe nur dann zugerechnet werden, wenn die besonderen Verhältnisse des Betriebes eine erhöhte Gefahr, gerade derartige Unfälle zu erleiden, mit sich bringen. Dies ist vorliegend zu verneinen. Der Umstand, dass der Neubau in der Nähe der Eilenriede, eines Waldes, gelegen war, begründete eine solche erhöhte Gefahr nicht, dass auf der Baustelle sich mehr Unrath als auf anderen Baustellen befunden, ist nicht dargethan, Aborte sind auf jedem Neubau. Also auch hierdurch war eine erhöhte Gefahr, von giftigen Insekten gestochen zu werden, nicht gegeben. — Endlich ist auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem angeblichen Insektenstich und dem Tode des A. nicht dargethan. A. selbst hat dem Zeugen D. angegeben, es wäre inwendig in der Backe. Dort konnte ihn aber kein Insekt stechen. Die blosse Möglichkeit des Zusammenhanges, von welcher das Gutachten des Dr. W. spricht, konnte, da der Sachverständige ausdrücklich anerkennt, dass ein irgendwie sicherer Nachweis für denselben nicht zu erbringen sei, nicht für ausreichend erachtet werden. Demgemäss erscheint der Anspruch der Kläger auf Hinterbliebenenrente unbegründet und musste die Aufhebung des Schiedsgerichtsurtheils erfolgen.

Besprechungen.

Dr. P. Rissmann, Direktor der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt in Osnabrück: **Lehrbuch für Wochenpflegerinnen.** Berlin 1091. Mit 9 Abbildungen. Verlag von S. Karger. Gr. 8°; 66 S.

Wer die Frage der Wochenbettpflege heutzutage richtig beurtheilt, kann sich der Ansicht wohl nicht verschliessen, dass eine gesetzliche Regelung der Stellung der Wochenpflegerinnen noch ermangelt, und in Bezug auf die Ausbildung bestimmte, allgemein gültige Normen festzusetzen sind. Verfasser hat diesem Wunsche in der für Aerzte bestimmten Vorrede des vorliegenden Buches Ausdruck verliehen und mit Recht gewisse Missstände angedeutet, welche sich neuerdings zwischen Hebammen und Wartefrauen (vielfach sogar durch Verschulden der Aerzte, Ref.) ausgebildet haben. Das Buch soll im Uebrigen den Pflegerinnen als Leitfaden dienen, an der Hand dessen es ihnen möglich ist, den bis jetzt nicht scharf umgrenzten Funktionen nachzukommen; entstanden ist dasselbe wohl durch die berechtigte Forderung, dass jede

Wochenpflegerin eine theoretische Unterweisung während der Ausbildung bedarf. Für die Ausbildung hält Verfasser ein Vierteljahr für vollkommen ausreichend, worin ihm jeder wohl zustimmen muss. In der Anlage entspricht das Buch wohl den bekannten Hebammenlehrbüchern; nach einem kurzen Ueberblick über die Pflichten der Wartefrau und die für die Unterweisung nothwendigen Vorkenntnisse, folgt eine ausführliche Beschreibung der Anatomie und Physiologie des Körpers, speziell der weiblichen Geschlechtstheile (§§. 13—56), welchem sich eine kurze Auseinandersetzung über Schwangerschaft und Geburt anreiht. Anschliessend an den nur kurz beschriebenen Vorgang der Geburt (§. 65) folgt sehr zweckmässig die Belehrung über die Behandlung der Wunden im Allgemeinen, insbesondere der bei der Geburt entstandenen Wunden. In §§. 74 ff. werden gewisse Verrichtungen der Pflegerin aufgezählt. Die eigentliche Grundlage der theoretischen Unterweisung in der Wochenbettpflege folgt erst in §§. 82 ff. Von dem krankhaften Wochenbett (§§. 100 ff.) werden nur die allerwichtigsten Störungen besprochen. Im §. 115 folgt ein kurzer Hinweis auf die bei Frauen vorkommenden Geschlechtskrankheiten. Mit der Pflege des Kindes (§§. 119 ff.) und einer kurzen Uebersicht über die wichtigsten Erkrankungen der Neugeborenen (§§. 139 ff.) beschliesst das Lehrbuch, welches in 149 Paragraphen auf nur 66 Seiten eine Fülle reicher Belehrung bietet und, zweckmässig mit Papier durchschossen, noch Raum für die im Unterrichte seitens des Lehrers gegebe Erläuterungen enthält. — Wenn in Folgendem auf Einzelheiten kurz eingegangen wird, so hat dies vorerst darin seinen Grund, dass gerade über die Stellung der Wartefrau als solche die Ansichten noch getheilt sind. Bezüglich der in dem erwähnten Abschnitt über „Pflichten der Wärterinnen" formulirten Sätze kann man sich indess dem Verfasser vollkommen anschliessen. Ausserordentlich klar und verständlich ist der Abschnitt „Desinfektion" gehalten. Neu und vielleicht abweichend von den vorhandenen kurzen Lehrbüchern für Pflegerinnen ist die Anweisung eines bestimmten Instrumentariums; jedenfalls muss eine solche als ausserordentlich praktisch und wirklich nothwendig empfunden werden. Thatsächlich besitzen die meisten antiseptisch geschulten Pflegerinnen auch Taschen mit Geräthschaften; jedoch habe ich allenthalben gefunden, dass, um Unfug zu vermeiden, die Desinfektionsflüssigkeit jedesmal vom Arzte verschrieben wurde; die Möglichkeit ist ja gegeben, da sozusagen in den Familien, welche eine Pflegerin zu engagiren in der Lage sind, auch ein Arzt während des Wochenbettes thätig ist. Das Einzige, was mir bei den Verrichtungen der Pflegerin auffällt, ist die Erlaubniss (wenn auch nur auf besonderes Geheiss des Arztes), subkutane Injektionen selbst auszuführen (§. 75); ich möchte diese Anweisung, ganz abgesehen davon, dass doch einmal durch diese Massnahme geschadet werden kann, schon deshalb gestrichen wissen, weil wir hier der Pflegerin mehr gestatten als der Hebamme; ist die Pflegerin während der ersten zwei Wochen mit der Hebamme thätig, so soll sie ja, wie das Buch lehrt, die Hebamme nur unterstützen und ist ihr in jeder Beziehung untergeordnet. Aus der Pathologie des Wochenbetts hat der Verfasser mit Recht nur das angedeutet, was eben für die Pflegerin zu wissen nothwendig ist, um frühzeitig den Arzt zu rufen. Vielleicht hätte bei den Nachblutungen (§. 103) auf die Applikation des Eisbeutels nach der früher angegebenen Vorschrift hingewiesen werden können. Auch dürfte bei Schwächezuständen die Anwendung eines Nährklystieres einer Pflegerin zu gestatten sein, eine einfache Massnahme, welche doch in manchen Fällen schon ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Unter den Verrichtungen, welche an Neugeborenen unmittelbar nach Beendigung der Geburt in Betracht kommen, scheint mir die Herstellung eines aseptischen Nabelverbandes das Wichtigste; hier wäre ein nochmaliger Hinweis auf die vorherige Desinfektion der Hand sehr zweckmässig gewesen. Bezüglich der künstlichen Ernährung des Kindes hat der Verfasser es sehr gut verstanden, nur eben das aller Nothwendigste herauszugreifen; es mag richtig sein, dass hier ein „zuviel" in der Belehrung (vgl. Leitfaden des Ref.!) die Wärterin in ihrem doch geringen theoretischen Wissen wohl etwas verwirren dürfte.

Wenn ich mir zum Schlusse noch eine Bemerkung erlauben darf, so ist es der Wunsch, dass in einer späteren Auflage die etwas skizzenhaft angelegten Zeichnungen durch anatomisch genaue, besser plastisch wirkende Abbildungen, etwa gute Holzschnitte oder Autotypien, ersetzt werden! Diese kleinen Aussetzungen stehen jedoch nicht im Verhältniss zu den Vorzügen, welche das Buch bietet: Kurze, klare Sprache, klare und übersichtliche Anordnung des

Stoffes, Vermeidung alles Ueberflüssigen, dabei reicher Inhalt. Kurzum, das Buch kann sowohl für die theoretische Unterweisung der Pflegerinnen, wie auch zum Nachlesen für Hebammen auf's Wärmste empfohlen merden!

Prof. Dr. Walther-Giessen.

Tagesnachrichten.

Der Bundesrath wird voraussichtlich Anfangs Dezember über die ihm vorliegenden Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz beschliessen. Man hofft, schreibt ein Berliner Blatt, das Gesetz, soweit das Ausland davon betroffen wird, am 1. April nächsten Jahres in Kraft setzen zu können. Dagegen lässt sich zur Zeit noch nicht absehen, wann es möglich sein wird, das Gesetz auch für das Inland einzuführen, weil die vorbereitenden Arbeiten dazu noch eine lange Zeit beanspruchen werden.

Aus dem neuen Etat des Reichsamts des Innern sind folgende Positionen von allgemeinem gesundheitlichen Interesse: Im Gesundheitsamt sollen in Folge der starken Steigerung der Geschäfte zur theilweisen Entlastung des Präsidenten drei Direktorstellen geschaffen werden, in welche die Abtheilungsvorsteher der naturwissenschaftlichen, der medizinischen und biologischen Abtheilung einrücken würden. Die Ausgaben für das Gesundheitsamt sind auf 618160 Mark (64800 Mark mehr als im Vorjahre) erhöht. Zur Förderung der Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose sind 150000 M. ausgeworfen. Insbesondere sollen von Reichswegen über die Frage der Identität der menschlichen und thierischen Tuberkulose eingehende Untersuchungen, verbunden mit Thierversuchen, angestellt werden. Auch sollen die gemeinnützigen Bestrebungen zur Errichtung von Lungenheilstätten durch finanzielle Beihülfen gefördert werden.

Im preussischen Etat soll nach einer in politischen Blättern gebrachten Mittheilung die Errichtung von 11 staatlichen Untersuchungsanstalten vorgesehen sein, die auf die verschiedenen Provinzen gleichmässig vertheilt werden sollen. Hoffentlich erweist sich diese Nachricht als zutreffend!

Ueber die Regelung des Milchverkehrs soll auf Veranlassung des Ministers für Landwirthschaft in seinem Ministerium eine Konferenz, bestehend aus Vertretern der betheiligten Ressorts, Sachverständigen verschiedener Art und Interessenten zusammentreten. Die Konferenz sollte schon am 19. November stattfinden, ist aber verschoben. Offiziös wird hierzu geschrieben: „Die bisherige Milchversorgung der Hauptstadt weist Missstände auf, deren baldige Beseitigung im Interesse der Volksgesundheit unerlässlich ist. Besonders, aber nicht allein, sind in dieser Hinsicht zwei Punkte hervorzuheben. Für die gesunde Ernährung der Säuglinge und Kinder im frühesten Alter bildet ein bestimmter Fettgehalt der Milch die unerlässliche Vorbedingung. Die Verwendung von Milch mit geringem Fettgehalt zur Kinderernährung rächt sich durch verstärkte Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre. Die Zulassung des Vertriebes von Halbmilch hat nach dieser Richtung sehr schädlich gewirkt; ein wirthschaftliches Bedürfniss zu ihrer Zulassung besteht sicherlich nicht; im hygienischen Interesse liegt aber der Ausschluss der Halbmilch vom Verkaufe und die Beschränkung des Vertriebes auf Vollmilch mit einem dem gesundheitlichen Interesse entsprechenden Mindestgehalt an Fett. Das wirthschaftliche Bedürfniss nach höherwerthiger Waare lässt sich dabei leicht im Zusammenhang mit entsprechend höheren Preisen befriedigen. Bei der Bedeutung des Rohgenusses von Milch liegt es ferner im Interesse der Volksgesundheit, dass nur solche Milch zum Verkauf zugelassen wird, deren Freiheit von Krankheitserregern gewährleistet ist. Die vorgängige Sterilisirung der zum Verkauf bestimmten Milch ist daher eine vom Standpunkte der Hygiene unabeisbare Forderung.“

Dem Reichstage ist der Entwurf eines Gesetzes zum Schutze des Rothen Kreuzes vorgelegt. Danach dürfen das in der Genfer Konvention zum Neutralitätszeichen erklärte Rothe Kreuz auf weissem Grunde, sowie die Worte „Rothes Kreuz“, unbeschadet der Verwendung für Zwecke des militärischen Sanitätsdienstes, zu geschäftlichen Zwecken, sowie zur Bezeichnung

von Vereinen oder Gesellschaften oder zur Kennzeichnung ihrer Thätigkeit nur auf Grund einer Erlaubniss gebraucht werden. Die Erlaubniss wird von den Landes-Zentralbehörden nach den vom Bundesrathe festzustellenden Grundsätzen für das Gebiet des Reiches ertheilt. Zuwiderhandlungen werden mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft.

Dies Gesetz soll am 1. Juli 1903 in Kraft treten; seine Vorschriften sollen jedoch keine Anwendung finden auf den Vertrieb der bei der Verkündung des Gesetzes mit dem Rothen Kreuz bezeichneten Waaren, sofern die Waaren oder deren Verpackung oder Umhüllung nach näherer Bestimmung des Reichskanzlers mit einem amtlichen Stempelabdrucke versehen werden.

Der Ausschuss der preussischen Aerztekammern ist am 30. November in Berlin zusammengetreten. Auf der Tagesordnung standen die folgenden Gegenstände: 1. die Beitragspflicht zur Kasse der Aerztekammern (Berichterstatter Prof. Krabler); 2. Beitrag zur Aerztekammer bei Wegzug aus einer Provinz in eine andere; 3. Erlass des Minister über die Wahl der Mitglieder der Ehrengerichte; 4. Erlass des Ministers über die ehrengerichtliche Bestimmungen in Satzungen der ärztlichen Vereine und die beamteten Aerzte (Berichterstatter Dr. Körner-Breslau); 5. Antrag der Kammer Posen über den §. 8 des Unfallversicherungsgesetzes (Wahl von Sachverständigen); 6. Antrag der Aerztekammer Berlin-Brandenburg, betr. Wahl von Vertragskommissionen bei den Aerztekammern zur Prüfung von Verträgen der Aerzte mit Krankenkassen, Sanitätsvereinen u. s. w.; 7. Maturitätszeugnisse in der Schweiz (Berichterstatter Geheimrath Dr. Becher); 8. Bestellung eines Stenographen für die Sitzung des Kammerausschusses; 9. Listenführung der von dem ärztlichen Ehrengericht verurtheilten Aerzte; 10. Antrag der rheinischen Kammer über Bildung von Agitationsfonds bei den Aerztekammern; 11. Abkommen mit den Invaliditäts- u. Versicherungsanstalten.

In der hessischen zweiten Kammer wurde unlängst von den sozialdemokratischen Abgeordneten Ulrich und Genossen ein Antrag auf Einbringung eines Gesetzentwurfes auf Ueberführung der Apotheken in Staatsbetriebe gestellt, dadurch dass 1. neue bezw. heimgefallene Konzessionen fernerhin an Private nicht mehr ertheilt und 2. die bestehenden Apotheken auf dem Wege des allmählichen Ankaufs vom Staate erworben werden werden sollen. In der Kommissionsberathung sprach sich der Vertreter der Regierung mit Entschiedenheit gegen den zweiten Theil des Antrages aus. In der Sitzung vom 22. November gelangte dieser dann im Plenum zur Berathung und wurde hier folgender vom Ausschuss gestellter Antrag einstimmig angenommen:

„Hohe Zweite Kammer wolle an Grossherzogliche Regierung das Ersuchen richten, unter Beobachtung der seitherigen Praxis bei Vergebung neuer oder Wiedervergebung heimgefallener Apothekenkonzessionen in erster Linie Gemeinden oder Kommunalverbände zu berücksichtigen und damit den Antrag Ulrich und Genossen für erledigt erklären."

Zu dem vom 23.—30. April 1903 in Madrid stattfindenden XIV. internationalen medizinischen Kongress ist neuerdings das Reglement versandt. Darnach sind 16 Sektionen in Aussicht genommen, nämlich: 1. Anatomie, Anthropologie, vergleichende Anatomie, Embryologie, deskriptive Anatomie, Histologie und Teratologie; 2. Physiologie, biologische Physik und Chemie; 3 allgemeine Pathologie, pathologische Anatomie und Bakteriologie; 4. Therapie, Pharmakologie; 5. innere Pathologie; 6. Neuropathologie, Psychiatrie und Kriminalanthropologie; 7. Pädiatrie; 8. Dermatologie und Syphilis; 9. Chirurgie; 10. Augenheilkunde; 11. Otologie, Rhinologie und Laryngologie; 12. Odontologie; 13. Geburtshülfe und Gynäkologie; 14. Militär- und Seesanitätswesen; 15. Hygiene, Epidemiologie etc.; 16. gerichtliche Medizin und Toxikologie. — Der Beitrag ist auf 30 Pesetas festgesetzt, die direkt oder durch Vermittelung der Nationalkomitees (ein solches hat sich bisher in Deutschland noch nicht gebildet) an das Generalsekretariat (Angel Fernandez-Caro) eingesandt werden können. Ausser den Sektionssitzungen werden zwei allgemeine Sitzungen stattfinden. Offizielle Kongresssprachen sind spanisch, französisch, englisch und deutsch. Wissenschaftliche, auf Kongressvorträge u. s.w. bezügliche Mittheilungen sind dem Exekutivkomitee bis zum 1. Januar 1903 spätestens zuzusenden.

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

14. Jahrg. 1901.

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. 24. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. | 15. Dezbr.

Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin in Deutschland.

Nach einem auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte am 24. September 1901 zu Hamburg gehaltenen Vortrag ergänzt von Dr. F. C. Stubenrath, Privatdozent für gerichtliche Medizin in Würzburg.

(Schluss.)

Um die Art und den Umfang der Verwerthung medizinischer Kenntnisse in der Strafrechtspflege, wie sie durch die Carolina geschaffen war, richtig würdigen zu können, ist es nöthig, sich den Stand der medizinischen Wissenschaft und die Entwickelung des ärztlichen Standes zu betrachten, die derselbe damals erreicht hatte. Dies soll geschehen an der Hand der Darstellungen, wie sie in der Kulturgeschichte und Geschichte der Medizin gegeben sind. [1])

Wie für die allgemein politischen und gesellschaftlichen Zustände durch den Sturz des Feudalismus und Begründung des bürgerlichen Mittelstandes, so war das 16. Jahrhundert auch für die Entwickelung der Heilkunde von grösster Bedeutung; denn es bildet die Blüthezeit der grossen Anatomen wie Vesalius, der an Stelle der Anatomie des Affen diejenige des Menschen setzte,

[1]) Kulturgeschichte des deutschen Volkes von Dr. Otto Henne am Rhyn. 1892.

Baas Dr., Hermann: Die geschichtliche Entwickelung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaft; 1896.

Baas Dr., Hermann: Grundriss der Geschichte der Medizin und des heilenden Standes; 1876.

Haeser, Heinrich: Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten; II. Band, 1881.

Fallopia, Eustachio etc. Die Chirurgie und Geburtshülfe wurde in diesem Zeitraume reformirt, die Augenheilkunde neu begründet, die Botanik und Chemie in den Dienst der Medizin gestellt. Das mit allem Eifer neu aufgenommene Studium der Alten brachte bessere philosophische Anschauungen, damit heidnisch-nüchternes Denken und klare schönere Sprache wieder, zu deren Pflege auch die zahlreichen neu gegründeten deutschen Universitäten beitrugen.

Als medizinische Bildungsanstalten standen im 16. Jahrhundert obenan die italienischen Universitäten, dann folgten die französischen und an letzter Stelle die deutschen. Schüler und Lehrer waren aber damals sehr unstete Leute, die von einer Universität zur anderen zogen. Der medizinische Unterricht umfasste grösstentheils nur die Erörterung und Erklärung der Griechen und Araber, doch wurde derselbe im Laufe des 16. Jahrhunderts verbessert, indem einerseits neben den üblichen Thiersektionen, öfters Sektionen menschlicher Leichen vorgenommen, anderseits auch klinischer Unterricht ertheilt wurde. 1578 begann auf Veranlassung der deutschen Studenten in Padua Albert Bottoni mit dem gemeinschaftlichen Besuche der kranken Männer und Marco degli Oddi mit dem Besuch der kranken Weiber, wobei die Krankheiten besprochen wurden. Später öffnete man auch die weiblichen Leichen und zeigte die erkrankten Theile, doch wurde dies bald wieder verboten.

Im Gegensatz zur wissenschaftlichen Beurtheilung und Pflege der Heilkunde im 16. Jahrhundert blieb die Entwickelung des ärztlichen Personals in ihren Verhältnissen fast ganz auf mittelalterlicher Stufe stehen. Ihre Ausbildung erhielten die inneren Aerzte ziemlich allgemein ausschliesslich auf den Universitäten, deren Verfassung damals eine demokratische war. Die Studenten waren die massgebende Körperschaft, wählten den Rektor und die Lehrer und halfen den Lehrplan mitbestimmen.

Die Aerzte waren meist Leib- oder Stadtärzte, die mitunter gut bezahlt und nicht immer sesshaft waren, sondern zum Theil umherzogen. Ihre Hauptbeschäftigung bildete die „Brunnenschau“ (Harnschau) und die Feststellung der richtigen Aderlasszeiten für den Kalender, nach welchem die Barbiere ohne Beiziehung von Aerzten thätig waren. Als Aushängeschild benutzten die Aerzte demgemäss ein Uringlas. Das gewöhnliche Volk bediente sich nicht der Aerzte, sondern verliess sich ruhig auf Gottes Hülfe oder bediente sich der vagabondirenden Charlatane, Arzneiverkäufer, Schinder, alter Weiber etc. Deshalb gab es auch auf dem Lande keine Aerzte.

Chirurgische und geburtshülfliche Leistungen galten den inneren Aerzten als Schande. Die Wund- oder Schneideärzte waren in Deutschland im 16. Jahrhundert noch spärlich. Sie wurden von Meistern in Italien oder Frankreich ausgebildet und blieben dann in den grossen Städten, um selbst wieder andere zu unterrichten. Sie bildeten die Leibbarbiere. Andere kamen nicht

auf diese Höhe und zogen als Bruchschneider, Staarstecher, Zahnbrecher, Barbiere umher.

Die Geburtshülfe lag in den Händen von Hebammen, die auch operativ vorgingen. Sie erhielten ihre Ausbildung von Lehrmeisterinnen, die ebenso unwissend, abergläubisch, roh und empirisch handelten, wie ihre Schülerinnen nachher auch. Erst wenn die Kunst der auftreibbaren Hebammen erschöpft war, wurden männliche Geburtshelfer zugezogen, die sich aus der niedersten Sorte von Chirurgen, den Schäfern, Schindern, Hirten, Schweineschneidern etc. rekrutirten. War es doch ein Schweineschneider, der den ersten Kaiserschnitt an seiner eigenen Frau ausführte. Staatsärzte gab es damals noch nicht, vielmehr fungirten für deren Obliegenheiten die Stadt- und Leibärzte und die Stadt- und Leibbarbiere.

Im 17. Jahrhundert büsste Deutschland den Rang ein, den es im 16. Jahrhundert errungen hatte und auf dem Gebiete der Medizin besonders übernahmen Engländer, Italiener und Niederländer die Führung.

Die Chirurgie entwickelte sich nicht besonders, dagegen wurde das niedere Personal in der Geburtshülfe besser ausgebildet und der höhere Theil der Geburtshülfe ging allmählich in die Hände von Männern über. Einen grossen Einfluss auf die Medizin nahm im 17. Jahrhundert die Philosophie, es begann in der Medizin die heute als allein zulässig geltende naturwissenschaftliche Denkmethode. Die Zoologie und Botanik wurden weiter ausgebildet, die Chemie sagte sich vom Dienste der Goldmacherkunst und Arzneibereitung los und begann eine selbstständige Wissenschaft zu werden.

Die Chirurgie gewann in Deutschland auch durch den 30jährigen Krieg nichts, während die Franzosen ihre Kriegserfahrungen jeweils nützlich verwertheten. Sie lag noch immer in den Händen herumziehender Leute, unter denen sich aber allmählich einzelne sehr erfahrene, selbstständig denkende und gut beobachtende bemerkbar machten. Ebenso gab es bald einzelne bessere Hebammen. Dagegen gab es fest angestellte Staatsärzte auch jetzt noch nicht.

Das 18. Jahrhundert ist in aller Hinsicht eines der wichtigsten, wie in der Kulturgeschichte überhaupt, so in der der Wissenschaften insbesondere. Es bildet die Fortsetzung der idealistischen Richtung des sechszehnten, und äusserte sich dies in einer ungestümen Verwirklichung der Denkresultate, wie sie in der amerikanischen und französischen Revolution zu Tage trat. Das 18. Jahrhundert stellte für das Staats- und Völkerleben den Grundsatz der Selbstbestimmung, des freien Entwickelungsrechtes und der Rechtsgleichheit Aller auf gegenüber dem seither blühenden Ständewesen, den Freiheiten der Städte und Zünfte und dem Absolutismus der Herrscher. Philosophen schufen eine neue Staats- und Gesellschaftslehre und übten einen grossen unmittelbaren Einfluss auf das Leben der Zeit.

Jetzt fiel auch Deutschland die Oberhand und Führung in

der Medizin zu, die glänzendsten und dauerndsten Leistungen gehen nunmehr von den Deutschen aus. Die Philosophie bewirkte eine Hebung der medizinischen Unterrichtsanstalten und des Unterrichts selbst. Die Naturwissenschaften wurden systematisch bearbeitet, die alten Aerzte wurden eingehend studirt, die Geschichte der Medizin begründet.

An den Univertitäten entstanden wissenschaftliche Gesellschaften und Zeitschriften, welche die Medizin günstig beeinflussten.

Immer zahlreicher entstanden gelehrte Gesellschaften, durch deren Akten, Abhandlungen, Memoiren, Verhandlungen etc. die Medizin bedeutend gefördert wurde.

Die Aerzte erstrebten noch eine universelle und humanistische Bildung und betrachteten die ärztliche Praxis als Sache des inneren Berufes, während in unserer Zeit meistens als Endziel die strenge Fachbildung gilt und die Praxis als höheres Geschäft betrachtet wird. Dabei wurden die speziellen medizinischen und medizinisch-technischen Kenntnisse mit vollendeter Liebe zur Wissenschaft erworben. Daraus resultirt die hohe Selbstachtung des ärztlichen Standes dieser Zeit, wie auch die ihm allgemein entgegengebrachte Achtung. Im Grossen und Ganzen waren nun die Aerzte auch richtig vertheilt; sie waren nicht so selten und spärlich, um unerreichbar zu sein, und doch auch nicht so zahlreich, um ängstlich auf Broderwerb ausgehen zu müssen und damit dem Publikum vollkommen unterthan zu werden.

Der Arzt gründete seinen Heilplan auf den ganzen Menschen, noch nicht auf innerhalb desselben nachweisbare pathologische Veränderungen; er war Psycholog bezw. Philosoph, nicht technischer Heilkünstler. Er betrachtete sich gemäss der ihm häufig durch Abstammung aus einem Pfarrhofe mitgegebenen Tiefe und dem grösseren Ernst der Lebensauffassung als Priester der Humanität.

Die seitherige Trennung in geachtete (innere) Aerzte und missachtete Chirurgen verschwand. Die allgemeine Vorbildung gewannen die Aerzte auf den Gymnasien bezw. akademischen Gymnasien, einer Mittelstufe zwischen Universität und heutigem Gymnasium. Bei der herrschenden Zwanglosigkeit, da kein Maturitätsexamen, keine Studienzeit etc. vorgeschrieben war, war es dem Einzelnen leicht, sich tiefer in das Studium auf beiden Anstalten zu versenken.

Hauptsächlich wurde in Deutschland die Anatomie gefördert. Ueber Pathologie und Therapie wurde in Deutschland noch theoretisch vorgetragen. Die erste ambulatorische Klinik wurde 1745 in Prag, die erste deutsche Klinik 1754 in Wien gegründet. Die Hilfswissenschaften wurden in botanischen Gärten und chemischen Laboratorien gepflegt. Nach Beendigung der Studien machten viele Aerzte gelehrte Reisen. Die Professoren der Medizin vertraten immer noch eine ganze Reihe von Fächern. Das dauerte in Deutschland bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts. Im 19. Jahrhundert nahmen die Universitäten an Zahl ab, wurden reorganisirt. Der Unterricht wurde für die Aerzte obligatorisch, die Naturwissenschaften von der Medizin getrennt und an Stelle der

philosophischen Studien für Mediziner gesetzt, zum Nutzen der Fachbildung, jedoch zum Schaden der Allgemeinbildung der Studirenden.

Betrachten wir nun den Werdegang der gerichtlichen Medizin, so finden wir, dass sie im 17. Jahrhundert bereits viele Berücksichtigung genoss und zwar seitens der Aerte fast aller Kulturstaaten. Ein selbstständiges berühmtes Werk in gerichtlich-medizinischer wie juristischer Beziehung ist dasjenige von Paul Zacchias (1574—1659), Medicus romanus, collegii archiatrorum Romanorum Prior et totius status Ecclesiastici protomedicus generalis. Das Werk ist betitelt: Quaestiones medicolegales. Opus jurisperitis apprime necessarium, medicis perutile, caeteris non injucundum (1621). Es behandelt mit Sorgfalt und Sachkenntniss alle einschlägigen Fragen, wie über die Lebensalter, die eheliche Geburt, die lebende Geburt, Befruchtung, Superfoetation, Mola, den Tod als Folge der Geburt, die Aehnlichkeit und Unähnlichkeit der Geborenen, die Dementia und die Schädigungen des Verstandes, Gifte und was dazu gehörte, das ädilicische Edikt, die Beischlafs- und Zeugungsunfähigkeit, die Simulation von Krankheiten, Pest und Contagium, die Wunder, Jungfrauschaft und Stuprum, das Fasten und das 40tägige Fasten, die Wunden, die Glieder und deren Verstümmelung und Schwäche, Luft, Wasser und Oertlichkeiten, die gesetzlich strafbaren Irrthümer der Aerzte, Folter und Strafen, den Vorrang unter Aerzten und Rechtsgelehrten, die Missgeburten, die gottesdienstlichen Handlungen, die eheliche Pflicht, die Zauberkünste, die Unregelmässigkeit — worunter alle möglichen Krankheiten und Fehler behandelt werden, die ärztlichen Heilmittel, die Klausur der Nonnen (verhalten hinsichtlich der Klausur bei Pest, Lepra etc.). Als Anhang folgt eine Reihe von Concilia und Responsa, welche auf die angeführten Kapitel Bezug haben.

Wir sehen schon aus diesem Inhaltsverzeichniss, dass der Autor juristische, theologische und medizinische Kapitel behandelt, und ein näheres Eingehen auf die Darstellungen ergiebt, dass alle mit gleicher Liebe und Sachkenntniss besprochen werden. So ist es denn ganz natürlich, dass dieses Werk mit dem gleichzu erwähnenden von Fidelis für die Folgezeit die Grundlage der gesammten gerichtlichen Medizin gebildet hat, wie beide auch heute noch mit vielem Vortheil studirt werden können.

Fortunatus Fidelis gab 1601 ein Werk de relationibus Medicorum heraus, in welchem ebenfalls die verschiedensten medizinischen Fragen zur Besprechung gelangen, so die Gesundheitsverhältnisse der Orte, über Ortsveränderung, Beschaffenheit der Pest, welche Fehler sind beim Gebrauch der Esswaaren zu vermeiden, Natur und Prozess der Narben, Vorspiegelung von Krankheiten, Ertragen der Folter, Verletzungen der Muskeln, Gelenkverletzungen, Verstümmelung, Glieder, Verletzungen, welche von den Wunden zurückbleiben, Irrthümer der Heilkünstler, die Jungfrauschaft, Zeugungsfähigkeit, vererbte Krankheiten, Kennzeichen der Nichtschwangerschaft, Mola-Geburten, Belebung und Bildung

des Fötus, Zeitpunkt der Geburt, Unnatürlichkeiten (Monstra, thierähnliche Geburten, Geburten infolge Beischlafs mit einem Dämon etc.), Todesanzeichen, Tödtlichkeit der Wunden, Vergiftungstod, Erstickte, Erschlagene, vom Blitz Erschlagene. Beide Werke kamen nicht nur durch das Studium der Deutschen in Italien auch den deutschen Medizinern zu gute, sondern sie wurden durch die damals übliche lateinische Darstellung in den Werken der Gelehrten überhaupt unvergleichlich mehr internationales Geisteseigenthum, als dies heutzutage bei wissenschaftlichen Werken der Fall ist.

Auch in Deutschland finden sich schon im 17. Jahrhundert verschiedene Aerzte, die sich mit gerichtlich-medizinischen Fragen beschäftigten, wie Paul Ammann, Welsch, Zittmann, Suevus, Bohn. Bedeutendere Ausbildung und Förderung fand die gerichtliche Medizin in Deutschland im 18. Jahrhundert durch Hoffmann, der die tödtliche Wirkung des Kohlendunstes bearbeitete, Schulze und Böhmer, die über die Nothwendigkeit resp. Entbehrlichkeit der Nabelschnurunterbindung schrieben, Heister und Vogel, welche die Spätgeburten, Winslow und Brugier, welche die Kennzeichen des Todes studirten, Fabricius und Plouquet, welche über die Lungenprobe handeln.

Das Gesammtgebiet der gerichtlichen Medizin bearbeiteten Teichmeier (1685—1746), Alberti († 1757) in Halle, Eschenbach (1712—1788) in Rostock, Metzger in Königsberg, Platner (1744—1818) in Leipzig, Pyl (1749—1784) in Berlin. Ueber medizinische Polizei schrieb 1772 Joh. Wilh. Baumer (1717 bis 1788), Professor in Erfurt und Giessen; ganz besonders verdient machte sich aber J. Peter Frank, der die medizinische Polizei von der gerichtlichen Medizin trennte und in seinem System der medizinischen Polizei 1779 zur Darstellung brachte. Als neue Gegenstände der medizinischen Polizei gelten seit dem 18. Jahrhundert regelmässige Leichenschau, in Folge davon Leichenhäuser, Rettungshäuser für Ertrunkene, Entfernung der Kirchhöfe aus der Umgebung der Kirchen und endlich die Impfung.

Im 19. Jahrhundert hat in Deutschland, wie alle Zweige medizinischen Wissens bei weitestgehender Arbeitstheilung zum Theil ungestüm vorwärts drängten, auch die gerichtliche Medizin eine eingehende wissenschaftliche Bearbeitung gefunden. Den Grund zu der hohen Blüthe, welche sie erreichte, legten die Arbeiten von Christian Heinrich Adolph Henke aus Braunschweig (1775—1843), Professor in Erlangen. Sein klassisches Lehrbuch fasst den juristischen Zweck der gerichtlichen Medizin streng in's Auge; ausserdem gründete er die Zeitschrift für Staatsarzneikunde, welche im Jahre 1821—1864 in 88 Bänden und 47 Ergänzungsbänden erschien und alle Theile der Staatsarzneikunde, gerichtliche Medizin, medizinische Polizei- und Medizinalordnung umfasst, dabei Abhandlungen und Aufsätze aus diesen Gebieten, gerichtsärztliche Gutachten und Berichte über medizinisch-polizeiliche Vorkehrungen, Mittheilungen über Entdeckungen, Beobachtungen und Erfahrungen mit Bezug auf die Zwecke der Staatsarzneikunde und endlich Litteraturübersicht bringt.

Weiter erwarb sich grosse Verdienste Ludwig Julius Caspar Mende, der in einem sechsbändigen Lehrbuch sowohl die Geschichte der gerichtlichen Medizin kurz darstellt, als auch alle Einzelfragen der Disziplin eingehend behandelt.

Ferner ist zu erwähnen Johann Christoph Fahner, der in seinem vollständigen System der gerichtlichen Arzneikunde 1795 unter Anderem eine genaue Zusammenstellung der Litteratur bringt und speziell den formalen Theil der gerichtlichen Medizin in mustergiltiger Weise bespricht. Das bedeutendste Werk der Neuzeit ist das wohl in den Händen eines jeden Gerichtsarztes befindliche Handbuch der gerichtlichen Medizin von Casper, später herausgegeben von Liman. Casper ist hinsichtlich des thatsächlichen Materials, das er verarbeitet hat, unerreicht und hat das Verdienst, das erste deutsche Institut für Staatsarzneikunde zu Berlin in's Leben gerufen zu haben. Von Zeitschriften sind noch zu nennen das Jahrbuch der Staatsarzneikunde von Johann Heinrich Kopp, Arzt und Professor in Hanau, das vom Jahre 1808 ab in 11 Bänden erschien und konform der Henke'schen Zeitschrift gehalten ist, ferner die Annalen der gesammten Staatsarzneikunst von Schneider und Schürmayer, später deutsche Zeitschrift für die Staatsarzneikunde in 36 Bänden von 1836 bis 1872 erschienen, die Vierteljahresschrift für gerichtliche und öffentliche Medizin von Johann Ludwig Casper seit 1852 erscheinend, und jetzt als Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen weitergeführt und endlich die Blätter für Anthropologie von J. B. Friedreich seit 1850, jetzt erscheinend als Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei.

Nehmen wir hinzu die zahlreichen Autoren, die hier nicht namentlich genannt und gewürdigt werden können, die aber die Ergebnisse ihrer Thätigkeit in zum Theil vielbändigen wissenschaftlichen Werken niedergelegt haben, so dürfen wir mit Stolz behaupten, dass in keinem Lande die gerichtliche Medizin eine so eingehende und fruchtbringende Bearbeitung wie in Deutschland erfahren hat, und wir dürfen auch hoffen, dass dieses deutsche Geistesgut uns ungeschmälert bewahrt bleiben und dem Wohle des deutschen Volkes auch weiterhin unter ausgiebigstem Schutze und unter ausgiebigster Unterstützung seitens des Staates durch die gerichtlichen Aerzte dienstbar gemacht werden wird.

Wer die hohe Entwickelung, welche die gerichtliche Medizin gegenwärtig erreicht hat und die besonders in den drei grossen Werken, dem Lehrbuch von Casper-Liman mit seiner einzig dastehenden Kasuistik, dem alle Einzelfragen gründlich behandelnden Sammelwerke von Maschka und dem wesentlich auf eigener Forschung und Lebenserfahrung aufgebauten klassischen Lehrbuche von Eduard von Hofmann deutlich zu Tage tritt, betrachtet, der mag doch eigenartig berührt werden, wenn er die auffallend geringe Berücksichtigung merkt, welche die gerichtliche Medizin im Gegensatz zu ausserdeutschen Staaten nur noch

in Deutschland findet. Puppe[1]) hat auf der 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf die missliche Lage der gerichtlichen Medizin in Deutschland besprochen, ihre Spezifität hervorgehoben und betont, dass der Staat das allergrösste Interesse daran haben muss, wie die Rechtspflege selbst, so auch die dieselbe vermittelnde Sachverständigenthätigkeit zu einer möglichst vollkommenen zu gestalten. Er verlangt den obligatorischen Unterricht in der gerichtlichen Medizin und Gesetzeskunde für alle Aerzte mit vollstem Recht, nachdem ja die Strafprozessordnung auch jeden Arzt als Sachverständigen vor Gericht fordern kann. Als Mittel zu diesem Zwecke bezeichnete Puppe die Gründung gerichtlich-medizinischer Institute, in denen die gerichtlichen Sektionen den Grundstock der demonstrativen Lehrmittel bilden und als solche durch die sanitätspolizeilichen Obduktionen, an denen die Staatsanwaltschaft kein weiteres Interesse hat, ergänzt werden müssten.

Diese Forderungen Puppe's sind gewiss vollauf berechtigt und müssen weiterhin auf's Nachdrücklichste wiederholt und betont werden.

Dabei kann man sich ganz auf den Standpunkt Sprengels[2]) stellen, der in seinen gerichtlich-medizinischen Institutionen die Ansicht vertritt, dass die gerichtliche Medizin den Schlussstein des ganzen medizinischen Studiums bilden müsse, und kein Arzt an das Erlernen derselben herantreten möge, nachdem er nicht zuvor alle übrigen Theile der Medizin in sich aufgenommen habe. Dagegen kann man Sprengel nicht zustimmen, wenn er das Studium der gerichtlichen Medizin keinem Juristen gestatten will, welcher nicht den ganzen Umfang der Medizin in sich aufgenommen habe. In diesem Punkte müssen wir vielmehr der Meinung Fahner's[3]) uns anschliessen, dass unter die wissenschaftlichen Kenntnisse, die man von jedem Richter mit Recht verlangt, unstreitig auch die gerichtliche Arzneikunde gehöre:

„Freilich braucht der Richter nicht so viel und so gründliche Kenntnisse von jedem einzelnen Gegenstande der gerichtlichen Arzneikunde zu haben, als billig jeder Physikus haben sollte. Aber ganz fremd muss er doch in keinem Kapitel sein, das zur gerichtlichen Arzneikunde gehört: besonders muss er genau wissen, was bei einer legalen Besichtigung und Sektion zu beobachten ist, was zu einem Viso reperto alles gehört, von welchen sachverständigen Medizinalpersonen er in jedem Falle mehr Belehrung und Aufschluss fordern und erwarten kann, wie er seine Requisition zweckmässig einrichte, was für sachdienliche Fragen er thun und überhaupt, welche Anstalten und Verfügungen er in allen Fällen, die zur gerichtlichen Arzneikunde gehören, zu treffen hat, um zu seinem Zwecke zu gelangen.

Je mehr gründliche Kenntnisse in der gerichtlichen Arzneikunde sich ein Richter erworben hat, desto gewisser kann man von ihm erwarten und um so mehr kann man von ihm fordern, dass er bei gerichtlichen Vorfällen der Art

---

[1]) Puppe, Dr. Georg: Gerichtliche Medizin und Gesetzeskunde für Mediziner. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung. IV. Jahrg., 1898. Nr. 20.

[2]) Geschichte der deutschen Medizin von Heinrich Rohlfs. II. Abt. 1880, S. 279.

[3]) Fahner, Dr. Joh. Christoph. Vollständiges System der gerichtlichen Arzneikunde. 1. Bd., 1795, S. 3ff.

seine Pflicht ganz erfüllen wird und muss, zumal in solchen Staaten, wo man nicht ungestraft gegen die Medizinalordnung handeln darf.

Erfahrene Physiker wissen es wohl und erfahren es noch täglich, dass ein Richter durch zweckdienliche Verfügungen auch die schwersten Physikatsgeschäfte sehr erleichtern und befördern, aber auch durch Mangel an der nöthigen Sachkenntniss sehr erschweren und sogar oft den dabei beabsichtigten Nutzen sehr verhindern kann.

Selbst das so menschenfreundliche Geschäft der öffentlichen Vertheidigung eines in Inquisition Gerathenen, er sei mehr oder weniger unschuldig, wird kein Rechtsgelehrter mit Ehre und gutem Erfolge ausführen können, wenn er sich nicht gründliche Kenntnisse in der gerichtlichen Arzneikunde erworben hat."

Ich glaube, wir brauchen von diesen Ausführungen Fahner's kein Wort als für unsere Zeit ungiltig hinwegzunehmen.

Die Straf- und die Zivilprozessordnung ziehen vielfach den ärztlichen Praktiker als sachverständigen Rathgeber bei und geben dem Richter die Befugniss, seine ärztlichen Berather auszuwählen, ihre Thätigkeit zu leiten und über die Giltigkeit der ärztlichen Gutachten im Einzelnen wie zwischen widersprechenden Gutachten nach freiem Ermessen zu entscheiden. Wenn man demnach vom Arzte die speziell gerichtlich-medizinischen Kenntnisse neben seiner allgemeinen ärztlichen Bildung und dazu noch die genaue Kenntniss und das richtige Verständniss der einschlägigen Gesetzgebung verlangen darf und muss, so gilt ein gleiches für den Juristen, der seine juristischen Kenntnisse schon besitzt, bezüglich der gerichtlichen Medizin. Keineswegs kann man bei dem Umfange, den heutzutage die Hauptzweige der Wissenschaft angenommen haben, verlangen, dass der Arzt wie unsere berühmten Vorfahren und Vorbilder in früherer Zeit eine universelle Bildung im Sinne damaliger Zeiten aufweist und gleichmässig Philosoph, Jurist und Mediziner ist. Anderseits muss aber doch darauf hingewiesen werden, dass der ärztliche Praktiker vor Allem für die Bedürfnisse des praktischen Lebens erzogen und gebildet werden muss. Die Zivil- und Strafrechtspflege, wie nicht minder die soziale Gesetzgebung, welche in ausgedehntester Weise die ärztlichen Praktiker in ihre Dienste stellen, bedürfen, um ihren wahren Beruf erfüllen und dem deutschen Volke zum Wohl und Segen gereichen zu können, nicht nur tüchtiger Heilkünstler, sondern auch wahrhaft gebildeter Mediziner.

Daraus folgt, dass dem ärztlichen Studium die solide, seit Alters her bewährte Grundlage voll und ganz erhalten bleiben muss, und dass von dieser Grundlage aus der Aufbau der ärztlichen Bildung detailirt werden und die Regelung der praktischen Bethätigung medizinischen Wissens und Könnens stattfinden muss.

Hippokrates sagt: „Die ärztliche Kunst kann nicht von Neuem erfunden, wohl aber durch Bewahrung, Anwendung und Vermehrung der Vorschriften und Beobachtungen der Alten vervollkommnet werden." Im Anschluss daran sagt Baas[1]) in seiner Geschichte der Medizin:

„Ein Arzt, der die geschichtliche Grundlage und Entwicklung seiner

[1]) Baas, Dr. Joh. Hermann: Grundriss der Geschichte der Medizin und des ärztlichen Standes. 1876. (Titelblatt, Rückseite).

Wissenschaft und seines Berufes nicht kennt, treibt ohne Steuer und Kompass in dem jeweiligen Strome der jeweilig herrschenden Tagesmeinungen und Tagesbehandlung umher. Das Studium der Geschichte allein macht selbstständig und frei, indem es eben sowohl vor einseitigem Enthusiasmus für die Gegenwart, als vor Vergötterung der Vergangenheit schützt."

Gewiss sind diese Worte gerade jetzt wieder besonders beherzigenswerth. Leider wurden sie in dem Drang nach immer weiterer Spezialisirung der Medizin in neuerer Zeit fast vergessen. Eine Besserung verspricht zwar die neue medizinisehe Prüfungsordnung, doch dürfen wir diese und das preussische Kreisarztgesetz nicht als Abschluss, sondern nur als erfolgversprechenden Anfang einer durchgreifenden gesunden Medizinalreform betrachten.

Hoffen wir, dass zu deren Grundlage niemals eine Verflüchtigung und ein Ausflattern auf immer mehr und immer kleiner werdende Spezialgebiete, auf die alle der Arzt schliesslich doch nicht mehr folgen kann, und die somit des nothwendigen inneren, organischen Zusammenhangs entbehren, gemacht werde, sondern dass der Arzt wird und bleibt ein Mann, der das physische und psychische Leben des Menschen im Einzelnen, wie die durch die Zusammengehörigkeit der Einzelnen zur staatlichen Gemeinschaft modifizirten Aeusserungen desselben als Gemeinlebens nach ihrer normalen und pathologischen Seite hin kennt, versteht und demgemäss wissenschaftlich authentisch beurtheilen kann, und dafür die volle Autorität sowohl seitens des Einzelnen, wie seitens der Gesammtheit, d. i. des Staates nicht nur beanspruchen kann und darf, sondern auch thatsächlich geniesst.

Durch bleihaltiges Mehl hervorgerufene Familienerkrankungen im Kreise Alsfeld.

Von Dr. Wengler, Kreisarzt in Alsfeld (Hessen).

Der Uebergang von Blei in das Mehl war durch das Ausgiessen der Oberfläche[1]) des Mühlsteins mit metallischem Blei vermittelt worden.

Am 10. Oktober 1901 wurde mir von Herrn Dr. Weber-Alsfeld mitgetheilt: In mehreren verschiedenen Orten des Kreises angehörigen Familien seien fast sämmtliche Familienmitglieder und das Dienstpersonal an Bleivergiftung erkrankt und wahrscheinlich sei das Mehl der Träger des Giftes, da alle Familien, aus denen die Kranken stammten, ihr Mehl aus ein und derselben Mühle, der Weiss'schen Mühle in Altenburg, bezögen und sie sonst nichts Gemeinsames in ihrer Ernährungsweise hätten. In zwei Familien, den Familien Lingg-Münchleusel und Reiberling-Eifa überzeugte ich mich von der Richtigkeit der Behauptung des Herrn Dr. Weber. Es sei noch bemerkt, dass drei der Erkrankten Aufnahme in der medizinischen Klinik zu Giessen fanden.

[1]) Bei den bisher veröffentlichten Fällen von Vergiftung durch bleihaltiges Mehl war, wenn der Mühlstein in Frage kam, meines Wissens nicht das Ausgiessen der Oberfläche, sondern der Mahlfläche mit Blei die Ursache des Uebergangs von Blei in das Mahlgut.

in welcher gleichfalls die Diagnose „Bleivergiftung" gestellt wurde.

Was den Verlauf der Erkrankungen anlangt, so schwanden die Krankheitssymptome nach Einstellung des Genusses von verdächtigem Brod allmählich ganz. Frische Erkrankungsfälle kamen nachher nicht mehr vor.

Gleich nach der ersten Mittheilung des Herrn Dr. Weber untersuchte ich gemeinsam mit diesem Herrn den Mühlenbetrieb in der Weiss'schen Mühle. Schon bei dieser Untersuchung, welche in Folge äusserer störender Verhältnisse nur eine summarische sein konnte, fanden wir, dass einzelne Unebenheiten der Oberfläche des beweglichen Mühlsteins mit metallischem Blei ausgegossen waren.

Am 14. Oktober unterwarf ich dann in Gegenwart eines Vertreters der Polizeibehörde den verdächtigen Mühlstein einer erneuten gründlichen Prüfung. Bei dieser ergab sich, dass nur die Oberfläche des Mühlsteins, nicht die Mahlfläche mit Blei ausgegossen war, und dass das Blei in zweifacher Weise Verwendung fand, nämlich als Ausgussmasse für einzelne Unebenheiten und als Beschwerungstheil zur Aequilibrirung des Mühlsteins.

Von den mit Blei ausgegossenen Partieen fiel mir namentlich ein schmaler Streifen dicht am eisernen Reif auf. An dem einen Ende dieses Streifens fehlte nämlich ein nussgrosses Stück an der Ausgussmasse und der verbleibende Rest derselben hob sich mit scharfem Rand von der entstandenen Lücke ab. Daraus folgt, dass die Lücke nicht verursacht war durch einen Mangel an geschmolzenem Blei beim Ausgiessen, sondern durch späteres Absprengen eines Bleistücks.

In Bezug auf die Art der Beschwerung des Mühlsteins mit Blei sei erwähnt, dass über ein Pfund schwere Bleiklumpen lose eingefügt in den ihres Verschlusses beraubten Verschlusskästen offen dalagen und ohne viele Mühe herausgehoben werden konnten.

Es sei noch bemerkt, dass sich auf der einen Hälfte der Mühlsteinoberfläche nach der Peripherie immer tiefer werdende konzentrische Riefen und Furchen vorfanden. Offenbar hatte der Mühlstein in Folge ungleicher Belastung und Gangart an den Nagelköpfen und Kanten, welche aus der Innenseite des die Mühlsteine umgebenden Holzmantels hervorsehen, geschliffen. — —

Es liegt auf der Hand, dass bei dieser unverantwortlich leichtsinnigen Art der Verwendung von Blei zum Ausbessern und Beschweren des Mühlsteins sowohl bei jeder starken Erschütterung, als auch bei dem Schleifen des Mühlsteins am Holzmantel sich Bleitheile ablösen mussten. Meistens werden sie, der Zentrifugalkraft folgend, in den Zwischenraum zwischen Holzmantel und Mühlstein gefallen sein und sich da mit dem sogenannten Steinmehl gemengt haben. Freilich kommt das Steinmehl in keinem ordentlichen Mühlenbetriebe unter das Genussmehl. In einem Betriebe jedoch, wie der in Rede stehende, ist der Uebergang des Steinmehls in das Genussmehl nicht in das Bereich der Unmöglichkeiten zu verweisen.

Uebrigens ist es noch gar nicht ausgeschlossen, dass, wenn die eine Seite des Mühlsteins in Folge verhältnismässiger Leichtigkeit höher ging als die andre und an dem Holzmantel schleifte, auch Bleipartikelchen direkt in das Mahlloch geschleudert wurden und so auf die Mahlfläche zum Mahlgut gelangten.

Es handelt sich also hier um eine Bleivergiftung ganzer Familien, die meilenweit auseinander wohnen und keinerlei gegenseitige Beziehung unterhielten.

Wir haben keine andre Erklärung für diese Familienerkrankungen als die, dass sie hervorgerufen seien durch den Genuss des aus ein und derselben Mühle bezogenen Mehles, eine Erklärung, die an Wahrscheinlichkeit gewinnt durch den Umstand, dass mit dem Aufhören des Mehlgenusses alle Erkrankungen in Genesung übergehen.

Wir finden endlich in der betreffenden Mühle Verhältnisse vor, welche uns die Annahme des Uebergangs von Bleipartikelchen in das Mahlgut geradezu aufdrängen.

Kann unter den gegebenen Umständen noch daran gezweifelt werden, dass ein gelegentlicher Bleigehalt des in der fraglichen Mühle hergestellten Mehles die Bleivergiftungen hervorgerufen hat? Gewiss nicht! Freilich den chemischen Beweis sind wir schuldig geblieben. In den zwei von dem chemischen Untersuchungsamt Giessen untersuchten Mehlproben von 5 gr und 50 gr konnten nachweisbare Mengen Blei nicht festgestellt werden. Ist es denn aber im vorliegenden Fall, in welchem doch das Blei nicht fortgesetzt, sondern nur hier und da, schubweise, wie gerade Bleitheile sich abbröckelten, in das Mahlgut gelangte, wahrscheinlich, dass in kleinen Mehlproben nachweisbare Mengen von Blei aufzufinden sind, wenn nicht gerade bei der Wahl der Probe die Hand von einem besonders günstigen Zufall geleitet wird?

Vielleicht ist von dem bleihaltigen Mehl gar nichts mehr vorhanden. Fällt doch das Auftreten der Erkrankungen 2—3 Monate früher, als der Beginn des Ermittelungsverfahrens.

Wir werden also wohl auf den chemischen Nachweis verzichten müssen.[1])

Aber auch so dürfte für den, der alle Umstände zusammenhält und genau prüft, kein Zweifel bestehen, dass die Bleivergiftungen im vorliegenden Fall auf bleihaltiges Mehl zurückzuführen sind, und dass der Uebergang des Bleies in das Mehl durch das Ausgiessen der Oberfläche des Mühlsteins mit Blei vermittelt wurde.

In sanitätspolizeilicher Hinsicht würde sich daraus die Lehre ergeben, dass nicht nur, wie im Gesetz vorgesehen ist, das Ausgiessen der Mahlfläche des Mühlsteins mit Blei verboten sein sollte, sondern überhaupt jegliches Ausgiessen des Mühlsteins mit Blei, an welchem Theil desselben es nur immer sein möge.

Ich möchte übrigens die Gelegenheit nicht vorübergehen

[1]) Nach Abschluss dieses Berichtes erhielt ich vom chemischen Untersuchungsamt Giessen die Mittheilung, dass in der dritten von mir eingesandten Probe, einer Brodprobe, beträchtliche Mengen von Blei gefunden sind.

lassen, ohne darauf hinzuweisen, wie sorgfältig und peinlich genau man gerade bei der Untersuchung von Mühlsteinen zu Werke gehen muss.

In dieser Hinsicht wird mir die von Dr. Herrmann Strauss beschriebene Massenerkrankung durch bleihaltiges Mehl in Langgöns bei Giessen im Jahre 1894[1]) stets in Erinnerung bleiben. Mir war damals als Vertreter des erkrankten Kreisarztes Gelegenheit geboten worden, in das Ermittelungsverfahren einzugreifen. Dr. Strauss hatte durch seine sorgfältigen Untersuchungen nahezu mit Sicherheit bewiesen, dass das aus einer bestimmten Mühle bezogene Mehl bleihaltig sein müsse, was ja auch die chemische Untersuchung, allerdings erst nach geraumer Zeit, bestätigte. Als ich die Sache in die Hand nahm, war der chemische Beweis noch nicht erbracht. Trotzdem bestand für mich kein Zweifel. Die Gründe, welche Herr Dr. Strauss mir gegenüber für seine Behauptung anführte, waren geradezu zwingend.

Mir lag es nun ob, zu ermitteln, wie das Blei in das Mehl gelangt sei. Vorher hatten schon einige von verschiedenen Seiten angestellte Untersuchungen eine negatives Resultat gehabt und man war auf die Vermuthung gekommen, dass der Müller das bleihaltige Mehl anderweit bezogen und es dann an seine Kunden abgegeben habe; war es doch nachgewiesener Weise schon mehrfach vorgekommen, dass der betreffende Müller neben dem selbst gemahlenen auch fremdes Mehl an Kunden verkauft hatte.

Trotzdem machte ich noch einen letzten Versuch. Ich entnahm Proben von allen Theilen des Mühlsteins, vom Gestein, vom Kitt und von der anscheinend ganz harmlosen Ausgussmasse. Das gesammelte Material übergab ich dann dem chemischen Untersuchungsamt Giessen zur Untersuchung. Und — siehe da!

Die äusserlich gar nicht an Blei erinnernde, wie geschmolzener Alaun aussehende Ausgussmasse erwies sich als fast reiner Bleizucker.

Der zweite Obduzent.

Auf den Kornfeld'schen Artikel in Nr. 22 der Zeitschrift „Der zweite Obduzent" sind der Redaktion eine Anzahl Erwiderungen zugegangen, die wir mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage, und da sie diese zum Theil von verschiedenen Gesichtspunkten aus beleuchten, nachstehend sämmtlich folgen lassen.[2]), ebenso wie eine zustimmende Aeusserung, in der die Frage vom historischen Standpunkt behandelt wird.

Zunächst zwei widersprechende Stimmen aus der engeren Heimath des Kollegen Kornfeld. Medizinalrath und Kreisarzt Dr. Litterski-Grottkau schreibt:

„Wenn der zweite Sachverständige in Entmündigungssachen gefallen ist — allerdings nicht unbedingt, sondern bedingt, da der Richter nach Belieben einen

[1]) Berliner klinische Wochenschrift. 1894, Nr. 34.

[2]) Es ist der Raumersparniss wegen und um alle Abhandlungen in der Schlussnummer dieses Jahres noch bringen zu können, Kleindruck gewählt; desgleichen sind mit Erlaubniss der Verfasser einige unwesentliche Kürzungen vorgenommen.

zweiten Sachverständigen zuziehen kann — so kann man nach meiner Ansicht, daraus den Schluss nicht ziehen, dass auch bei Leichenöffnungen, wenn auch nur bedingter Weise der zweite Sachverständige entbehrlich sei; denn nach meiner Auffassung sind Entmündigungen und gerichtliche Leichenöffnungen sehr wesentlich von einander verschiedene Verfahren mit ganz verschiedenen Zwecken und Zielen.

Bei der Entmündung kann der Richter selbst in den meisten Fällen auf Grund der gestellten Fragen und Antworten etc., sich ein Urtheil bilden, ob Geistesstörung vorliegen mag oder nicht. Bei der Leichenöffnung ist er dagegen fast lediglich auf die Erklärungen und Gutachten der Sachverständigen angewiesen, selbst wenn er sich, wie es meist geschieht, den Hauptbefund, auf den es ankommt, zeigen lässt.

Bei der Entmündigung handelt es sich darum, die Person zu schützen gegen Verluste ihres Eigenthums, Vermögens etc., weil sie eben nicht fähig ist, allein über ihre Person, Handlungen, Güter zu verfügen. — Die Entmündigung hat somit eine bürgerlich-rechtliche Seite. Bei der gerichtlichen Leichenöffnung handelt es sich hingegen darum, nachzuweisen, ob und inwiefern eine gewaltsame Todesursache vorliegt, ob eventuell und auf welche Weise eine dritte Person Schuld daran sei oder nicht! Die gerichtliche Leichenöffnung hat also strafrechtliche Folgen und Zwecke im Auge.

Bei den Entmündigungen hat man es mit lebenden Personen zu thun, wenigstens in körperlicher Hinsicht; in geistiger Hinsicht sind die Personen allerdings oft gleichsam todt für die Welt zu erachten. — Wenn hier also ein error in diagnosi vorkommt, wie schon geschehen und geschehen kann; denn Irren ist menschlich, — so ist eine Revision noch immer möglich und der Schaden kann gut gemacht werden. Bei den Leichenöffnungen hat man es aber mit Leichen, todten Objekten, zu thun. Wird daher bei der Leichenöffnung nicht Alles genau formell und inhaltlich festgestellt, zu Papier, zu Protokoll gebracht, so ist Alles vorbei. — Die Sektion ist das letzte Tribunal, sagte mein hochverehrter verstorbener Universitäts-Professor Dr. Grohé, vor dem die Ursache des Todes, bei gerichtlichen Sektionen speziell die gewaltsame Todesursache ermittelt werden soll und ermittelt wird. Ist die Leiche in ihren Theilen zergliedert, nachgesehen, zugenäht und die Sektion geschlossen und die Leiche dem Grabe, der Erde, übergeben, hört jede weitere Nachforschung mit positivem Erfolge auf; denn die Leiche und Leichentheile verfallen der Verwesung und Vernichtung, werden zur Erde und Asche!

Aus diesen hervorgehobenen Gesichtspunkten allein, dürfte ersichtlich sein, was für ein gewaltiger Unterschied zwischen Entmündigungen und Leichenöffnungen besteht.

Bei der Leichenöffnung kommt es nicht so sehr auf das sofort abzugebende Gutachten an, als vielmehr auf die genaue Abfassung des Protokolls in formeller und inhaltlicher Beziehung, damit nicht nur die Obduzenten am Schlusse derselben sich ein Urtheil bilden und Gutachten abgeben können, sondern dass auch andere Sachkundige etc. nöthigen Falls ein objektives Urtheil sich bilden können.

Dass ein Obduzent allein, stets und unter allen Bedingungen in der Lage sein sollte, diesen beiden Anforderungen: genaues Protokoll abzufassen und genaue Sektion auszuführen und nichts zu übersehen etc. —, zu genügen, möchte ich entschieden bezweifeln. Bei guter sonstiger Assistenz, z. B. im Krankenhause mit geschulten Wärtern etc., mag dies vielleicht möglich sein, aber nicht auf dem Lande, wo man die Sektion oft unter ungünstigen Lokal-Verhältnissen etc. ausführen muss, wo höchstens ein ungeschickter Arbeiter, oder alter Todtengräber etc. zur Hülfeleistung vorhanden ist, der allenfalls die Leiche auf den Tisch hinzulegen hilft, das Wasser, Handtuch etc. zureicht, aber sonst keine weitere Hülfe zu leisten im Stande ist.

Und wie wäre es, wenn der einzige Obduzent sich bei der Sektion eine Verletzung zugezogen — vorkommen kann es und kommt auch vor, wenn man auch noch so vorsichtig ist —? Würde dann der einzige Obduzent weiter seziren, oder würde er sagen: wir wollen die Sektion sistiren etc.? Ist etwa dem Verfasser des genannten Artikels so etwas nicht passirt?

Auf Grund dieser bekannten und nicht neuen Thatsachen würde ich es für höchst bedenklich halten, den zweiten Obduzenten fallen zu lassen. Ich

gehe noch weiter und meine, dass vier Augen mehr sehen können als zwei; denn nach meiner Auffassung sollen sich beide Obduzenten gegenseitig unterstützen und ergänzen, wie auch der Verfasser des Artikels es verlangt. Wenngleich ich zugebe, dass ein geübter Obduzent, oder Prosektor, oder Pathologe mehr sieht, als 4—6 Augen bezw. als 2—3 Obduzenten, so bin ich doch anderseits der Ansicht, dass es sich bei gerichtlichen Sektionen nicht um eine pathologisch-anatomische Diagnose handelt, sondern um eine Diagnose im gerichtlichen Sinne, nämlich: ist eine gewaltsame Todesursache vorhanden oder nicht, ist event. ein Dritter daran Schuld oder nicht. Bei dieser Art von Diagnosen-Stellung meine ich, dass thatsächlich vier einigermassen geübte Augen mehr sehen und besser beurtheilen können, als zwei. Man kann z. B. aus der genauen Beschreibung, Besichtigung, Verlauf der Wunde, der Verletzung der Knochen u. s. w., über die sich beide Obduzenten klar geworden sind, mit grösserer Sicherheit schliessen, wie der Hieb, Stoss, Stich etc. geführt, und ob ein oder mehrere Schläge erfolgt, ob eventuell eine oder mehrere Personen daran betheiligt gewesen sind oder nicht, wenn zwei Obduzenten die Verletzung gesehen und untersucht haben, als ein Obduzent; derartige Fragen kommen aber häufig zur Sprache bei den gerichtlichen Obduktionen.

Also den zweiten Obduzenten, als Sachverständigen, würde ich bei gerichtlichen Leichenöffnungen nie fehlen und fallen lassen. Derselbe ist nach Lage der Sache und angeführten Gründen nach meiner Auffassung absolut nothwendig und unentbehrlich im Interesse der Wichtigkeit der gerichtlichen Leichenöffnungen, im Interesse der Strafrechtspflege etc. Dies Verfahren hat sich auch bei uns wohl bewährt und liegt kein Grund vor, daran zu rütteln.

Die angeblichen Missstände, dass häufig ein zweiter Obduzent nicht sofort zu haben ist, dass ein ungeübter zweiter Obduzent oft zugezogen wird, dass die Sektion dadurch verzögert werden müsste, dass mehr Kosten entstehen etc., sind nach meiner Auffassung nur geringe Missstände, dürften auch nicht so häufig vorkommen, wie angenommen wird und dürften bei der grossen Wichtigkeit der gerichtlichen Leichenöffnungen kaum je in die Wagschaale fallen.

Im Uebrigen meine ich, nach meinen Erfahrungen zu urtheilen, dass etwaige Verzögerung der Sektion nicht so sehr von den Aerzten, als von anderen Behörden verschuldet wird. Ein Arzt, ja ein beamteter Arzt dürfte von Nachbarkreisen stets zu haben sein, wenn er Tags zuvor davon benachrichtigt wird und mehr kann man nicht verlangen. Bei der bekannten Pflichttreue und Gewissenhaftigkeit der preussischen Kreisphysiker, jetzt Kreisärzten und Gerichtsärzten, die anerkannt ist, dürften es wohl nur wenige Drückeberger sein, die, vielleicht bereits auf Lorbeeren ruhend, ohne wichtige Gründe versagen würden.

Ich bin also der Ansicht:

1. Kein Fortfall des zweiten Obduzenten, auch nicht ausnahmsweise.
2. Die Leichenöffnungen sind möglichst stets von zwei beamteten Aerzten auszuführen, wie es bis dahin angestrebt und gehandhabt worden ist."

Uebereinstimmend hiermit äussert sich ein anderer schlesischer Kollege, Kreisarzt Dr. Bleich in Steinau a. O., wie folgt:

„Es ist wohl kein Zweifel darüber, dass die Obduktion eine so hochwichtige Handlung ist, welche über die bürgerliche Existenz eines Menschen ja über Leben und Tod entscheiden kann, dass dieselbe nicht sorgfältig und gewissenhaft genug ausgeführt werden kann. Wie hat sich nun bisher die Thätigkeit der beiden Obduzenten vollzogen? Während der eine Obduzent vollauf damit beschäftigt ist, die Technik der Obduktion auszuführen, hat der andere Obduzent die geistig noch anstrengendere Aufgabe, das bei der Obduktion vorgefundene Material zu sichten, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu unterscheiden und ersteres in eine für den Richter verständliche Wortform zu bringen; die dem Mediziner geläufigen und ihm allein verständlichen Ausdrücke müssen gewissermassen in ein dem Laien verständliches Deutsch übersetzt werden. Dass diese Thätigkeit die volle Arbeitskraft und Aufmerksamkeit je eines Obduzenten in Anspruch nimmt und dass dabei, um mich eines vulgären Ausdrucks zu bedienen, vier Augen mehr sehen, wie zwei, wird mir jeder, der Obduktionen gemacht hat, wohl ohne Weiteres zugestehen, wenn ich auch zugeben muss, dass es bevorzugte Geister giebt, die ja aber leider nur Ausnahmen sind, welche beide Thätigkeiten in sich vereinigen. Vielleicht wird man mir ein-

zweiten Sachverständigen zuziehen kann — so kann man nach meiner Ansicht, daraus den Schluss nicht ziehen, dass auch bei Leichenöffnungen, wenn auch nur bedingter Weise der zweite Sachverständige entbehrlich sei; denn nach meiner Auffassung sind Entmündigungen und gerichtliche Leichenöffnungen sehr wesentlich von einander verschiedene Verfahren mit ganz verschiedenen Zwecken und Zielen.

Bei der Entmündung kann der Richter selbst in den meisten Fällen auf Grund der gestellten Fragen und Antworten etc., sich ein Urtheil bilden, ob Geistesstörung vorliegen mag oder nicht. Bei der Leichenöffnung ist er dagegen fast lediglich auf die Erklärungen und Gutachten der Sachverständigen angewiesen, selbst wenn er sich, wie es meist geschieht, den Hauptbefund, auf den es ankommt, zeigen lässt.

Bei der Entmündigung handelt es sich darum, die Person zu schützen gegen Verluste ihres Eigenthums, Vermögens etc., weil sie eben nicht fähig ist, allein über ihre Person, Handlungen, Güter zu verfügen. — Die Entmündigung hat somit eine bürgerlich-rechtliche Seite. Bei der gerichtlichen Leichenöffnung handelt es sich hingegen darum, nachzuweisen, ob und inwiefern eine gewaltsame Todesursache vorliegt, ob eventuell und auf welche Weise eine dritte Person Schuld daran sei oder nicht! Die gerichtliche Leichenöffnung hat also strafrechtliche Folgen und Zwecke im Auge.

Bei den Entmündigungen hat man es mit lebenden Personen zu thun, wenigstens in körperlicher Hinsicht; in geistiger Hinsicht sind die Personen allerdings oft gleichsam todt für die Welt zu erachten. — Wenn hier also ein error in diagnosi vorkommt, wie schon geschehen und geschehen kann; denn Irren ist menschlich, — so ist eine Revision noch immer möglich und der Schaden kann gut gemacht werden. Bei den Leichenöffnungen hat man es aber mit Leichen, todten Objekten, zu thun. Wird daher bei der Leichenöffnung nicht Alles genau formell und inhaltlich festgestellt, zu Papier, zu Protokoll gebracht, so ist Alles vorbei. — Die Sektion ist das letzte Tribunal, sagte mein hochverehrter verstorbener Universitäts-Professor Dr. Grohé, vor dem die Ursache des Todes, bei gerichtlichen Sektionen speziell die gewaltsame Todesursache ermittelt werden soll und ermittelt wird. Ist die Leiche in ihren Theilen zergliedert, nachgesehen, zugenäht und die Sektion geschlossen und die Leiche dem Grabe, der Erde, übergeben, hört jede weitere Nachforschung mit positivem Erfolge auf; denn die Leiche und Leichentheile verfallen der Verwesung und Vernichtung, werden zur Erde und Asche!

Aus diesen hervorgehobenen Gesichtspunkten allein, dürfte ersichtlich sein, was für ein gewaltiger Unterschied zwischen Entmündigungen und Leichenöffnungen besteht.

Bei der Leichenöffnung kommt es nicht so sehr auf das sofort abzugebende Gutachten an, als vielmehr auf die genaue Abfassung des Protokolls in formeller und inhaltlicher Beziehung, damit nicht nur die Obduzenten am Schlusse derselben sich ein Urtheil bilden und Gutachten abgeben können, sondern dass auch andere Sachkundige etc. nöthigen Falls ein objektives Urtheil sich bilden können.

Dass ein Obduzent allein, stets und unter allen Bedingungen in der Lage sein sollte, diesen beiden Anforderungen: genaues Protokoll abzufassen und genaue Sektion auszuführen und nichts zu übersehen etc. —, zu genügen, möchte ich entschieden bezweifeln. Bei guter sonstiger Assistenz, z. B. im Krankenhause mit geschulten Wärtern etc., mag dies vielleicht möglich sein, aber nicht auf dem Lande, wo man die Sektion oft unter ungünstigen Lokal-Verhältnissen etc. ausführen muss, wo höchstens ein ungeschickter Arbeiter, oder alter Todtengräber etc. zur Hülfeleistung vorhanden ist, der allenfalls die Leiche auf den Tisch hinzulegen hilft, das Wasser, Handtuch etc. zureicht, aber sonst keine weitere Hülfe zu leisten im Stande ist.

Und wie wäre es, wenn der einzige Obduzent sich bei der Sektion eine Verletzung zugezogen — vorkommen kann es und kommt auch vor, wenn man auch noch so vorsichtig ist —? Würde dann der einzige Obduzent weiter seziren, oder würde er sagen: wir wollen die Sektion sistiren etc.? Ist etwa dem Verfasser des genannten Artikels so etwas nicht passirt?

Auf Grund dieser bekannten und nicht neuen Thatsachen würde ich es für höchst bedenklich halten, den zweiten Obduzenten fallen zu lassen. Ich

gehe noch weiter und meine, dass vier Augen mehr sehen können als zwei; denn nach meiner Auffassung sollen sich beide Obduzenten gegenseitig unterstützen und ergänzen, wie auch der Verfasser des Artikels es verlangt. Wenngleich ich zugebe, dass ein geübter Obduzent, oder Prosektor, oder Pathologe mehr sieht, als 4—6 Augen bezw. als 2—3 Obduzenten, so bin ich doch anderseits der Ansicht, dass es sich bei gerichtlichen Sektionen nicht um eine pathologisch-anatomische Diagnose handelt, sondern um eine Diagnose im gerichtlichen Sinne, nämlich: ist eine gewaltsame Todesursache vorhanden oder nicht, ist event. ein Dritter daran Schuld oder nicht. Bei dieser Art von Diagnosen-Stellung meine ich, dass thatsächlich vier einigermassen geübte Augen mehr sehen und besser beurtheilen können, als zwei. Man kann z. B. aus der genauen Beschreibung, Besichtigung, Verlauf der Wunde, der Verletzung der Knochen u. s. w., über die sich beide Obduzenten klar geworden sind, mit grösserer Sicherheit schliessen, wie der Hieb, Stoss, Stich etc. geführt, und ob ein oder mehrere Schläge erfolgt, ob eventuell eine oder mehrere Personen daran betheiligt gewesen sind oder nicht, wenn zwei Obduzenten die Verletzung gesehen und untersucht haben, als ein Obduzent; derartige Fragen kommen aber häufig zur Sprache bei den gerichtlichen Obduktionen.

Also den zweiten Obduzenten, als Sachverständigen, würde ich bei gerichtlichen Leichenöffnungen nie fehlen und fallen lassen. Derselbe ist nach Lage der Sache und angeführten Gründen nach meiner Auffassung absolut nothwendig und unentbehrlich im Interesse der Wichtigkeit der gerichtlichen Leichenöffnungen, im Interesse der Strafrechtspflege etc. Dies Verfahren hat sich auch bei uns wohl bewährt und liegt kein Grund vor, daran zu rütteln.

Die angeblichen Missstände, dass häufig ein zweiter Obduzent nicht sofort zu haben ist, dass ein ungeübter zweiter Obduzent oft zugezogen wird, dass die Sektion dadurch verzögert werden müsste, dass mehr Kosten entstehen etc., sind nach meiner Auffassung nur geringe Missstände, dürften auch nicht so häufig vorkommen, wie angenommen wird und dürften bei der grossen Wichtigkeit der gerichtlichen Leichenöffnungen kaum je in die Wagschaale fallen.

Im Uebrigen meine ich, nach meinen Erfahrungen zu urtheilen, dass etwaige Verzögerung der Sektion nicht so sehr von den Aerzten, als von anderen Behörden verschuldet wird. Ein Arzt, ja ein beamteter Arzt dürfte von Nachbarkreisen stets zu haben sein, wenn er Tags zuvor davon benachrichtigt wird und mehr kann man nicht verlangen. Bei der bekannten Pflichttreue und Gewissenhaftigkeit der preussischen Kreisphysiker, jetzt Kreisärzten und Gerichtsärzten, die anerkannt ist, dürften es wohl nur wenige Drückeberger sein, die, vielleicht bereits auf Lorbeeren ruhend, ohne wichtige Gründe versagen würden.

Ich bin also der Ansicht:

1. Kein Fortfall des zweiten Obduzenten, auch nicht ausnahmsweise.
2. Die Leichenöffnungen sind möglichst stets von zwei beamteten Aerzten auszuführen, wie es bis dahin angestrebt und gehandhabt worden ist."

Uebereinstimmend hiermit äussert sich ein anderer schlesischer Kollege, Kreisarzt Dr. Bleich in Steinau a. O., wie folgt:

„Es ist wohl kein Zweifel darüber, dass die Obduktion eine so hochwichtige Handlung ist, welche über die bürgerliche Existenz eines Menschen ja über Leben und Tod entscheiden kann, dass dieselbe nicht sorgfältig und gewissenhaft genug ausgeführt werden kann. Wie hat sich nun bisher die Thätigkeit der beiden Obduzenten vollzogen? Während der eine Obduzent vollauf damit beschäftigt ist, die Technik der Obduktion auszuführen, hat der andere Obduzent die geistig noch anstrengendere Aufgabe, das bei der Obduktion vorgefundene Material zu sichten, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu unterscheiden und ersteres in eine für den Richter verständliche Wortform zu bringen; die dem Mediziner geläufigen und ihm allein verständlichen Ausdrücke müssen gewissermassen in ein dem Laien verständliches Deutsch übersetzt werden. Dass diese Thätigkeit die volle Arbeitskraft und Aufmerksamkeit je eines Obduzenten in Anspruch nimmt und dass dabei, um mich eines vulgären Ausdrucks zu bedienen, vier Augen mehr sehen, wie zwei, wird mir jeder, der Obduktionen gemacht hat, wohl ohne Weiteres zugestehen, wenn ich auch zugeben muss, dass es bevorzugte Geister giebt, die ja aber leider nur Ausnahmen sind, welche beide Thätigkeiten in sich vereinigen. Vielleicht wird man mir ein-

wenden, dass bei dem Physikatsexamen auch der Examinand die Obduktion machen und zugleich diktiren muss; indessen kommt es hier wohl mehr darauf an, zu erfahren, ob der Examinand die Technik der Obduktion beherrscht, da er schon vorher bei der schriftlichen Prüfung und dann bei der weiteren mündlichen Prüfung Gelegenheit gehabt hat, seine Kenntnisse in der gerichtlichen Medizin, was die Beurtheilung von Leichenbefunden betrifft, darzuthun.

Auch die angeblich zu grosse Beschäftigung der Kreisärzte und die mangelnde Verpflichtung zur Verschwiegenheit seitens der praktischen Aerzte sind ebenfalls keine stichhaltigen Gründe. Gesetzt, ein anderer Kreisarzt könnte nicht ohne Verzögerung der Sache herangezogen werden, so ist dies gar nicht einmal nöthig, da es dem Richter nach der Strafprozessordnung freisteht, den zweiten Arzt zu wählen woher er will; das Gesetz verlangt nur, dass ein Arzt bei der Obduktion Gerichtsarzt sein muss. Ebenso dürfte der praktische Arzt, der überdies vor der Obduktion noch besonders vereidet wird, sich kaum von der Verschwiegenheit in Bezug auf den Befund entbunden glauben, da dies meiner Ansicht nach unter das auch von den praktischen Aerzten zu wahrende Amtsgeheimniss resp. Berufsgeheimniss fällt.

Nach diesen Ausführungen glaube ich nicht, dass sich die massgebenden Kreise dazu verstehen werden, den zweiten Obduzenten bei Obduktionen fallen zu lassen und dadurch die Sicherheit und Genauigkeit des Obduktionsbefundes, welcher für eine geordnete, gerechte Rechtspflege so hochwichtig ist, zu gefährden."

Auch der folgende Verfasser, Dr. med. Berg in Danzig, spricht sich gegen die Abschaffung des zweiten Obduzenten aus:

„Für Leichenöffnungen in kleinen Orten, in denen kein ordentlicher Sektionsraum vorhanden ist, wo der Gerichtsarzt gezwungen ist, oft unter den denkbar kümmerlichsten Verhältnissen auf ausgehobenen Thüren in der Scheune die Obduktion vorzunehmen, wo als alleinige Hülfe vielleicht nur der Ortsdiener oder der Todtengräber anwesend ist, halte ich die Mitwirkung eines zweiten Arztes geradezu für nothwendig.

Recht vortheilhaft scheint es mir weiterhin, dass durch den Beistand des zugezogenen Arztes die Sektion viel schneller erledigt wird, als wenn der Kreisarzt allein nicht nur die Zerlegung der Organe, sondern auch die Zersägung des Schädels, Vernähung der Körperhöhlen u. A. vornehmen muss. Man wende hier nicht ein, dass diese gröberen Arbeiten auch von jedem Heilgehülfen bewirkt werden können; denn ein solcher dürfte nur in grösseren Orten jeder Zeit zu haben sein.

Ferner halte ich es nicht für unerheblich, wenn durch die Theilnahme eines zweites Arztes dem ersten Obduzenten Gelegenheit geboten wird, einzelne pathologische Befunde zu besprechen. Dadurch wird die Sektion anziehender und auch belehrender: docendo discimus.

Anderseits, und das ist nach meinem Dafürhalten die Hauptsache, betrachte man die Frage einmal von dem Standpunkte des zweiten Obduzenten. In den meisten Fällen dürfte es ein kreisärztlich geprüfter junger Arzt oder der Kreisassistenzarzt sein, der als solcher herangezogen wird. Giebt es nun für ihn eine bessere Gelegenheit, sich praktisch in der gerichtlichen Medizin fortzubilden, als durch die Theilnahme an Obduktionen? Welch eine Fülle Anregungen für ihn, auch die pathologisch-anatomischen Kenntnisse aufzufrischen! Letzteres kann man nur durch Sehen und immer wieder Sehen erreichen. Ich erinnere hier an die Mahnung des Prof. Dr. Heller in Nr. 48 der Münch. med. Wochenschrift (1900), der eindringlich auf die Wichtigkeit der Sektionen als Anschauungsmittel für die Pathologie hinweist, und an die trefflichen Ausführungen Mittenzweigs in Nr. 20 (1900) dieser Zeitschrift. Nur auf der Grundlage eines sichern allgemein pathologisch-anatomischen Wissens kann sich eine richtige Beurtheilung des forensischen Befundes aufbauen, daher muss jede Gelegenheit zur Fortbildung auf diesem Gebiete mit Freuden begrüsst werden. Dem angehenden Kreisarzte würde aber diese werthvolle Gelegenheit durch Abschaffung des zweiten Obduzenten genommen werden.

Um zu zeigen, welche Fülle von Material besonders in grösseren Städten dem vertretungsweise (an Stelle eines jeweilig verhinderten Kreisarztes) zuge-

zogenen zweiten Obduzenten geboten wird, führe ich von den letzten 75 gerichtlichen Obduktionen, an denen ich als zweiter Sachverständiger theilgenommen habe und von denen ich genauere Aufzeichnungen gemacht habe, die ermittelten Todesursachen an:

Es wurde festgestellt: Tod durch Erhängen 1 mal, Erwürgen 2 mal, Ertrinken 8 mal, Erstickung durch Speisen 1 mal, Verblutung durch Messerstich 9 mal, Verblutung durch Gefässzerreissungen 2 mal, Schusswunde 1 mal, Schädelbruch in Folge von Ueberfahren 2 mal, Schädelbruch in Folge von Sturz 7 mal, Schädelbruch in Folge von Schlag 3 mal, Gehirnblutung 2 mal, Kontusion des Bauches (Organrupturen) 6 mal, Verbrennung 4 mal, Vergiftung mit Alkohol 5 mal, Vergiftung mit Strychnin 1 mal, Kindesmord 3 mal, Atrophie 2 mal, Tuberkulose 2 mal, Pneumonie 2 mal, Sepsis 4 mal, Pyämie 2 mal, Peritonitis 1 mal, Perforation eines Karzinoms der Trachea in die Aorta 1 mal, Diabetes-Brand (ärztlicher Kunstfehler?) 1 mal, Todesursache nicht auffindbar 4 mal.

Hinter diesen forensischen Todesursachen verbergen sich bisweilen höchst belehrende, anatomische Einzelheiten, z. B. 2 Gehirnsabszesse, Hirncysticerkus, Aktinomykose, verschiedene Stadien der Lungentuberkulose als Nebenbefund u. s. w.

Diese an einem bestimmten Beispiel in Danzig nachgewiesene schöne Gelegenheit für den zweiten Obduzenten zum Sehen und Lernen kann nicht ohne Schaden für die Ausbildung einer Anzahl von künftigen Gerichtsärzten wegfallen. Nun giebt es aber einen Ausweg, der den Vorschlägen Kornfeld's gerecht wird und zugleich die von mir betonten Vortheile den angehenden Kreisärzten wahrt: Man betraue den ersten Obduzenten allein mit der Abfassung des Protokolls und der Verantwortung für das Gutachten, den zweiten Obduzenten nur mit der technischen Hülfeleistung bei der Sektion. Ich resumire:

1. Jedenfalls ist die Beibehaltung des zweiten Obduzenten nicht nur erwünscht zur Erleichterung, Beschleunigung und wissenschaftlichen Vertiefung der Sektionsarbeit, sondern sogar nothwendig zur besseren Nutzbarmachung des Obduktionsmaterials.

2. Abfassung und Verantwortung bei Protokoll und Gutachten bleibe dem ersten Obduzenten allein überlassen.

In ähnlicher Weise äussert sich Kreiswundarzt z. D. Dr. E. Vollmer in Kreuznach:

„Kornfeld sagt, „vor allem sei es durch die neue Kreisarztgesetzgebung schwieriger geworden, den zweiten Obduzenten zu beschaffen." Wir fragen uns erstaunt, warum? Sind nicht fast in jedem Kreise, theils die gewesenen Kreiswundärzte, theils pro physicatu geprüfte Kollegen, die gerne helfen werden; einmal, weil die Arbeit doch bezahlt wird, wenn auch mangelhaft, sodann aber und hauptsächlich, weil doch jede Sektion wissenschaftlich interessant und praktisch lehrreich ist? Ich habe seit ca. 5 Jahren im Kreise Kreuznach als zweiter Obduzent fungirt und bei jeder Obduktion gelernt. So viel ich weiss, besteht doch kein Gesetz, dass nur zwei veritable Kreisärzte und Medizinalräthe befugt sind, eine Sektion zu machen. Aber selbst wenn man auch diesen Glauben theilte, dürfte man bei der Wichtigkeit gerichtlicher Leichenöffnungen den zweiten Obduzenten nicht fallen lassen. In den meisten Bezirken werden sich ganz gut die qualifizirten Nachbarkollegen, d. h. die Kreisärzte zweier Bezirke aushelfen können; denn die Sektionen sind doch nicht tagtägliche Vorkommnisse (im Kreise Kreuznach kommen im Jahre höchstens 3—4 vor). In grossen Städten natürlich liegt die Sache anders; dort häufen sich die Sektionen, dort aber sind auch meist mehrere qualifizirte Aerzte, wie der Kreisarzt des Stadt- und Landkreises in mittelgrossen Städten, bezw. die Kreisärzte benachbarter Bezirke, die sich bei den vorzüglichen Verkehrsgelegenheiten immer werden helfen können.

Kornfeld sagt ferner wörtlich: „Dazu kommt die zweite Möglichkeit, dass der zweite Sachverständige sich selbst zu der besonderen Technik der Sektionen nicht mehr qualifizirt erklären kann." Dieser Einwand ist allerdings vage und dürfte hinfällig sein; denn wo die Technik des zweiten Obduzenten nicht mehr ausreicht, soll eben der erste einspringen. „Auch dieser beherrscht ja die Technick nicht vollkommen und spezielle Untersuchungsmethoden (inneres Ohr, gewisse Neubildungen) müssten somit dem Spezialisten, dem pathologischen Anatom überlassen werden. Seziren aber muss jeder Arzt können." Wir

müssen gestehen, dass uns dieser Passus, wie dem Autor selbst, nicht ganz logisch erschienen ist. „Seziren muss jeder Arzt können.“ Gewiss, beim Staatsexamen eine Körperhöhle, aber er lernt nicht, ein Protokoll über die Eröffnung einer ganzen Leiche in ordentlichem Zusammenhange zu diktiren. Wenn er also 5 oder 6 Jahre in der Praxis war und plötzlich vor die Aufgabe gestellt wird, kann er erst recht nicht seziren, bezw. keine Sektion machen, die den Anforderungen genügt, die man an eine wissenschaftlich exakte Arbeit stellen muss. Wenn es sich nun nur um die Sektion handelte, ginge es allenfalls nach einem gründlichen Studium der Virchow'schen Sektionstechnik noch. Aber es soll doch ein ordentlicher Befund, der zu den Akten genommen werden kann, diktirt werden, und das erfordert doch für jeden Arzt, der solche Dinge nicht alle Tage macht, eine gewisse Sammlung. Dazu kommt, dass von den Befunden oft die wichtigste Entscheidnng für die Mitmenschen abhängt, so dass es nicht genau genug genommen werden kann und dem einen Obduzenten die Denkarbeit des Diktates zufallen muss und dem zweiten die oft so schmutzige und unangenehme Technik der Sektion (ich denke an erlebte Fälle von Wasserleichen und Exhumirungen). Sehen aber auch zwei nicht thatsächlich mehr, wie einer? Ist es nicht sicherer, zweien bei wichtigen gerichtlichen Ermittelungen die Verantwortung aufzubürden, wie einem allein?

Die Ersparniss, die Kornfeld drittens noch als Grund angiebt, kann doch nicht in's Gewicht fallen. Sind denn überhaupt die 12 Mark eine entsprechende Bezahlung für eine dreistündige Thätigkeit, oft in zugigen und feuchten oder schlecht geheizten Leichenhäusern? Wir glauben aber nicht, dass der Staat durch Beseitigung des zweiten Obduzenten Ersparnisse macht, wenn der Gedanke selbst ausschlaggebend sein sollte. Was an dem zweiten Obduzenten, wieder einmal auf Kosten der Aerzte, gespart werden würde, dürfte an Gerichtsunkosten durch grössere Unklarheit und Ungenauigkeit der Befunde, durch Häufung neuer Termine etc. wieder zur Ausgabe gelangen.

Kornfeld betont endlich, dass die Aufgaben der gerichtlichen Medizin in anderen Kulturländern nicht weniger gut gelöst werden, als bei uns, trotzdem nur ein Sachverständiger zugezogen wird. Da müssen wir doch bescheiden fragen, woher weiss er denn das? Steht unser Medizinalwesen dem anderer Länder etwa nur gleich und nicht voran? Sollte Deutschland bez. Preussen, für das Virchow seine Sektionstechnik schrieb und wo die meisten Medizinalbeamten nach seiner Methode geschult sind, nicht exakter arbeiten, wie andere Länder? Wir möchten doch glauben, dass gerade in gerichtlich medizinalen Dingen die alte bewährte Methode Preussens den Vorzug hat und dass zwei Sachverständige, die sich mit gewissenhaften Ernste in die technisch-instrumentelle und in die objektiv-beschreibende Seite der Sektionsarbeit theilen, gründlicher vorgehen, als einer allein.

Wir sind nicht der Meinung Kornfeld's, dass der zweite Obduzent, damit wieder eine alte bewährte Einrichtung des preussischen Medizinalwesens, jählings fallen soll. Wie sich das Medizinalkollegium behauptet hat, so sollte auch an dem zweiten Obduzenten nicht gerüttelt werden. Diese Einrichtung hat, wie jene, ihren bestimmten Grund in dem altpreussischen Bedürfniss, keine Arbeit oberflächlich zu machen, sondern dem Studium der vorliegenden Aufgabe bis auf den Grund zu gehen, soweit es die Verhältnisse gestatten. Da nun aber nicht einmal der neue Kreisarzt, der ja doch in den meisten Bezirken der alte, nur umgetaufte Kreisphysikus ist, ein völlig routinirter und geschulter pathologischer Anatom sein kann, so wird die Sektionsarbeit wohl besser nach wie vor in der alten Weise geleitet werden, dass einer sezirt und der andere diktirt.“

Auch ein Mecklenburger Kollege, H. San.-Rath Dr. Mulert, Kreisphysikus in Waren, hält einen zweiten Obduzenten für unbedingt nothwendig. Er sagt:

„Zunächst, ist die Schwierigkeit, einen zweiten Obduzenten zu beschaffen, wirklich so gross? Ist sie im ganzen Königreich Preussen so gross, wie sie offenbar in der Gegend ist, in welcher der Herr Verfasser als Gerichtsarzt fungirt? Darüber steht mir kein Urtheil zu. Ich weiss nur, dass in Mecklenburg, wo wir allerdings auf das Kreisarztgesetz noch warten, diese Schwierigkeit nicht so gross ist.

Zweitens werden, wenn Privatärzte zu Sektionen zugezogen wirklich in gerichtlich-medizinischen Sachen so leicht Meinungsverschiedenheiten herbeigeführt, die Obergutachten veranlassen? Nach meinen Erfahrungen muss ich das verneinen. Ich habe während meiner ganzen gerichtsärztlichen Thätigkeit (seit acht Jahren in drei Kreisphysikaten als Physikus und vorher häufig als zweiter Obduzent) davon nichts gemerkt. Nur einmal während meiner gerichtsärztlichen Thätigkeit bestand eine anscheinende Meinungsverschiedenheit, welche ein Obergutachten veranlasste, und diese wurde auch nur dadurch veranlasst, dass wochenlang nach der Sektion der Untersuchungrichter mich vernahm, ohne mir mitzutheilen, dass inzwischen die Angeklagte, welche vorher Alles geleugnet hatte (es handelte sich um Kindestödtung), gestanden habe, und dann den zweiten Obduzenten vernahm, ohne diesem meine Aussagen mitzutheilen. Da ist es denn für den Juristen ganz leicht, Meinungsverschiedenheiten herauszufinden. Sonst aber habe ich, wie gesagt, mit dem zweiten Kollegen nie derartige Differenzen gehabt, muss vielmehr gestehen, dass es mir stets sehr angenehm gewesen ist, mit einem Kollegen, auch wenn er die rein gerichtsärztliche Erfahrung nicht hat, den jedesmaligen Befund besprechen zu können. Und die gerichtsärztliche Erfahrung thut's doch allein nicht; es gehört zur gerichtsärztlichen Obduktion doch auch ein gut Theil pathologischer Anatomie und ein gesundes Urtheil. Warum soll denn der praktische Arzt Beides nicht ebenso gut haben, wie ich, der angestellte Gerichtsarzt? Warum sollen wir Beide, ich, der Gerichtsarzt, und der zweite Obduzent, ein Privatarzt, nicht ebenso gut oder noch besser zu dem richtigen Urtheil kommen können, wie der Gerichtsarzt allein? Ich habe noch keine an sich klare Sache durch Hinzuziehung des zweiten Obduzenten verwirren sehen und möchte glauben, dass der Herr Verfasser, wenn er nicht rein zufällig in diesem Punkte sehr trübe Erfahrungen gemacht hat, die aber doch nicht ohne Weiteres auf die Gesammtheit angewendet werden können, hierin zu schwarz sieht.

Drittens, die Möglichkeit, dass der zweite Sachverständige sich selbst als zu der besonderen Technik nicht mehr qualifizirt erklärt, wird von dem Herrn Verfasser selbst als vage und hinfällig erklärt. „Seziren", sagt der Herr Verfasser, „muss jeder approbirte Arzt können." Und er kann's auch. Ebenso gut kann er aber auch den Leichenbefund beurtheilen, und wird, wenn er, wie es doch wohl die Regel sein dürfte, ein verständiger Mann ist, soweit ihm die rein gerichtsärztlichen Erfahrungen und Erwägungen fehlen, sich gern dem Urtheil des Gerichtsarztes unterordnen bezw. anschliessen. Ich kann nur wiederholen, dass es mir stets angenehm gewesen ist, die in Frage kommenden Erwägungen mit dem zweiten Kollegen durchsprechen zu können.

Was nun die Ersparniss bei Fortfall des zweiten Obduzenten anbetrifft, so mag dieselbe ja ganz beträchtlich sein, doch dürfte dieser Punkt, wenn die Beibehaltung des zweiten Obduzenten sonst möglich erscheint, nur nebensächlich zu berücksichtigen sein.

Die Frage der Geheimhaltung des Befundes kommt ferner meiner Ansicht nach gar nicht in Betracht; denn entweder fungirt bei der gerichtlichen Obduktion der zweite Obduzent auch als Beamter, und ist dann selbstverständlich auch zur Geheimhaltung verpflichtet, oder er fungirt nur als Arzt, dann gilt auch hier die Bestimmung des §. 300 des Strafgesetzbuches. Uebrigens werden, wenigstens hier im Lande, die zweiten Obduzenten vor Vornahme der Obduktion in der Regel beeidigt.

Man kann über die ganze Frage sagen, das ist Geschmackssache. Der Herr Verfasser traut sich zu, bei einer gerichtlichen Obduktion allein ohne zweiten Obduzenten mindestens ein ebenso gutes, sogar besseres Gutachten zu erstatten, als mit demselben, und ich traue mir dass nicht zu, sondern glaube einen zweiten Berather nicht gut entbehren zu können. Was ist da richtig? Ich will es nicht entscheiden, meine nur, das kategorische „muss fallen" nicht gutheissen zu können.

Widersprechen möchte ich noch der Ansicht, dass es genügen könne, wenn bei einer unzweifelhaften Todesursache der Gerichtsarzt nur den Befund soweit er für diese wesentlich ist, diktirt, über das übrige aber sich pflichtmässig selbst Notizen macht. Dies scheint mir doch sehr bedenklich und nicht in Einklang zu bringen mit der ganzen Art und Weise unseres Gerichtsverfahrens.

Dass aber es wünschenswerth ist, dass alle gerichtlichen Sektionen möglichst früh gemacht werden und dass es durchaus angezeigt wäre, wenn sich gegebenen Falles an die Leichenschau gleich eine Sektion anschlösse, darin stimme ich dem Herrn Verfasser völlig bei."

Kreisarzt Dr. Klose in Oppeln hält dagegen in Uebereinstimmung mit Kornfeld einen zweiten Obduzenten nicht für erforderlich, indem er vom historischen Standpunkte aus darauf hinweist, dass derselbe sein Fortbestehen wohl nur dem Beharrungsvermögen, nicht aber einer dringenden Nothwendigkeit verdankt. Er führt aus:

„Unrecht hat der Kollege Kornfeld, wenn er die Frage: „Was ist der Grund zur Zuziehung eines zweiten Obduzenten?" beantwortet: „Offenbar derselbe, wie der bei der früheren Anordnung, dass zwei Sachverständige in Entmündigungssachen ihr Gutachten abgeben mussten".

Den zweiten Sachverständigen in Entmündigungssachen hat jedoch die Furcht der Laien vor psychiatrischen Fehldiagnosen geboren, den zweiten Gerichtsarzt die historische Entwickelung des modernen Aerztestandes, der ursprünglich in Aerzte und Wundärzte getrennt war. So sagt Metzger:[1])

„Die durch Kaiser Karl V. 1532 erlassene peinliche Halsgerichtsordnung, oder Constitutio Criminalis Carolina verordnet, dass über Todtschlag und Tödtlichkeit der Wunden, über Vergiftung und verhehlte Schwangerschaft, über Abtreiben der Leibesfrucht, und über Kindermord u. s. w. zum Behuf der Ausmittelung der Rechtssache, die Meinungen der Aerzte und Wundärzte gehört werden sollen, erst in der Folge ist die wissenschaftliche Behandlung, vorzüglich in Deutschland, erfolgt, und nach und nach, in Betreff der Form und Materien, erweitert worden." Dass hierbei der Wundarzt, wie sich dies nach Aufhören der Wundärzte, aber nach konservativem Fortbestehen der Kreiswundärzte später entwickelte, keineswegs ein dem Physikus, d. i. dem ersten Obduzenten ebenbürtiger Gutachter war, können wir in jeder älteren gerichtlichen Medizin lesen, z. B. bei Metzger (§. 19):

„Die gesetzliche Untersuchung todter Leichname, sie mögen durch eigene oder fremde Gewalt, oder durch Zufall entleibt seyn, ist durch die Gesetze förmlich vorgeschrieben, und zugleich bestimmt, wie das rechtliche Verfahren zur gehörigen Begründung des Thatbestandes (Corpus delicti) verfolgt werden solle. Sie geschiehet auf Requisition und Ansuchen eines Gerichts oder Gerichtsdirektors, in Gegenwart einer obrigkeitlichen Person, oder auch mehrerer Gerichtspersonen, durch den vereideten gerichtlichen Arzt, d. i. einen nach den Gesetzen des Staats geprüften, doktorinirten und zu diesem Geschäfte geschickten Arzneykundigen, nebst dem Wundarzte, als Gehülfen, in den vorkommenden gerichtlichen Fällen, an dem bestimmten Orte und Tage, zu gesetzter Stunde, des Morgens, oder doch bey hellem Lichte, und mit der möglichst grössten Genauigkeit um dasjenige, was die Streitfrage betrifft, hinlänglich zu enthüllen und aufzuhellen."

Also Gehülfe war der Wundarzt, und welcher Art die Hülfe war, darüber spricht sich ebenfalls Metzger (§. 25) wie folgt aus:

„Der gerichtliche Wundarzt muss dem gerichtlichen Arzte bey den Obduktionen behülfliche Hand leisten, die Sektion nach seiner Vorschrift kunstmässig verrichten, reine und wohl unterhaltene Instrumente, die bei der Untersuchung erforderlich seyn können, (ein vollständiges Sektionsbesteck) in Bereitschaft haben, den Leichnam vor der Obduktion reinigen, vorbereiten, in die schickliche Lage bringen, und nach derselben anständig vernähen lassen, mit dem Arzte über den Inhalt und Schluss des Fundscheins einig werden, denselben mit unterschreiben und besiegeln, auch, falls er dabey einiges Bedenken trüge, seine Gegengründe bescheiden angeben, und sich übrigens bey allen gerichtlichen Verhandlungen, als ein Untergeordneter gegen den Arzt ehrerbietig betragen."

Zu diesem Paragraph bemerkt Metzger noch: „Eigentlich ist der Wundarzt nur über die Richtigkeit der im Fundscheine angegebenen Umstände

[1]) Dr. J. O. Metzger: Gerichtliche Arzneywissenschaft. 1814.

zu befragen, alles andere gehört lediglich zur Kompetenz des Physikus." — Handelt es sich um unwichtige Fälle, so kann der Wundarzt allein eine Leichenschau vornehmen, „sollten sich aber die Umstände ändern, so ist die Besichtigung und nähere Untersuchung des Physikus unumgänglich nöthig. Einverstanden ist Metzger jedoch selbst mit dieser selbstständigen Thätigkeit der Wundärzte nicht, sondern er bemerkt in einer Anmerkung: „Traurig ist es, wenn die Gerichte sich auf rohe ungebildete Leute verlassen müssen, die oft nicht einmal orthographisch schreiben können." Später war die Ausführung der Sektion durch den Kreiswundarzt oder Physikus allein ohne Weiteres gestattet. „Der gerichtliche Wundarzt, sagt Bock,[1]) welcher ausser den nöthigen allgemeinen medizinischen und chirurgischen Kenntnissen, auch gründliche Kenntniss der Anatomie (des gesunden und kranken Körpers) und technische Gewandheit und Uebung im Zergliedern haben muss, kann im Nothfalle, wo der gerichtliche Arzt abwesend und ein stellvertretender Arzt nicht in der Nähe ist, die Verzögerung aber nicht ohne Nachtheil sein würde, die Legalsektion auch allein vornehmen (Henke). Gegen die im Nothfalle vom Physikus allein verrichtete Obduktion kann rechtlich Niemand etwas einzuwenden haben."

Seit 1850 konkurrirten schon praktische Aerzte mit Wundärzten um Kreiswundarztstellen und genehmigte der Minister die Heranziehung der ersteren, wenn geeignete forensisch approbirte Wundärzte nicht vorhanden seien (Min.-Erlass vom 26. November 1850). Desgleichen erhielten die längere Zeit hindurch geführten Verhandlungen über die Entbehrlichkeit oder Beibehaltung der Kreiswundärzte ihren vorläufigen Abschluss mit dem Min.-Erlass vom 28. August 1858, in dem der Herr Minister sich für Beibehaltung der Kreiswundarztstellen, aber unter Erweiterung ihres Wirkungskreises in sanitäts- und medizinalpolizeilicher Hinsicht aussprach.

Irgend einen rechtlichen Grund, der die Beibehaltung des zweiten Obduzenten nothwendig erscheinen lassen könnte, giebt es meines Wissens nicht. Das Institut hat sich vielmehr herausgebildet aus dem Gehülfen, d. h. der Hilfskraft, die wir bei den Sektionen neben dem zweiten Obduzenten auch heute nicht entbehren können; denn Leichen waschen, reinigen, anziehen u. s. w. kann uns doch Niemand zumuthen. Eine derartige Hülfskraft werden wir aber immer nur haben, wenn wir sie bezahlt bekommen. Erspart sich die Justiz-Verwaltung den zweiten Obduzenten, so kann sie leichten Herzens etwas reichlicher eine Hülfskraft bei den Sektionen entschädigen, als dies jetzt der Fall ist.

Alle, die wir die Schwierigkeiten kennen, welche das Suchen nach einem zweiten Obduzenten oft verursacht, können nur wünschen, dass die gerichtliche Medizin getreu dem Wort: „On revient tonjours à son premier amour" zurückkehrt zu einem Gerichtsarzt mit einem Gehülfen und wäre es auch, um mit Metzger zu reden, „ein roher ungebildeter Mensch, der nicht einmal orthographisch schreiben kann", auf den zweiten Arzt aber verzichtet."

Wir stimmen dem letzten Verfasser insofern bei, dass eine alte Einrichtung nicht deshalb beibehalten zu werden braucht, weil sie sich gewissermassen ein historisches Recht für ihre Existenz erworben hat; aber im vorliegenden Falle kommt es doch wesentlich darauf an, ob sich diese Einrichtung auch bewährt und sich ihre Beibehaltung gerade durch ihr jahrelanges Bestehen und durch die Erfahrung als nothwendig erwiesen hat. Und diese Frage müssen wir im Gegensatz zu Kornfeld und Klose sowie in Uebereinstimmung mit den anderen Verfassern und den von diesen dafür angeführten Gründen bejahen. Die Kostenfrage kann unseres Erachtens hier überhaupt nicht in's Gewicht fallen; dass aber die Beschaffung eines zweiten geeigneten Obduzenten Schwierigkeiten macht, müssen wir entschieden bestreiten. Die benachbarten Kreisärzte werden sich gern gegenseitig unterstützen; es liegt sogar in ihrem eigenen wie im öffentlichen

[1]) Bock: Gerichtliche Sektion; 1848, S. 3.

Interesse, wenn dies generell angeordnet würde, gleichgültig, ob dadurch etwas mehr Kosten entstehen würden. Ausserdem können auch die pro physicatu geprüften, oder sonst geeignete Aerzte ein für alle Mal als zweite Obduzenten bestellt werden, ganz abgesehen davon, dass als solche vorläufig die zur Disposition gestellten Kreiswundärzte bereitwilligst weiter fungiren werden. Dass aber die Zuziehung jedes beliebigen Arztes zu gerichtlichen Obduktionen oft zu den grössten Unannehmlichkeiten führt, wird sicherlich wohl jeder Medizinalbeamte aus Erfahrung kennen gelernt haben. Wir bezweifeln auch, dass die Justizbehörden sich mit einer derartigen Abänderung der einschlägigen Bestimmung der Strafprozessordnung (§. 87) einverstanden erklären werden, und dass, wenn dies der Fall sein sollte, der Reichstag dazu seine Zustimmung ertheilen würde. Im öffentlichen Interesse dürfte sogar eher eine Verschärfung jener Bestimmung nach der Richtung erforderlich sein, dass zu jeder gerichtlichen Leichenschau in erster Linie ein beamteter Arzt (Gerichtsarzt, Kreisarzt u. s. w.), oder wenigstens ein pro physicatu geprüfter Arzt zugezogen werden müsste, und von dieser Zuziehung nicht, wie jetzt, nach dem Ermessen des Richters Abstand genommen werden kann. Red.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 2. November d. J. in Liegnitz abgehaltene Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Liegnitz.

Zu der von dem Herrn Regierungspräsidenten unter dem Vorsitze des Herrn Reg.- und Geh. Medizinalraths Dr. Schmidt auf den 2. November, Nachmittags 2 Uhr, anberaumten Versammlung der Kreisärzte hatten sich der Herr Regierungspräsident, Herr Ober Reg.-Rath Michaelis und sämmtliche Medizinalbeamte des Bezirks, sowie eine grössere Anzahl von pro physicatu geprüften Kollegen eingefunden.

Der Herr Regierungspräsident begrüsste die Erschienenen und brachte in seiner Ansprache zum Ausdruck, dass das neue Kreisarztgesetz die persönliche und dienstliche Stellung der Kreisärzte gegen früher gehoben und ihre Aufgabe, die Gesundheitspflege der Bevölkerung zu verbessern, erheblich gefördert habe; er empfahl in allen wichtigen Fragen den Weg der mündlichen Verständigung mit dem Landrath, und legte nahe, bei allen zu machenden Vorschlägen auf gesundheitlichem Gebiete den örtlichen und finanziellen Verhältnissen der Gemeinden Rechnung zu tragen, und nicht durch übertriebene Forderungen Missstimmung zu erzeugen. Er schloss mit dem Wunsche, dass die Kreisärzte in ihrer erweiterten praktischen Thätigkeit, die sie zugleich der wissenschaftlichen Forschung näher bringen solle, volle Befriedigung finden möchten.

Nach dankenden Worten seitens des Herrn Vorsitzenden wurde in die Tagesordnung eingetreten, über deren ersten Gegenstand: **Die Dienstanweisung für die Kreisärzte, in Verbindung mit dem Gesetz betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheits-Kommissionen**, die Kreisärzte Dr. Meyen-Muskau und Med.-Rath Dr. Braun-Görlitz das Referat bezw. Korreferat übernommen hatten.

Dr. Meyen ging zunächst auf die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ein und hob hervor, dass die Bestimmung, nach welcher dem Gesundheitsbeamten eine grössere Selbstständigkeit in Bezug auf Ermittelungen an Ort und Stelle eingeräumt sei, eine wesentliche Verbesserung gegen früher bedeute. An der Hand von Karten mit eingezeichnetem geographischem Verbreitungsbezirk wies er nach, wie oft Beziehungen ursächlicher Natur zwischen einzelnen Krankheiten bestehen, deren Kenntniss eben nur durch ein-

gehende und genaue Beobachtung der örtlichen Verhältnisse gewonnen werden könne. Als besonderes Beispiel führte er für den diesseitigen Bezirk den Unterleibstyphus an, der in seiner Entstehung und Verbreitungsart so wechselvoll und von so vielen Faktoren abhängig sei, dass nur ein eingehendes Studium der Verhältnisse Klarheit in Bezug auf die Ursachen schaffen könne, und gab im Allgemeinen die Richtungslinie an, in der sich die Ermittelungen zu bewegen haben. Hierzu ergänzend führte Med.-Rath Dr. Braun, speziell auf städtische Verhältnisse eingehend, aus, dass hier vorzugsweise die Wasserversorgung und der Verkehr mit Nahrungsmitteln es seien, die die Aufmerksamkeit des Medizinalbeamten in Anspruch nehmen, von letzteren besonders die Milch, die aus der ganzen Umgegend in die Sammelmolkereien abgeführt werde und gegebenenfalls zu einer bedeutsamen Infektionsquelle werden könne, weshalb eine ständige Ueberwachung der Milchgewinnung durch den Kreisarzt nothwendig sei. Dies führte mitten in die Erörterung der Ursachen des Unterleibstyphus, wobei die in ländlichen Verhältnissen zu Tage tretende Verunsäuberung der nächsten Umgebung der Wohnstätten als wesentlicher Faktor bezeichnet und namentlich auf die Abortverhältnisse in Gasthäusern hingewiesen wurde, welche als Stätten, die dem öffentlichen Verkehr dienen, zu besonderer Reinhaltung verpflichtet werden müssten.

Bei der weitern Besprechung wurde u. A. zum Ausdruck gebracht, dass seitens der behandelnden Aerzte mit Rücksicht auf ihre Patienten häufig eine Verschleierung der Verhältnisse beliebt werde; eklatanter Typhus werde als gastrisches Fieber bezeichnet, damit sei der Weiterverbreitung Thür und Thor geöffnet und dem Medizinalbeamten die Möglichkeit genommen, rechtzeitig Gegenmassregeln zu treffen. Da festgestellt wurde, dass auch jetzt noch trotz der gegenstehenden Bestimmungen häufig längere Zeit vergehe, bis ein Krankheitsfall zur Kenntniss des Kreisarztes gelange, wurde es ferner als wünschenswerth bezeichnet, den Amtsvorstehern eine Anweisung zur vorläufigen Ausführung von Vorbeugungsmassregeln an die Hand zu geben, bis diese eine auf alle nothwendigen Punkte sich erstreckende Ausdehnung durch den Medizinalbeamten erfahren. Mit der Ausarbeitung einer solchen Anweisung wurden die Kreisärzte Erdner und Hirschfeld betraut.

In Bezug auf die Isolirung der Kranken wurde hervorgehoben dass dieselben in ländlichen Verhältnissen sehr oft, ja meistens undurchführbar sei, und die Bereitstellung von Absonderungsräumen seitens der Gemeinden für erforderlich erachtet. Hierbei wies der Herr Vorsitzende auf die durch das Regulativ vorgeschriebene Anheftung von Tafeln hin, die eine Warnung vor dem Verkehr in dem die ansteckenden Kranken beherbergenden Haushalt in ebenso einfacher wie deutlicher Form zum Ausdruck bringe, eine Ueberzeugung, die der Herr Regierungspräsident theilte, welcher aus früheren Erfahrungen heraus den Beleg dafür erbrachte, wie gerade die Anbringung der Tafeln eines der sehr geeignten Mittel sei, um dem Indifferentismus, namentlich der ländlichen Bevölkerung, entgegenzuwirken. Eine aus der Mitte der Versammlung heraus gegebene Anregung, das Interesse der Bevölkerung durch wöchentliche öffentliche Bekanntmachungen von Typhus-Erkrankungen wachzuhalten, fand nicht den allgemeinen Beifall mit Rücksicht auf die dadurch erzeugte Aufregung der Bevölkerung und die oft unnöthiger Weise daraus resultirenden wirthschaftlichen Schädigungen.

Den Inhalt des zweiten Theils seines Referats hatte Dr. Meyen in die These zusammengefasst: Das Formelle der Geschäftsführung ist zweckmässig genau mit dem Inhalt der Dienstanweisung in Einklang zu bringen. Hierbei liessen in Bezug auf die Einrichtung der Registratur die mehrfach auseinander gehenden Meinungen erkennen, dass eine schematische Einheitlichkeit nicht beliebt wurde und dass individuellen Anschauungen und Bedürfnissen innerhalb eines gewissen Rahmens Rechnung getragen werden müsse. Man einigte sich schliesslich dahin, dass es am besten dem Einzelnen überlasse bleibe, wie er sich seine Registratur einrichte, wenn sie nur ordnungsgemäss geführt sei, zumal, wie der Herr Vorsitzende hervorhob, die Geschäftsführung vom Reg.- u. Medizinalrath beaufsichtigt wird, und sich gelegentlich einer Revision Unzweckmässigkeiten leicht werden beseitigen lassen.

In seinem Korreferat beschäftigte sich Med.-Rath Dr. Braun mit der sanitätspolizeilichen Seite der kreisärztlichen Thätigkeit,

die er an der Hand der einschlägigen Paragraphen der Dienstanweisung eingehend erläuterte. Bei der Besprechung der Ortsbesichtigungen wurde mehrseitig auf die Schwierigkeiten hingewiesen, solche gelegentlich vorzunehmen, deren stichhaltige Motivirung zu der Erklärung führte, dass es dem pflichtmässigen Ermessen des Medizinalbeamten zu überlassen sei, in welchen Fällen er eine gelegentliche Besichtigung für angebracht halte. Der Wunsch, dass die Ortspolizeibehörden zwecks gegenseitigen persönlichen Meinungsaustausches bei zu Tage tretenden Schäden zur Theilnahme an den Besichtigungen ex officio verpflichtet werden sollen, wurde mit dem Hinweise darauf abgelehnt, dass ein Zwang bei der ehrenamtlichen Stellung der Amtsvorsteher nicht angängig sei, doch stehe zu erwarten, dass ein dahingehender amtlich ausgesprochener Wunsch bei denselben Berücksichtigung finden werde.

Bezüglich der Schulbesichtigung regte der Korreferent mit Erfolg an, dass je ein Exemplar der Verhandlungen zugleich mit einer Benachrichtigung über die Abstellung etwaiger Beanstandungen zu den kreisärztlichen Akten zurückgegeben werden solle. Die Frage, welche Behörde zu den Schulbesichtigungen zuzuziehen sei, wurde von Herrn Ober Reg.-Rath Michaelis dahin beantwortet, dass dies der Schulvorstand (bezw. die Schuldeputation) sei; als zweckmässig empfahl er, sich gleichzeitig mit dem Ortsschuleninspektor und dem Gemeindevorsteher in Verbindung zu setzen und sich jeden Eingriffs in schultechnische Verhältnisse zu begeben, um Missstimmungen zu vermeiden; auch sei bei der Bestellung der Schüler zwecks deren körperlicher Untersuchung auf weite Wege und häusliche Beschäftigung billiger Weise Rücksicht zu nehmen.

Bei Besprechung der Gewerbehygiene hält Korreferent in Bezug auf Belästigungen durch Rauch und übelriechende Dämpfe eine Begutachtung in erster Linie durch den Medizinalbeamten, und eine Zuziehung des Gewerbe-Aufsichtsbeamten erst dann für wünschenswerth, wenn die Erledigung technischer Fragen dazu veranlasse, was mit dem Hinweis darauf, dass durch den gegenwärtigen Modus sich Nachtheile bislang noch nicht ergeben haben, vom Herrn Vorsitzenden für noch nicht spruchreif erklärt wird. Derselbe empfiehlt im Allgemeinen bei der Begutachtung gewerblicher Anlagen überhaupt stets nur die gesundheitliche Seite im Auge zu behalten und Digressionen auf das technische Gebiet ganz zu vermeiden, welches die Domaine der Gewerbe-Inspektoren sei, mit dem der Medizinalbeamte zweckmässig Fühlung nehme; nur so würden Gegensätzlichkeiten, die sich bereits hie und da fühlbar gemacht hätten, bei der Begutachtung vermieden werden können. Im Anschluss hieran ersuchte auch Herr Ober-Reg.-Rath Michaelis in Bezug auf die vorzuschreibenden Bedingungen nicht zu sehr von theoretischen Gesichtspunkten sich leiten zu lassen, sondern nur das anzuordnen, was praktisch durchführbar sei, und nie spezielle Vorschläge zu machen, sondern bei der Formulirung der hygienisch nothwendigen Forderungen sich allgemein auszudrücken. Die Berechtigung des vom Herrn Korreferenten geäusserten und allseitig unterstützten Wunsches, eine Ausfertigung der Genehmigungsurkunden mit Anlagen zu den kreisärztlichen Akten zwecks Information zu erhalten, wurde vom Herrn Vorsitzenden anerkannt und von Herrn Ober-Reg.-Rath Michaelis eine dahin gehende Verfügung in Aussicht gestellt.

In Bezug auf die Mitwirkung bei der Gewerbeaufsicht wurde die vom Korreferenten vertretene Ansicht, dass der Beaufsichtigung des Kreisarztes nicht nur die konzessionspflichtigen, sondern auch andre gewerbliche Anstalten (Brauereien, Molkereien und dergl.) unterliegen, weil sie ein öffentliches Interesse involviren, dahin berichtigt, dass ihm eine solche überhaupt nur in besonderen dringlichen Fällen (z. B. beim Auftreten ansteckender Krankheiten) zustehe, und gegebenenfalls nur unter Zuziehung eines Vertreters der Ortspolizeibehörde.

Die Besprechung des Abschnitts XX veranlasste den Korreferenten, bezüglich der zentralen Wasserversorgung nochmals auf die Nothwendigkeit einer Ueberwachung der Anlage und ihres Betriebes hinzuweisen und die Ausdehnung derselben auch auf sämmtliche Brunnenanlagen zu empfehlen, so dass jeder Brunnenbau von der gutachtlichen Zustimmung des medizinischen Sachverständigen abhängig zu machen sei. Trotzdem zugegeben wurde, wie wünschenswerth dies sei, musste anderseits mangels gesetzlicher Handhaben die Undurchführbarkeit der Massregel anerkannt werden.

Hinsichtlich der Ausführung von Kanalisationsanlagen wurde

festgestellt, dass bei umfänglicheren Arbeiten, die nach Massgabe des Ministerialerlasses vom 30. März 1896 der ministeriellen Genehmigung unterliegen sollen, hier und da diese Bestimmung umgangen und eine gutachtliche Aeusserung seitens des Medizinalbeamten über die „Erweiterung des Kanalnetzes" vermieden worden sei, woraus sich in Folge unsachgemässer Ausführungen in einigen Fällen Weiterungen und Schwierigkeiten für die Stadt-Verwaltungen ergeben haben. In solchen Fällen wird eine direkte Berichterstattung an den Herrn Regierungspräsidenten vorgeschlagen.

Die Besprechung des Abschnittes XXI regte nochmals die Frage über die Beaufsichtigung der Milchgewinnungsstätten an, wobei eine definitive Einigung dahin zu Stande kam, dass dieselben nur in dringlichen Fällen besucht werden, im übrigen die Kontrole der Milchgewinnung, der Stallhygiene etc. Sache des beamteten Thierarztes sei, eventuell die Besichtigungen im Verein mit diesem zu geschehen hätten.

Hiermit war der erste Theil der Tagesordnung erledigt, der zweite: Besprechung des Reichsgesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten nebst Ausführungsbestimmungen, musste wegen der vorgerückten Zeit als Gegenstand einer späteren Berathung zurückgestellt werden. Nach Erledigung einiger Fragen von untergeordnetem Interesse wurde nach vierstündiger Berathung die Versammlung geschlossen.

Ein gemeinsames Mahl im Schiesshausrestaurant, an dem auch der Herr Regierungspräsident und Herr Ob.-Reg.-Rath Michaelis theilnahmen, vereinte die Theilnehmer der Konferenz noch mehrere Stunden.

Dr. Scholtz-Goldberg.

Jahresversammlung der British medical association. 1901.

Public Health, XIV., Nr. 1, Oktober 1901. S. 34.

Sektion für Staatsarzneikunde.

I. Die Beziehungen zwischen Grafschafts- und Distriktsgesundheitsbehörden. Dr. F. T. Bond-Gloucester. Nach dem ersten Public-Health-Akt von 1872 machte die Zentralbehörde von der Erlaubniss Gebrauch, mehrere Distrikte in Bezug auf ihre sanitäre Verwaltung zusammen zu legen. Solche Kombinationen hatten von Anfang an zwei Fehler; zunächst fehlt in den meisten Fällen jene behördliche, zentrale Spitze, die dem Medizinalbeamten bei seiner Wirksamkeit als Stütze und als Leitstern zu dienen vermag und durch welche ein Druck, ohne dass derselbe als solcher kränkend empfunden wird, auf die einzelnen Distrikte, die den Fortschritten widerstreben, ausgeübt werden kann.

Hierzu kommt zweitens, dass es den Kombinationen an Dauer gebricht; zersetzende Einflüsse mannichfacher Art wirken auf dieselben ein. Beschwerlich und zeitraubend sind ferner die mit der jährlichen Wiederwahl des Medizinalbeamten verknüpften Umstände. So erklärte es sich, dass bei diesem der Eifer, gesundheitliche Fortschritte zu schaffen, sich allmählich verliert, um so mehr, als die Mitglieder jeder Einzelbehörde des kombinirten Bezirkes das Recht haben, die Vorlegung für denselben bestimmter Pläne oder Darlegungen zu verlangen, diese zu besprechen und zu kritisiren.

So anerkennenswerth die Bemühungen der Zentralbehörde von 1873 an waren, ein Zusammenwirken der Gesundheitsbehörden der einzelnen Distrikte schon zu dem Zwecke zu erzielen, um es zu ermöglichen, dass ein Medizinalbeamter durch ausreichende Besoldung von der ärztlichen Praxis unabhängig gestellt werde und den Anforderungen seines Amtes mit Erfolg und Pflichttreue nachzukommen im Stande sei — so ist der allgemeine Grundsatz, der bei der Zusammenlegung in Betracht kam, heute im Wesentlichen nur für kleine städtische und grössere ländliche Bezirke zu empfehlen. Als Ersatz für die Bestellung eines Grafschaftsraths-Gesundheitsbeamten kann er aber nicht dienen.

Nothwendig ist, dass der Grafschaftsrath die Ernennung der Medizinalbeamten für kombinirte Distrikte regelt, die Gehaltfrage beaufsichtigt und passende Kombinationen fördert. Einer der Beamten ist passend als Chef zu bezeichnen, die andern sind ihm als Assistenten beizuordnen; oder für die ganze Grafschaft kann ein einziger Medizinalbeamter bestellt werden, der irgend welche persönlichen Beziehungen zu einem der Distriktsräthe nicht zu

haben braucht. Die Entscheidung über die Zahl der Beamten hängt von der Grösse der Grafschaft, der Möglichkeit leichten Verkehrs zwischen Verwaltungsmittelpunkt und dem übrigen Gebiete ab.

Je tüchtiger die Gesundheitsinspektoren sind, je weniger dieselben den beamteten Arzt auch in Dingen bemühen, die sie allein erledigen können, um so erfolgreicher und um so günstiger auch in ökonomischer Hinsicht wird der Verwaltungsapparat bei der obersten Gesundheitsbehörde der Grafschaft arbeiten können.

Dr. Fosbroke: Die Grafschaftsräthe haben bereits jetzt bedeutende Rechte, die zu gesundheitlicher Verbesserung von Städten und Dörfern dienen können und die auch die Errichtung von Isolirhospitälern ermöglichen. Der River Pollution Prevention Akt kann zu jenem Zwecke dienen; unter dem Arbeiterwohnungsgesetz kann auf die Ortsbehörden von Seiten der Grafschaftsräthe hingewirkt werden, dass sie Anregungen ihrer eigenen Medizinalbeamten Gehör geben. Die Entsendung weiblicher Gesundheitsmissionäre, die Ausrüstung und Unterhaltung chemischer und bakteriologischer Laboratorien ist schon jetzt auf Initiative und auf Kosten der Grafschaften ausführbar.

Dr. Lloyd Roberts: Nach seiner Erfahrung greife die Zentralmedizinalbehörde zu selten in die Angelegenheiten der Distrikte ein und gebe sich zu leicht mit einer ausweichenden, höflichen Antwort zufrieden. Eine Besserung sei nur zu erwarten, wenn bei der Begutachtung von Unternehmungen und Anleihen zu hygienischen Zwecken die Grafschaftsräthe die Befugnisse erhielten, die heute nur der Zentralbehörde zukommen, und eine Haftpflicht dieser mittleren Instanz vom Gesetzgeber ausgesprochen würde.

E. C. Seaton, Grafschaftsrathsarzt von Surrey: Ebenso wie die meisten städtischen Behörden die Bedeutung der chemischen Laboratorien für die gesundheitliche Verwaltung schätzen, wiesen ihnen auch die Grafschaftsräthe, die ihre Pflichten ernst nehmen, die gebührende Bedeutung zu. Wenn aber auch in seltenen Fällen ein Mann die doppelte Arbeitslast der Medizinalverwaltung und der analytischen Thätigkeit zu tragen vermöge, so ist im Allgemeinen eine Trennung zu befürworten, so dass nur eine dauernde Fühlung zwischen beiden Amtsstellen verbleibt.

Dr. J. Groves: Damit der Gesundheitsbeamte in der Lage ist, für die Gesundheit der Bevölkerung seines Bezirkes, zähle er 1000 oder 100 000 Seelen, sein Bestes zu thun, muss er in der Gehaltsfrage unabhängig dastehen; eine gesetzliche Regelung ist vom Vorstand der Sektion für Staatsarzneikunde beim Parlamente beantragt. Er schlägt den Dank der Sektion für das Vorgehen ihres Vorstandes vor.

Die übrigen Redner sprechen über Ernennungen von Grafschaftsarthsärzten zu Distriktsgesundheitsbeamten in zusammengelegten Distrikten kleiner Grafschaften, über die Einrichtung bakteriologischer Laboratorien auch in kleinen Gebieten.

II. **Gewerbekrankheiten.** T. M. Legge, Medicalinspektor of factories: Bei der Beschäftigung von Arbeitern mit giftigen Substanzen, Kalichromat, Arsen, Quecksilber, Phosphor, treten häufig ganz andere Symptome auf, als bei medizinaler Darreichung. Interessant ist die wunderbare Immunität von Arbeitern in Pferdehaar- und Jute-Verarbeitungsanstalten gegen Milzbrand bezw. Tetanus. Man darf kaum annehmen, dass ein einziger Ballen mit Rosshaar aus China frei von Anthrax ist; die aus Bengalien stammende Jute ist reich an Tetanus-Keimen. Wenn trotzdem nur selten eine Infektion beobachtet wird, so ist ausser einer natürlichen Immunität bei Tetanus anzunehmen, dass zur Entstehung von Starrkrampf eine Mischinfektion erforderlich ist. Dem Home office sind an Anzeigen zugegangen im Jahre 1900: über gewerbliche Bleivergiftung in 1058 Fällen, Phosphorvergiftung in 3 Fällen, Arsenikvergiftung in 22 Fällen, Quecksilbervergiftung in 9 Fällen, Anthraxvergiftung in 37 Fällen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Bleivergiftung bei Anstreichern, sowie durch Trinkwassser nicht anzeigepflichtig ist und dass nur über solche Fälle berichtet ist, die zur Kenntniss der Gewerbeinspektoren gelangt sind.

Wie der Herausgeber des „Public Health“ zu diesem Vortrage bemerkt, hinderte die hohe Stellung des Vortragenden ihn, darzulegen, dass die Statistik

eine zuverlässigere wäre, wenn die nothwendigen Untersuchungen auch hätten durch die Gesundheitsbeamten angestellt werden können. Da diesen zur Zeit werthvolle Informationen vorenthalten bleiben, vermögen sie trotz des neuen Factory- and Worship Akt nicht vollständig genug über die Bedingungen, die die Gesundheit der Arbeiter in ihrem Distrikte beeinflussen, an das Ministerium des Innern zu berichten.

Ueber Beschäftigung verheiratheter Frauen in Fabriken. Dr. G. Reid. Interessant ist eine Tabellle, die Reid nach der Zahl der in den Fabriken von Städten in Staffordshire beschäftigten Frauen und der jährlichen Kindersterblichkeit in diesen Städten mittheilt.

Bei der Arbeit sind beschäftigt	Viele	Weniger	fast keine Frauen
Bevölkerung nach der Zählung von 1901 in Städten mit Einwohnern:	147 281	198 955	182 864
Kinder unter 1 Jahre starben auf 1000 Geburten, 1881—1890:	195	166	152
1891—1900:	211	177	167

Es fand demnach eine allgemeine Zunahme der Kindersterblichkeit im letzten Dezennium statt. Zwischen den einzelnen Gruppen von Städten hat sich aber dasselbe relative Verhältniss in Bezug auf die Kindersterblichkeit im letzten, wie im vorletzten Jahrzehnt erhalten; je weniger Frauen beschäftigt wurden, um so geringer war die Mortalitätsziffer der Kinder.

Dr. Reid plaidirt für eine Beschränkung der Frauenarbeit wenigstens soweit, dass die Mutter 3 Monate nach der Entbindung erst zur Arbeit zugelassen werden darf.

Die übrigen Vorträge betreffen die chronische Messingvergiftung, die oft für Phthise gehalten wird, und wahrscheinlich auf Kupfereinwirkung beruht, die Phosphornekrose, die das Verbot des gelben Phosphors nothwendig macht, die Giftwirkungen des Naphthalins und anderer aromatischer Substanzen, ferner jene Art der Bleivergiftung, die bei Spiegelpolirern nach Anwendung eines Pulvers aus Blei, Zinn, Antimon und Wismuth beobachtet wird. Dr. Mayer-Simmern.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber den Werth des alkalischen Hämatoporphyrins für den forensischen Blutnachweis. Von Prof. Dr. Ernst Ziemke-Halle. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen. III. F., Bd. XXII, 2. Heft, S. 230.

Um bei Anwendung der Kratter'schen Hämatoporphyrinprobe den störenden Einfluss der organischen Substanz auszuschlieschen, hat Verfasser ein Verfahren ausgearbeitet, welches die Grenzen der Hämatoporphyrinprobe erweitert und auf der Darstellung des alkalischen Hämatoporphyrins beruht. Das blutverdächtige Material wird im Becherglas mit konzentrirter Schwefelsäure 24 Stunden stehen gelassen, die Lösung durch Glaswolle filtrirt und das Filtrat in das Vielfache von destillirtem Wasser geschüttet. Nun wird mit starker Ammoniaklösung neutralisirt und der sich bildende flockige Niederschlag mehrfach durch Dekantiren gewaschen. Auf dem Filter gesammelt und an der Luft getrocknet wird er mit gleichen Theilen absolutem Alkohol und starker Ammoniaklösung verrieben und filtrirt. Die resultirende mehr oder weniger dunkelrothe Flüssigkeit zeigt vor dem Spektrum die charakteristischen Streifen des alkalischen Hämatoporphyrins. Selbst Blutspuren, denen reichlich Papierschnitzel, Sägespäne und Erde beigemengt waren, die also viel organische, verkohlbare Substanz enthielten, gaben in allen Fällen das erwähnte Spektrum einwandfrei. Autoreferat.

Die Farbe der Todtenflecke bei der Cyanvergiftung. Von Landgerichtsarzt Dr. Max Richter-Wien. Ibidem; S. 264.

Verfasser hat 34 Fälle von Cyanvergiftungen auf die Farbe ihrer Todtenflecke hin untersucht und kommt auf Grund seiner Erwägungen zu der Ansicht,

dass die meisten Angaben über den Befund von hellrothen Todtenflecken bei der Vergiftung durch Cyanpräparate als solche zu bezeichnen sind, welche durch eine einwandsfreie Kasuistik ebensowenig, wie durch theoretische Betrachtungen über das Wesen der Cyanvergiftung und die Bildung der Hypostasen genügend gestützt werden; weiter, dass die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Vergiftung und dem Vorkommen von hellrothen Todtenflecken nur für die Fälle gerechtfertigt ist, in denen die Farbe der Todtenflecke überall eine hellrothe ist, und die Möglichkeit ausgeschlossen erscheint, dass diese Färbung in der Kältewirkung oder der nachträglichen Oxydation von violetten Todtenflecken ihren Grund hatte. Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Kann man eine Nebenplazenta von einem Plazentarrest unterscheiden? Von Geh. Med.-Rath Prof. H. Fritsch. Ibidem; S. 210.

Zur Entscheidung der Frage, ob eine Nebenplazenta von einem Plazentarrest zu unterscheiden ist, muss sich der Sachverständige drei Unterfragen stellen: Die erste, welche lautet: „Kann auch bei spontanem Abgang der Plazenta resp. bei dem üblichen Herausdrücken von aussen und zweifelloser Unterlassung jedes innern Eingriffes ein Stück Plazenta zurückbleiben", wird vom Verfasser bejaht. Der Befund eines Stückes Plazenta im Uterus kann nicht als ein unumstösslicher Beweis dafür gelten, dass die Hebamme mit der Hand die Plazenta zerrissen resp. unerlaubt intrauterine Lösungsversuche vorgenommen hat. Zweifellos aber, — und dies ist die Beantwortung der zweiten Unterfrage, muss die Hebamme erkennen, ob die Plazenta vollständig ist oder nicht. Drittens kann von der Hebamme oder vom Vertheidiger behauptet werden, die Plazenta sei vollständig gewesen, das bei der Sektion gefundene Stück sei eine Nebenplazenta, eine Plazenta succenturiata. Wenn das Plazentarstück nicht asservirt ist, lässt sich dieser Einwand nicht widerlegen. Ist es aber vorhanden, so ist der Sachverständige im Stande, die Differentialdiagnose zwischen Plazenta succenturiata und einem von der Plazenta herausgerissenen oder von ihr abgestreiften Stücke, mag es vom Rande oder von der Mitte stammen, mit Sicherheit zu stellen. Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Geburtshilfliche, tödtliche Fahrlässigkeit eines Arztes. Von Reg.- u. Med.-Rath Dr. Borntraeger-Danzig. Ibidem; S. 302.

Zu einer 37jährigen Frau auf dem Lande, bei der die Geburt schon 2 mal durch Perforation des Kindeskopfes beendet worden war, wurde ein Arzt 3 Stunden nach dem Blasensprung gerufen. Die Kreissende war bei guten Kräften, es bestand Kopflage, mit Ausnahme des platten Beckens keine Komplikation. Nach vergeblichen Versuchen, das Kind mit der „sogenannten grossen" Zange zu extrahiren, wurde die Wendung gemacht und extrahirt. Da der Kopf nicht folgte, wurden wieder Versuche zur Extraktion mit der Zange gemacht, die aber nur den Erfolg hatten, dass ein Handteller grosses Stück Gebärmutter zu Tage gefördert wurde. Schliesslich trennte der Arzt den extrahirten Rumpf von dem Kopf mittels Durchschneiden des Halses mit dem Taschenmesser. Bei der Obduktion fand man schwere Zerfetzungen und Abreissungen der Scheide vom Uterus, Risse in der hinteren Blasenwand; aus der vorderen Uteruswand war ein Handteller grosses Stück herausgerissen; der Dickdarm war in Länge von 18 cm von seinem Mesenterium abgerissen, das Bauchfell vielfach durchrissen und durchlöchert. Der Arzt wurde zu 1 Jahr Gefängniss verurtheilt. Er hatte es übrigens auch unterlassen, sich über den Grad der Beckenverengung zu unterrichten, da man so etwas wohl an der Leiche, aber „naturgemäss" nicht an der Lebenden feststellen könne.
Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Ein Fall von Atropinvergiftung. Von Dr. Max Selo, praktischer Arzt in Berlin. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 48.

Ein 11jähriger Knabe trank ein Fläschchen Atropinlösung (Atropin sulf. 0,05 : 10,0) bis auf einen kleinen Rest leer. Der drei Stunden später gerufene Arzt erfuhr, dass der Knabe häufig das Kloset aufsuchte und sich sehr unruhig verhielt. Diese Unruhe steigerte sich allmählich bis zur Tobsucht, so dass er sich mit einer Geschwindigkeit und einem Kraftaufwande

im Bette umherwarf, dass zwei kräftige Personen ihn kaum halten konnten. Dabei schrie und redete er allerhand unverständliche Worte vor sich hin und reagirte auf Anrufen nicht. Seine Haut- und Gesichtsfarbe war bleich, der Puls klein und enorm schnell; die Pupillen waren ad maximum erweitert und reaktionslos; bei stärkerem Lichtreiz steigerte sich die Tobsucht deutlich wahrnehmbar.

Nachdem die Lösung schon drei Stunden genommen war, schien von einer Magenausspülung nichts mehr zu hoffen; der Arzt verordnete daher einen Essigwassereinlauf sowie ein Klysma von 0,5 Chloralhydrat, worauf sich die Tobsucht legte und alsbald Schlaf eintrat. Derselbe hielt jedoch nur zwei Stunden an; es trat dann derselbe Aufregungszustand wieder ein, wie er die ganze Nacht angehalten hatte. Andern Morgens wurde der Knabe bedeutend ruhiger, phantasirte zwar noch zeitweise, sah weisse Mäuse, suchte im Bett nach Geld, gab aber auf die Fragen des Arztes ganz vernünftige Antworten.

Nach 14 Tagen klagte der Knabe noch über zeitweise auftretenden Kopfschmerz, Trockenheit im Halse und über Sehstörungen beim Lesen kleiner Schrift.

So verlief diese Atropinvergiftung, bei welcher fast das 50fache der Maximaldosis für Erwachsene von einem durchaus nicht kräftig entwickelten Knaben aufgenommen wurde, ohne verhängnissvollen Ausgang.

Dr. Waibel-Kempten.

Neue Beiträge zur Würdigung der Intussusception in klinischer und forensischer Beziehung. Von Dr. A. Kühner. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1901, Nr. 94.

Verfasser bespricht in anschaulicher Weise einen Vortrag von Edmund Owen über Intussusception und knüpft hieran folgende Bemerkungen:

Die Haftbarkeit des Arztes beruht entweder auf Vertrag oder auf Gesetz. Die Hülfe, die der Arzt dem Kranken leistet, ist rechtlich den Vorschriften über den Dienstvertrag unterworfen. Der Arzt ist der Dienstverpflichtete, der Kranke der Dienstberechtigte.

Juristen haben mehrfach versucht, die Verpflichtungen des Arztes, die Zurechnung vor dem Straf- und Zivilgesetze zu präzisiren. Das ist aber unmöglich, schon Casper betont, dass der gerichtsärztliche Praktiker sich niemals über juristische Materien aussprechen soll, denn hierin gilt er nicht für sachverständig, ebenso wie wir den Richter in medizinischen Dingen nicht für sachverständig halten.

Im konkreten Falle der Intussusception könne der Arzt straf- und zivilrechtlich verantwortlich gemacht werden wegen Vornahme, aber auch wegen Unterlassung der Operation.

Als Richtschnur könne vielleicht der Satz dienen: Die Laparotomie soll vorgenommen werden, sobald sich der Arzt im Zweifel und der Kranke in Gefahr befindet.

Gerichtsarzt Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Ueber Krankheitseinsicht. Von Dr. Karl Heilbronner, Privatdozent und Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik zu Halle a. S., Allgm. Zeitschr.; 58. Bd., 4. H, 1901.

Für das Verständniss von psychischen Störungen ist die Frage, wie der Kranke selbst seinen Störungen gegenüber steht, von grösster Bedeutung und zwar nicht nur in diagnostischer Hinsicht, sondern auch für Prognose und ganz besonders bei Beurtheilung des Ablaufes einer Psychose. Man hat mit Pick die Gesammtheit dieser Erscheinungen als Krankheitsbewusstsein bezeichnet und unterscheidet in diesem drei Gruppen von Erscheinungen: Einmal das Krankheitsgefühl: es ist die Empfindung einer eingetretenen Veränderung, die jedoch — als Beispiel dient der hypochondrisch Verrückte — nicht der Erkenntniss einer krankhaft veränderten Psyche entspringt, sondern auf dem Wege von Erklärungswahnideen aus dem Gefühle des körperlichen Krankseins geschöpft werde. Als zweite Gruppe ist das Krankheitsbewusstsein im engeren Sinne zu nennen. Der Kranke hat die Empfindung der mangelnden psychischen Leistungsfähigkeit oft in übertriebener — von depressiven Ideen beherrschter — Schwere. Nach H. handelt es sich um prognostisch günstige Fälle bestimmten Verlaufs. Viel komplizirter ist die Beurtheilung der Krankheitseinsicht; H. spricht

von Krankheitseinsicht, wenn nicht nur das Gefühl der Veränderung vorhanden ist und das Bewusstsein besteht, dass die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen durch krankhafte Momente bedingt ist, sondern wenn der Kranke auch den einzelnen Symptomen eine objektive Kritik, eine Beurtheilung vom „Laienstandpunkt" entgegenbringt. Eine solche Einsicht findet sich nicht selten bei Beginn akuter Psychosen, z. B. bei rezidivirender Manie, bei Delirium tremens. Die Krankheitseinsicht ist hier gebunden an die „Erfahrung aus früheren Attaken", oder sie tritt nach Abklingen oder Korrektur einzelner Symptome „retrospektiv" ein. Bei einer gewissen Kategorie von Schwachsinnigen findet man eine vollkommene Einsicht für ihren Zustand; es handelt sich hier aber mehr um das Resultat von Lebenserfahrungen. In einer gewissen Verwandtschaft zu diesen steht eine Reihe psychisch abnormer Verbrecher, die ohne wirkliche Einsicht für das Abnorme ihrer Persönlichkeit, sich in schwierigen Lagen mit Vorliebe auf ihre Geisteskrankheit, deren Diagnose sie gleich mitbringen, zu berufen pflegen. Im Allgemeinen stellt sich die Krankheitseinsicht jedoch stets durch retrospektive Korrektur ein. Sie kann einmal direkt kritisch eintreten, indem der Kranke — es handelt sich um stürmisch verlaufende Psychosen, insbesondere um Delirium tremens — nach einem tiefen Schlaf mit voller minutiöser Krankheitseinsicht erwacht. Eine Erklärung für diese auffallend schnelle Einsicht ist noch nicht in ausreichender Weise gefunden worden. In andern Fällen gleicher Form stellt sich jedoch diese Einsicht erst allmählich — lytisch — ein; der Kranke gelangt erst successive zu einer Korrektur seiner Wahnvorstellungen. Erschwert wird in allen Fällen diese letztere, wenn der Kranke bereits Erklärungswahnideen ausgebildet hat. Als Typus dieser, meist in Heilung auslaufender Psychosen, die auf dem Wege der Erklärungswahnideen zur Einsicht gelangen, führt H. die akute Halluzinose Wernicke's (akuter Wahnsinn anderer Autoren) an. Nicht selten stellt sich jedoch die Einsicht nur theilweise wieder her, während ein geringer Rest Wahnideen hartnäckig festgehalten wird. Die Beachtung dieses „Residualwahnes", in dem meist, wie Bonhoeffer nachgewiesen hat, Gedankengänge des gesunden Lebens bestehen bleiben, giebt der forensischen Begutachtung höchst wichtige, neue Gesichtspunkte. Die anatomische Forschung wird schliesslich, wie H. besonders hervorhebt, bei dem oft schnellen Wechsel von Krankheit und Einsicht mit der Verwerthung von Gehirnbefunden bei akuten Psychosen besonders vorsichtig sein müssen. Dr Pollitz-Münster.

Ueber Spiritismus und Geistesstörung. Von Dr. R. Henneberg, Assistent der psychiatrischen und Nervenklinik der Königlichen Charité (Prof. Jolly). Arch. f. Psych.; 34. Bd., 3. H.

H. weisst in einer sehr interessanten Studie darauf hin, dass der moderne Geister- und Dämonenglaube, der sich seit etwa Mitte des vorigen Jahrhunderts unter dem Namen Spiritismus aus Amerika nach Deutschland verbreitet hat, eine nicht ganz unbedeutende Rolle beim Ausbruch von Psychosen spielt. Sowohl in den gebildeten spiritistischen Zirkeln wie in den weniger gebildeten werden vorzüglich dreierlei Prozeduren vorgenommen: einmal das Tischrücken und Tischklopfen, ferner das Psychographiren, d. h. automatisches Schreiben, sei es mittels eines bestimmten Apparates, sei es mittels einfachen Bleistiftes, dessen automatisch entstehende Striche und Schriftzüge entsprechende Deutung als Mittheilungen der Geister, bezw. eines Kontrol- oder Schutzgeistes finden; als dritte Prozedur ist Reden in Exstase — im Trance-Zustand — zu nennen. Hier handelt es sich um eine Autohypnose oder um spontanen Somnambulismus, der nicht selten von „Medien" vorgetäuscht, immer wieder neue Gläubige für die Sache des Spiritismus erwirbt. (Es sei hier an die Abhandlung von Bohn — cf. Ref. d. Zeitschr., Jahrg. 1901, H 8 — erinnert.

H. weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass einem Medium, das in zweifellos somnambulen Zustande strafbare Handlungen begeht, der Schutz des §. 51 zukomme. Ein entsprechendes Gutachten hat Forel in einem derartigen Falle bereits abgegeben. H. theilt 8 Fälle von Psychosen mit, die in Folge intensiver Beschäftigung mit spiritistischen Dingen ausbrachen und sich klinisch meist als hysterische Psychosen dokumentirten. Es ist dabei jedoch von Interesse, dass es sich nicht nur um schwer belastete, sondern auch um psychisch intakte Individuen handelte, ein Umstand, der die Gefahr derartiger

Prozeduren sehr deutlich erkennen lässt. Aus den mitgetheilten Krankengeschichten geht hervor, dass der Inhalt der Wahnideen und Halluzinationen sich regelmäseig auf die Geisterwelt, deren Befehle und Mittheilungen bezogen. — Die grosse gerichtsärztliche Bedeutung des Spiritismus wird von H. am Schlusse besonders betont, nicht nur dem Verbrecherthum giebt er ein bequemes Mittel in die Hand, auch die bedenklichste Kurpfuscherei durch „Heilmedien" wird von ihm gefördert und findet bei psychisch abnormen Personen einen sehr dankbaren Boden. Dr. Pollitz-Münster.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Begriff „Unfall". Entscheidung des Reichsgerichts (VI. C.-S.) vom 7. Oktober 1901.

Das Gesetz giebt keine Definition des Begriffes „Unfall". Nach dem Wortsinne ist aber unter Unfall ein bestimmtes Ereigniss zu verstehen, welches schädliche Folgen herbeigeführt hat. Das bezeichnete Gesetz geht offenbar auch von diesem Begriff des Unfalls aus; denn es setzt mehrfach Fristen fest — vergl. §. 5 Abs. 2, 59 —, welche mit dem Eintritte des Unfalls beginnen. Es muss also mit dem Worte „Unfall" ein zeitlich bestimmbares, einzelnes Ereigniss gemeint sein, da sonst nicht ermittelt werden könnte, von wann ab die Frist zu berechnen ist. Es ist auch nicht etwa die eingetretene schädliche Folge, die Gesundheitsbeschädigung oder der Tod des Verletzten als Beginn der Frist festgesetzt. Denn es ist im §. 59 Abs. 2 ausdrücklich bestimmt, dass einer Anmeldung nach Ablauf der Frist — nämlich später als 2 Jahre nach dem Eintritte des Unfalls — dann Folge zu geben ist, wenn zugleich glaubhaft gemacht ist, dass die Folgen des Unfalls erst später bemerkbar geworden sind. An einem solchen Ereigniss, nach dem sich die festgesetzten Fristen berechnen liessen, würde es aber fehlen, wenn unter Unfall auch eine Gesundheitsbeschädigung zu verstehen wäre, die durch eine längere Zeit, vielleicht jahrelang dauernde schädliche Einwirkung auf den Körper eines Menschen hervorgerufen ist. Diese Grundsätze hat das R. G. auch nicht nur in dem vom B. G. zitirten Urtheile des III. C. S. vom 6. Juli 1888 — Entsch. Bd. 21 S. 77 — sondern vielfach ausgesprochen. Auch wird diese Ansicht von dem Reichsversicherungsamt und in der Literatur vertreten. Das Vorbringen der Revision ist nicht geeignet, die Richtigkeit vorstehender Ausführungen zu widerlegen. Für den Begriff des Unfalls im Sinne des zitirten Gesetzes ist es unerheblich, ob dem Versicherten ein Schaden während eines ordnungsmässigen Betriebes entstanden ist oder ob der Schaden durch eine ordnungswidrige Art des Betriebes hervorgerufen ist. Denn nach dem Gesetze — §§. 1, 5 und 6 — soll für alle bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle, welche der Verletzte nicht vorsätzlich herbeigeführt hat, Schadenersatz geleistet werden. Die Frage, ob ein Unfall vorliegt, ist daher nicht davon abhängig, ob seitens des Betriebsunternehmers die erforderlichen Vorsichtsmassregeln beobachtet sind, sondern nur davon, ob ein einzelnes bestimmtes Ereigniss den eingetretenen Nachtheil verursacht hat. Der Gang der neuen Gesetzgebung spricht ebenso wenig für die Ansicht der Revision. Die im bürgerlichen Rechte bestehende Verbindlichkeit zum Schadenersatze ist zunächst durch das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 erweitert, welches, abgesehen von dem Eisenhahnbetriebe, für gewisse Betriebsunternehmer eine Haftpflicht festgesetzt, wenn durch ein Verschulden ihrer Bevollmächtigten oder Betriebsleiter ein Mensch getödtet oder körperlich verletzt ist. Das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juni 1884 geht einen Schritt weiter und giebt dem Verletzten, bezw. seinen Hinterbliebenen in bestimmten Fällen einen Schadensersatzanspruch auch dann, wenn der Tod oder die Körperverletzung durch einen bei dem Betriebe sich ereignenden Unfall herbeigeführt ist, ohne den Nachweis eines Verschuldens des Betriebsunternehmers oder seiner Angestellten zu verlangen. Erst das Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 billigt unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherten, wenn sie überhaupt dauernd erwerbsunfähig geworden sind, einen Anspruch auf Invalidenrente zu. Es bestimmt aber im §. 9 Abs. 2, dass eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit begründet, als nicht eine Rente nach dem Unfallversicherungsgesetze zu leisten ist. Die moderne Gesetz-

gebung unterscheidet also sehr wohl, ob Jemand durch einen Unfall oder ohne solchen durch den Betrieb zu Schaden kommt und schliesst allerdings im letzteren Falle den Beschädigten von den Wohlthaten des Unfallversicherungsgesetzes aus.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die Agglutination der Tuberkelbazillen und über die Verwerthung dieser Agglutination. Von Robert Koch. Nach einem Vortrage, gehalten auf Veranlassung des Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Volksheilstätten in einem am 26. Oktober d. J. in Berlin abgehaltenen Informationskurse der Heilstätten-Chef-Aerzte. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1901; Nr. 48.

Koch giebt zunächst eine genaue Beschreibung des von ihm wesentlich vereinfachten Agglutinationsverfahren für Tuberkelbazillen, die sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben lässt und daher im Text nachgelesen werden muss. Es lag ihm vor allem daran, festzustellen, ob die bei anderen spezifischen Bakterien gemachte Beobachtung, dass das Blutserum eines mit denselben behandelten Thieres nach gewisser Zeit eben diese Bakterien zu agglutiniren vermag und dann zugleich immunisirende Fähigkeit enthält, auch für die Tuberkelbazillen zutrifft. Bei den in dieser Hinsicht mit Thieren angestellten Versuchen stellte sich heraus, dass das spontane Agglutinationsvermögen bei verschiedenen Arten von Thieren (Kaninchen, Ziegen, Rinder, Pferde) ein wechselndes ist und bei Arten, die in der Regel keine oder wenigstens keine erhebliche Agglutination besitzen, einzelne Individuen mit verhältnissmässig hohen Agglutinationswerthen angetroffen werden. Koch gelang es weiterhin, das Agglutinationsvermögen bei den Versuchsthieren sehr leicht und künstlich ausserordentlich zu steigern; dabei stellte sich heraus, dass die Grösse des Agglutinationsvermögens und die Immunität in einem gewissen Verhältniss zu einander stehen; je grösser das erstere, desto höher die letztere, so dass jenes einen Werthmesser für den erzielten Grad der Immunität gegen Tuberkelbazillen bildet.

Die Leichtigkeit, mit der es gelungen war, bei Thieren die Agglutination und den Bestand an Schutzstoffen so ungemein zu erhöhen, musste die Frage aufdrängen, ob es nicht möglich sei, auch dem menschlichen Organismus in seinem Kampfe gegen die zerstörenden Einflüsse der Tuberkulose durch die künstliche Erzeugung von Schutzstoffen zu Hülfe zu kommen. Auch mit dieser Frage hat sich Koch beschäftigt und glaubt, sie in befriedigender Weise gelöst zu haben. Durch Versuche an Thieren ermittelte er zunächst die Form, Dosis und Applikationsweise für die Anwendung der Tuberkelbazillenkulturen, um möglichst bald hohe Agglutinationswerthe zu erzielen. Es stellte sich heraus, dass dies am besten erreicht wird, wenn die Gesammtmasse der Tuberkelbazillen zu feinstem Staub verarbeitet, subkutan oder intravenös injizirt wird. Die Versuche am Menschen ergaben dann, dass mit geringen Dosen zu beginnen (0,0025 mg), hierauf aber mit ein bis zweitägigen Pausen die Dosis sehr schnell zu steigern ist, jedesmal um das 2—5fache, bis ausgesprochene Reaktionen mit Temperaturerhöhungen von $1^1/_2$ bis 2^0 eintreten, wonach viel längere Pausen gemacht werden müssen. Ueber die erzielten Ergebnisse sagt Koch:

„Dass bei unseren Phthisikern das Auftreten des Agglutinationsvermögens in der That mit der Bildung von Schutzstoffen verbunden war, glauben wir daraus schliessen zu können, dass sich das Befinden derselben von dem Zeitpunkte ab, wo ihr Serum agglutinirende Eigenschaften angenommen hatte, sichtlich besserte. Der Appetit stellte sich ein, und dementsprechend nahm das Körpergewicht, welches bis dahin im Sinken begriffen war, wieder zu, und zwar oft in ganz beträchtlichem Masse. Die Nachtschweisse hörten auf, die Rasselgeräusche nahmen vielfach ab, und ebenso die Menge des Auswurfs. Bei manchen Kranken verschwand der Lungenauswurf vollständig, und damit schwanden selbstverständlich auch die Tuberkelbazillen. Die auffallendste Erscheinung in dieser Beziehung war aber das Verhalten der Temperatur. Bei solchen Kranken, welche keine erhöhte Temperatur hatten, haben wir niemals nach dem Ablauf der Reaktionen das Auftreten von Temperatursteigerungen gesehen, welche als eine Folge dieser Reaktionen hätten gedeutet werden

können. Im Gegentheil haben wir regelmässig beobachtet, dass bei fiebernden Phthisikern mässige und mittlere Temperatursteigerungen durch die Reaktionen günstig beeinflusst wurden."

Koch hält es nicht für nothwendig, dass die Kranken, die bei vorgeschrittenem Stadium der Phthise 1/2 Jahr und länger behandelt werden müssen, während der ganzen Zeit in einer Krankenanstalt sich befinden. Sobald grössere Dosen (bis 20 mg) erreicht und die Reaktionen geringer geworden sind und die Injektionen nur noch alle 2—4 Wochen gemacht zu werden brauchen, genügt ambulante Behandlung. Am Schluss betont er, dass die immunisirende Behandlung der Tuberkulose sich in keiner Weise im Gegensatz zu anderen Behandlungsmethoden befindet und im Besonderen da am Platze ist, wo diese sich nicht mehr als leistungsfähig erweisen. Auch in den Lungenheilstätten werde man bei vorgeschrittenen Phthisen einen nützlichen Gebrauch davon machen können. Rpd.

Zur Aetiologie des Typhus. Von Stabsarzt Dr. Schüder. Aus dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; 1901, XXXVIII. Bd., 3. H.

Verfasser giebt eine vergleichende Zusammenstellung von ermittelten Ursachen für 638 Typhusepidemien, die er auf Grund der in- und ausländischen Literatur für die Jahre 1870—1899 ermittelt hat und bei denen eine einzige Ursache für die Ausbreitung bestimmt angegeben war. Die Epidemien vertheilen sich auf 14 Länder; Deutschland ist darunter mit 377, England mit 140, Frankreich mit 66, Amerika mit 25 u. s. w. Epidemien betheiligt. Danach ist Wasser bei Weitem am häufigsten als Ursache beschuldigt: in 70,8 % der Fälle (Leitungswasser 11,8, Brunnenwasser 20,9, Wasser aus Flüssen, Bächen u. s. w. 8,9 und ohne nähere Angabe 29,2 %); dann folgte in sehr weitem Abstand die Milch mit 17 % und abermals mit grösserem Abstand die übrigen Nahrungsmittel mit 3,5 %, während alle übrigen Ursachen (Kleidungsstücke und Betten [1,8 %], infizirte Latrinen [0,9 %], Dünger [0,5 %], Verunreinigung des Bodens [1,5 %], Aufwühlen desselben [1,2 %], Staub, Luft und Wind [1,3 %], Grundwasser [0.6 %], Begräbnisse von Typhusverstorbener [0,3 %], Ueberschwemmungen [0,1 %]) völlig in den Hintergrund treten. Bei den 110 Milchinfektionen ist ausserdem 29 Mal mit Bestimmtheit die Spülung der Gefässe mit infizirtem Wasser als Ursache angegeben, also dieses ebenfalls der eigentliche Infektionsträger, auch unter den Epidemien durch andere Nahrungsmittel spielt das Wasser zum Theil diese Rolle, so dass sich dadurch die betreffende Prozentzahl auf 77,4 % (über 3/4 der Gesammtzahl) erhöht.

Als Anhalt für die Uebertragung des Typhus von Person auf Person hat Verfasser das Material in den einzelnen Krankenhäusern, Kliniken und Militärlazarethen benutzt. Daraus ergiebt sich, z. B. aus den Sanitätsberichten der preussischen, sächsischen und württembergischen Armeekorps, dass in 16 1/2 Berichtsjahren (1881/97) unter 23554 Typhuskranken sich 1012 = 4,3 % Lazarethgehülfen und Krankenwärter befanden. Bei anderen Krankenhäusern schwankten die Spitalinfektionen zwischen 0,3—5,5 %; Zivil- und Militärkrankenanstalten zusammen ergiebt bei 35647 Typhusfällen 1179 Erkrankungsfälle (3,3 %) des Pflegepersonals.

Schüder sagt daher mit Recht:

Der Typhuserreger muss im Wasser in erster Linie bekämpft werden. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es nöthig, überall infektionssichere Wasserentnahmestellen für Trink- und Gebrauchswässer zu schaffen und zu erhalten, und zwar nicht nur für grosse Städte, sondern auch für jedes kleinste Grundstück auf dem Lande. Ferner sind sämmtliche offene Gewässer von Typhuserregern frei zu halten, und um dieses zu erreichen, alle Abgänge von Typhuskranken sicher zu desinfiziren. Nothwendig ist weiterhin eine sichere Frühdiagnose für Typhus und die diagnostische Feststellung der nicht minder infektionsgefährlichen Leichtkranken; desgleichen bedarf das Warte- und Pflegepersonal eines besonderen Schutzes, der sich vielleicht am sichersten durch Präventiv-Impfungen mit abgetödteten Typhusbazillen erreichen lässt. Rpd.

Zur Bakteriologie der Typhuspneumonieen. Aus der bakteriologischen Untersuchungsstation des königl. Garnisonlazareths Würzburg. Von

Dr. A. Dieudonné, Stabsarzt und Privatdozent in Würzburg. Zentralblatt für Bakteriologie etc.; XXX. Band, Seite 481.

Für die Bekämpfung des Typhus ist es von grosser Bedeutung, diejenigen Fälle, welche sich klinisch nicht als Typhus erkennen lassen, sondern unter wesentlich anderen oder überhaupt nur geringen Erscheinungen verlaufen, rechtzeitig festzustellen und sanitätspolizeilich unschädlich zu machen. Nachdem schon Stühlern (Zentralblatt für Bakt., XXVII. Band) 2 Fälle von lobärer Pneumonie beschrieben hatte, bei denen intra vitam Typhusbazillen als Krankheitsursache im Sputum bezw. Lungensaft festgestellt worden waren, beschreibt Verfasser in der vorliegenden Mittheilung einen weiteren Fall, welcher hauptsächlich unter dem Bilde einer Pneumonie verlief und Typhusbakterien im Sputum zeigte. Zu gleicher Zeit wurden Roseolen ermittelt und die Gruber-Vidal'sche Reaktion mit positivem Erfolge ausgeführt. Milzschwellung trat erst später auf.

Von der grössten Bedeutung für die sanitätspolizeiliche Verwerthung dieses Falles war die langdauernde Fortexistenz der Typhusbakterien im Auswurf während der Rekonvalescenz, welche ebenso wie das lange noch in der Erholungszeit beobachtete Vorhandensein von Typhusbazillen im Urin zur grössten Vorsicht in der Behandlung der Typhusrekonvaleszenten mahnt.

Dr. Dietrich-Berlin.

Beitrag zur Aktinomykose des Menschen. Von A. Poncet. Comtes rendus de soc. biol.; 1901, S. 807.

Viele diagnostischen Fehler werden noch in Bezug auf die Aktinomykose[1]) begangen, insofern, als man bei chronischen Eiterungen nicht genug an Aktinomykose denkt; der Verfasser hat auf dem Lande sowohl, wie in grossen Städten, z. B. Paris, Lyon, häufig Beispiele beobachtet und erinnert daran, dass man bei jeder Zahnphlegmone, besonders wenn sie alt ist, und sich mit einer frühzeitigen und dauernden Kiefersperre vergesellschaftet, an Aktinomykose denken muss. Dasselbe gilt für Fistelbildungen am Abdomen, die mit dem Darm kommuniziren, geschwulstähnliche, tiefliegende, harte Massen darstellen; ferner für fistulöse Bildungen am Damm, wenn der Harnapparat unverletzt ist und ein Zusammenhang mit Mastdarm und After fehlt. Aktive Lokalbehandlung: Inzision, Kurettement, breite Drainage der Herde und Jodbehandlung geben in alten Fällen keinen Erfolg mehr; daher muss der Arzt die Diagnose so früh als möglich stellen. Dr. Mayer-Simmern.

Experimental-Untersuchungen über Händedesinfektion. Von Prof. Dr. Paul und Prof. Dr. Sarwey in Tübingen. Münchener medizinische Wochenschrift; Nr. 36, 37 und 38, 1901.

Nach einem kurzen geschäftlichen Rückblick über die Desinfektionsmethode der Hände nach P. Fürbringer konstatiren die Verfasser, dass das Vertrauen, welches man ursprünglich in die P. Fürbringer'sche Händedesinfektion setzte, mit dem Fortschreiten der experimentellen Prüfungstechnik ziemlich erschüttert worden ist. Bei der Verbreitung, welche diese Händedesinfektionsmethode trotzdem noch heutigen Tages in Kliniken, wie auch bei praktischen Aerzten besitzt, hielten es die Verfasser für nöthig, selbst eine Reihe von Versuchen unter Zugrundelegung ihrer in der ersten Abhandlung (siehe Referat in dieser Zeitschrift; 1900, Nr. 17, S. 571) ausführlich dargelegten Versuchsanordnung anzustellen und kamen zu dem wenig erfreulichen Schlusse, dass es auch mit Hülfe so starker Bakteriengifte, wie es die Quecksilberverbindungen in Form von Sublimatäthylalkohol, Sublimataceton, Sublimatmethylalkohol, wässeriger Quecksilbercitrat-Athylendiaminlösung, wässeriger Quecksilbersulfat-Athylendiaminlösung, Sublimatlanolin darstellen, die Haut der Hände keimfrei zu machen nicht gelingt, mögen wir das Sublimat in wässeriger Lösung mit Alkohol kombinirt nach der P. Fürbringer'schen Methode oder nach dem von C. S. Haegler modifizirten Verfahren der P. Fürbringer'schen Händedesinfektion (nach vorausgegangener Entfettung der Haut mit Boluspaste) zur Anwendung bringen, mögen wir andere Lösungsmittel, wie Aceton und Methylalkohol benutzen, mögen wir die Haut mit sublimathaltigen Salben ein-

[1]) Vergl. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901, S. 287, 418, 584.

reiben oder konzentrirte wässerige Lösungen von komplexen Quecksilber-Athylendiaminverbindungen verwenden.

Der Keimgehalt der Hände bleibt auch dann noch sehr bedeutend, ja überraschend gross, wenn wir die Hände unmittelbar nach beendigter Desinfektion, ohne vorhergegangene Behandlung mit Schwefelammonium auf ihren Keimgehalt prüfen. In dem einen Fall, wo es den Verfassern nicht gelang, vor der Behandlung mit Schwefelammonium entwickelungsfähige Keime zu entnehmen (Sublimatmethylalkohol), und in den wenigen Fällen, wo die Zahl der entnommenen Keime nur gering war (Sublimatalkohol und Sublimataceton) traten sofort mehr oder weniger zahlreiche Keime auf, wie die Haut mit Schwefelammonium behandelt wurde.

Schliesslich glauben die Verfasser die Frage, ob man deshalb auf die Desinfektion der Hände mit Quecksilberverbindungen, speziell mit Sublimat, gänzlich verzichten soll, mit „nein" beantworten zu müssen und sich der Meinung C. S. Haegler's anzuschliessen: „Wir suchen das Mögliche zu erreichen, wenn das Ganze unerreichbar ist, und die Sublimatdesinfektion ist ohne Frage ein Hülfsmittel mehr für diesen Zweck."

Die Untersuchungen der Verfasser sollen zeigen, dass die bisher angegebenen Desinfektionsmethoden, welche auf Giftwirkung des Sublimats und anderer Quecksilberverbindungen beruhen, unzulänglich sind; sie sollen aber auch anregen, in der bisherigen Richtung weiter zu arbeiten, neue Verbindungen zu prüfen und neue Methoden zu schaffen. Die Erreichung des Zieles erscheint den Verfassern nicht hoffnungslos. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Hände-Desinfektion. Von Dr. Franz Nagelschmidt, Volontärassistent an der Königlichen Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin. Fortschritte der Medizin; 1901. Nr. 32 u. 34.

Verfasser bringt ein sehr sorgfältiges Referat über die ausserordentlich reichhaltige Litteratur zur Frage der Hände-Desinfektion, in dem er gleichzeitig die zahlreichen, von den verschiedensten Seiten empfohlenen Methoden in sachgemässer Weise kritisirt. Das Ergebniss seiner Betrachtung stellt er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bakteriologische Sterilität der Hände lässt sich mit unseren bisherigen Desinfektionsmethoden nicht sicher erreichen.
2. Dieselbe ist zum aseptischen Verlauf von Operationswunden nicht unbedingt nothwendig.
3. Deshalb können wir uns im Allgemeinen auf die Wirkung der Händedesinfektion verlassen.
4. Es existiren viele Methoden, die den praktischen Bedürfnissen genügen. Zweckmässig erscheint folgendes Schema:
   a) mechanische Reinigung (heisses Wasser, Seife, Bürste, Holzfasertupfer, Marmorseife, Sandseife, Ubrigin);
   b) Alkohol in 50 proz. Verdünnung;
   c) chemisches Desinfiziens (Sublimat, Karbol, Quecksilberäthylendiamin, Lysol, Lysoform etc.)

oder b) und c) als 1 ‰ Sublimatalkohollösung vereint.

5. Von grösster Wichtigkeit ist die Prophylaxe septischer Infizirung der Hände. Zu ihrer Durchführung ist der Gebrauch von Fingerlingen und undurchlässigen Handschuhen indizirt. Speziell der Landarzt, der des Morgens eben ein Panaritium oder Erysipel behandelt hat und vielleicht kurz darauf eine Wendung machen muss, wird es hoffentlich bald geradezu als einen Kunstfehler ansehen, wenn er unter derartigen Verhältnissen nicht sich und seine Patienten durch impermeable Handschuhe vor Infektion schützt.
6. In gewissen Fällen (Zeitmangel, Gelenkoperationen, geburtshülfliche Eingriffe und dergl.) können Gummihandschuhe mit Erfolg angewandt werden.

Rpd.

Bericht der Abwässerfrage-Kommission. Public Health; 1901, XIV., Seite 43.

Im Jahre 1898 war eine Kommission ernannt worden, der die Aufgabe gestellt worden war, die Methoden zweckmässiger Behandlung der Abwässer

zu untersuchen und darüber zu berichten. Die Untersuchungen hatten bisher in drei Fragen positive Ergebnisse:

1. Sind zur Reinigung der Abwässer bestimmte Arten des Bodens unzureichend? Im Allgemeinen ist die Anwendung von Lehm- und von Torfboden mit so viel Schwierigkeiten verknüpft und sind bei ungenügender Dicke der filtrirenden Bodenschicht so weit ausgedehnte Gebiete erforderlich, dass in diesen Fällen die Beschickung von Erdreich mit Abwässer zu widerrathen ist.

2. Es liegt in manchen Fällen die Möglichkeit vor, durch künstliche Vorgänge aus den Abwässern oder aus Mischungen derselben mit solchen Schmutzwässern aus Fabriken, wie sie in Leeds und Manchester angetroffen werden, flüssige Endprodukte zu erhalten, die nicht fäulnissfähig sind, und die ohne die Gefahr einer Gesundheitsschädigung zu bedingen, in einen Strom abgelassen werden können. Für solche Fälle dürfte die Zentralbehörde unter bestimmten Kautelen von der Forderung[1]) einer vorherigen Berieselung Abstand nehmen können.

3. Der allgemeine Schutz der Flüsse ist ein Gegenstand von so ungeheurer Wichtigkeit, dass die Schaffung einer neuen Behörde, sei es einer eigenen Kommission, sei es einer Abtheilung im Local Government Board, dringend erforderlich ist.

Diese höchste Strombehörde soll auch in Fällen in Aktion treten, wo die Ortsbehörden es an der Sorge für Reinhaltung der Flüsse haben mangeln lassen.

Was die pathogenen Organismen der Abwässer anlangt, so erwiesen sich die den Rieselfeldern entströmenden Flüssigkeiten weniger reich an Keimen, als die künstlich geklärten; beide Arten aber enthalten sehr viele Organismen, die aus dem Darme stammen und die wenigstens als virtuell gefährlich angesehen werden müssen. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber bakteriologische, chemische und physikalische Rheinwasser-Untersuchungen. Von Reg.- u. Med.-Rath Dr. Salomon in Koblenz. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 3. F., XXI., Suppl.-Heft. 1901.

Zur Berechnung der Selbstreinigungskraft der einzelnen Wasserläufe und als Grundlage der bei der äusserst verantwortungsvollen Pflicht der Aufsichtsbehörden nur von Fall zu Fall möglichen Entscheidung über die Zulässigkeit der Einleitung von Abwässern in die Flüsse bedarf es für jeden einzelnen Fluss häufiger, systematisch durchgeführter, sorgfältiger Untersuchungen über den Einfluss der ihm zugeführten Schmutzstoffe auf die Beschaffenheit seines Wassers. Solche Untersuchungen sind beim Rhein besonders wichtig, da die Bevölkerungszunahme der an seinen Ufern gelegenen Orte eine schnelle, stetig fortschreitende ist, der Preis des Geländes in der Umgebung dauernd steigt, da ferner grade beim Rhein auf andere Staaten Rücksicht zu nehmen ist.

Es ist daher erforderlich, dass wiederholte umfassende bakteriologische, chemische und physikalische Untersuchungen in sämmtlichen, dem Rhein anliegenden Staaten nach einheitlicher Methode ausgeführt werden; für solche Versuchsreihen eine Methode ausfindig zu machen, hat sich der Herr Verfasser zur Aufgabe gestellt. Nach einer längeren Reihe vorbereitender Versuche auf einem von der Königl. Rheinbaustromverwaltung zur Verfügung gestellten Dampfschiffe, das vollständig zu bakteriologischen Wasseruntersuchungen ausgerüstet worden war, wurde am 3. Oktober 1899 eine Längsfahrt von Boppard bis Remagen unternommen; die Hauptlängsfahrten innerhalb der Strecke von Bingerbrück bis Rolandseck folgten in den späteren Wochen und wurden von selten gleichmässig regenfreiem Wetter begünstigt. Es gelang, nachdem jene Probefahrten die zweckmässigste Arbeitstheilung, die beste Gruppirung der Apparate in dem engen, zugemessenen Raume, eine einheitliche Handhabung des Plattengiessverfahrens kennen gelehrt hatten, während der Fahrten eine grosse Anzahl Proben bakteriologisch einwandfrei zu entnehmen, sie sofort in Petri-Schaalen auszugiessen. Die Proben wurden nach eigner Methode sowohl der Oberfläche als der Tiefe entnommen, und zwar auch jene etwas unterhalb der Oberfläche, weil meistens der Wasserspiegel durch schwimmende Stoffe

---

[1]) Cf. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901, S. 649.

verunreinigt ist. Die Wasserentnahmerohre, die Flaschen, in denen das Wasser aufgefangen wurde, wurden von Lazarethgehülfen bedient; das Schiffspersonal besorgte unter Kontrole die Sterilisation der Rohre und Schläuche, in ärztlicher Hand (Dr. Knepper-Niederbreisig) lag die Sorge für Füllung der erforderlichen Anzahl sterilisirter Reagensgläser mit keimfreiem Wasser, für Sterilisirung der Flaschen und Pipetten; das Plattengiessen wurde vom Herrn Verfasser theils allein, theils abwechselnd mit dem während der Fahrt hinzugestiegenen Oberstabsarzt Dr. Hünermann ausgeführt.

Für Querschnittuntersuchungen hatte Kruse die Forderung gestellt, dass der Querschnitt möglichst oft an einem Tage untersucht werde und dass bei Vergleich zweier Querschnitte die Zeit zu berücksichtigen sei, die der Fluss gebrauche, um von einem zum andern zu gelangen. Nach dem Prinzip der Aspiration durch Stempelbewegungen einer Spritze in eine starkwandige Literflasche angesogene Wasserstrahlen ergossen sich bei den Querfahrten in gleichmässiger Mischung aus der ganzen Strombreite in jene Flasche. Die Hauptuntersuchungen wurden gleichzeitig vom 17. bis 23. November in Koblenz, Bingen und Niederbreisig ausgeführt, und zwar je um 8 Uhr Morgens, um 4 Uhr Nachmittags und um 12 Uhr Nachts.

In Bingen, wo dem Rheine die Abwässer von Frankfurt, Mainz, Wiesbaden zugeführt werden, sind die Bakterienzahlen relativ hoch, sie schwanken ferner innerhalb eines Tages und innerhalb einer Woche bedeutend. In Koblenz waren die Zahlen niedriger, die Schwankungen geringer; noch niedriger waren die Zahlen in Niederbreisig, (wo die Untersuchungen von Dr. Knepper ausgeführt wurden); die Schwankungen sind dortselbst ganz gering.

Bemerkenswerth ist von den Ergebnissen der Längsfahrten, dass die Verunreinigung des fliessenden Rheinwassers in der Tiefe etwas grösser ist, als dicht unter der Oberfläche; dort enthielt eine Probe von 1 cbcm im Durchschnitt an Bakterien 4642, hier 3975.

Das Nahewasser hatte erheblich geringeren Bakteriengehalt, aber einen höheren Chlorgehalt, als das Rheinwasser. Die im Beginne der Fahrt niedrigen Bakterienzahlen stiegen bis unterhalb St. Goar allmählich an. Hier muss die Mischung zwischen Nahe- und Rheinwasser als vollendet angesehen werden. Eine starke Verunreinigung des Rheinwassers findet bei Koblenz statt, wo die Schmutzstoffe von 66000 Menschen dem Strome zugeführt werden; da aber hier Mosel und Lahn durch ihren bedeutenden Zustrom reineren Wassers den Anstieg neutralisiren, ist die Steigerung der Kurven nur vorübergehend.

Von dem Ergebnisse der chemischen Untersuchungen ist zu erwähnen, dass die organische Substanz nur wenig abweichend von der der Nebenflüsse ist und nur relativ geringen Schwankungen unterworfen war; dass auch der Chlorgehalt im Ganzen recht niedrig war, eine Steigerung nur da beobachtet wurde, wo unmittelbar verunreinigende Zuflüsse in Betracht kommen. Salpetrige Säure, Ammoniak, Metalle waren nirgends nachzuweisen. Die Verunreinigung des Rheines mit Schwebestoffen lief jener mit Bakterien übrigens nicht parallel.

Die Arbeit, die über 176 Oberflächenproben, 192 Tiefenproben berichtet, 8 Anlagen, 2 Kurventafeln enthält, bringt ferner 10 Figuren, die die angewandten Methoden der Wasserentnahme und Sterilisation erläutern. Bei dem eng zugemessenen Raume eines Referates konnte natürlich nur das Wesentliche in knappen Zügen wiedergegeben werden.

Wie jetzt die englische Abwässer-Kommission eine einheitliche Behörde zur Regelung der Frage der Flussverunreinigung fordert (s. S. 817), so hatte der Herr Verfasser bereits 1899 eine einheitliche Leitung zur Untersuchung der einschlägigen Fragen für den Rhein für nothwendig erachtet.

Dr. Mayer-Simmern.

Der gegenwärtige Stand des Hebammenwesens in Deutschland, von Dr. med. Richard Blumm-Bayreuth, Spezialarzt für Nerven- und Frauenleiden. Friedrich's Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei; 52. Jahrgang, Heft I, Nürnberg. 1901.

Die erste Hebammenschule auf deutschem Gebiete wurde 1728 in Strassburg gegründet, ihr folgt diejenige in Berlin 1751, Dresden 1775, Jena 1779. Zur Zeit giebt es in Deutschland 43 Hebammenlehranstalten, von denen 21 auf

Preussen, 4 auf Bayern, je 3 auf Baden und die Reichslande, je 2 auf Sachsen und Hessen entfallen; Württemberg, Mecklenburg, Weimar, Coburg-Gotha, Braunschweig, Lippe und Hamburg haben je eine. Es kommt mithin 1 Schule auf 1,052 Millionen Einwohner. Von den grösseren Staaten haben Baden, Hessen und die Reichslande, ebenso wie die meisten Kleinstaaten die relativ grösste Zahl der Hebammenschulen; die geringste haben die vier grössten Staaten; am wenigsten unter allen besitzt Württemberg (1 : 1,971 Mill.). Bei Voraussetzung eines gleichen Bedarfs an Hebammen bedeutet dies eine sehr grosse Belastung der Schulen in den Grossstaaten, die ihren deutlichsten Ausdruck in Stuttgart und München findet. In Stuttgart werden jährlich drei Kurse zu je 115 Tagen abgehalten: es wird also fast das ganze Jahr hindurch ohne Unterbrechung unterrichtet, und zwar in kurzen Kursen von $3^3/_4$ Monaten. In München ist der Hebammenunterricht zum grössten Theil in die Universitätsferien verlegt: in diesem einen Kurse werden nun durchschnittlich 64 Schülerinnen, in maximo 75, während 4 Monate ausgebildet. — Die Dauer der Kurse schwankt zwischen 2 und 9 Monaten. Die kürzeste Unterrichtsdauer — 2 Monate — hat Blomberg und Lippe; die längste — 9 Monate — haben Danzig, Kiel, Köln, Strassburg, Metz. Die meisten Schulen — 16 — haben 6 Monate. Die Zahl der Schülerinnen beträgt mindestens 3 und höchstens 64. Blomberg hat durchschnittlich 3, Greifswald 5; die meisten Anstalten haben 20 bis 40, Breslau hat 50, München 64. — Die Zahl der Entbindungen, welche eine Lehrtochter sieht, schwankt zwischen 3 und 500! Mindestens 100 beträgt sie in Dresden, 300 in Hamburg, 500 in Köln; in der Mehrzahl der Schulen sieht jede Schülerin 20 bis 50 Entbindungen. — Von den Lehrbüchern wird am meisten das preussische gebraucht; an zweiter Stelle steht das Schultze'sche. In Stuttgart und Erlangen wird nach dem Fehling'schen, in den drei badischen Anstalten nach dem Kehler'schen Lehrbuch unterrichtet. In Erlangen werden die Abschnitte über Wendung und manuelle Plazentarlösung übergangen. — Ueber Desinfektion, Anti- und Asepsis bestehen in den meisten Staaten Dienstanweisungen. Für die in der Praxis befindlichen Hebammen werden überall Nachprüfungen abgehalten, so in Preussen alle 3 Jahre, in Bayern, Baden und einigen kleineren Staaten jährlich, und zwar durch den Amtsarzt. In vielen preussischen Provinzen und in Rostock werden die Hebammen bei schlechtem Ergebniss der Nachprüfungen suspendirt. In mehreren preussischen Provinzen, in Baden, Leipzig, Giessen, Meiningen, Stuttgart werden sie in solchen Fällen einem Wiederholungskurse von 2 bis 3 Wochen unterworfen.

Anzeigepflicht bei Sepsis besteht überall, Hamburg ausgenommen. Freie Lieferung der Desinfektionsmittel wird in den meisten Staaten gewährt, und zwar mindestens den Gemeindehebammen. Bayern ermangelt dieser Einrichtung. Die für die Dienstleistungen der Hebammen festgelegte Taxe ist fast bei allen Staaten schon sehr alt, stammt z. Th. aus dem Anfang des letzten Jahrhunderts; nur vereinzelt bestehen neue. In Sachsen existiren nur Gemeindehebammen, keine frei praktizirenden.

Nach Blumm unterliegt es keinem Zweifel, dass dem Hebammenwesen in den deutschen Staaten in seinem gegenwärtigen Zustande viele Mängel anhaften. Einfache und leicht durchführbare Vorschläge zur Verbesserung gipfeln in folgenden Punkten: 1. Regelung der Aufnahmebedingungen in die Lehranstalt behufs Ermöglichung sorgfältiger Auswahl des Schülerinnenmaterials; 2. bessere und eine längere Ausbildung; 3. Einführung einer gründlichen Aufsicht; 4. Unterricht für die alten Hebammen in Anti- und Asepsis; 5. freie Lieferung der Desinfizientien in der Armenpraxis; 6. Besserung der materiellen Stellung der Hebammen.

Was die Einführung einer gründlichen Aufsicht anlangt, so wird die Einrichtung in Mecklenburg empfohlen, wo „Aufsichtsärzte" bestehen, von denen jeder nur 4 bis 5 Hebammen, mit denen er womöglich in demselben Orte wohnt und öfters am Gebärbette zusammentrifft, zu beaufsichtigen hat. Wenigstens zweimal jährlich lässt er seine Hebammen zu sich kommen, geht alle von ihnen geleitete Geburten durch, examinirt und belehrt sie.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Besprechungen.

Dr. Carl Waibel, Bezirksarzt in Kempten: **Leitfaden für Unfallgutachten.** Ein Hülfsbuch für Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und traumatisch Erkrankter. Wiesbaden 1902. Verlag von J. F. Bergmann. 424 S.; Preis 8 Mark.

In der vorliegenden Arbeit hat der in den Kreisen der Medizinalbeamten durch seinen „Leitfaden für die Nachprüfungen der Hebammen" wohlbekannte Verfasser die Früchte eines jahrelangen emsigen und mühevollen Sammelfleisses niedergelegt, indem er die mannigfachen, aus den verschiedensten Lehr- und Handbüchern, aus Zeitschriften, sowie auf Grund seiner eigenen zahlreichen Beobachtungen auf dem Gebiete der Unfallheilkunde gemachten Notizen systematisch geordnet zusammengestellt hat. Wenn das Werk dementsprechend einen kompilatorischen Charakter trägt und deshalb nur wenig Neues bringen kann, so wird hierin sein Werth in Nichts herabgesetzt, denn derselbe besteht darin, dass Verfasser es verstanden hat, vom rein praktischen Standpunkte aus die an sich ziemlich spröde Materie in klarer, kurzer, dabei den Gegenstand erschöpfender Weise so zu behandeln, dass sein Leitfaden in der That das geworden ist, was er nach der Absicht des Verfassers sein soll, „ein bequemer und übersichtlicher Führer und Berather auf dem so ausgebreiteten Gebiete der Unfallheilkunde". — Das Werk zerfällt in zwei Theile. In dem ersten, allgemeinen werden die für den Arzt wichtigen Bestimmungen der Unfallgesetzgebung, soweit der Begriff des Unfalls, das Heilverfahren, die Rentenentschädigung, die Erwerbsfähigkeit in Betracht kommen, berührt und praktisch wichtige Regeln und Fingerzeige für die Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter gegeben. Im zweiten, speziellen Theile werden in sieben Kapiteln die Verletzungen und traumatischen Erkrankungen des Kopfes (Schädel, Gesicht, Gehirn und Gehirnnerven, Augen und Ohren), des Halses, der Brust und des Bauches einschl. der Brust- und Bauchorgane, des Rückens, der Wirbelsäule, der oberen und unteren Extremitäten eingehend abgehandelt. Jedes Kapitel wird durch anatomisch-mechanische Vorbemerkungen, sowie durch eine Darstellung der normalen Verhältnisse der einzelnen Organe in anatomischer und funktioneller Beziehung eingeleitet; namentlich hierin liegt, meiner Ansicht nach, ein grosser praktischer Werth des Buches, denn gerade diese Dinge entschwinden leicht dem Gedächtnisse und müssen dann mühsam zusammengesucht werden. Für jeden einzelnen Körpertheil wird ferner ein Untersuchungsschema mit den hauptsächlichsten diagnostischen Merkmalen der Störungen und unter Hervorhebung derjenigen Punkte, welche in anatomischer und funktioneller Beziehung zu beachten sind, aufgestellt. Hieran schliesst sich eine Abschätzung und Bewerthung der durch den Unfall hervorgerufenen Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigeit und endlich eine Kasuistik von prozentuarischer Rentenabschätzungen, wie solche durch das Reichsversicherungsamt oder durch verschiedene Berufsgenossenschaften bekannt gegeben worden sind.

Wenn der Verfasser mit seinem Leitfaden sich auch zunächst an diejenigen Kollegen wendet, welche auf dem Gebiete der Unfallheilkunde nur geringere Praxis besitzen, so wird doch ebenso der erfahrene Gutachter gern ein Werk zur Hand nehmen, das ihm über jede Frage der Materie sichere Auskunft giebt und ihm eine schnelle und bequeme Orientirung ermöglicht.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Lehmann's medizinische Handatlanten.

1. IV. Band: **Dr. L. Grünwald** in München: **Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Zweite vollständig umgearbeitete und erweiterte Auflage. 42 farbige Tafeln. und 39 Textabbildungen. 1902. 212 Seiten. Preis: 12 Mark.

2. XVIII. Band: **Prof. Dr. O. Haab** in Zürich: **Atlass der äusseren Erkrankungen des Auges** nebst Grundriss ihrer Pathologie und Therapie. Zweite stark vermehrte Auflage. Mit 80 farbigen Abbildungen auf 48 Tafeln und 7 schwarzen Abbildungen im Text. 1901. 242 Seiten. Preis: 10 Mark.

3. XXI. Band: **Dr. H. Dürk,** Privatdozent und Assistent am pathologischen Institut in München: **Atlas und Grundriss der speziellen pathologischen Histologie.** II. Band. 1901. 220 Seiten. Preis: 11 Mark.

4. XXIV. Band: **Dr. G. Brühl,** Ohrenarzt in Berlin: **Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde.** Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Pollitzer in Wien. 244 farbige Abbildungen auf 39 Tafeln. 1901. 264 S. Preis: 12 Mark.

5. XXV. Band: **Dr. G. Sultan,** Privatdozent und 1. Assistent der chirurgischen Klinik in Göttingen: **Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche.** Mit 36 farbigen Tafeln u. 83 schwarzen Figuren. 1901. 244 S. Preis: 10 Mark.

Die unter Nr. 1 und 2 genannten Atlanten von Grünwald und Haab liegen jetzt in zweiter und wesentlich verbesserter Auflage vor; nicht nur die farbigen Tafeln und sonstigen Zeichnungen haben eine erhebliche Vermehrung und schönere künstlerische Ausführung erfahren, sondern auch der beigegebene Text den neueren wissenschaftlichen Forschungsergebnissen angepasst. Insonderheit gilt dies von dem Grünwald'schen Atlas über Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase, bei dem der Text zu einem vollständigen Grundriss umgearbeitet ist, der sich trotz der Kürze durch klare, sachgemässe und erschöpfende Darstellung auszeichnet. Dasselbe gilt von den Grundrissen, die den jetzt zum ersten Male erschienenen neuen Atlanten von Dürk (3), Brühl-Pollitzer (4) und Sultan (5) beigegeben sind.

Der Dürk'sche Atlas, der Leber, Harnorgane, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Haut, Muskeln und Knochen umfasst, bildet mit dem bereits erschienenen I. Theil einen vollständigen Atlas der speziellen Pathologie, der gerade für die Medizinalbeamten mit Rücksicht auf ihre Sachverständigenthätigkeit, namentlich auf gerichtsärztlichem Gebiete, von besonderem Werth ist. Nicht minder trifft dies für die beiden anderen Atlanten zu, die nicht blos in klinischer Hinsicht eine äusserst werthvolle Bereicherung der gleichzeitig als Lehrbücher dienenden Atlanten der Ohrenheilkunde und Unterleibsbrüche bilden, sondern auch für die gutachtliche Beurtheilung der hier in Betracht kommenden Leiden allen Aerzten und Medizinalbeamten als zuverlässige Rathgeber warm empfohlen werden können. Vorzüglich ist z. B., um nur eins herauszugreifen, in dem Brühl'schen Atlas über Ohrenheilkunde die Schilderung der Untersuchung des Gehörorgans, sowie die fast alle nur möglichen krankhaften Veränderungen berücksichtigenden zahlreichen (48) farbigen Darstellungen des Trommelfells. Ebenso interessiren in dem Sultan'schen Atlas über Unterleibsbrüche, in dem die verschiedenen Arten derselben (äusserer und innerer Leistenbruch, Schenkel-, Nabel-, Bauch- und Lendenbruch, sowie Hernia obturatoria, ischiadica, perinea und diaphragmatica) vom anatomischen, diagnostischen und therapeutischen Standpunkte aus behandelt werden, namentlich die im allgemeinen Theil gebrachten Ausführungen über die Entstehung der Unterleibsdiagnose (etwaiger ursächlicher Zusammenhang mit Unfall), sowie über Abschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Brüchen u. s. w.

Die farbigen und sonstigen Abbildungen sind in sämmtlichen Atlanten fast ausschliesslich nach eigenen Präparaten ausgeführt, und zwar meist von den Malern Fink und Hammerschmidt. Durch verständnissvolles Eingehen auf den oft recht schwierigen Stoff und durch ausserordentliche Gewissenhaftigkeit ist es diesen hervorragend begabten Künstlern gelungen, die betreffenden Präparate so vorzüglich wiederzugeben, dass die Abbildungen thatsächlich natürliche Präparate ersetzen. Der Verlagsbuchhandlung gebührt für die mustergültige Ausstattung der Atlanten besonderer Dank.

Dr. R. v. Krafft-Ebing, ord. Professor in Wien: **Psychopathia sexualis.** Mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Aerzte und Juristen. Elfte, verbesserte und stark vermehrte Auflage. Stuttgart 1901. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, Preis: 10 Mark.

Das vorliegende Werk ist bereits wiederholt in dieser Zeitschrift von verschiedenen Referenten besprochen und hat hierbei stets die günstigste Kritik erfahren. Es gehört zu denjenigen Büchern, die in den betheiligten Kreisen eine ganz ausserordentliche Verbreitung gefunden haben und diese auch in vollem Masse verdienen. Die neue Auflage weist zu der vorhergehenden wiederum wesentliche Verbesserungen auf; sie ist nicht nur einer sorgfältigen Revision unterzogen, sondern auch vielfach durch neue und höchst interessante Beobachtungen ver-

mehrt. Ausserdem hat Verfasser nicht mit Unrecht noch mehr als bisher von terminis technicis und der lateinischen Sprache Gebrauch gemacht, um die Lektüre des Buches Unberufenen zu erschweren und zu verleiden. Rpd.

Dr. A. Pfeiffer, Reg.- u. Med.-Rath in Wiesbaden: **XVIII. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene.** Jahrgang 1901. Verlag von Friedrich Vieweg u. Sohn. Gr. 8°; 628 Seiten.

Von Jahr zu Jahr schwillt die Litteratur auf dem Gebiete der Hygiene an und es ist daher auch nicht zu verwundern, wenn die Jahresberichte darüber immer umfangreicher werden, selbst wenn sich, wie in dem vorliegenden Berichte, der Verfasser und seine Mitarbeiter mit Recht bemüht haben, Unwichtiges und Nebensächliches unerwähnt zu lassen und nur die wichtigeren und werthvollen Arbeiten und Forschungsergebnisse zu berücksichtigen. Dazu kommt, dass auch die Einfügung von zwei ganz neuen Kapiteln (Schiffshygiene [bearbeitet vom Marineoberstabsarzt Dr. Davids in Kiel] und Arbeiterwohnungen [bearbeitet von Prof. Dr. Albrecht in Grosslichterfelde]) hinzugekommen sind. Unter den bisherigen Mitarbeitern ist insofern ein Wechsel erfolgt, als ausser den beiden oben genannten noch die Herren Dr. P. Müller in Graz (in Kapitel: Luft und Licht), Dr. Grünhut-Wiesbaden (für das bisher vom Reg.- und Med.-Rath Dr. Springfeld-Arnsberg bearbeitete Kapitel: Nahrungs- und Genussmittel), die Stadtbauräthe Höpfner in Kassel und Genzmer in Halle, ferner Prof. Nussbaum in Hannover als Mitarbeiter auf dem Gebiete der Bauhygiene eingetreten sind. Man muss den Bienenfleiss des Herausgebers und der einzelnen Referenten bewundern, mit denen sie alles Wissenswerthe zusammengetragen und gesichtet haben. Alle Anerkennung ihrem Werke, das ebenso wie seine Vorgänger den betheiligten Kreisen zur schnellen und sicheren Information nur warm empfohlen werden kann. Rpd.

Dr. J. Bornträger, Reg. u. Med.-Rath in Danzig: **Das Buch vom Impfen.** Leipzig 1901. Verlag von H. Hartung u. Söhne. Kl. 8°; 195 Seiten. Preis: 3,50 Mark.

Verfasser giebt zunächst eine kurze geschichtliche und wissenschaftliche Darstellung des Impfwesens unter besonderer Berücksichtigung seiner ausserordentlichen gesundheitlichen Bedeutung und schliesst hieran eine kurze Zusammenstellung der massgebenden gesetzlichen Bestimmungen mit den einschlägigen gerichtlichen Entscheidungen. Im dritten Abschnitte ist endlich das Wissenswerthe in Bezug auf die Ausführung der Impfung klar und sachgemäss zusammengestellt; ein Anhang bringt die vorgeschriebenen Formulare.

Bornträger sagt mit Recht, der impfende Arzt muss nicht nur über die Technik des Impfens, sondern auch über Wesen und Werth desselben, über die etwaigen unangenehmen Nebenwirkungen, sowie über die gesetzlichen Bestimmungen genau informirt sein, wenn er seinen Pflichten gerecht werden soll. Hierzu wird sich sein Büchelchen als ein zuverlässiger Rathgeber erweisen, insbesondere für die preussischen Kollegen, da diese in ihm nicht nur die für das Deutsche Reich, sondern auch die speziell für Preussen über das Impfwesen geltenden Vorschriften berücksichtigt finden. Rpd.

Tagesnachrichten.

Die von uns in der vorigen Nummer (s. S. 781) gebrachte, aus politischen Zeitungen entnommene Mittheilung über die angeblich in Preussen beabsichtigte Einrichtung von staatlichen Untersuchungsanstalten in den verschiedenen Provinzen hat sich nicht als zutreffend erwiesen; es scheint hier die kürzlich vom Herrn Minister erfolgte Umfrage betreffs Ausstattung einzelner, in bakteriologischen Arbeiten vorzugsweise geübter Kreisärzte mit Bakterienmikroskope und entsprechenden Laboratorien missverstanden zu sein. Mit Rücksicht auf diese Umfrage wird von verschiedenen politischen Blättern bemängelt, dass sich die Ausstattung nur auf einzelne Kreis-

ärzte beschränken soll; die erfolgreiche Seuchenbekämpfung mache es erforderlich, dass alle Gesundheitsbeamten nicht nur in den bakteriologischen Arbeiten geübt seien, sondern auch das dazu erforderliche Instrumentarium u. s. w. besässen, da sonst die oft materiell sehr gewichtige Feststellung in seuchenverdächtigen Krankheitsfällen in der Luft schwebe. Diese Ansicht ist allerdings zutreffend; aber ihre Verwirklichung kostet Geld und das ist namentlich bei den jetzigen schlechten Staatsfinanzen schwer zu haben. Deshalb wird man sich damit begnügen müssen, dass wenigstens ein Anfang gemacht ist.

H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Behring hat in einem, am 12. d. Mts. in Stockholm gehaltenen Vortrage über Serumtherapie mitgetheilt, dass durch die von ihm angestellten Versuche die Möglichkeit einer Immunisirung der Rinder gegen Tuberkulose erwiesen sei. Er beabsichtigt, den ihm zuerkannten Nobelpreis für weitere Versuche zur Bekämpfung der Viehtuberkulose zu verwenden. Wir werden auf den Vortrag, sobald er im Druck vorliegt, nochmals ausführlich zurückkommen.

Die Typhusepidemie in Gelsenkirchen ist im Erlöschen begriffen. In der Woche vom 7.—14. Dezember sind im Stadt- und Landkreise keine neuen Erkrankungsfälle mehr vorgekommen und 2 Kranke als verstorben, 126 als genesen gemeldet, so dass ein Bestand von 353 geblieben ist. Ueber die Ursache der Epidemie sind bekanntlich die verschiedensten Ansichten zu Tage getreten, aus denen sich ein klares Bild nicht gewinnen lässt. „Seitdem die Direktion des Wasserwerks," schreibt man uns aus Gelsenkirchen, „ein offenes Geständniss über ein im Flussbette der Ruhr befindlich gewesenes Filterrohr abgelegt hat, scheint man über den anfänglich angenommenen Zusammenhang eines Leitungsrohrbruches mit der Entstehung der Epidemie etwas leichtfertig hinwegzugehen. Alle Welt möchte den Stab brechen über die Uebelthäter der Brunnenvergiftung; aber eine Anzahl Aerzte, die mit den sanitären Verhältnissen in hiesigen Gegenden vertraut sind, theilen diesen Standpunkt nicht. Unzweifelhaft hätte ja durch jenes verwerfliche Rohr die Infektion der Wasserleitung stattfinden können, allein die nicht wegzuleugnende Thatsache, dass ein bedeutender Theil des Wasserversorgungsgebiets, insbesondere Altenessen, Königssteele und noch andere südlich und westlich gelegene Ortschaften zunächst von der Epidemie verschont geblieben sind, obgleich die dortigen Bewohner dasselbe, aus derselben Entnahmestelle stammende Wasser genossen haben, lässt die Theorie, nach welcher unfiltrirtes Ruhrwasser die Epidemie verursacht haben soll, unhaltbar erscheinen.

Die Epidemie brach ziemlich plötzlich um Mitte September aus; das Seuchengebiet ist aber nicht kongruent mit dem Wasserversorgungsgebiet; nur östlich scheinen beide Grenzen sich ziemlich genau zu decken.

Die ursprüngliche Annahme, dass durch einen Rohrbruch in Königssteele um Mitte August Typhuskeime in die Wasserleitung gelangt seien, war allgemein plausibel, und es liesse sich manches dafür, aber auch manches dagegen anführen. Insbesondere wurde behauptet, dass gerade dies geplatzte Rohr das Wasser nach Altenessen leitete.

Die gegenwärtige Thätigkeit der Behörden ist hauptsächlich auf die Assanirung der Ruhr und ihrer Wasserversorgungsanlagen gerichtet; wir befürchten, dass hierbei das alte, schon vor Einführung der Wasserleitung berüchtigte Seuchengebiet zwischen Ruhr und Emscher, in welchem kein klares Bächlein mehr fliesst, zu wenig Beachtung findet. Alljährlich flackern die hier endemischen Krankheiten, Typhus, Ruhr und Malaria — letztere ist allerdings, wie es scheint, im Aussterben begriffen — in hellen Flammen, in grösseren oder kleineren Epidemien auf. Bei der ausserordentlichen Dichtigkeit der Bevölkerung und der äusserst mangelhaften Kanalisirung der Ortschaften verunreinigen die Abwässer und sonstigen Abfallstoffe, insbesondere nach eingetretenem Regenwetter, wie es Ende August der Fall war, das ganze Erdreich und gelangen an den Aussenwänden der zahlreichen den Untergrund durchziehenden Kanäle, Rohre und Kabel in die Tiefe. Nun giebt es aber nirgendwo so zahlreiche Wasserleitungsrohrbrüche als im hiesigen Industriegebiete. Eine wesentliche Einschränkung derselben ist kaum zu ermöglichen, es müsste denn der Bergbau aufhören, was gewiss nicht gewünscht wird. Einmal sind es die

fortwährend durch den Grubenbau verursachten kleineren oder grösseren Bodensenkungen, sodann der ungemein schwankende Wasserdruck im Rohrnetze, verursacht durch zeitweiligen Stillstand der grossen Betriebe an Sonn- und Festtagen, die die Brüche herbeiführen. Für besonders gefährlich halten wir die an und für sich unbedeutenden kleinen Risse und Undichtigkeiten an den Muffenverschlüssen. Sie entstehen, indem sich die mittelst Bleilöthung aneinander gefügten Rohrstücke auseinander oder ineinander ziehen, bezw. schieben. Das aussickernde Wasser durchtränkt allmählich das Erdreich in weitem Umfange und erst nach Wochen oder gar Monaten macht sich der Rohrbruch — denn ein solcher ist es immerhin — bemerklich. Inzwischen können längst Schmutztheilchen in die Leitung gelangt sein. Es geschieht dies durch Aspiration. Mögen auch die Ansichten über die Möglichkeit eines solchen Vorganges getheilt sein, man wird zugeben, dass auf diesem Wege Luft in die Leitung gerathen kann und die Luft kann Spaltpilze mitreissen, abgesehen davon, dass bei keiner Reparatur eines Rohrbruches eine Verunreinigung im bakteriologischen Sinne zu vermeiden ist.

Wie aber steht es bei uns mit der Beseitigung der Fäkalien? Sollten hier nicht dieselben Kunststücke üblich sein, wie anders wo, dass man durch unterirdische Ueberlaufsrohre die Ueberfüllung der Abortsgruben zu vermeiden sucht? Wir haben Spülklosets, aber der Anschluss an die Kanäle ist verboten. Gehe man doch einmal an die Untersuchung der Abortsgruben auf ihre Dichtigkeit und fange bei den öffentlichen Gebäuden an! Bevor in dieser Beziehung kein Wandel geschaffen, der Boden, auf dem wir wohnen und dem wir beständig von neuem Typhuskeime zuführen, nicht assanirt ist durch gehörige Kanalisation mit obligatorischem Anschluss des Spülklosets, werden wir trotz der besten Wasserleitung von dem unheimlichen Gaste, vom Typhus, nicht befreit werden. Bei unserer stark fluktuirenden Bevölkerung werden wohl beständig Typhusfälle eingeschleppt, aber dies spielt keine grosse Rolle; jedenfalls werden mehr Typhusfälle aus, als eingeschleppt."

Bei der Anfang d. M. im Auftrage des Herrn Ministers durch Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Koch und Geh. Ob.-Med.-Rath Prof. Dr. Kirchner vorgenommenen Besichtigung der Ruhrwasserwerke wurde nach der „Gels. Ztg." „allgemein festgestellt, dass die kontrolirten Wasserwerke hart an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit stehen. Die Unterwühlung des Bodens durch den Bergbau verhindert eine hinreichende Ansammlung von Grundwasser, so dass die Benutzung von filtrirtem Flusswasser, namentlich in trockenen Zeiten, vielfach nicht zu umgehen ist. Ob diese Filtration jedoch als eine genügende erscheint, ist eine Frage, die bei allen Wasserwerken nicht in gleicher Weise beantwortet werden kann. Was die Anlage der Wasserwerke betrifft, so steht das Gelsenkirchener Wasserwerk nach dem Urtheile der Herren Geheimräthe mit an erster Stelle. Selbstverständlich sind die auf den dortigen Wasserwerken vorgekommenen Pfuschereien bei diesem Urtheil nicht in Betracht gezogen wurden, weil sie mit der Anlage als solche direkt nichts zu thun haben, sondern eine Einrichtung für sich bilden. Hinsichtlich der Einrichtung von Wasserwerken, sowie der dauernden Ueberwachung derselben sollen amtliche Vorschriften demnächst festgestellt werden."

Im Königreich Württemberg hat sich jetzt ebenfalls ein **Medizinalbeamten-Verein** organisirt, der dem allgemeinen Deutschen Medizinalbeamten-Verein in corpore beitreten wird.

Pest. In Glasgow (England) ist am 18. November der letzte Pestkranke als geheilt entlassen. In Konstantinopel sind seit dem 4. November keine Pesterkrankungen mehr vorgekommen, dagegen vereinzelte, auf Einschleppung zurückzuführende Fälle in Batum und Odessa. An beiden Orten ist die Krankheit jedoch auf den Entstehungsherd beschränkt geblieben und seit dem 8. November keine neue Erkrankung gemeldet.

In Aegypten sind in den 6 Wochen vom 19. Oktober bis 29. November nur 13 Erkrankungen mit 8 Todesfällen gemeldet, davon 5 (1) in Alexandrien und 6 (5) in Ziftah. Die Gesammtzahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug vom 7. April bis 29. November 193 (96).

Im Kaplande ist Kapstadt seit dem 2. Dezember als seuchenfrei

Ärzte beschränken soll; die erfolgreiche Seuchenbekämpfung mache es erforderlich, dass alle Gesundheitsbeamten nicht nur in den bakteriologischen Arbeiten geübt seien, sondern auch das dazu erforderliche Instrumentarium u. s. w. besässen, da sonst die oft materiell sehr gewichtige Feststellung in seuchenverdächtigen Krankheitsfällen in der Luft schwebe. Diese Ansicht ist allerdings zutreffend; aber ihre Verwirklichung kostet Geld und das ist namentlich bei den jetzigen schlechten Staatsfinanzen schwer zu haben. Deshalb wird man sich damit begnügen müssen, dass wenigstens ein Anfang gemacht ist.

H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Behring hat in einem, am 12. d. Mts. in Stockholm gehaltenen Vortrage über Serumtherapie mitgetheilt, dass durch die von ihm angestellten Versuche die Möglichkeit einer Immunisirung der Rinder gegen Tuberkulose erwiesen sei. Er beabsichtigt, den ihm zuerkannten Nobelpreis für weitere Versuche zur Bekämpfung der Viehtuberkulose zu verwenden. Wir werden auf den Vortrag, sobald er im Druck vorliegt, nochmals ausführlich zurückkommen.

Die Typhusepidemie in Gelsenkirchen ist im Erlöschen begriffen. In der Woche vom 7.—14. Dezember sind im Stadt- und Landkreise keine neuen Erkrankungsfälle mehr vorgekommen und 2 Kranke als verstorben, 126 als genesen gemeldet, so dass ein Bestand von 353 geblieben ist. Ueber die Ursache der Epidemie sind bekanntlich die verschiedensten Ansichten zu Tage getreten, aus denen sich ein klares Bild nicht gewinnen lässt. „Seitdem die Direktion des Wasserwerks," schreibt man uns aus Gelsenkirchen, „ein offenes Geständniss über ein im Flussbette der Ruhr befindlich gewesenes Filterrohr abgelegt hat, scheint man über den anfänglich angenommenen Zusammenhang eines Leitungsrohrbruches mit der Entstehung der Epidemie etwas leichtfertig hinwegzugehen. Alle Welt möchte den Stab brechen über die Uebelthäter der Brunnenvergiftung; aber eine Anzahl Aerzte, die mit den sanitären Verhältnissen in hiesigen Gegenden vertraut sind, theilen diesen Standpunkt nicht. Unzweifelhaft hätte ja durch jenes verwerfliche Rohr die Infektion der Wasserleitung stattfinden können, allein die nicht wegzuleugnende Thatsache, dass ein bedeutender Theil des Wasserversorgungsgebiets, insbesondere Altenessen, Königssteele und noch andere südlich und westlich gelegene Ortschaften zunächst von der Epidemie verschont geblieben sind, obgleich die dortigen Bewohner dasselbe, aus derselben Entnahmestelle stammende Wasser genossen haben, lässt die Theorie, nach welcher unfiltrirtes Ruhrwasser die Epidemie verursacht haben soll, unhaltbar erscheinen.

Die Epidemie brach ziemlich plötzlich um Mitte September aus; das Seuchengebiet ist aber nicht kongruent mit dem Wasserversorgungsgebiet; nur östlich scheinen beide Grenzen sich ziemlich genau zu decken.

Die ursprüngliche Annahme, dass durch einen Rohrbruch in Königssteele um Mitte August Typhuskeime in die Wasserleitung gelangt seien, war allgemein plausibel, und es liesse sich manches dafür, aber auch manches dagegen anführen. Insbesondere wurde behauptet, dass gerade dies geplatzte Rohr das Wasser nach Altenessen leitete.

Die gegenwärtige Thätigkeit der Behörden ist hauptsächlich auf die Assanirung der Ruhr und ihrer Wasserversorgungsanlagen gerichtet; wir befürchten, dass hierbei das alte, schon vor Einführung der Wasserleitung berüchtigte Seuchengebiet zwischen Ruhr und Emscher, in welchem kein klares Bächlein mehr fliesst, zu wenig Beachtung findet. Alljährlich flackern die hier endemischen Krankheiten, Typhus, Ruhr und Malaria — letztere ist allerdings, wie es scheint, im Aussterben begriffen — in hellen Flammen, in grösseren oder kleineren Epidemien auf. Bei der ausserordentlichen Dichtigkeit der Bevölkerung und der äusserst mangelhaften Kanalisirung der Ortschaften verunreinigen die Abwässer und sonstigen Abfallstoffe, insbesondere nach eingetretenem Regenwetter, wie es Ende August der Fall war, das ganze Erdreich und gelangen an den Aussenwänden der zahlreichen den Untergrund durchziehenden Kanäle, Rohre und Kabel in die Tiefe. Nun giebt es aber nirgendwo so zahlreiche Wasserleitungsrohrbrüche als im hiesigen Industriegebiete. Eine wesentliche Einschränkung derselben ist kaum zu ermöglichen, es müsste denn der Bergbau aufhören, was gewiss nicht gewünscht wird. Einmal sind es die

fortwährend durch den Grubenbau verursachten kleineren oder grösseren Bodensenkungen, sodann der ungemein schwankende Wasserdruck im Rohrnetze, verursacht durch zeitweiligen Stillstand der grossen Betriebe an Sonn- und Festtagen, die die Brüche herbeiführen. Für besonders gefährlich halten wir die an und für sich unbedeutenden kleinen Risse und Undichtigkeiten an den Muffenverschlüssen. Sie entstehen, indem sich die mittelst Bleilöthung aneinander gefügten Rohrstücke auseinander oder ineinander ziehen, bezw. schieben. Das aussickernde Wasser durchtränkt allmählich das Erdreich in weitem Umfange und erst nach Wochen oder gar Monaten macht sich der Rohrbruch — denn ein solcher ist es immerhin — bemerklich. Inzwischen können längst Schmutztheilchen in die Leitung gelangt sein. Es geschieht dies durch Aspiration. Mögen auch die Ansichten über die Möglichkeit eines solchen Vorganges getheilt sein, man wird zugeben, dass auf diesem Wege Luft in die Leitung gerathen kann und die Luft kann Spaltpilze mitreissen, abgesehen davon, dass bei keiner Reparatur eines Rohrbruches eine Verunreinigung im bakteriologischen Sinne zu vermeiden ist.

Wie aber steht es bei uns mit der Beseitigung der Fäkalien? Sollten hier nicht dieselben Kunststücke üblich sein, wie anders wo, dass man durch unterirdische Ueberlaufsrohre die Ueberfüllung der Abortsgruben zu vermeiden sucht? Wir haben Spülklosets, aber der Anschluss an die Kanäle ist verboten. Gehe man doch einmal an die Untersuchung der Abortsgruben auf ihre Dichtigkeit und fange bei den öffentlichen Gebäuden an! Bevor in dieser Beziehung kein Wandel geschaffen, der Boden, auf dem wir wohnen und dem wir beständig von neuem Typhuskeime zuführen, nicht assanirt ist durch gehörige Kanalisation mit obligatorischem Anschluss des Spülklosets, werden wir trotz der besten Wasserleitung von dem unheimlichen Gaste, vom Typhus, nicht befreit werden. Bei unserer stark fluktuirenden Bevölkerung werden wohl beständig Typhusfälle eingeschleppt, aber dies spielt keine grosse Rolle; jedenfalls werden mehr Typhusfälle aus, als eingeschleppt."

Bei der Anfang d. M. im Auftrage des Herrn Ministers durch Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Koch und Geh. Ob.-Med.-Rath Prof. Dr. Kirchner vorgenommenen Besichtigung der Ruhrwasserwerke wurde nach der „Gels. Ztg." „allgemein festgestellt, dass die kontrolirten Wasserwerke hart an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit stehen. Die Unterwühlung des Bodens durch den Bergbau verhindert eine hinreichende Ansammlung von Grundwasser, so dass die Benutzung von filtrirtem Flusswasser, namentlich in trockenen Zeiten, vielfach nicht zu umgehen ist. Ob diese Filtration jedoch als eine genügende erscheint, ist eine Frage, die bei allen Wasserwerken nicht in gleicher Weise beantwortet werden kann. Was die Anlage der Wasserwerke betrifft, so steht das Gelsenkirchener Wasserwerk nach dem Urtheile der Herren Geheimräthe mit an erster Stelle. Selbstverständlich sind die auf den dortigen Wasserwerken vorgekommenen Pfuschereien bei diesem Urtheil nicht in Betracht gezogen wnrden, weil sie mit der Anlage als solche direkt nichts zu thnn haben, sondern eine Einrichtung für sich bilden. Hinsichtlich der Einrichtung von Wasserwerken, sowie der dauernden Ueberwachung derselben sollen amtliche Vorschriften demnächst festgestellt werden."

Im Königreich Württemberg hat sich jetzt ebenfalls ein **Medizinalbeamten-Verein** organisirt, der dem allgemeinen Deutschen Medizinalbeamten-Verein in corpore beitreten wird.

Pest. In Glasgow (England) ist am 18. November der letzte Pestkranke als geheilt entlassen. In Konstantinopel sind seit dem 4. November keine Pesterkrankungen mehr vorgekommen, dagegen vereinzelte, auf Einschleppung zurückzuführende Fälle in Batum und Odessa. An beiden Orten ist die Krankheit jedoch auf den Entstehungsherd beschränkt geblieben und seit dem 8. November keine neue Erkrankung gemeldet.

In Aegypten sind in den 6 Wochen vom 19. Oktober bis 29. November nur 13 Erkrankungen mit 8 Todesfällen gemeldet, davon 5 (1) in Alexandrien und 6 (5) in Ziftah. Die Gesammtzahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug vom 7. April bis 29. November 193 (96).

Im Kaplande ist Kapstadt seit dem 2. Dezember als seuchenfrei

erklärt; vereinzelte Erkrankungen sind nur noch in Port Elisabeth beobachtet, seit dem 29. September bis 2. Dezember: 22 (16).

Eine weitere Zunahme hat die Pest in Indien erfahren, die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in der Zeit vom 28. September bis 8. November in der Präsidentschaft Bombay: 9476 (6532), 10786 (7537), 10500 (7538), 10036 (7061), 10740 (7693), 9233 (6380) und in der Stadt Bombay: 187 (177), 156 (189), 153 (193), 173 (176), 186 (176), 157 (195). Auch in der Hafenstadt Karachi ist die Seuche wieder in grösserem Umfange aufgetreten; in den beiden Wochen vom 23. Oktober bis 8. November sind 58 bezw. 80 Erkrankungen mit 37 bezw. 42 Todesfällen gemeldet.

In Hongkong betrug die Zahl der Pesterkrankungen und Todesfälle während der Zeit vom 13. August bis 5. Oktober 31 (29), auf der Insel Mauritius vom 6. September bis 10. Oktbr. 193 (136), durchschnittlich wöchentlich 66 (27) also wesentlich mehr als in den Vorwochen; dasselbe ist in Brasilien der Fall; hier sind in Rio de Janeiro vom 27. September bis 15. Oktober 59 Erkrankungen mit 20 Todesfällen, in Campos von Mitte September bis Ende Oktober 141 (75) vorgekommen. Dagegen scheinen in San Franzisco (Vereinigte Staaten), wo vom 28. Juni bis 1. November 83 Pesterkrankungen beobachtet sind, keine weiteren Pesterkrankungen mehr beobachtet zu sein.

Berichtigung. In dem in Nr. 13 der Zeitschrift gebrachten Referat über den in der Sektion für gerichtliche Medizin auf der diesjährigen Hamburger Naturforscherversammlung von Kreisarzt Dr. Schäffer-Bingen gehaltenen Vortrag „Ueber Gewöhnung an Verletzungsfolgen pp." (s. S. 773) ist u. A. gesagt: „Vortragender hält die vom R. V. A. eingerichtete Uebergangszeit mit einer Gewöhnungsrente für bedenklich, weil hierdurch leicht die Willenskraft des Verletzten derart beeinträchtigt wird pp." Nach einer Mittheilung des Vortragenden entspricht dies nicht seinen Ausführungen; da er nicht die Uebergangsrente als solche für bedenklich gehalten hat, sondern nur die allzu vorsichtige Reduktion derselben. Dies gehe auch aus nachstehendem Wortlaute seines Vortrages hervor: „Aber trotz und bei aller Vorsicht, wird man auch nicht vergessen dürfen, dass die Gefahren und Nachtheile, die daraus entstehen, wenn die Gewöhnungsrente zu einer Gewöhnung an die Rente geführt hat, viel schwerwiegender sind, als wenn dem Verletzten zugemuthet werden sollte, unter dem heilsamen Einfluss einer nicht mehr reichlich bemessenen Rente die ihm verfügbare Willenskraft und Energie rechtzeitig noch auszunützen."

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Versendung des **offiziellen Berichtes über die diesjährige Hauptversammlung** ist diesmal besonders am 10. d. M. erfolgt. Die Mitglieder werden gebeten, den **Beitrag** für 1902 unter Benutzung der dem Berichte beigefügten **Postanweisung** einzusenden.

Die Mitgliedskarte für den neugebildeten Deutschen Medizinalbeamtenverein wird Nr. 1 der Zeitschrift (1902) beigefügt werden.

Minden, den 15. Dezember 1901.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Mittheilung. Die Absendung des vollständigen Inhaltsverzeichnisses und Sachregisters für den Jahrgang 1901 wird entweder besonders oder mit Nr. 1 der Zeitschrift (1902) erfolgen.

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

Abonne
Deutsches Reich und
Auszeichnungen: Verliehen den Charakter als: Gehe
Obermedizinalrath: dem Geh. Med.-Rath Dr. Krieger in Strassburg
— als Geheimer Medizinalrath: dem Prof. Dr. Uhthoff in Breslau
Geheimer Sanitätsrath: den Kreisphys. u. Sanitätsräthen Dr. Stre

J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

. Jahrg. 1901.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für gerichtliche Medizin und Psychiatrie,
r ärztliche Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen, sowie
r 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. | 1. Januar.

INHALT:

Original-Mittheilungen.
Ueber eisenhaltiges Brunnenwasser auf dem Lande und das jüngste Verfahren zu seiner Enteisenung. Dr. **Hans Wolff** 1

Aus Versammlungen und Vereinen.
Bericht über die siebente am 22. Oktober 1900 in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bez. Lüneburg 16
Bericht über den zehnten internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Paris (Fortsetzung) 18

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften:

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Dr. **Wetzel**: Ueber Leichenerscheinungen und ihre Zeitbestimmung 22
Prof. **L. Landouzy** und Dr. **G. Brouardel**: Nicht gewerbliche Anilin-Vergiftungen 23
M. Labbé: Chemische Wirkung der Mikroben auf das Blut 24
Tuffier und **Hallion**: Versuche über subarachnoidale Cocaininjektion und deren Technik, Einwirkungen dieser Injektionen auf den Kreislauf 24
J. Lépine: Rückenmarksveränderungen bei brüsker Erniedrigung des atmosphärischen Druckes 25
Dr. **Schäefer**: Straf- und zivilrechtliche Begriffe in Sachen von Geisteskranken 25

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Kosten für die ersten ärztlichen Gutachten bei Gesuchen um Invalidenrente 26
Gehirnhautentzündung und Betriebsunfall (Waschung mit kaltem Wasser bei Winterkälte im kalten Raume) 27
Prof. Dr. **Helferich**: Chronische Entzündung des linken Kniegelenks (Arthritis deformans) als Folge eines Unfalls (Quetschung) und das Auftreten der gleichartigen Veränderung an dem unverletzten rechten Knie in mittelbarem Zusammenhange damit, sowie Schätzung des Grades der durch die gesammten Unfallfolgen bedingten Erwerbsunfähigkeit 28

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Max Rubner: Ueber die Anpassungsfähigkeit der Menschen an hohe und niedrige Lufttemperaturen 30
Dr. **Taav. Laitinen**: Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers für Infektionsstoffe 32
Dr. **Donato Ottolenghi**: Ueber die Desinfektion der tuberkulösen Sputa in Wohnräumen 33
Dr. **Wilhelm Heim**: Gewinnung und Absatz von frischer, tuberkelbazillenfreier Trinkmilch (Eismilch) 34
Prof. Dr. **Max Beck**: Experimentelle Beiträge zur Untersuchung über die Marktmilch 35
Dr. **Arthur Schlossmann**: Ueber Milch und Milchregulative 35
Dr. **Erwin Brobrack**: Die Bedeutung des Milch-Thermophors für die Säuglingsnahrung 36
Noack: Ueber Indigestionen bei Schlachtthieren in ihren Beziehungen zur sanitätspolizeilichen Beurtheilung des Fleisches 37

Besprechungen 37
Tagesnachrichten 39
Beilage:
Rechtsprechung 1
Medizinal-Gesetzgebung . . . 1
Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen den Charakter als: Geheimer rmedizinalrath: dem Geh. Med.-Rath Dr. Krieger in Strassburg i. E.; Geheimer Medizinalrath: dem Prof. Dr. Uhthoff in Breslau; — als imer Sanitätsrath: den Kreisphys. u. Sanitätsräthen Dr. Strecker

Herm. Hirsch und Dr. Rud. Paprosch in Berlin; — als Sanität
den Kreisphysikern: Dr. v. Kobylecki in Gumbinnen, Dr. la Ro
Beuthen i. O.-Schl., Dr. Leder in Laubau, Dr. Halle in Burgdorf, Dr
in Lüneburg, Dr. Langerhans in Celle, Dr. Gähde in Lüssum, Dr.
loh in Lüdinghausen, dem Kreiswundarzt Dr. Helm in Tangermünd
den praktischen Aerzten Dr. Kessler in Merseburg, Dr. Patzschke i
feld, Dr. Alex. Auerbach, Dr. O. Benary, Dr. A. Dengel, Dr. Alex
Dr. Mor. Guttmann, Dr. Rob. Vogelreuter und Dr. Friedr. W
in Berlin; — der Rothe Adler-Orden IV. Klasse mit Schw
am weissen Bande: dem Marinestabsarzt Dr. Matthiolius; —
Rothe Adler-Orden IV. Klasse: dem San.-Rath Dr. Niepra
Küstrin, dem Kantonalarzt Dr. Froelich in Drulingen (Els.-Lothring
dem San.-Rath Dr. Scharlau in Dresden; — der Kronenorden II
dem Geh. San.-Rath Dr. Walther in Soldin.

Auf eigenes Ersuchen in den Ruhestand getreten: P
Dr. med. Goltz in Strassburg i. Els.

Gestorben: San.-Rath Dr. Breslauer in Ratibor, Dr. Herb
Ronsbach (Reg.-Bez. Wiesbaden), Em. Palte in Brome, Dr. Herlyn in
Assistenzarzt Dr. Hugo Schwabe in Breslau, Gen.-Arzt a. D. Dr. L
schlag in Pfaffendorf bei Koblenz, San.-Rath Dr. A. Redecker, Kreis
arzt in Bochum.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: das Ritterkreuz des
dienstordens der Bayerischen Krone: dem Obermedizinalrath
M. Braun in München; — der Verdienstorden vom heiligen Mich
dem Geh. Rath und Ob.-Med.-Rath Prof. Dr. v. Ziemssen in Münche
Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung der Krone des Gr
herzoglich Hessischen Verdienstordens Philipp des Gr
müthigen: dem Geh. Rath und Ob.-Med.-Rath Prof. Dr. Hugo v. Ziem
in München. — **Ernannt:** Der praktische Arzt Dr. Krämer in Gräfer
zum Bezirksarzt I. Klasse in Naila.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Oberstabsarzt Dr. Müller in Dresden zum ordentlichen
glied des Landes-Medizinal-Kollegiums. — **Gestorben:** Dr. Kanig in T
benheim, Dr. Lachmann in Auerbach, Generalarzt Dr. Stecher in Dresd

Königreich Württemberg.

Verliehen: Das Dienstehrenzeichen I. Klasse: dem Oberste
und Regimentsarzt Dr. Scheuplein in Ulm.

Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung: des Ehrenkomthu
kreuzes des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens: dem P
Dr. v. Liebermeister in Tübingen; des Ritterkreuzes II. Klas
des Herzoglich Anhaltischen Hausordens Albrechts des Bär
dem Orts- u. Hospitalarzt Dr. Effinger in Langenaigen.

Ernannt: Der Hospital- u. Stadtarzt Dr. Frank in Isny zum Oberam
arzt in Tettnang. — **In den Ruhestand versetzt auf eigenes Ansuchen**
Oberamtsarzt Med.-Rath Dr. Wunderlich in Stuttgart. — **Gestorben:** Pro
Dr. Möricke aus Stuttgart in Jena, Dr. Kraus in Dörzbach, Ob.-Med.-Rat
und Mitglied des Medizinalkollegiums Dr. v. Sick in Stuttgart.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: das Ritterkreuz II. Klasse de
Ordens vom Zähringer Löwen: dem praktischen Arzt Dr. Guggen
heim in Konstanz. — **Ernannt:** Der Privatdozent Dr. A. Schüle in Freiburg
i. Br. zum ausserordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der dor
tigen Universität. — **Gestorben:** Med.-Rath Dr. Klein, Bezirksarzt in
Schwetzingen.

Grossherzogthum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitäts-
rath: den praktischen Aerzten Dr. Weyprecht in Michelstadt, Dr. A.
Dornseiff in Alsfeld, Dr. Masserell in Mainz, Dr. O. Dornseiff in Gross-
Liebenau, Dr. Dickoré in Lollar, Dr. Wallenstein in Kastel, Dr. Lahr
in Gross-Geran und Dr. Hüffel in Darmstadt.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Baseiner in Metz, Kreis-
arzt San.-Rath Dr. Wörlin in Strassburg i. Els.

Der heutigen Nummer der Zeitschrift liegt ein Prospekt von **Fischer's**
Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin über „Die Erkrankungen
Systems nachdem Nervensystems nach Unfällen" bei, worauf wir besonders aufmerksam machen.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung, H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Soeben erschien:

FISCHER'S KALENDER

für

Mediciner.

Herausgegeben von

Dr. **A. Seidel.**

1901.

XIII. Jahrgang,

Preis gebunden: 2 Mark.

Inhalt:

I. **Kalender für 1900.**
II. **Post- und Telegraphen-Gebühren.**
III. **Notiz-Kalender.**
IV. **Notizen und Original-Artikel:**

1. Arzneimittel, ihre Anwendung, Dosirung und Preise . 1
2. Maximaldosen für Erwachsene 72
3. Maximaldosen für Kinder 73
4. Mittel zur subkutanen Injektion 74
5. Pharmocopoea oeconomica 75
6. Formulae magistrates Berolinenses. 57
7. Todesursachen — Statistik des Deutschen Reiches . . 81
8. Behandlung der Vergiftungen 87
9. Die Untersuchung des Harns in der ärztlichen Praxis. 92
10. Zur Gynäkologie des Hausarztes. 106
11. Die Ueberführung Geisteskranker in Irrenanstalten . 121
12. Behandlung der Neurasthenie 127
13. Ueber Organ-Therapie 141

13 a. Uebersicht einiger organo-therapeutischen Präparate . 162

14. Kurzer Abriss der Ernährungstherapie 168
15. Grundzüge einer rationellen Wasserbehandlung . . . 183
16. Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte in Preussen 196

V. **Anzeigen.**

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Monatlich ein Heft. Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

Heft 1. Prof. **Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, seine Entstehung und Behandlung.
Heft 2. **Löhlein**, Indication der Ovariotomie und Myomotomie.
Heft 3. Prot. **A. Strümpell**, über die traumatischen Neurosen.
Heft 4. **P. Güterbock**, Störungen der Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
Heft 5. **Oberländer**, pract. Bedeutung des Gonococcus.
Heft 6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit der modernen Wundbehandlung.
Heft 7. **Casper**, symptomatische Bedeutung und Therapie des Residualharns.
Heft 8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
Heft 9. **Peyer**, Asthma und Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuale).
Heft 10. **E. Hahn**, Behandlung des Genu valgum und Genu varum mit besonderer Berücksichtigung der Osteotomie.
Heft 11. **Schmid**, Wandlungen im Werth und in der Art der Wunddrainage.
Heft 12. **v. Nussbaum**, gegenwärtige Radicaloperation der Unterleibsbrüche.
Heft 13. Prof. **Unverricht**, therapeutische Strömungen in der inneren Medicin.
Heft 14. Prof. **Mosler**, Myxoedem.
Heft 15. **J. Veit**, Technik der Laparotomie.
Heft 16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
Heft 17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlung der Extrauterinschwangerschaft in den ersten Monaten. (Doppelheft M. 1.20.)
Heft 18. **Karewski**, chirurgisch wichtige Syphilome und deren Differentialdiagnose.
Heft 19. Dr. **Peyer**, Ursachen u. die Behandlung schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna b. männl. Geschlecht.
Heft 20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
Heft 21. **Carl Koch**, zur Wundbehandlung in der Privatpraxis nebst Bemerkungen über das trockene Operiren.
Heft 22. Prof. **Fürbringer**, Punktationstherapie der serösen Pleuritis u. ihre Indication.
Heft 23. Prof. **B. Bardenheuer**, Behandlung d. Vorderarm-Frakturen d. Feder-Extension.
Heft 24. **Wolff**, Aufgaben der Desinfektion.
Heft 25. Prof. **O. Rosenbach**, psychische Therapie innerer Krankheiten.
Heft 26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
Heft 27. **Unna**, Natur u. Behandlung d. Ekzems.
Heft 28. Prof. **H. Vierordt**, der multilokuläre Echinococcus der Leber.
Heft 29. **H. W. Freund**, Antisepsis in der geburtshülfl. Poliklin. u. in d. Hebammenpraxis.
Heft 30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
Heft 31. **Jul. Schwalbe**, der heutige Stand der Diagnose und Therapie der tuberkulösen Lungenerkrankungen.
Heft 32. **O. v. Herff**. operative Behandlung bei Eklampsie gravidarum.
Heft 33. **M. Kirchner**, Bedeutung der Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
Heft 34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, deren Ursachen u. Behandlung.
Heft 35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaf in den ersten Monaten.
Heft 36. **W. Körte**, Beitrag zur Lehre vom Ileus.
Heft 37. **Posner**, Aufgaben der internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
Heft 38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
Heft 39. **Wolff**, Ueber Infektion.
Heft 40. **Georg Avellis**, klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopflähmung.
Heft 41. **Moll**, ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
Heft 42. **Freyhan**, Gelenkaffektionen bei Typhus.
Heft 43. **A. Kühner**, Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft M. 1,20.)
Heft 44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
Heft 45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
Heft 46. **Unna**-Hamburg, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
Heft 47. **Herm. Wittzack**, Behandlung des chronischen Blasenkatarrhs.
Heft 48. **A. Neumann**, zur Behandlung der Diphtherie. **L. v. Lesser**, Varicocen.
Heft 49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
Heft 50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
Heft 51. **J. Preuss**, vom Versehen der Schwangeren. (Doppelheft M. 1.20.)
Heft 52. **Ewer**, Bemerkungen über den chronischen Muskelrheumatismus.
Heft 53. **Karl Abel**, zur Behandlung des Gebärmutterkatarrhs.
Heft 54. **Ernst Kirchhoff**, Zur Technik der modernen Wundbehandlung.
Heft 55. **Carl v. Noorden**, über den Stoffwechsel der Magenkranken und seine Ansprüche an die Therapie.
Heft 56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
Heft 57. **Karewski**, Wachsthumsschmerz u. Wachsthumsfieber und über den acuten (idiopathischen) Rtropharyngealabscess.
Heft 58. **H. Laehr**, die Angst.
Heft 59. **Kümmel**, Geschwülste der Harnblase, ihre Prognose und Therapie. (Doppelheft.)
Heft 60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlung des Diabetes
Heft 61. **S. Heymann**, Bedeutung der Galvanokaustik für die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Schlundes.
Heft 62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren der Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in der Chirurgie nicht brauchen?
Heft 63. **Hans Aronson**, Grundlagen und Aussichten der Blutserumtherapie.
Heft 64. **C. Posner**, Ueber Pyurie.
Heft 65. **Messner**, das sogenannte Derangement interne der Gelenke.
Heft 66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und seine ärztliche Ueberwachung.
Heft 67. **Leser**, zur Schlaffheit des Gelenkapparates, insbes. der Gelenke der unteren Extremitäten. (Kniegelenk.)
Heft 68. **Th. Freyhan**, Ueberblick über den gegenwärt. Stand der Weil'schen Krankheit.
Heft 69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit des Weibes.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung, H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Heft 70. **H. Salomonsohn,** über die sogenannte phathologishe Netzhautermüdung.
Heft 71. **Th. Rosenheim,** einige neuere Behandlungsmethoden chronischer Krankheiten des Magens und des Darms.
Heft 72. **Paul Wagner,** traum. Hydronephrose.
Heft 73. **J. Ritter,** Croup und Diphtherie.
Heft 74. **Alfred Richter,** Verlauf traumatischer Neurosen.
Heft 75. **J. Leusser,** Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Post partum-Blutungen. (Doppelheft Mk. 1,20.)
Heft 76. **Dührssen,** Behandlung der Blutungen nach der Geburt. (Doppel-heft M. 1,20).
Heft 77. **E. Kronenberg,** zur Pathologie und Therapie der Zungentonsille.
Heft 78. **Hans Kehr,** neue Erfahrungen auf dem Gebiete der Gallensteinchirurgie.
Heft 79. **Gottschalk,** allgemeine Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
Heft 80. **B. Niehues,** Hernien der linea alba.
Heft 81. **L. Fürst,** klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtigen Anginen.
Heft 82. **Max Joseph,** Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjeff,** zur Entfernung des Echinococcus aus der Milz vermittelst des Dampfes.
Heft 83. **Heinrich Nussbaum,** Einfluss geistiger Funktionen a. krankhafte Prozesse.
Heft 84. **Albert Hoffa,** Endresultate der Operationen der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen.
Heft 85. **C. Posner,** Infection u. Selbstinfection.
Heft 86. **Herm. Kümmel,** operative Heilung der Prostata-Hypertrophie.
Heft 87. **A. Blaschko,** Autointoxication und Hautkrankheiten.
Heft 88. **L. Prochownick,** die Behandlung der ectopischen Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
Heft 89. **August Bier,** Behandlung der Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
Heft 90. **Alexander,** Gefässveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.
Heft 91. **Arthur Rubinstein,** über primären und secundären Larynx-Lupus, unter Mittheilung von vier Fällen.
Heft 92. **Ludw. Pincus,** ein propylaktischer, Eduard Martin'scher Handgriff in der zweiten Periode der Beckenendgeburt und Weiteres zur Prognose derselben.
Heft 93. **Gustav Spiess.** Untersuchung des Mundes und des Rachens.
Heft 94. **L. H. Farabeuf,** der geburtshülfliche Greif-Messhebel.
Heft 95. **F. Martius,** was ist die Basedow'sche Krankheit?
Heft 96. **Adolf Lorenz,** Behandlung der Hüftankylosen.
Heft 97. **M. Straub,** Behandlung der Hornhaut-Entzündung.
Heft 98. **E. Stadelmann,** Schwefelkohlenstoffvergiftung.
Heft 99. **Eugen Schlesinger,** Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
Heft 100. **A. Aschoff,** von der Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen.
Heft 101. **O. Rosenbach,** zur Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.)
Heft 102. **W. Körte,** Beitrag zur chirurgischen Behandl. d. Pankreas-Entzündungen. nebst Experimenten üb. Fettgewebe-Necrose.
Heft 103. **Egbert Braatz,** Allgemeinanaesthesie und Localanästhesie.
Heft 104. **S. Sterling,** Eparsalgie.
Heft 105. **Prof. C. A. Ewald,** die habituelle Obstipation und ihre Behandlung.
Heft 106. **Egon Hoffmann,** zur Behandlung der beweglichen Scoliose.
Heft 107. **R. Kossmann,** Abort-Behandlung. (Doppelheft.)
Heft 108. **J. Schulz,** Morbus Basedowii und seine operative Behandlung. (Doppelheft.)
Heft 109. **Jessner,** Die Pathologie der Lepra. (Doppelheft.)
Heft 110. **Max Joseph,** Krankheiten des behaarten Kopfes.
Heft 111. **Adolf Gottstein,** die erworbene Immunität bei den Infektionskrankheiten des Menschen.
Heft 112. **Egb. Braatz,** die Therapie inficirter Wunden.
Heft 113. **Jadassohn,** Atypien bei Psoriasis vulgaris.
Heft 114. **Schwabach,** über Tuberkulose des Mittelohrs.
Heft 115. **Albert Albu,** einige Fragen der Krankenernährung.
Heft 116. **Fr. Strassmann,** der Tod durch Chloroform in gerichtsärztl. Beziehung.
Heft 117. **Freyhan,** über Pneumotomie.
Heft 118. **H. Lindner,** Gefässnaht.
Heft 119. **E. Weisz,** Hydrops articulorum intermittens.
Heft 120. **Th. Gluck,** die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft)
Heft 121. **H. Gutzmann,** die Sprachphysiologie a. Grundlage d. wissenschaftl. Sprachheilkunde.
Heft 122. **Alfred Moll,** Augenleiden bei einigen acuten Infektionskrankheiten.
Heft 123. **Bruno Oppler,** der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
Heft 124. **P. Strassmann,** Uterusblutungen.
Heft 125. **Otto Küstner,** zur abdominalen Myomotomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
Heft 126. **Geo W. Jacoby,** die chronische Tabaks-Intoxication, speciell in ätiologischer Hinsicht (Doppelheft.)
Heft 127. **Georg Rosenfeld,** die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
Heft 128. **Max Joseph,** die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
Heft 129. **Alphons Fuld,** die Kunstfehler in der Geburtshülfe. (Doppelheft.)
Heft 130. **Felix Hirschfeld,** über den Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
Heft 131. **H. Strauss,** einige practisch wichtige Fragen aus dem Kapitel der Gastroptose. Doppelheft.)
Heft 132. **Ludw. Herzog,** diagnost. Schwierigkeiten und Beziehungen zwischen dem Coma der Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.
Heft 133. **M. Mendelsohn,** Ueber die therapeut. Beeinflussung der Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
Heft 134. **O. Rosenbach,** Wesen u. Behandlung der Krisen b. akuten Krankheiten. (Doppelh.)
Heft 135. **Paul Schuster,** zur neurolog. Untersuchung Unfallverletzter (Doppelheft.)
Heft 136. **Iwan Bloch,** die geschichtl. Entwickelung der wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
Heft 137. **R. Ledermann,** die Behandlung der akuten Gonorrhoe.
Heft 138. **Gust. Brühl,** die akute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
Heft 139. **Paul Friedr Richter,** die Organotherapie u. ihre praktische Bedeutung.
Heft 140. **Toby Cohn,** die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
Heft 141. **Bernh. Bendix,** Säuglingsernährung (Doppelheft.)
Heft 142. **H. Gutzmann,** Neueres über Taubstummheit u. Taubstummenbildung.
Heft 143. **Rich. Rosen,** die häusliche Behandlung Lungenkranker.
Heft 144. **Franz Dorn,** praktische Erfahrungen über Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein,** zur Behandlung des Ulcus cruris.
Heft 145. **A. Mackenrodt,** Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Th.: Störungen der Sekretion.
Heft 146. **Carl Bayer,** der angeborene Leistenbruch. Mit 37 Abbildgn. (Doppelheft.)

Fakulät Dr. Kirchhoff in Kiel und Dr. Beruttau in Göttingen und dem Dozenten an der technischen Hochschule und Oberarzt am Luisenhospital Dr. W Müller in Aachen; — der Rothe Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rath Dr. Becker in Hannover; — der Roth Adlerorden IV. Klasse: dem Med.-Rath Prof. Dr. Freiherr von Eisels berg in Königsberg; — der Kronenorden IV. Klasse mit Schwertern dem Marineassistenzarzt der Reserve Dr. Küttner im Landwehrbezirk Reutlingen.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Klasse des Herzogl. Sachsen Ernestinischen Hausordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Hahn in Stettin, dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Lincke in Altenburg und dem Stabsarzt Dr. Burghart an der Kaiser-Wilhelmsakademie in Berlin; der III. Klasse des Oesterreichisch Kaiserlichen Ordens der Eisernen Krone: dem Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Buchholtz in Pasewalk; des Kommandeurkreuzes des Kaiserlich Japanischen Ordens des Heiligen Schatzes: dem General-Oberarzt Dr. Jahn, Chefarzt des Garnisonlazareths I in Berlin; des Ritterkreuzes des Grossherzoglich Badischen Ordens Berthold's I. von Zähringen: dem Reg.- u. Med.-Rath Dr Schwass in Sigmaringen; des Ritterkreuzes I. Klasse des Königl Sächsischen Albrecht-Ordens: dem San.-Rath Dr. Stiege in Baden-Baden; des Ehrenkreuzes III. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Geh. San.-Rath Dr. Voigt in Bad Oeynhausen.

Ernannt: Der Ministerialdirektor, Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr Althoff für die Dauer seines Amtes als Direktor der ersten Unterrichts-Abtheilung im Ministerium der geistlichen u. s. w. Medizinalangelegenheiten zum Direktor der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und der Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Förster für die Dauer seines Amtes als Dirigent der Medizinalabtheilung in diesem Ministerium zum ordentlichen Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; der Kreisphysikus San.-Rath Dr. Schlecht zum Reg.- und Med.-Rath in Trier; der Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Druffel in Münster zum Medizinalassessor bei dem Medizinalkollegium der Provinz Westfalen; der a. o. Prof. Dr. Verworn in Jena zum ordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen und der a. o. Professor Dr. Ewald in Strassburg zum ordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der dortigen Universität.

Beauftragt mit der kommissarischen Verwaltung der Stelle eines Regierungs- und Medizinalraths bei der Regierung in Hannover: der Geh. Med.-Rath und Kreisphysikus Dr. Gürtler daselbst.

Auf eigenes Ersuchen in den Ruhestand getreten: Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Becker in Hannover.

Das **Fähigkeitszeugniss zur Verwaltung einer Physikats-Stelle** haben im Jahre 1900 erhalten: Dr. O. Lentz in Berlin, Dr. Joh. Wendler in Hannover, Dr. E. Nawratzki in Dalldorf, Dr. A. Klewe in Naumburg a. O., Dr. P. Fridrich in Jersitz, Dr. Wilh. Goebel in Bielefeld, Dr. J. Kessel in Lobberich, Dr. Joh. Leske Liegnitz, Dr. Rud. Roensberg in Berlin, Dr. Wilh. Tautzen in Hildesheim, Dr. K. Hagen in Grau-Rheindorf bei Bonn, Dr. A. Mannes in St. Goarshausen, Dr. J. Sauberzweig in Wissek, Dr. Georg Schotte in Bremen, Dr. Joh. Klix in Finsterwalde, Dr. A. Schoenstadt in Schöneberg b. Berlin, Dr. H. Roeder in Elberfeld, Dr. P. Schmidt in Brandenburg a. H., Dr. H. Happel in Biebrich, Dr. J. Anders in Gnesen, Dr. Max Gundlach in Neustrelitz, Dr. Karl Scholz in Görlitz, Dr. Bruno Voigt in Hamburg, Dr. I. Loewenthal in Lankwitz, Dr. Fritz Rathmann in Mühlheim a. Rhein, Dr. K. Rimek in Willesbrok.

Der heutigen Nummer der Zeitschrift liegt ein Prospekt von **Fischer medizin. Buchhandlung. H. Kornfeld, Berlin** über „Buchführung der Aerzte“ bei, worauf wir besonders aufmerksam machen.

Fortsetzung der Personalien s. letzte Seite des Umschlags.

Dr. Niemann's
„Haematol“
(Haemoglobin sterilis. aromat.)

gesetzlich geschützt.

Unerreicht in der Wirkung bei **Chlorose, Rhachitis, Magen- und Lungenleiden, Schwächezuständen aller Art. Haematol wird nur aus dem Blut solcher Ochsen gewonnen,** die zuerst von unserem Thierarzt untersucht wurden!! Die Herstellung geschieht unter ständiger Kontrolle des Dr. Niemann, früh. Assistenten der hygien. Institute der Berliner Universität und des Kaiserl. Gesundheitsamtes.

Haematol wurde überall mit grösstem Erfolge angewendet und gern genommen, da sein vorzüglicher Geschmack auch monatelanges Nehmen ohne geringsten Widerwillen bei empfindlichsten Patienten gestattet.

Aerzte Probeflaschen gratis und franko.

Originalflasche (300 g) 2,50 Mk.

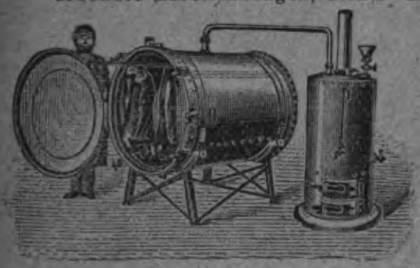
Gesellschaft für Gewinnung [606]

sero- und organotherapeutischer Präparate.

BERLIN SO. 33. Köpenickerstrasse 22.

Höchste Auszeichnungen, Staats- und Ehrenpreise, goldene und silberne Medaillen.

Viele hundert Anerkennungsschreiben von Staats- und anderen Behörden.



Desinfektions-Apparate,
Sterilisir-Apparate,
Formalin-Apparate,
Waschtischeinrichtungen,
Wannen- und Brausebäder

für Krankenhäuser, Lazarethe, Hospitale, chirurgische Kliniken etc., **Desinfektionsschiff** fertigen in solidester Ausführung unter Garantie

Gebrüder Schmidt, Weimar. [638]

Spezialfabrik für Desinfektions-Apparate und Abort-Anlagen.

Illustrirte Kataloge, Kostenanschläge gratis und franco.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld, Berlin W. 35.
Lützowstr. 10.

Zeitschrift für Krankenpflege

in Verbindung mit

Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik

herausgegeben von

Prof. Dr. **M. Mendelsohn** (Berlin).

Jahrgang XXII (1900). Jährlich 12 Hefte zum Preise von 12 Mark.

Inhalt des letzterschienenen Dezember-Heftes:

Bernhard Spinola †.

I. Ein Freiwilligenjahr für Frauen in der Krankenpflege. Erfahrungen und Urtheile von Schwestern des Ev. Diakonissenvereins, mitgetheilt von Prof. Dr. Friedr. Zimmer (Lichterfelde).

III. Die Krankenpflege in der Armenpraxis (mit besonderer Berücksichtigung der Hamburgischen Verhältnisse). III. Von Dr. M. Fürst (Hamburg).

III. Ueber Krankenpflege in Holland. Von Dr. M. L. H. S. Menko (Amsterdam).

IV. Ein Fleischzerkleinerungs-Apparat. Von Dr. P. Selter (Solingen).

V. Ein Mischrad zur Regulirung der Temperatur des Badewassers während des Badens. Von Dr. H. Davidsohn (Berlin).

VI—XVII. Kleinere Mittheilungen.

XVIII. Der Redaktion eingesandte Werke.

Aerztliche Polytechnik XII (Dezember).

Dr. K. Schüler in Reinfeld, Dr Fr. Buttenberg in Breslau, Dr. Fr. Geisseler in Landsberg a. W., Dr. G. Frey in Schwetz, Dr. Kl. Ocker in Breisach, Dr. Moritz Fuerst in Hamburg, Dr. M. Schubert in Schweidnitz, Dr. Hans Stein in Wilmersdorf, Dr. Joh. Rosenow in Eberswalde, Dr. Max Neuhaus in Königsberg in Pr., Dr. Kl. Woda in Pitschen, Dr. Fr. Plempe in Düren, Dr. A. Lienau in Hamburg, Dr. Georg Wentzel in Magdeburg, Dr. Max Doellner in Bendorf, Dr. Fr. Prölss in Scheessel, Dr. Wilh. Schirmer in Homberg, Dr. Wilh. Hallwachs in Darmstadt, Dr. Ferd. Klein in Konradstein, Dr. Rich. Lemke in Prosken, Dr. E. Roselieb in Abterode, Dr. P. Gebhard in Lissa, Dr. Fr. Scholz in Neu-Ruppin, Dr. E. Tornau in Korschen, Dr. Ph. Schirmer in Hersfeld, Dr. O. Krohne in Grosskamsdorf, Dr. E. Klippstein in Dalldorf, Dr. G. Weithöner in Buer, Dr. Wilh. Rohardt in Pankow, Dr. Fr. Proehl in Hannover, Dr. Fr. Sklarek in Dalldorf bei Berlin.

Gestorben: Generalarzt a. D. Dr. Wüstefeldt in Hannover, Oberstabsarzt a. D. Dr. Seydeler in Berlin, Dr. Rick in Rees, Dr. Hämmerlein in Schleps (Reg.-Bez. Köslin), San.-Rath Dr. Borberg in Hamm, Kreisphysikus und Geh. San.-Rath Dr. Kreussler in Brandenburg a./N., Dr. Jottkowitz in Breslau, Dr. Puppe in Neusalz a/O. (Reg.-Bez. Liegnitz), Dr. Schmelzer in Elberfeld.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrath: dem Direktor der Krisirrenanstalt Dr. Feldkirchner in Karthaus-Prüll sowie den Bezirksärzten Dr. Andräas in Amberg, Dr. Hirsch in Fürth und Dr. Lauber in Neuburg; — der Charakter als Hofrath: dem Prof. Dr. v. Ranke in München, Prof. Dr. Riedinger in Würzburg, Bade- und Brunnenarzt Dr. Sotbier in Kissingen, sowie den praktischen Aerzten Dr. Rhein und Dr. Beetz in München, Dr. v. Bezold in Schongau, Dr. Popp und Dr. Fürnrohr in Regensburg, Dr. Maas und Dr. Emmerich in Nürnberg, Dr. Werner in Aschach-Bocklet; — das Ritterkreuz I. Kl. des Bayerischen Militär-Verdienstordens: dem Generalarzt Dr. Bestelmeyer in München, Chef der Medizinalabtheilung des Kriegsministeriums; — die III. Kl. vom heiligen Michael: dem Prof. Dr. v. Bollinger in München; — die IV. Kl. desselben Ordens: dem Medizinalrath Dr. Stumpf in München und dem Prof. Dr. Hofmeier in Würzburg.

Ernannt: Zu Mitgliedern des Obermedizinalausschusses auf die Dauer von 4 Jahren: Geh. Rath Prof. Dr. v. Ziemssen, Geh. Rath Prof. Dr. v. Voit, Geh. Rath Dr. v. Winckel, Ob.-Med.-Rath Prof. Dr. v. Bollmeyer, Ob.-Med.-Rath Professor Dr. v. Braun, Ob.-Med.-Rath Professor Dr. v. Angerer, Geh. Rath Prof. Dr. v. Rothmund und Prof. Dr. Buchner in München; der praktische Arzt Dr. Gracht zum Bezirksarzt in Oberviechtbach, der praktische Arzt Dr. Klemz in Nittenau zum Bezirksarzt I. Kl. in Eschenbach.

Gestorben: Langerichtsarzt Med.-Rath Dr. Wollner in Fürth, Oberstabsarzt a. D. Dr. Fruth in München, Dr. Klein in Ludwigshafen.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Mückel in Olbernhau, San.-Rath Dr. Hirt in Chemnitz.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Privatdozent Dr. Walz in Tübingen zum Oberamtsarzt in Oberndorf.

Grossherzogthum Baden.

Gestorben: Dr. Neuhaus in Heidelberg, Med.-Rath Dr. Schwörer, Bezirksassistenzarzt in Kenzingen.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: San.-Rath Dr. Masserell in Mainz.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 1. Februar.

INHALT:

Aus Versammlungen und Vereinen.
Bericht über den zehnten internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Paris (Fortsetzung) 77
Bericht über die III. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam in Berlin am 17. November 1900 . . . 81
Bericht über die Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen im hygienischen Institut zu Posen 85

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften:
A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:
Dr. **Ploc**: Ein Beitrag zum Thymustod . 86
Dr. **P. Roseler**: Die Stichverletzungen des Rückenmarks in gerichtlich-medizinischer Beziehung 87
A. Frouin: 1. Experimentelle Selbstverdauung des Magens. — Worauf beruht die Widerstandsfähigkeit des Magens gegen die Selbstverdauung 87
Dr. **Alexander Stieda**: Durchbohrung des Duodenums und des Pankreas durch eine Taenie 88
Dr. **Max Richter**: Der mikroskopische Nachweis von Blut zu gerichtlich-medizinischen Zwecken 88
Rudolf Ganter: Ueber das Tätowiren nach Untersuchungen bei Geisteskranken 89
Dr. **H. Freiberg**: Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung . . 89
Dr. **Jahrmärker**: Beitrag zur Dementia paralytica beim weiblichen Geschlechte . 90
B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:
Ein Unfallverletzter ist nicht verpflichtet, sich einer Hautüberpflanzung (Transplantation) zu unterwerfen u. s. w. . . . 90
Verlust der 3. u. 4. Zehe bedingt keine Erwerbsbeschränkung i. abmessbarem Grade 91
Berechtigte od. unberechtigte Rentenentziehung bei Weigerung e. Invalidenrentenempfängers, sich zwecks Prüfung, ob er die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt habe, in e. Krankenhause beobachten zu lassen 91
Feststellung der Folgen einer schweren mit Rippenbruch verbundenen Quetschung der Brust u. s. w. Obergutachten von Prof. Dr. **Curschmann** 92
C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:
Dr. **Alexis Radziewsky**: Beitrag zur Kenntniss des Bacterium coli 95
A. Rodet: Ueber die Agglutination des Bact. coli und des Eberth-Bacillus durch das Serum immunisirter Thiere. Wirkung des Coli-Serums auf den Eberth-Bacillus und umgekehrt 96
J. Nicolas: Spätere Agglutinationsfähigkeit eines primär nicht agglutinirbaren Diphtheriebacillus 96
Chanoz, P. Courmont u. M. Doyon: Wirkung der Abkühlung durch flüssige Luft auf agglutinirbare Sera und agglutinirbare Kulturen 97
Prof. Dr. **H. Kossel** u. Prof. Dr. **P. Frosch**: Ueber die Pest in Oporto 97
Dr. **Vagedes**: Ueber die Pest in Oporto 98
Dr. **G. Martius**: Experimenteller Nachweis der Dauer des Impfschutzes gegenüber Kuh- und Menschenpocken . . . 98
J. Courmont u. **V. Montagard**: Die Leukozytose bei Variola. — **E. Weil**: Quantitative und qualitative Prüfung der Variola-Leukozytose. Prüfung der Variolapustel auf den Leukozytengehalt . . . 99
H. Roger u. **E. Weil**: 1. Inokulation der menschlichen Variola auf das Kaninchen. — 2. Inokulation der Vaccine auf das Kaninchen. — 3. Mikrobiologische Untersuchungen der Variola 100
Prof. Dr. **W. Dönitz**: Bericht über die Thätigkeit des Königl. Institus für Serumforschung und Serumprüfung in Steglitz 101
Dr. **Marx**: Bericht über die Thätigkeit der Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin i. Jahre 1899 103
Dr. **J. Hirschberg**: Zur Bekämpfung der endemischen Körnerkrankheit . . 104
Dr. **Moebius**: Ueber die Verbreitung des Weichselzopfes in den Regierungsbezirken Marienwerder, Bromberg u. Posen 104
Dr. **Deneke**: Zur Statistik des Krebses im Reg.-Bez. Stralsund 105
Dr. **F. Reiche**: Zur Verbreitung des Karzinoms 105
Geh. Med.-Rath Dr. **Pfeiffer**: Die ört-

Med.-Rath Dr. Fertig: Hebammenwesen im Kreise Worms 106
Dr. A. Blaschko: Hat die übliche Reglementirung der Prostitution einen nachweislichen Einfluss auf die Häufigkeit und die Verbreitung der venerischen Krankheiten ausgeübt? 107
Tagesnachrichten . . . . . M
Beilage:
Rechtsprechung I
Medizinal-Gesetzgebung . . . II
Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: den Sanitätsräthen Dr. Heimbach in Viersen, Kreisphysikus Dr. Kornfeld in Grottkau u. Kreisphysikus Dr. Grätzer in Gross-Strehlitz, — der Charakter als Sanitätsrath: den Kreisphysikern Dr. Steinebach in Hameln u. Dr. te Gempt in Buxtehude, dem Kreiswundarzt Dr. Michels in Herbede, sowie dem Direktor der Provinzial-Irrenanstalt Dr. Gock in Landsberg a. W. und den praktischen Aerzten Dr. Bliegel u. Dr. Middeldorpf in Hirschberg (Schl.); — der erbliche Adel: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Behring in Marburg und dem General- u. Korpsarzt Dr. Strube in Karlsruhe; — der Rothe Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub: dem Geh. Med.-Rath und Generalarzt Dr. Zuncker in Berlin, Leibarzt Ihrer Maj. der Kaiserin u. Königin, dem General- u. Korpsarzt Dr. Grossheim in Frankfurt a. M. und Generalarzt Dr. Gutschow, Vorstand der Medizinalabtheilung des Reichsmarineamts; — der Rothe Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rath u. vortragenden Rath im Ministerium der geistlichen u. s. w. Medizinalangelegenheiten Dr. Schmidtmann in Berlin, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Lichtheim in Königsberg, Geh. Med.-Rath und Mitglied des Reichsgesundheitsraths Dr. Rubner in Berlin, dem Kreisarzt San.-Rath Dr. Hoeffel in Buchsweiler, Geh. San.-Rath u. Mitglied des Reichsgesundheitsraths Dr. Lent in Köln und dem General- u. Korpsarzt Dr. Goedicke in Danzig; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. Med.-Rath und Direktor der Provinzial-Irrenanstalt Dr. Sander in Dalldorf, den Reg.- u. Med.-Räthen Dr. Nöller in Lüneburg und Dr. Siedamgrotzky in Kassel, dem Geh. Med.-Rath und dirig. Arzt in der medizinischen Abtheilung des Kaiserin Augusta-Hospitals Prof. Dr. Ewald in Berlin, dem Reg.-Rath und Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamts Dr. Wutzdorff in Berlin, den Kreisphysikern u. Sanitätsräthen Dr. Bredschneider in Angerburg und Dr. Noethlichs in Heinsberg und dem Kantonalarzt Dr. Weill in Hagenau, dem Direktor der Provinzial-Irrenanstalt Dr. Kraemer in Konradstein, den Geh. Sanitätsräthen Dr. Jaquet in Berlin und Kreisphysikus Dr. Sonntag in Uelzen, den Sanitätsräthen Dr. Bröse in Quedlinburg, Dr. Poppo in Marienwerder, Dr. Tiedemann sen. in Stade und Dr. Würzburg, Hilfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt, dem General-Ober- und Divisionsarzt Dr. Otto in Braunschweig, den Oberstabs- und Regimentsärzten Dr. Dieckmann in Rastenburg, Dr. Gehrich in Osnabrück, Dr. Hensoldt in Erfurt, Dr. Hohnbaum-Hornschuch in Gleiwitz, Dr. Lange in Metz, Dr. Michaelis in Posen, Dr. Müller in Posen, Dr. Musehold in Thorn, Dr. Schneider in Koblenz, Dr. Spiecker in Giessen, Dr. Spiess in Posen, Dr. Taubner in Gumbinnen, Dr. Waegelein in Wittenberg, den Marine-Oberstabsärzten Dr. Davids, Marine-Station der Ostsee und Dr. Grotian in Friedrichsort; — der Königl. Kronenorden II. Klasse mit dem Stern: dem Geh. Med.-Rath und Mitglied des Reichsgesundheitsamts Prof. Dr. Gerhardt in Berlin; — der Königl. Kronenorden II. Klasse: dem Geh. San.-Rath Dr. Adloff, Königl. Hofarzt in Potsdam, dem Prof. Dr. Goltz in Strassburg sowie den General- u. Korpsärzten Dr. Jarosch in Kassel und Dr. Meisner in Altona; — der Kronenorden III. Klasse: dem General-Ober- und Divisionsarzt Dr. Edler in Mörchingen, dem General- und Garnisonarzt Dr. v. Kühlewein in Altona, den General- und Divisionsärzten Dr. Müller in Münster, Dr. Rochs in Darmstadt und Dr. Hümmerich in Kassel, den Oberstabs- und Regimentsärzten Dr. Kirchhoff in Halberstadt, Dr. Ilberg in Berlin und Dr. Rieder in Koblenz, dem Oberstabs- und Garnisonarzt Dr. Angerhausen in Köln.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Königlich Norwegischen Ordens vom heiligen Olaf: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ehrlich, Direktor des Instituts für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M.

Ernannt: Der bisherige Kreiswundarzt Dr. Weczereck in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zum Kreisphysikus des Kreises Kreuzburg (an Stelle des vorher

Fortsetzung der Personalien s. letzte Seite des Umschlages.

Bacillol

bestes und billigstes Desinficiens und Antisepticum für Hospital- und Privatpraxis.

Probe und Literatur gratis.

Bacillolfabrik
Franz Sander, Hamburg.

Dr. Niemann's „Haematol"

(Haemoglobin sterilis. aromat.)

gesetzlich geschützt.

Unerreicht in der Wirkung bei **Chlorose, Rhachitis, Magen- und Lungenleiden, Schwächezuständen aller Art. Haematol wird nur aus dem Blut solcher Ochsen gewonnen,** die zuerst von unserem Thierarzt untersucht wurden!! Die Herstellung geschieht unter ständiger Kontrolle des Dr. Niemann, früh. Assistenten der hygien. Institute der Berliner Universität und des Kaiserl. Gesundheitsamtes.

Haematol wurde überall mit grösstem Erfolge angewendet und gern genommen, da sein vorzüglicher Geschmack auch monatelanges Nehmen ohne geringsten Widerwillen bei empfindlichsten Patienten gestattet.

Aerzte Probeflaschen gratis und franko.

Originalflasche (300 g) 2,50 Mk.

Gesellschaft für Gewinnung [606]
sero- und organotherapeutischer Präparate.
BERLIN SO. 33. Köpenickerstrasse 22.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld, Berlin W. 35.
Lützowstr. 10.

Zeitschrift für Krankenpflege

in Verbindung mit

Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik

herausgegeben von

Prof. Dr. **M. Mendelsohn** (Berlin).

Jahrgang XXIII (1901). Jährlich 12 Hefte zum Preise von 12 Mark.

Inhalt des letzterschienenen Januar-Heftes:

I. Lissabon. Eine klimatologische Skizze. Von Prof. Dr. M. Breitung (Coburg).
III. Ueber die Errichtung von Sanatorien für Nervenkranke. Von Geh. Rath Prof. Dr. Pelman (Bonn).
III. Lungentuberkulose und Pflege. I. Von Dr. Aufrecht (Magdeburg).
IV. Schreibapparat für Erblindete. Von Dr Fr. A. Frey (Baden-Baden).
V—XIX. Kleinere Mittheilungen.
XX. Litteratur.
Aerztliche Polytechnik I (Januar).

Dr. Lahmann's

Nährsalz Cacao, per ½ Kilo ℳ 3.—.

Nährsalz-Chocolade,

per ½ Kilo ℳ 2.— und ℳ 1,60,
sind, weil ohne Zusatz schädlicher Alkalien hergestellt, die einzig wahrhaft gesunden Cacao-Präparate, wirken blutbildend und verstopfen nicht.

Pflanzen-Nährsalz-Extract,

per Topf ℳ 1,70,

Dr. Lahmann's vegetabile Milch,

per Büchse ℳ 1,30, bildet, der Kuhmilch zugesetzt, das einzig wirkliche, beim jüngsten Säuglinge sofort anwendbare Ersatznährmittel für mangelnde Muttermilch.

Man verlange Gratis-Broschüre von den alleinigen Fabrikanten

Beim Kaiserl Patentamte sub Nr. 3163 eingetragene Schutzmarke.

Hewel & Veithen in Köln a. Rhein.

Käuflich in allen Apotheken, besseren Colonialwaaren-, Delicatessen- und Droguen-Geschäften, sowie Gesundheits-Nährmittel-Handlungen und Special-Geschäften, die Dr. Lahmann's Artikel führen.

ernannten Kreiswundarzt Dr. Thienel), der ausserordentliche Professor Dr. Schenk in Würzburg zum ordentl. Professor der Psychologie an der Universität Marburg, der Prof. Dr. Bumm in Basel zum ordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Gestorben: Reg.- u. Med.-Rath Dr. Alexander in Breslau, San.-Rath Dr. Schartow, Kreiswundarzt in Potsbam, Dr. Rose in Herford, Geh. San.-Rath Dr. Wilhelmi in Wiesbaden, San.-Rath Dr. Paul Eberty in Berlin, Geh. San.-Rath Dr. Fränkel in Neustadt (Ob.-Schl.), Generalarzt a. D. Dr. Wustandt in Wiesbaden, San.-Rath Dr. Lautz, Kreisphysikus in Diez, Dr. Going in Murowana-Goslin (Reg.-Bez. Posen), Dr. Kraus in Wittenberge, San.-Rath Dr. Max Müller und Dr. Max Cohn in Berlin, Dr. Meesen in Kornelymünster (Reg.-Bez. Aachen).

Königreich Bayern.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Bischoff in Erlangen zum Bezirksarzt daselbst.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Kommandeurkreuzes des Königl. Schwedischen Wasa-Ordens: dem Generalarzt Dr. Bestelmeyer in München, Chef der Medizinalabtheilung des Kriegsministeriums. — **Gestorben:** Dr. Stechele in Wald, Hofrath Dr. Brauser in Regensburg und Oberstabsarzt Dr. Lichtenstein in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Joh. Wachsmuth in Dresden.

Königreich Württemberg.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Klasse des Grossherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Enderle in Weingarten. — **Ernannt:** Der Oberarzt an der städtischen Irrenanstalt zu Hamburg, Prof. Dr. Wollenberg zum ordentlichen Professor und Direktor der psychiatrischen Klinik in Tübingen.

Die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst haben im Jahre 1900 bestanden: Dr. R. Burk in Heidenheim, Dr. Fr. Cuhorst in Künzelsau, Dr. J. Daiber, Assistenzarzt an der Königl. Heil- und Pflegeanstalt Wienenthal, Dr. W. Dörfler in Biberach, Dr. G. Fischer, Stabs- und Garnisonarzt in Ludwigsburg, Dr. A. Gastpar, Assistenzarzt am Katharinenhospital in Stuttgart, Dr. R. Glitsch, Assistenzarzt an der Landes-Hebammenschule in Stuttgart, Dr. Friedrich Lebküchner in Neuenstadt a. K., K. Rieckher und Dr. P. Steinhauser in Oehringen, Dr. O. Schmidt, Assistenzarzt an der mediz. Klinik zu Tübingen, Dr. A. Schott, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Tübingen.

Grossherzogthum Baden.

Ernannt: Geh. Hofrath Prof. Dr. Fürbringer in Jena zum ordentlichen Professor und Direktor des anatomischen Instituts der Universität Heidelberg und Prof. Dr. Kossel zu Marburg zum ordentlichen Professor und Direktor des physiologischen Instituts derselben Universität.

Gestorben: Dr. Bringolf in Grosslaufenburg.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 15. Febr.

INHALT:

Original-Mittheilungen.
Pockenepidemie in Frankfurt a. M. Von Dr. Grandhomme 113
Wasserversorgung und Staatshülfe. Von Prof. Dr. Fraenkel 127
Zur Ausführung des Kreisarztgesetzes. Von Dr. Rapmund 137

Tagesnachrichten.
Max von Pettenkofer † 142
Aus dem Reichstage 143
Aus dem preussischen Abgeordnetenhause 144
Aerztetag in Hildesheim 145
Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 145
Sitzung des preussischen Apothekerraths . 145
Annahme des Gesetzentwurfs über die Kosten bei Besichtigung von Drogen- und ähnlichen Handlungen im Fürstenthum Schwarzburg-Sondershausen . . 145
Hebammenwesen im Fürstenthum Reuss jüngere Linie 145
Bekanntmachung betreffs Sterilisirung der Milch 145
Prozess Kuhne 145
Erklärung 146
Pest 146

Beilage:
Medizinal-Gesetzgebung 25

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem Sanitätsrath Dr. Appel in Brandenburg a./H.; — der Charakter als Sanitätsrath: den praktischen Aerzten Dr. Reiss in Samotschin, Dr. Fliegel und Dr. Middeldorpf in Hirschberg i. Schl., Dr. Groos in Hedersleben, Dr. Schumann in Zeitz, Dr. Hacker in Teuchern, Dr. Dreis in Gaarden, Dr. Stahl in Dierdorf; — die Rothe Kreuz-Medaille II. Klasse: dem Generalazt a. D. Dr. v. Meyeren in Berlin; dieselbe Medaile III. Klasse: den Kreisphysikern Dr. Eberhardt in Allenstein und San.-Rath Dr. Hennemeyer in Ortelsburg, den praktischen Aerzten Dr. Gerhardi in Lüdenscheid Dr. Gerling in Elmshorn, Dr. Gerwin in Montabaur, Dr. Hiltrop in Hagen i. W., San.-Rath Dr. Hitzel in Homburg v. d. H., San.-Rath Dr. Ipscher in Wusterhausen, Dr. Kühne in Hann.-Münden, San.-Rath Dr. Le Blanc in Opladen, Dr. Lühe, Generalarzt a. D. in Königsberg i. Pr., Dr. Maurer in Malstatt-Burbach, Dr. Nimsch in Königsberg (N.-M.), Dr. Pagé in Kottbus, Dr. Roediger in Frankfurt a. M., Dr. Rohde in Kiel, Dr. Schwarz in Stolber , Dr. Stadtlaender in Mellendorf, Dr. Steinbrück in Quedlinburg, Dr. Stempel in Breslau, San.-Rath Dr. Strat-

Preis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

mann in Wald, Dr. Wunderlich in Langensalza, Dr. Cyrus in Sch[illegible] i. M., Hofrath Dr. Hertel in Kempten, Dr. Kluge in Güstrow in M., H[illegible] Rath Dr. Köhler, Direktor des städtischen Krankenhauses zu Offenbach a. M. Dr. Leichter-Schenz in Limburg b. Chemnitz, Hofrath Dr. Schramm in Dresden, dem Kreisarzt Dr. Steinmetz in Rappoltsweiler, den Oberstabs- u. Regimentsärzten Dr. Meinhold in Liegnitz und Dr. Hermann in Ban St. Martin, sowie dem Stabsarzt Dr. Deelemann in Dresden; — die Rettungsmedaille am Bande: dem prakt. Arzt Dr. Bohlius in Friedland (Ostpr.)

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes II. Abth. des Grossherzoglich Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit oder vom weissen Falken: dem Stabsarzt Dr. Sydow an der Kaiser Wilhelms-Akademie in Berlin.

Ernannt: Der Kreiswundarzt Dr. Wachs in Wittenburg zum Kreisphysikus daselbst.

Versetzt: Der Reg.- u. Med.-Rath Dr. Telke in Köln in gleicher Eigenschaft nach Breslau.

Gestorben: San.-Rath Dr. Rudloff in Naumburg a./S., San.-Rath Dr. Schütze in Landeck, Dr. Adolf Meyer in Berlin, Dr. Bellebaum in Siegen Dr. Weber in Honnef, Dr. Aldegarmann in Waldgasser, Generalarzt a. D. Dr. Krulle in Berlin, Dr. Kisgen in Köln, Dr. Freudenhammer in Waldbreitbach (Reg.-Bez. Koblenz).

Königreich Bayern.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Glauning zum II. Physikatsassistenten für den Verwaltungsbezirk der Stadt Nürnberg.

Gestorben: Geh. Rath Prof. Dr. M. v. Pettenkofer und Generalarzt a. D. Dr. Hatzler in München, Bezirksarzt Dr. Völk in Zusmarshausen, Bezirksarzt Dr. Seitz in Würzburg, Hofrath Dr. Parrot in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Komthurkreuz II. Klasse des Albrechtordens: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Trendelenburg in Leipzig, das Ritterkreuz II. Klasse desselben Ordens: dem Privatdozenten Dr. Wilms in Leipzig.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Fischer in Ostritz zum Gerichts-Assistenzarzt.

Gestorben: Dr. Tschaplowitsch in Euba, Dr. Kanig in Taubenheim, Badearzt Dr. Hahn aus Bad Elster in Wiesbaden.

Königreich Württemberg.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Komthurkreuzes II. Klasse des Königl. Sächsischen Albrechts-Ordens dem Prof. Dr. v. Baumgarten in Tübingen.

Grossherzogthum Baden.

Ernannt: Der Privatdozent Dr. Braus in Würzburg zum ausserordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, die Privatdozenten Dr. Nissl und Dr. Marwedel in Heidelberg zu ausserordentlichen Profrssoren in der medizinischen Fakultät daselbst.

Uebertragen: Die Vorstandsstelle der Grossherzogl. Impfantalt in Karlsruhe bis auf Weiteres dem Medizinalreferenten beim Ministerium, Obermedizinalrath Dr. Hauser daselbst an Stelle des auf sein Ansuchen von dieser Funktion entbundenen Bezirksarzt a. D. Geheimrath Dr. Fischer.

Gestorben: Prof. Dr. Weiss aus Heidelberg in Mannheim.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. v. Schrader in Hamburg zum Hülfsarbeiter des dortigen Medizinalkollegiums.

Gestorben: Geh. San.-Rath Dr. Cordemann in Bösingfeld (Lippe-Detmold).

„West-Sanatorium“

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit,
ihre Patienten verpflegen zu lassen
und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. Lewald's
Heilanstalt
für
Gemüths-und Nervenkranke
zu
Obernigk
bei **Breslau.**
Adresse: **Dr. Lewald,** Obernigk.
[628] Prospekte.

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

---

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte,
mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [610]

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Bacillol

bestes und billigstes Desinficiens und Antisepticum für Hospital- und Privatpraxis.

Probe und Literatur gratis.

Bacillolfabrik
Franz Sander, Hamburg.

Dr. Niemann's „Haematol"

(Haemoglobin sterilis. aromat.)

gesetzlich geschützt.

Unerreicht in der Wirkung bei **Chlorose, Rhachitis, Magen- und Lungenleiden, Schwächezuständen aller Art. Haematol wird nur aus dem Blut solcher Ochsen gewonnen,** die zuerst von unserem Thierarzt untersucht wurden!! Die Herstellung geschieht unter ständiger Kontrolle des Dr. Niemann, früh. Assistenten der hygien. Institute der Berliner Universität und des Kaiserl. Gesundheitsamtes.

Haematol wurde überall mit grösstem Erfolge angewendet und gern genommen, da sein vorzüglicher Geschmack auch monatelanges Nehmen ohne geringsten Widerwillen bei empfindlichsten Patienten gestattet.

Aerzte Probeflaschen gratis und franko.

Originalflasche (300 g) 2,50 Mk.

Gesellschaft für Gewinnung [606]
sero- und organotherapeutischer Präparate.
BERLIN SO. 33, Köpenickerstrasse 22.

Dr. Lahmann's

Nährsalz Cacao, per ½ Kilo ℳ 3,—.

Nährsalz-Chocolade,

per ½ Kilo ℳ 2,— und ℳ 1,60,
sind, weil ohne Zusatz schädlicher Alkalien hergestellt, die einzig wahrhaft gesunden Cacao-Präparate, wirken blutbildend und verstopfen nicht.

Pflanzen-Nährsalz-Extract,

per Topf ℳ 1,70.

Dr. Lahmann's vegetabile Milch,

per Büchse ℳ 1,30, bildet, der Kuhmilch zugesetzt, das einzig wirkliche, beim jüngsten Säuglinge sofort anwendbare Ersatznährmittel für mangelnde **Muttermilch.**

Man verlange Gratis-Broschüre von den alleinigen Fabrikanten

Dr. Lahmann

Beim Kaiserl Patentamte sub Nr. 3163 eingetragene Schutzmarke.

Hewel & Veithen in Köln a. Rhein.

Käuflich in allen Apotheken, besseren Colonialwaaren-, Delicatessen- und Droguen-Geschäften, sowie Gesundheits-Nährmittel-Handlungen und Special-Geschäften, die Dr. Lahmann's Artikel führen.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 1. März.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Sachverständigen. Von Dr. Immelmann 147

Feststellung der Todesursache bei einer in starker Verwesung begriffenen Kindesleiche, bei der sämmtliche drei Höhlen geöffnet und verschiedene Organe nicht mehr vorhanden waren. Von Dr. Gutsmuths 151

Entwurf eines Gesetzes, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen. Von Dr. Rapmund 166

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den zehnten internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Paris (Schluss) 157

Tagesnachrichten.

Zum Kreisarztgesetz 175

Aus dem Reichstage 176

Ernennungen 177

Beitragspflicht bei den Aerztekammern . 177

Handhabung der Wohnungsaufsicht in Bayern 177

Todesfälle 177

XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 178

VIII. internationaler Kongress gegen den Alkoholismus 178

Pest 178

Beilage:

Rechtsprechung 29

Medizinal-Gesetzgebung 30

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem Sanitätsrath Dr. Eugen Pissin in Berlin; — der Rothe Adlerorden IV. Kl.: dem San.-Rath Dr. Hagemann in Bernburg.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Komthurkreuzes II. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Sommer in Potsdam; des Ritterkreuzes desselben Ordens: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Dürner in Köln; des Oesterreichischen Kaiserlichen Ordens der Eisernen Krone II. Klasse: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Hammerschmidt in Stettin.

Versetzt: Der Reg.- u. Med.-Rath Dr. Rusack in Stade in gleicher Eigenschaft an die Regierung nach Köln.

Gestorben: Prof. Dr. Husemann in Göttingen, Dr. Homann, Assistent am hygienischen Institut in Kiel (in Folge einer Infektion mit Typhus-

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

bazillen), Geh. San.-Rath, Prof. Dr. v. Heusinger, Kreisphysikus in Marburg, San.-Rath Dr. Sauerhering in Kiekenmühle bei Stettin, San.-Rath Dr. Köhler in Posen, Geh. San.-Rath Dr. Geissé in Ems, Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Borgmann in Magdeburg, Geh. San.-Rath Dr. Wilhelmi in Wiesbaden, Dr. Neuschäfer in Höchst a. M., Dr. Vonderbank in Euskirchen, Generaloberarzt a. D. Dr. Krüger in Köln, Dr. Ebert in Lobsens (Reg.-Bez. Bromberg).

Königreich Bayern.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem praktischen Arzt Dr. Ludwig Lacher in Berchtesgaden.

Gestorben: Dr. Ed. Schneider in Bad Gleisweiler, Oberstabsarzt a. D. Bapt. Winckler in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Ernst Grohmann in Dresden, früher Gerichtsassistenzarzt in Kamenz, Dr. Ernst Wermann und Dr. Kurt Timmling in Dresden.

Königreich Württemberg.

Versetzt: Oberamtsarzt Dr. Breit in Hall unter Verleihung des Charakters als Medizinalrath in gleicher Eigenschaft nach Stuttgart.

Grossherzogthum Baden.

Gestorben: Med.-Rath Dr. Reiss in Rheinbischofsheim, Med.-Rath Dr. Molitor in Baden-Baden, Dr. Werner in Schwetzingen, Med.-Rath Dr. Zöller, Bezirksarzt a. D. in Heidelberg.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Geh. Rath Dr. Pfeiffer in Darmstadt.

Verlag von Fischer's medicinischer Buchhandlung,
H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Soeben erschien:

Beiträge zur Bauchchirurgie

unter besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahre ausgeführten
84 Gallensteinlaparotomien.

Von

Prof. Dr. **Hans Kehr**, Oberarzt Dr. **Berger** und Dr. **Welp** in Halberstadt.

Ein Band geheftet: Preis 3,60 Mark.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Die Behandlung des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.

Von

Dr. **Theodor S. Flatau** in Berlin.

— Berliner Klinik 149. — Preis 60 Pf. —

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

Dr. Lewald's
Heilanstalt

für

Gemüths-und Nervenkranke

zu

Obernigk

bei **Breslau.**

Adresse: **Dr. Lewald**, Obernigk.

[628] Prospekte.

Dr. H. Ritscher's

Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

---

[593] Sanatorium

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für

Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch

Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610]

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden III. Kl. mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rath Dr. Köllner in Hannover; — der Kronenorden IV. Kl.: dem Oberarzt der Reserve Dr. Becker in Berlin.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Offizierkreuzes des Königlich Sächsischen Albrechtsordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Meinhold in Liegnitz, der III. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Generalarzt a. D. Dr. Ernesti in Potsdam; des Ritterkreuzes I. Klasse des Bayerischen Militär-Verdienstordens: dem General- und Korpsarzt Dr. Herzer in Metz.

Beauftragt mit der kommissarischen Verwaltung der Regierungs- und Medizinalrathsstelle bei der Königl. Regierung in Stade: der Bezirksphysikus Dr. Nesemann in Breslau.

Verabschiedet auf sein Ansuchen: Der ordentl. Professor Dr. Freund in Strassburg.

Gestorben: Geh. San.-Bath Dr. Claussen in Itzchoe, Generalarzt a. D. Dr. Schattenberg in Magdeburg, Dr. Bobrecker in Breslau, Dr. Heinrich Reintjes in Giesenkirchen (Reg.-Bez. Düsseldorf), Dr. Christian Studt in Bargteheide (Holstein), Dr. Hengstenberg in Bochum, Dr. Ferd. Frank in Falkenberg i. Schl., Dr. Meyerwisch in Freienwalde a. O., Dr. Chaym in Treptow a. Rega, Dr. Egon Dübecke in Altkloster (Reg.-Bez. Posen), San.-Rath Dr. Thanisch in Trier, Dr. Lehmann in Tilsit.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: der Verdienstorden vom heiligen Michael III. Klasse: dem Prof. Dr. Penzold in Erlangen; der Titel und Rang eines Geh. Hofraths: dem Hofrath und Leibarzt Dr. von Halm in München; der Titel und Rang eines Hofarztes: dem Hofstabsarzt Dr. Becker in München; das Komthurkreuz des Militärverdienstordens: dem Generalarzt Dr. Seggel in München.

Ernannt: der praktische Arzt Dr. Neidhardt in Murnau zum Bezirksarzt I. Klasse in Zusmarshausen, der praktische Arzt Dr. Angerer in Weilheim zum Bezirksarzt daselbst.

Gestorben: Dr. Biehler in Dürkheim a. Haardt.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. H. Th. Kretschmar in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: der Rang der V. Stufe der Rangordnung: dem Obermedizinalrath Dr. Gussmann; der Rang und Titel eines Medizinalraths: dem Oberamtsarzt Dr. Engelhorn in Göppingen; der Titel eines Hofraths: den Oberamtsärzten Dr. Gemelin in Gaildorf und Dr. Höring in Weinberg; der Titel eines Sanitätsraths: den Oberamtsärzten Dr. Hopf in Balingen und Dr. Rödelheimer in Laupheim, den Oberamtswundärzten Dr. Kaut in Gerabronn und Dr. Landerer in Tübingen, sowie dem Oberarzt Dr. Fauser in Stuttgart; das Ehrenkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: dem Professor Dr. Grützner in Tübingen; das Ritterkreuz I. Klasse des Verdienstordens: den Oberstabs- und Regimentsärzten Dr. Enderle in Weingarten und Dr. Scherer in Ulm.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Lorenz in Stuttgart zum ausserordentlichen Mitglied des Medizinalkollegiums.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: die II. Klasse mit Eichenlaub des Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Privatdozent Dr. Petersen in Heidelberg.

Grossherzogthum Hessen.

Ernannt: der praktische Arzt Dr. Fresenius in Rossdorf zum Kreisassistenzarzt bei dem Kreisgesundheitsamte in Worms.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Kreisassistenzarzt Dr. Schmitt in Bensheim.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Sanitätsrath Dr. Weidner in Friedrichroda (Thüringen), Dr. Willgerodt, Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik in Strassburg i. E.

Kaiserbad Schmiedeberg

(Bez. Halle).

Spez.-Anstalt f. **Rheumatiker** u. **Gichtkranke** der besseren Stände, ist eigens zur Winterkur eingerichtet u. giebt **Eisenmoorbäder den ganzen Winter hindurch.** Central-Heizung, elektr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prosp. durch Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer. [644]

Jacobsohn, Priv.-Doz. Dr. C. (Berlin). **Ueber den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.** (Berliner Klinik 152). Preis 60 Pfennig.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld.
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

„West-Sanatorium“

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit,
ihre Patienten verpflegen zu lassen
und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

Dr. Lewald's
Heilanstalt
für
Gemüths-und Nervenkranke
zu
Obernigk
bei **Breslau.**
Adresse: **Dr. Lewald,** Obernigk.
[628] Prospekte.

---

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte,
mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [610]

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** 2 Aerzte.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 1. April.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Die diesjährigen Berathungen des preuss. Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes. Von Dr. **Rapmund** 211

Geniessbarkeit von theilweis verdorbenen Hühnereiern. Von San.-Rath Dr. **Mittenzweig** 265

Besprechungen.

Dr. **W. Praussnitz:** Grundzüge der Hygiene 269

Dr. **R. Perlia:** Kroll's stereoskopische Bilder zum Gebrauche für Schielende. . 269

Dr. med **Hermann Rohleder:** Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen 270

Tagesnachrichten.

Aus dem preuss. Abgeordnetenhause . . 271

Aus dem Reichstage 273

Konstituirende Sitzung des Reichsgesundheitsraths 273

Errichtung einer Standesvertretung der Apotheker 274

Veränderung der Redaktion der Zeitschrift für Krankenpflege und ärztliche Polytechnik 274

Notitz für die Leser 274

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden III. Kl. dem Geh. San.-Rath Dr. Bögel in Lüneburg.

Ernannt: Prof. Dr. Winter in Königsberg i./Pr. zum Medizinalrath und Mitglied des Med.-Kollegiums der Provinz Ostpreussen, Prof. Dr. Barth, Oberarzt der chirurgischen Abth. des Stadtlazareths in Danzig, zum Mitglied des Med.-Kollegiums der Provinz Westpreussen; Med.-Assessor Dr. König, Oberarzt der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf, und Med.-Assessor San.-Rath Dr. Paul Ruge in Berlin zu Medizinalräthen u. Mitgliedern des Med.-Kollegiums der Provinz Brandenburg, Kreisphysikus San.-Rath Dr. Freyer in Stettin zum Medizinalrath und Mitglied des Medizinal-Kollegiums der Provinz Pommern, Med.-Assessor Dr. Toporski, Direktor der Hebammen-Lehranstalt in Posen, und Prof. Dr. Wernicke, Direktor des Hygienischen Instituts daselbst, zu Medizinalräthen und Mitgliedern des Med.-Kollegiums der Provinz Posen, Med.-Assessor Dr. Dahlmann in Magdeburg zum Medizinalrath und Mitglied des Med.-Kollegiums der Provinz Sachsen und Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fritsch zu Bonn zum Mitgliede des Med.-Kollegiums der Rheinprovinz.

Gestorben: Dr. Sigmund Asch in Breslau, San.-Rath Dr. Bamberg in Overath, San.-Rath Dr. Meissner in Trier, Dr. Klemp in Neuteich, Dr. Wynen, Assistent am hygienischen Institut in Marburg, San.-Rath Dr. Kirch-

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; bezw. der monatlichen Beilage „Aerztliche Rathgeber" 16 Mark.

berg in Altendorf, Dr. Schönberger in Nebra, Dr. Zingsem in Grevenbroich, Dr. v. Putiacky in Lissa i./Posen, Dr. Perlinsky in Schlawa (Schlesien), Dr. Frank in Falkenberg O./Schlesien, Dr. Wachsmuth in Berlin.

Königreich Bayern.

Versetzt: Der Bezirksarzt I. Kl. Dr. Giesbert Fuchs in Brückenau auf die Bezirksarztstelle nach Würzburg.

Gestorben: Hofrath Dr. Berger, Generalarzt a. D. Dr. Kühbacher Dr. van Hees und Dr. Leibl in München; Oberstabsarzt a. D. Dr. Horlacher in Starnberg.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Privatdozent Dr. Windscheid in der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig zum ausserordentlichen Professor daselbst.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Ritterkreuzes I. Klasse mit Eichenlaub des Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Dotter in Strassburg i. Els.; des Kronenordens IV. Klasse mit Schwertern: dem a. o. Prof. Dr. Küttner in Tübingen, z. Z. Chefarzt des Vereinslazareths vom Rothen Kreuz in Yangtsun, Oberamtsarzt Dr. Süsskind in Neuenbürg in gleicher Eigenschaft nach Hall.

Verabschiedet auf sein Ansuchen: Der Oberamtsarzt Dr. Lohmann in Backnang.

Gestorben: Dr. Hugo Munk in Göppingen, Bezirksarzt Dr. Scheiffele in Plieningen, Oberamtsarzt Dr. Irion in Nagold.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen der Charakter als Geh. San.-Rath: dem San.-Rath Dr. Busch in Gera (Reuss jüngere Linie).

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Steinmetz in Rappoltsweiler in gleicher Eigenschaft nach Strassburg i. Els.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Werner in Schalkau (Sachsen-Meiningen) zum Physikus daselbst.

Gestorben: San.-Rath Dr. Bertog in Blankenburg a. H., San.-Rath Dr. de Bra in Gandersheim (Braunschweig), Dr. Schorer in Lübeck.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld, Berlin W. 35.
Lützowstr. 10.

Zeitschrift für Krankenpflege

in Verbindung mit

Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik

herausgegeben von

Prof. Dr. **M. Mendelsohn** (Berlin).

Jahrgang XXIII (1901). Jährlich 12 Hefte zum Preise von 12 Mark.

Inhalt des letzterschienenen März-Heftes:

I. Ueber die Bedeutung des Kaiaktes für die Magensaft-Sekretion. Von Dr. A. Riegel (Giessen).
II. Ueber die Einweisung von Lungenkranken in die Volksheilstätten. Von Dr. Nahm (Rupertshain i. Taunus).
III. Die angebliche Gefahr der Infektion mit Tuberkelbacillen für die in Sandhaufen spielenden Kinder. Von Dr. A. Moeller (Belzig).
IV. Zur Krankenpflege in grossen Krankenhäusern. Von Dr. Ungar (Berlin).
V. Noch einmal die Krankenpflege in der Armenpraxis. Von Dr. M. Fürst (Hamburg).
VI. Ueber elastische Bettböden, insbesondere in Krankenbetten. Von Prof. Dr. M. Mendelsohn (Berlin).
VII. Ein Transformationsbett. Von Ingenieur Wyssa (Genf).
VIII. Eine Krankenmatratze. Von Veterinär Batic (Toca).
IX—XIV. Kleinere Mittheilungen.
XV. Der Redaktion eingesandte Werke.

Aerztliche Polytechnik III (März).

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

Dr. Lewald's
Heilanstalt
für
Gemüths-und Nervenkranke
zu
Obernigk
bei **Breslau.**

Adresse: **Dr. Lewald,** Obernigk.

[628] Prospekte.

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

---

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610]

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan.

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung der Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons. Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• Tropon-Werke, Mühlheim-Rhein. •

Kaiserbad Schmiedeberg

(Bez. Halle).

Spez.-Anstalt f. **Rheumatiker** u. **Gichtkranke** der besseren Stände, ist eigens zur Winterkur eingerichtet u. giebt **Eisenmoorbäder den ganzen Winter hindurch.** Central-Heizung, elektr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prosp. durch Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer. [644]

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für Nerven- Alkohol- und **Morfiumkranke**

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 15. März.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Diebstahl bei Schwachsinn durch Epilepsie. Von Sanitätsrath Dr. Chlumsky . . 179
Ein Beitrag zum Hebammenwesen. Von San.-Rath- Dr. Klingelhöfer . . . 186
Die Berathungen des preuss. Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes. Von Dr. Rapmund 189

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Dr. Mayer: Zur forensischen Bedeutung der durch chemische Mittel erzeugten Eiterung 199
Geh. San.-Rath Dr. Liersch: Zwangstätowirung zur Wiedererkennung von Verbrechern 200
Dr. Brouha: Ueber die gerichtsärztliche Bedeutung der Lochien 200
Dr. Gruner: Fahrlässige Köperverletzung. — Entfernung der Gebärmutter anstatt der Nachgeburt durch einen Arzt . . 200
Prof. Dr. A. Cramer: Die Behandlung der Grenzzustände in foro nebst einigen Bemerkungen über die geminderte Zurechnungsfähigkeit 200
Dr. Herm. Pfister: Kritische Bemerkungen über das neue Verfahren und über gewisse Vorgänge bei Entmündigung internirter Geisteskranker . . . 201

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Tod durch Perforation eines Magengeschwürs; kein ursächlicher Zusammenhang mit einem Unfall 202
Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust der vier Finger der linken Hand . 202
Bauchbruch; k in Unfall 202

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. P. Musehold: Ueber die Widerstandsfähigkeit der mit dem Lungenauswurf herausbeförderten Tuberkelbazillen in Abwässern, im Flusswasser und im kultivirten Boden 203
Dr. A. Weber: Die Bakterien der sogenannten sterilisirten Milch des Handels, ihre biologischen Eigenschaften und ihre Beziehungen zu den Magendarmkrankheiten der Säuglinge mit besonderer Berücksichtigung der giftigen peptonisirenden Bakterien Flügge's 205
Dr. Boeder: Zur Frage von der Heilkraft des Lichtes 206
P. Jousset: Einwirkung des Sonnenlichtes und des diffusen Tageslichtes auf den im Sputum enthaltenen Tuberkelbacillus 206
E. de Batz: Ueber die Lebensfähigkeit gewisser Mikroben 207
F. Ramond und J. Hulot: Wirkung des echten Tuberkulins auf die Niere . 207
F. Besançon und M. Labbé: Die Rolle der Gewöhnung der Bakterien bei der Wahl ihrer Lokalisation 207

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage 208
Zugang eines Entwurfes des Süssstoffgesetzes an den Bundesrath. 208
Sitzung des gesammten Reichsgesundheitsrathes 208
Weitere Erforschung und Bekämpfung der Malaria 208
Sitzung des preussischen Aerztekammerausschusses 208
Internationales Zentralbureau für Tuberkulosebekämpfung 209
Generalversammlung des Deutschen Zentralkomites zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke 209
Neuregelung des Apothekenwesens . . . 209
Veränderung der Redaktion der Fortschritte der Medizin 210
Pest 210
Preussischer Medizinalbeamtenverein . . 210

Beilage:
Medizinal-Gesetzgebung 37

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden III. Kl. mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rath Dr. Köllner in Hannover; — der Kronenorden IV. Kl.: dem Oberarzt der Reserve Dr. Becker in Berlin.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Offizierkreuzes des Königlich Sächsischen Albrechtsordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Meinhold in Liegnitz, der III. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Generalarzt a. D. Dr. Ernesti in Potsdam; des Ritterkreuzes I. Klasse des Bayerischen Militär-Verdienstordens: dem General- und Korpsarzt Dr. Herzer in Metz.

Beauftragt mit der kommissarischen Verwaltung der Regierungs- und Medizinalrathsstelle bei der Königl. Regierung in Stade: der Bezirksphysikus Dr. Nesemann in Breslau.

Verabschiedet auf sein Ansuchen: Der ordentl. Professor Dr. Freund in Strassburg.

Gestorben: Geh. San.-Bath Dr. Claussen in Itzehoe, Generalarzt a. D. Dr. Schattenberg in Magdeburg, Dr. Bobrecker in Breslau, Dr. Heinrich Reintjes in Giesenkirchen (Reg.-Bez. Düsseldorf), Dr. Christian Studt in Bargteheide (Holstein), Dr. Hengstenberg in Bochum, Dr. Ferd. Frank in Falkenberg i. Schl., Dr. Meyerwisch in Freienwalde a. O., Dr. Chaym in Treptow a. Rega, Dr. Egon Dübecke in Altkloster (Reg.-Bez. Posen), San.-Rath Dr. Thanisch in Trier, Dr. Lehmann in Tilsit.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: der Verdienstorden vom heiligen Michael III. Klasse: dem Prof. Dr. Penzold in Erlangen; der Titel und Rang eines Geh. Hofraths: dem Hofrath und Leibarzt Dr. von Halm in München; der Titel und Rang eines Hofarztes: dem Hofstabsarzt Dr. Becker in München; das Komthurkreuz des Militärverdienstordens: dem Generalarzt Dr. Seggel in München.

Ernannt: der praktische Arzt Dr. Neidhardt in Murnau zum Bezirksarzt I. Klasse in Zusmarshausen, der praktische Arzt Dr. Angerer in Weilheim zum Bezirksarzt daselbst.

Gestorben: Dr. Biehler in Dürkheim a. Haardt.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. H. Th. Kretschmar in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: der Rang der V. Stufe der Rangordnung: dem Obermedizinalrath Dr. Gussmann; der Rang und Titel eines Medizinalraths: dem Oberamtsarzt Dr. Engelhorn in Göppingen; der Titel eines Hofraths: den Oberamtsärzten Dr. Gemelin in Gaildorf und Dr. Höring in Weinberg; der Titel eines Sanitätsraths: den Oberamtsärzten Dr. Hopf in Balingen und Dr. Rödelheimer in Laupheim, den Oberamtswundärzten Dr. Kaut in Gerabronn und Dr. Landerer in Tübingen, sowie dem Oberarzt Dr. Fauser in Stuttgart; das Ehrenkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: dem Professor Dr. Grützner in Tübingen; das Ritterkreuz I. Klasse des Verdienstordens: den Oberstabs- und Regimentsärzten Dr. Enderle in Weingarten und Dr. Scherer in Ulm.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Lorenz in Stuttgart zum ausserordentlichen Mitglied des Medizinalkollegiums.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: die II. Klasse mit Eichenlaub des Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Privatdozent Dr. Petersen in Heidelberg.

Grossherzogthum Hessen.

[illegible]: der praktische Arzt Dr. Fresenius in Rossdorf zum Kreis[illegible] dem Kreisgesundheitsamte in Worms.

[illegible]abschiedet auf eigenes Ansuchen: Kreisassistenzarzt Dr. Schmitt [illegible]heim.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Sanitätsrath Dr. Weidner in Friedrichroda (Thüringen), Dr. Willgerodt, Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik in Strassburg i. E.

Kaiserbad Schmiedeberg

(Bez. Halle).

Spez.-Anstalt f. **Rheumatiker** u. **Gichtkranke** der besseren Stände, ist eigens zur Winterkur eingerichtet u. giebt **Eisenmoorbäder den ganzen Winter hindurch.** Central-Heizung, elektr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prosp. durch Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer. [644]

Jacobsohn, Priv.-Doz. Dr. C. (Berlin). **Ueber den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.** (Berliner Klinik 152). Preis 60 Pfennig.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld.
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

„West-Sanatorium“

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit,
ihre Patienten verpflegen zu lassen
und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. Lewald's
Heilanstalt
für
Gemüths-und Nervenkranke
zu
Obernigk
bei **Breslau.**
Adresse: **Dr. Lewald,** Obernigk
[628] Prospekte.

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

---

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte,
mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer
Ausführliche Prospekte frei. [61

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte**

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 1. April.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Die diesjährigen Berathungen des preuss. Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat und die Ausführung des Kreisarztgesetzes. Von Dr. **Rapmund** 211

Geniessbarkeit von theilweis verdorbenen Hühnereiern. Von San.-Rath Dr. **Mittenzweig** 265

Besprechungen.

Dr. **W. Praussnitz:** Grundzüge der Hygiene 269

Dr. **R. Perlia:** Kroll's stereoskopische Bilder zum Gebrauche für Schielende. . 269

Dr. med **Hermann Rohleder:** Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen 270

Tagesnachrichten.

Aus dem preuss. Abgeordnetenhause . . 271

Aus dem Reichstage 273

Konstituirende Sitzung des Reichsgesundheitsraths 273

Errichtung einer Standesvertretung der Apotheker 274

Veränderung der Redaktion der Zeitschrift für Krankenpflege und ärztliche Polytechnik 274

Notiz für die Leser 274

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden III. Kl. dem Geh. San.-Rath Dr. Bögel in Lüneburg.

Ernannt: Prof. Dr. Winter in Königsberg i./Pr. zum Medizinalrath und Mitglied des Med.-Kollegiums der Provinz Ostpreussen, Prof. Dr. Barth, Oberarzt der chirurgischen Abth. des Stadtlazareths in Danzig, zum Mitglied des Med.-Kollegiums der Provinz Westpreussen; Med.-Assessor Dr. König, Oberarzt der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf, und Med.-Assessor San.-Rath Dr. Paul Ruge in Berlin zu Medizinalräthen u. Mitgliedern des Med.-Kollegiums der Provinz Brandenburg, Kreisphysikus San.-Rath Dr. Freyer in Stettin zum Medizinalrath und Mitglied des Medizinal-Kollegiums der Provinz Pommern, Med.-Assessor Dr. Toporski, Direktor der Hebammen-Lehranstalt in Posen, und Prof. Dr. Wernicke, Direktor des Hygienischen Instituts daselbst, zu Medizinalräthen und Mitgliedern des Med.-Kollegiums der Provinz Posen, Med.-Assessor Dr. Dahlmann in Magdeburg zum Medizinalrath und Mitglied des Med.-Kollegiums der Provinz Sachsen und Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fritsch zu Bonn zum Mitgliede des Med.-Kollegiums der Rheinprovinz.

Gestorben: Dr. Sigmund Asch in Breslau, San.-Rath Dr. Bamberg in Overath, San.-Rath Dr. Meissner in Trier, Dr. Klemp in Neuteich, Dr. Wynen, Assistent am hygienischen Institut in Marburg, San.-Rath Dr. Kirch-

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark.

berg in Altendorf, Dr. Schönberger in Nebra, Dr. Zingsem in Grm[illegible] broich, Dr. v. Putiacky in Lissa i./Posen, Dr. Perlinsky in Schla[illegible] (Schlesien), Dr. Frank in Falkenberg O./Schlesien, Dr. Wachsmuth in Ber[illegible]

Königreich Bayern.

Versetzt: Der Bezirksarzt I. Kl. Dr. Giesbert Fuchs in Brückenau auf die Bezirksarztstelle nach Würzburg.

Gestorben: Hofrath Dr. Berger, Generalarzt a. D. Dr. Kühbacher, Dr. van Hees und Dr. Leibl in München; Oberstabsarzt a. D. Dr. Horlacher in Starnberg.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Privatdozent Dr. Windscheid in der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig zum ausserordentlichen Professor daselbst.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Ritterkreuzes I. Klasse mit Eichenlaub des Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Dotter in Strassburg i. Els.; des Kronenordens IV. Klasse mit Schwertern: dem a. o. Prof. Dr. Küttner in Tübingen, z. Z. Chefarzt des Vereinslazareths vom Rothen Kreuz in Yangtsun, Oberamtsarzt Dr. Süsskind in Neuenbürg in gleicher Eigenschaft nach Hall.

Verabschiedet auf sein Ansuchen: Der Oberamtsarzt Dr. Lohmann in Backnang.

Gestorben: Dr. Hugo Munk in Göppingen, Bezirksarzt Dr. Scheiffele in Plieningen, Oberamtsarzt Dr. Irion in Nagold.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen der Charakter als Geh. San.-Rath: dem San.-Rath Dr. Busch in Gera (Reuss jüngere Linie).

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Steinmetz in Rappoltsweiler in gleicher Eigenschaft nach Strassburg i. Els.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Werner in Schalkau (Sachsen-Meiningen) zum Physikus daselbst.

Gestorben: San.-Rath Dr. Bertog in Blankenburg a. H., San.-Rath Dr. de Bra in Gandersheim (Braunschweig), Dr. Schorer in Lübeck.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld, Berlin W. 35.
Lützowstr. 10.

Zeitschrift für Krankenpflege

in Verbindung mit

Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik

herausgegeben von

Prof. Dr. **M. Mendelsohn** (Berlin).

Jahrgang XXIII (1901). Jährlich 12 Hefte zum Preise von 12 Mark.

Inhalt des letzterschienenen März-Heftes:

I. Ueber die Bedeutung des Kauaktes für die Magensaft-Sekretion. Von Dr. A. Riegel (Giessen).
II. Ueber die Einweisung von Lungenkranken in die Volksheilstätten. Von Dr. Nahm (Ruppertshain i. Taunus).
III. Die angebliche Gefahr der Infektion mit Tuberkelbacillen für die in Sandhaufen spielenden Kinder. Von Dr. A. Moeller (Belzig).
IV. Zur Krankenpflege in grossen Krankenhäusern. Von Dr. Ungar (Berlin).
V. Noch einmal die Krankenpflege in der Armenpraxis. Von Dr. M. Fürst (Hamburg).
VI. Ueber elastische Bettböden, insbesondere in Krankenbetten. Von Prof. Dr. M. Mendelsohn (Berlin).
VII. Ein Transformationsbett. Von Ingenieur Wyssa (Genf).
VIII. Eine Krankenmatratze. Von Veterinär Batic (Toca).
IX—XIV. Kleinere Mittheilungen.
XV. Der Redaktion eingesandte Werke.

Aerztliche Polytechnik III (März).

Dr. Gierlich's Kurhaus

Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

Dr. Lewald's

Heilanstalt

für

Gemüths-und Nervenkranke

zu

Obernigk

bei **Breslau.**

Adresse: **Dr. Lewald,** Obernigk.

[628] Prospekte.

Dr. H. Ritscher's

Wasserheilanstalt

Lauterberg

(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

---

[593] **Sanatorium**

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für

Nerven-

Alkohol- u.

Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch

Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium

für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610]

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan.

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung der Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropon. Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• Tropon-Werke, Mühlheim-Rhein. •

Kaiserbad Schmiedeberg

(Bez. Halle).

Spez.-Anstalt f. **Rheumatiker** u. **Gichtkranke** der besseren Stände ist eigens zur Winterkur eingerichtet u. giebt **Eisenmoorbäder den ganzen Winter hindurch.** Central-Heizung, elektr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Pros. durch Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer. [64

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 15. April.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Die Krebserkrankungen der Stadt Luckau von 1878—1899, topographisch dargestellt mit Bezeichnung der befallenen Häuser. Von San.-Rath Dr. **Robert Behla** . . 275
Versuchte Zerstückelung eines Neugeborenen; ein kasuistischer Beitrag. Von Dr. **O. Möbius** 277
Augenverletzung durch Arzneiexplosion. Von Kreisphysikus Dr. **Reimer** . . . 282
Ein neues sterilisirbares Impfbesteck. Von Kreisarzt Dr. **Gutknecht** 283

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die IX. und X. Versammlung der Medizinal-Beamten des Reg.-Bez. Koblenz 286
Bericht über die IX. Versammlung des Medizinalbeamten-Vereins für den Reg.-Bez. Königsberg am 10. Dezember 1900 zu Königsberg Pr. 288

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Dr. **K. Alt**: Puerperalpsychosen . . . 292
Dr. **C. Wernicke**: Ueber Halluzinationen, Rathlosigkeit und Desorientirung in ihren wechselseitigen Beziehungen 292
Dr. **Raecke**: Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes 293
Dr. **Cl. Neisser**: Ueber die Bettbehandlung der akuten Psychosen und über die Veränderungen, welche ihre Einführung im Anstaltsorganismus mit sich bringt . . 294

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

S. Sata: Ueber Fütterungspest und das Verhalten des Pestbacillus im thierischen Körper nach dem Tode des Organismus 294
Dr. **Richard Trommsdorf**: Ueber Gewöhnung von Bakterien an Alexine . . 295
A. Fochier und **Merieux**: Ueber die Wirkung künstlicher Abszesse beim experimentellen Milzbrand 296
L. Bérard u. **J. Nicolas**: Ueber die Widerstandsfähigkeit der Aktinomyces-Sporen 296
Dr. **P. G. Unna**: Zur Diagnose u. Behandlung des Pemphigus vulgaris chronicus 296
Dr. **L. Schmeichler**: Die Augenhygiene am Eingange des 20. Jahrhunderts . . 297
Prof. Dr. **A. Vossius**: Ein Beitrag zur Lehre von der Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis conjunctivale . 297
Prof. Dr. **Fehling**: Ueber die Berechtigung der Selbstinfektionslehre in der Geburtshülfe 298
Dr. **J. Schenk** u. Dr. **G. Zaufal**: Weitere Beiträge zur Bakteriologie der mechanisch-chemischen Desinfektion der Hände 299
Dr. **Oskar v. Wunschheim**: Beeinflusst Glyzerin als Lösungsmittel den Desinfektionswerth von Antiseptics 299
Prof. **G. Bizzozero**: Ueber die Reinigung des Trinkwassers durch das Abkochen . 300
Neue Methode des Schwimmunterrichts in Elberfeld 301
Besprechungen 302
Tagesnachrichten. 302
Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem Sanitätsrath Dr. Huhn in Tiegenhof (Kreis Marienburg in Westpreussen) und dem San.-Rath Dr. Ehrenhaus in Berlin; — das Prädikat als Professor: dem Privatdozenten und dirigirenden Arzte am städtischen Krankenhause am Urban Dr. Stadelmann in Berlin, dem Privatdozenten Dr. Buchholz in Marburg und Dr. Kromayer in Halle a./S.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Augenarzt Dr. Eichhorn in Dessau; — der Kronenorden III. Kl.: dem Geh. San.-Rath Dr. Wolfert in Berlin.

zum Reg.- und Med.-Rath an der dortigen Regierung; die Privatdozenten Prof. Dr. C. Günther und Prof. Dr. Krause in Berlin zu ausserordentlichen Professoren an der medizinischen Fakultät daselbst.

Gestorben: Der Kreisphysikus a. D. Dr. Rünger in Stettin (früher in Springe), San.-Rath Dr. Mierendorf in Stralsund, Dr. Aug. Caspar in Berlin, Dr. Leistner, Kreiswundarzt und Sanitätsrath in Eydtkuhnen, Dr. Moritz Jacobsohn in Berlin, Kreiswundarzt San.-Rath Dr. Malin in Senftenberg, Geh. San.-Rath Dr. Claussen in Itzehoe, Dr. Prieger in Bad Kreuznach, Oberstabsarzt Dr. Saurbrey in Bromberg, Dr. Aug. Marx in Frankfurt a./M., Dr. Seiffert in Brieg, Dr. Steinitz in Breslau, Dr. Busch in Dyhernfurth (Reg.-Bez. Breslau), San.-Rath v. Kuyck in Krefeld, Oberstabsarzt Dr. Kohlstock in Tientsin, San.-Rath Dr. Althaus in Meerholz, (Reg.-Bez. Kassel), Dr. Esser in Malstadt-Burbach (Reg.-Bez. Trier), Dr. Böttcher und Generalarzt a. D. Dr. Becker in Halle a./S., Dr. Rink in Warendorf in Westfalen, Dr. Julius Löwenthal, Dr. Isidor Löwenstein, Dr. Louis Braun in Berlin, Dr. Heidenreich in Tilsit.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Königl. Geheimen Hofrath: dem Königl. Hofrath u. Leibarzt Dr. Ritter v. Halm in München; — eines Königl. Hofrathes: dem Hofstabsarzt Dr. Becker in München.

Ernannt: Privatdozent Dr. Gessner in Erlangen zum ord. Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik, der prakt. Arzt Dr. Hermann in Wolfrathshausen zum Landesgerichtsarzt in Fürth.

Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: Der Bezirksarzt Dr. Müller in Parsberg. — Gestorben: Hofrath Dr. Stöhr, Brunnenarzt in Kissingen, Dr. Huberwald in München.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Die Privatdozenten Dr. Menge, Dr. Krönig, Dr. Kollmann, Dr. Wagner und Dr. Krückmann in Leipzig zu ausserordentlithe Professoren in der medizinischen Fakultät.

Gestorben: Dr. Herm. Ludwig Freytag in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Versetzt: Der Oberamtsarzt Dr. Süsskind in Neuenburg in gleicher Eigenschaft nach Hall.

Gestorben: Oberamtswundarzt a. D. Dr. Mayer in Schorndorf.

Grossherzogthum Baden.

Ernannt: Zum Bezirksassistenzarzt des Amtsgerichtsbezirks Kenzingen: der praktische Arzt Med.-Rath Dr. Jul. Müller in Kenzingen; zu Mitgliedern des Landesgesundheitsrathes für die Jahre 1901—1903: Geh. Rath Dr. Battlehner, Ob.-Med.-Rnth Dr. Hauser, Med.-Rath Ziegler u. Reg.-Rath Hafner in Karlsruhe, Geh. Hofrath Prof. Dr. Knauff in Heidelberg, Hofrath Prof. Dr. Schottelius in Freiburg, Oberbaurath Prof Baumeister, Geh. Rath Prof. Dr. Engler, Oberbürgermeister Schnetzler und Bezirksarzt Med.-Rath Dr. Kaiser in Karlsruhe, Med.-Rath Dr. Lindemann in Mannheim, Med.-Rath Dr. Baumgärtner in Baden; Privatdozent Dr. Braus in Würzburg zum Prosektor u. ausserord. Professor in Heidelberg.

Die staatsärztliche Prüfung bestanden: Der praktische Arzt Dr. Fränkel in Mussbach (Rheinpfalz).

Gestorben: Bezirksarzt Med.-Rath Dr. Ritter in Offenburg.

Grossherzogthümer Mecklenburg-Schwerin und Strelitz.

Ernannt: Der Honorarprofessor Dr. Körner in Rostock zum ordentlichen Professor für Ohren- Hals- und Nasenkrankheiten.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen der Charaktor als Sanitätsrath: dem Physikus Dr. Kreissmann in Sonneberg (Sachsen-Meiningen), das Ritterkreuz I. Klasse des Herzogl. Sachsen Ernestinischen Hausordens: dem Geh. Hofrath Dr. Wagner in Meiningen.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Werner in Falkenberg (Lothringen) zum Kantonalarzt daselbst, der prakt. Arzt Dr. Schäffer zum Kantonalarst des Kreises Bergheim. — Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Der Kantonalarzt Dr. Reiss in Falkenberg i./Lothr. — Gestorben: San.-Rath Dr. Arensberg in Detmold, Generaloberarzt a. D. Dr. Schuhl in Dessau (Anhalt), San.-Rath Dr. Barwinski in Elgersburg (Sachsen-Coburg-Gotha.)

Der heutigen Nummer liegt eine Beilage der **Chemischen Fabrik Flörsheim, Dr. H. Noerdlinger, Flörsheim a. Main** bei, worauf wir besonders aufmerksam machen.

Diphtherie-Heilserum-Merck

1000fach normal in Abfassungen zu 1000, 1500, 2000 u. 3000 **IE,**
500fach normal in Abfassungen zu 200, 600, 1000, 1500, 2000 und 3000 **IE,**
staatlich geprüft durch das königl. preuss. Institut für Serumforschung und Serumprüfung.

Zu haben in den bekannten Depots oder direct bei
E. Merck, chem. Fabrik, **Darmstadt.**

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan.

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung der Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons
Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• Tropon-Werke, Mühlheim-Rhein. •

Lindemann, Dr. E. **Neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.** Mit 6 Abbildungen. (Berliner Klinik 151.) Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld.
Berlin W. 35, Lützowstr.

NAFTALAN

findet infolge hervorragend günstig. Heilerfolge unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen – Erfrierungen – Wunden – Geschwüre – Decubitus – Entzündungen – Hämorrhoidalleiden – rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen – Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme – Frauenkrankheiten – Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU! **Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie** NEU!
durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen: **Unguentum Naftalani cum Zinco – Collemplastrum Naftalani compositum – Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani – Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.**

Litteratur und Muster für Ärzte stets kostenlos. **Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.**

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld, Berlin W. 35.
Lützowstr. 10.

Zeitschrift für Krankenpflege

in Verbindung mit

Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik

herausgegeben von

Prof. Dr. **M. Mendelsohn** (Berlin).

Jahrgang XXIII (1901). Jährlich 12 Hefte zum Preise von 12 Mark.

Inhalt des letzterschienenen März-Heftes:

I. Ueber die Bedeutung des Kauaktes für die Magensaft-Sekretion. Von Dr. A. Riegel (Giessen).
II. Ueber die Einweisung von Lungenkranken in die Volksheilstätten. Von Dr. Nahm (Ruppertshain i. Taunus).
III. Die angebliche Gefahr der Infektion mit Tuberkelbacillen für die in Sandhaufen spielenden Kinder. Von Dr. A. Moeller (Belzig).
IV. Zur Krankenpflege in grossen Krankenhäusern. Von Dr. Ungar (Berlin).
V. Noch einmal die Krankenpflege in der Armenpraxis. Von Dr. M. Fürst (Hamburg).
VI. Ueber elastische Bettböden, insbesondere in Krankenbetten. Von Prof. Dr. M. Mendelsohn (Berlin).
VII. Ein Transformationsbett. Von Ingenieur Wyssa (Genf).
IX—XIV. Kleinere Mittheilungen.
XV. Der Redaktion eingesandte Werke.
Aerztliche Polytechnik III (März).

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Ueber irre Verbrecher.

Von

Prof. Dr. **C. Moeli.**

Preis geheftet: 5 Mark.

Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen.

Von

Geh. Med.-Rath Dr. **W. Sander** und Dr. **A. Richter.**

Preis geheftet: 7 Mark.

Kaiserbad Schmiedeberg

(Bez. Halle).

Spez.-Anstalt f. **Rheumatiker** u. **Gichtkranke** der besseren Stände' ist eigens zur Winterkur eingerichtet u. giebt **Eisenmoorbäder den ganzen Winter hindurch.** Central-Heizung, elektr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prosp. durch Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer. [644]

A. Landerer, Dr. Prof. (Stuttgart). **Der gegenwärtige Stand der Hetol- (Zimmtsäure) Behandlung der Tuberkulose.** (Berl. Klinik 153). Preis 1,20 Mark.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

„West-Sanatorium“

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit,
ihre Patienten verpflegen zu lassen
und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. Lewald's
Heilanstalt
für
Gemüths-und Nervenkranke
zu
Obernigk
bei **Breslau.**
Adresse: **Dr. Lewald,** Obernigk.
[628] Prospekte.

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

---

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte,
mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [610]

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

14. Jahrg. Zeitschrift 1901.

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. Buchhandlg., 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** 1. Mai.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Die Ausführung des preussischen Kreisarztgesetzes, insbesondere die Dienstanweisung der Kreisärzte und die sich daraus ergebende Stellung und Thätigkeit derselben. Vom Herausgeber . . 307

Aus Versmmlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten der Provinz Schleswig-Holstein in Neumünster am 24. März 1901 322

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Prof. Dr. **Franz Lucksch**: Isolirte Fraktur der Lamina compacta externa des Schädels, durch das Anprallen eines Revolverprojektils an der Innenfläche bedingt 323

Dr. **Josef Mayer**: Spontane Uterinversion nach rechtzeitiger Geburt. . . 324

Dr. med. **P. Seliger**: Ueber den Shock, namentlich nach Kontusionen des Bauches 324

Dr. **Testorpf**: Ueber die Bedeutung einer genauen Definition von Charakter für die Beurtheilung der Geisteskranken 326

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

F. Jolly: Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks 327

Die Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt nicht, um die Berufsgenossenschaft haftbar zu machen; dazu bedarf es mindestens des Nachweises der Wahrscheinlichkeit 328

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Unterschenkels an der Grenze des unteren Drittels 328

Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des §. 5, Absatz 4 des Invalidenversicherungsgesetzes 328

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Prof. Dr. **Beyschlag**, Dr. **Ohlmüller** u. Prof. Dr. **Orth**: Sammlung von Gutachten über Flussverunreinigung: Gutachten über die Verunreinigung der Haase durch die Piesberger Grubenflächen und deren Folgen 332

Dr. **Karl Windisch**: Ueber die Veränderungen des Fettes beim Reifen der Käse 332

Dr. **Wutzdorf**: Die im Zinkhüttenbetriebe beobachteten Gesundheitsschädigungen und die zu ihrer Verhütung erforderlichen Massnahmen 333

Dr. **Kossel** und Dr. **Weber**: Ueber Hämoglobinurie der Rinder in Finnland . 333

Dr. **G. Sonntag**: Ergebnisse der Weinstatistik für 1898 334

Dr. **Velde**: Bericht über die gesundheitlichen Verhältnisse der Provinz Schantung 334

Dr. **Velde**: Bericht über die Verbreitung der Lepra in China 334

Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten 334

Dr. **E. Polenske**: Ueber den Borsäuregehalt des amerikanischen Trockenpökelfleisches 335

Dr. **E. Polenske**: Ueber das Verhalten des Borax bei der Destillation mit Methylalkohol 335

Dr. **E. Polenske**: Ueber das Verhalten von Borsäure, schwefliger Säure und künstlichen Farbstoffen in Dauerwurst . 335

Dr. **Rich. Weil**: Zur Biologie der Milzbrandbazillen: Die Sporenauskeimung 335

Dr. **Uhlenhut** und Dr. **A. Westphal**: Histologische und Bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems . 336

Dr. **Franz Werner**: Ueber Bacillol . 336

Tagesnachrichten. 337

Beilage:

Medizinal-Gesetzgebung 17

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Prof. Dr. Wesener, Oberarzt am städtischen Krankenhause Mariahilf

kreuzes des Königl. Sächsischen Albrechts-Ordens: dem Generalarzt Dr. Schjerning, Abtheilungschef in der Medizinalabtheilung des Kriegsministeriums; des Ehrenkreuzes des Grossherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Völkers in Kiel; des Persischen Sonnen- und Löwen-Ordens II. Klasse mit dem Stern: dem prakt. Arzt Dr. Holländer in Berlin.

Ernannt: Der Medizinalassessor Dr. Möbius in Berlin zum Reg.- und Med.-Rath daselbst; der prakt. Arzt Dr. Duda in Montwy zum Kreisarzt in Bublitz, der Kreisassistenzarzt Dr. Mäder in Waldenburg zum Kreisarzt in Neumarkt, der prakt. Arzt Dr. Schröder in Altona zum Stadtarzt daselbst.

Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: Der Reg.-Rath Dr. Schön, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes.

Gestorben: Dr. Nöll in Borken (Reg.-Bez. Arnsberg), Nebe in Schollene (Reg.-Bez. Magdeburg), Stadtphys. a. Dr. Dr. Hahn in Brandenburg a/H., Dr. Zacharias in Berlin, Dr. Joh. Baruch, Assistent am städtischen Krankenhause in Berlin.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Die II. Klasse des Bayerischen Verdienstordens zum heiligen Michael: dem Obermedizinalrath von Brattler in München.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Offizierkreuzes des Königl. Rumänischen Ordens des Sternes von Rumänien: dem Hofrath u. Brunnenarzt Dr. O. Diruf sen. in Bad Kissingen.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Grahamer in München zum Bezirksarzt in Brückenau.

Gestorben: Geh. Rath. Prof. Dr. v. Heinecke in Erlangen.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Der Titel u. Rang als Medizinalrath verliehen: den Bezirksärzten Dr. Erler in Meissen, Dr. Schröter in Auerbach und Dr. Spann in Kamenz, sowie den Oberarzt Dr. Möbius in der Landesanstalt in Waldheim, der Titel u. Rang als Hofrath: den prakt. Aerzten Dr. Hänel, Oberarzt am Kinderhospital in Dresden, Dr. Reichel, dirigirender Arzt des Stadtkrankenhauses in Chemnitz, Dr. Reinhardt in Bautzen, der Titel und Rang als Sanitätsrath: den praktischen Aerzten Dr. Ferne in Grossschönau, Dr. Heynold in Krimitschau, Dr, Ochernal in Annaberg, Dr. Pleissner in Königsbrück, Dr. Reisland in Wurzen, Dr. Schenkel in Strehla, Dr. Taube in Leipzig, Dr. Wagner in Plauen.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Wunderlich in Stuttgart zum Oberamtswundarzt für den Oberamtsbezirk Stuttgart.

Gestorben: San.-Rath Dr. Wenz in Cannstadt.

Grossherzogthum Baden.

Gestorben: Dr. Blas in Achern.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Der Physikus Wahncau in Hamburg zum Verwaltungsphysikus daselbst.

Berichtigung. Die Zusammenstellung der Medizinalbehörden, die der vorigen Nummer beigegeben war, bedarf, abgesehen von den vorstehenden Personalveränderungen neueren Datums, folgender Berichtigung:

1. Dr. Ascher-Königsberg i. Pr. ist Kreisassistenzarzt für den Stadtkreis und nicht für den Landkreis. 2. Es muss Dr. v. Hake, nicht v. Hacke (komm. Reg.- u. Med.-Rath in Marienwerder) heissen. 3. Bei Kreisarzt Dr. Herya in Stuhm (Westpr.) ist irrthümlicher Weise der Titel San.-Rath fortgelassen. 4. San.-Rath Dr. Wollermann in Baldenburg ist Kreisassistensarzt des Kreises Schlochau und nicht des Kreises Deutsch-Krone. Die Kreisassistenzarztstelle dieses Kreises ist noch unbesetzt. 5. Kreiswundarzt Dross in Freystadt ist nicht ausgeschieden, sondern zur Verfügung gestellt. 6. Prof. Dr. Lesser-Breslau ist nur Gerichtsarzt für den Stadtkreis, San.-Rath Dr. Stern-Breslau dagegen für den Landkreis Breslau und die Kreise Wohlau u. Neumarkt. 7. Der Amtssitz des Kreisarztes für Sulingen u. Syke (Reg.-Bez. Hannover) ist nicht Syke, sondern Bassum. 8. Bei Kreisarzt Dr. Heilmann-Melle ist irrthümlicher Weise der Titel San.-Rath fortgelassen.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt von der Verlagsbuchhandlung **Gustav Fischer** in **Jena** über das „Handbuch der Hygiene“, sowie von **Fischer's medic. Buchhandlung, H. Kornfeld** in **Berlin** über „Buchführung für Aerzte“ bei, worauf besonders aufmerksam gemacht wird.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610]

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan.

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung der Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons
Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mühlheim-Rhein.** •

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-,** Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan. Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für Nerven- Alkohol- und **Morfiumkranke**

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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 | 15. Mai.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Entmündigung und Pflegschaft wegen geistiger Mängel. Von Amtsgerichtsrath Hahn 389

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die X. Sitzung des Vereins der Medizinal-Beamten des Reg.-Bez. Gumbinnen am Sonntag, den 25. Novbr. 1900, zu Insterburg im Gesellschaftshause 348

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Pinoy: Experimentelles Studium der Wirkung des Kalkumkantharidats auf die Placenta des Meerschweinchens . . 357

Pinoy und **Frl. Densuslann**: Wirkung der kantharidinsauren Kalis auf die Nervenzelle 357

Ch. Achard und **M. Loeper**: Die weissen Blutkörperchen bei einigen Vergiftungen 358

M. Nicloux: Enthält das Blut normaler oder narkotischer Thiere Kohlenoxyd . 358

Dr. **H. Kreuser**: Spätgenesungen bei Geisteskrankheiten 359

Dr. **Paul Steffens**: Ueber drei Fälle von Hysteria magna 359

Dr. **E. Meyer**: Beitrag zur Kenntniss des induzirten Irreseins und des Querulantenwahns 359

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

G. Hayem und **R. Bensaude**: Eigenart des Blutkuchens und des Blutserums bei der primären Variola haemorrhagica. Mechanismus der Blutungen 360

Dr. **Lahmer**: Zur Behandlung der Melaena neonatorum 361

Dr. **Norbert Swoboda**: Giebt es eine Melaena vera 361

L. Nattan-Larrier: Experimentelle Mastitistuberkulose des Meerschweinchens 361

J. Mitchell Wilson, J. Wrigt Mason und **F. W. Martin**: Ueber Beschlagnahme und Verwerfung tuberkulösen Fleisches 362

Dr. **Georg Frank**: Ueber Desinfektionswirkung des Alkohols, insbesondere der Alkoholdämpfe 362

Dr. med. **J. S. Loeblowitz**: Frauenasyle, eine hygienische Studie 363

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage 364
Aus dem preussischen Abgeordnetenhause 364
Neue ärztliche Prüfungsordnung 365
Dienstanweisung für die Kreisärzte . . 365
Moebius † 365
Trichinosis 365
Allgemeiner Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege 366
Pest 366

Beilage:

Rechtsprechung 123
Medizinal-Gesetzgebung 124

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem San.-Rath Dr. Marc, Kreisphysikus in Wildungen; — der Charakter als Sanitätsrath: den praktischen Aerzten Dr. Brocke in Delbrück, Dr. Beckhaus in Bielefeld und Dr. Larenz in Brackel (Reg.-

Bez. Minden); — der Rothe Adlerorden III. Klasse: dem bisherigen ord. Prof. Dr. Freund in Strassburg i./Els.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Regimentsarzt z. D. Dr. Plehn in Berlin; — der Kronenorden III. Klasse: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Mahlendorff zu Merseburg.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes des Päpstlichen St. Gregorius-Ordens: dem Arzt Dr. Blum in München-Gladbach.

Ernannt: Der bisherige Kreisphysikus Dr. Blokusewski in Daun zum Kreisassistenzarzt daselbst, der prakt. Arzt Dr. Romeick in Lyck zum Kreisarzt in Mohrungen.

Gestorben: Reg.- und Med.-Rath Dr. Möbius in Berlin, Assistenzarzt Dr. Schuster in Altona, Dr. Reintjes in Giessenkirchen (Reg.-Bez. Düsseldorf), Dr. Frese in Beringhausen (Reg.-Bez. Arnsberg), Dr. Hiltermann sen. in Hovestadt (Reg. Bez. Arnsberg), Dr. Golebiewski, Sanitätsrath Dr. Ad. Arnheim und Dr. P. Bernstein, Stabsarzt a. D. in Berlin, Dr. J. Fränkel in Steglitz bei Berlin, Dr. Rob. Schmitz in Zülpich, San.-Rath Dr. Langenbeck in Göttingen, General- und Korpsarzt Dr. Goedicke in Danzig.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines ausserordentlichen Professors: dem Privatdozenten Dr. O. v. Franqué in Würzburg.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Gros in Grossostheim zum Bezirksarzt in Parsberg, der ord. Professor Dr. Hauser in Erlangen zum ordentlichen Beisitzer des Medizinalkomitees in Erlangen, der a. o. Professor Dr. Specht zum ersten und der ord. Professor Dr. Gessner daselbst zum zweiten Suppleanten dieses Komitees.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Med.-Rath Dr. Bandorf, Direktor der Kreisirrenanstalt in Gabersee unter Verleihung des Verdienstordens IV. Kl. vom heiligen Michael sowie der Bezirksarzt Dr. Höglauer in Dingolfing.

Gestorben: Arzt Eichborn in Landau (Pfalz), Dr. Wilh. Pächtner in Nürnberg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Verdienstordens: dem General- u. Divisionsarzt Dr. Sussdorf in Leipzig; das Komthurkreuz II. Klasse des Albrechtsordens: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Zweifel in Leipzig; das Ritterkreuz I. Kl. desselben Ordens: den Bezirksärzten Med.-Räthen Dr. Hankel in Glauchau, Dr. Hesse in Dresden und Dr. Reinhard in Freiberg, sowie dem praktischen Arzt Dr. Penzel in Schönheide, dem Prof. Dr. Schröter in Leipzig, den Oberstabs- u. Regimentsärzten Dr. Appel in Leipzig und Dr. Haase in Borna.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Königlich Preussischen Kronenordens II. Kl. mit dem Stern: dem Geh. Rath Dr. Günther in Dresden, Präsident des Landes-Medizinalkollegiums.

Gestorben: Gerichtsassistenzarzt San.-Rath Dr. Wahn in Zwickau, Dr. Ewald Judeich in Tharandt.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens: dem Unteramtsarzt Mayer in Ochsenhausen; das Kommandeurkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: dem Direktor des Medizinal-Kollegiums Dr. v. Koch in Stuttgart; das Ehrenkreuz desselben Ordens: dem Ober-Med.-Rath Dr. Rembold daselbst.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Kästle in Wangen zum Oberamtswundarzt daselbst.

Versetzt: Oberamtsarzt Dr. Heller in Welzheim in gleicher Eigenschaft nach Backnang.

Grossherzogthum Baden.

Die staatsärztliche Prüfung bestanden: Der Hülfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt zu Emmendingen Dr. E. Krapf aus Hammelburg.

Gestorben: Arzt Sänger in Stuttgart.

Grossherzogthum Hessen.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Böttticher in Lauterbach zum Kreisassistenzarzt in Giessen.

Gestorben: Dr. Jost in Kirtorf.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Kantonalarzt Dr Amos in Wasselnheim (Unterelsass), Dr. Neebe in Hamburg.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"
Berlin W., Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan. Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch [644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Rosen, Dr. R., Die häusliche Behandlung Lungenkranker. (Berliner Klinik 143.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Unterleibstyphus und Molkereien. Von Kreisarzt Dr. Ricken 367

Zur Impftechnik. Von San.-Rath Dr. Weichardt 378

Ein gerichtsärztliches Obduktionsbesteck nach Privatdozent Dr. Puppe . . . 382

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die VII. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cöln zu Cöln am 4. November 1900 383

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Oppeln in Kandrzin am 14. April 1901 383

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Prof. Dr. F. Strassmann und Dr. E. Ziemke: Quantitative Blutuntersuchung 385

Prof. Dr. Wachholz: Untersuchungen über Häminkrystalle 385

N. Bocarius: Florence's Krystalle und deren forensische Bedeutung 386

Carlo Ferrai: Ueber postmortale Verdauung 386

A. Schulz: Ein weiterer Beitrag zur Strophantinwirkung 386

F. v. Winckel: Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft 387

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen einer Erkrankung und einem Unfall genügt nicht, um die Berufsgenossenschaft haftbar zu machen; dazu bedarf es mindestens des Nachweises einer Wahrscheinlichkeit . 387

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Unterschenkels an der Grenze des unteren Drittels 388

Bei einer bisherigen Erwerbseinbusse von 15 Proz. ist eine eingetretene Besserung von 7½ Proz. als eine wesentliche anzusehen und die Einstellung der Rente gerechtfertigt, da eine nennenswerthe Schädigung nicht mehr vorliegt 388

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. A. Schott: Berechtigen experimentelle oder klinische Erfahrungen zu der Annahme, dass pathogene oder nicht pathogene Bakterien die Wand des gesunden Magendarmkanals durchwandern können 388

N. K. Schultz: Ueber die Lebensdauer von Bacillus pestis hominis in Reinkulturen 389

Dr. W. v. Brunn: Alkoholdämpfe als Desinfektionsmittel 389

Dr. Oskar Bail: Zur Frage nach der Entstehung von Fleichvergiftungen . . 390

Paul Kalkbrenner: Ueber den natürlichen Farbstoff der rothen Wurstwaaren 390

Dr. Paul Schenk: Die Nothwendigkeit der Errichtung von Trinkerheilstätten . 390

E. Walford: Die Bescheinigung der Todesursachen und die Registrirung der Todesfälle 391

Besprechungen 392

Tagesnachrichten 394

Beilage:

Medizinal-Gesetzgebung 135

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: den Sanitätsräthen Dr. Boehr in Lübben, Direktor der Hebammen-Lehranstalt, Dr. Paetz in Altscherbitz, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt, Dr. Max Altmann, Dr. Salomon Ehrenhaus, Dr. Flaichler

und Dr. Ernst Fürstenheim in Berlin, Dr. Barkow in Spandau, Dr. Heidenhain in Marienwerder, Dr. Brehme in Erfurt, Dr. Meyenberg in Hannover, Dr. Wattenberg in Harburg, Dr. Brandes in Neuhaus und Dr. Koenig in Köln; — der Charakter als Sanitätsrath: den prakt. Aerzten Dr. Franz Böhler, Dr. Josef Mühsam, Dr. Rudolf Weise und Dr. Wilh. Wille in Berlin, Dr. Michaelis und Dr. Wedel in Königsberg i/Pr., Dr. Schultz in Dirschau, Dr. Grubert in Falkenburg, Dr. Hafemann und Dr. Luedden in Wollin, Dr. Riesenfeld in Breslau, Dr Nave in Neurode, Dr Zuckschwerdt in Sprottau, Dr. Maske in Guhrau, Dr. Jonas in Liegnitz, Dr. Weiss in Schömberg, Dr. Wronka in Kotzenau, Dr. Weiss in Neumittelwalde, Dr. Michalke in Zülz, Dr. Hermes in Oschersleben, Dr. Schmohl in Kalbe a. S., Dr. Sieckel in Bleicherode, Dr. Rehder in Itzehoe, Dr. Barlach in Neumünster, Dr. med. Schlaeger in Hannover, Dr. Bäumer in Münster i./W., Dr. Caldemeyer in Lengerich, Dr. Dercken in Haus Kannen bei Amelsbüren, Dr. Noll in Hanau, Dr. Abée in Marburg, Dr. Güngerich in Wetter, Dr. Weber in Homburg v. d. H., Dr. Cuntz und Dr. Kempner in Wiesbaden, Dr. Schweitzer in Aachen, Dr. Bardenhewer und Dr. Gansen in Bonn, Dr. Broicher in Weseling, Dr. Conzen, Herm. Heider und Dr. Gilles in Köln, Dr. Bonnekamp, Dr. Puetz und Dr. Schultze in Düsseldorf, Dr. Leber in Anrath, Dr. Meisinger in Elberfeld, Dr. v. Ehrenwall und Dr. Zacher in Ahrweiler; — das Prädikat als Professor: dem wissenschaftlichen Mitgliede am Institut für experimentelle Therapie Dr. Max Neisser in Frankfurt a./M.; der Rothe Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem ordentl. Professer an der Universität in Berlin, Geh. Med.-Rath Dr. Jolly und dem bisherigen leitenden Arzt des Kaiserswerther Diakonissen-Hospitals in Alexandrien Dr. Varenhorst; der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem früheren Mitgliede des Reichsgesundheitsamtes Reg.-Rath Dr. Schön und dem Stabsarzt Dr. Vogt vom Kadettenhause in Wahlstatt; — die Rothe Kreuzmedaille III. Klasse: dem Oberstabsarzt Dr. Leu in Berlin.

Ernannt: Der Gerichtsarzt a. o. Prof. Dr. Strassmann und der Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des Elisabeth-Krankenhauses Prof. Dr. Rinne in Berlin zu Medizinal-Assessoren bei dem Medizinal-Kollegium der Provinz Brandenburg, der Chefarzt der inneren Abtheilung des Diakonissen-Krankenhauses, Prof. Dr. Valentini in Danzig zum Medizinal-Assessor bei dem Medizinal-Kollegium der Provinz Westpreussen, der dirigirende Arzt der äusseren Station der Diakonissen-Anstalt Dr. Borchard in Posen zum Medizinal-Assessor bei dem Medizinal-Kollegium der Provinz Posen und der Direktor der chirurgischen Universitäts-Klinik, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Schede in Bonn zum Medizinal-Assessor bei dem Medizinal-Kollegium der Rheinprovinz, der Apotheker Fritsch in Breslau zum pharmazeutischen Assessor bei dem Med.-Kollegium der Provinz Schlesien und der Apothekenbesitzer Mertisch in Valendar zum pharmazeutischen Assessor bei der Medizinalabtheilung der Rheinprovinz; der bisherige ordentl. Prof. und Geh. Med.-Rath Dr. Garré in Rostock zum ordentl. Prof. in der medizinischen Fakultät der Provinz Königsberg i/.Pr. unter gleichzeitiger Verleihung des Charakters als Geh. Med.-Rath.; zum ausserordentl. Professor: der Privatdozent Dr. H. Sachs in Breslau; der prakt. Arzt Dr. Schultz in Schenefeld zum Kreisassistenzarzt in Niebüll.

Gestorben: Kreisarzt San.-Rath Dr. Schmiedel und Dr. Friedr Heinsius in Breslau.

Königreich Bayern.

Ernannt: Zum Direktor der Kreisirrenanstalt in Gabersee, der Oberarzt dieser Anstalt Dr. O. Dees. — **Gestorben:** Dr. Georg Brandl in München

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Assmus in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz des Friedrichs-Ordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Steiff in Tübingen.

Ernannt: Der Oberamtswundarzt Dr. Härlin in Calmbach zum Oberamtsarzt in Neuenburg. — **Gestorben:** Dr. Tafel im Ulm.

Grossherzogthum Baden.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Becker zu Engen in gleicher Eigenschaft nach Offenburg. — **Gestorben:** Med.-Rath Dr. Seelos in Lichtenthal bei Baden-Baden.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Dr. Theodor Santer in Babenhausen.

Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Prof. Dr. Graser in Rostock zum ordentl. Mitglied der Medizinalkommission. — **Gestorben:** San.-Rath Dr. Keding in Kröpelin.

Felix, Dr. Eugen (Bucarest.) **Die adenoiden Vegetationen.** (Berliner Klinik 155.)

Preis 60 Pf. **Neu!**

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-,** Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Spontaner Gebärmutterriss unter der Geburt bei Querlage; Verschulden der Hebamme durch Verkennung der Kindeslage und Unterlassung der Zuziehung eines Arztes. Von Dr. **O. Möbius** . . 395

Kasuistischer Beitrag zur Frage der Organrupturen nach Kontusion des Bauches: Ruptura Ilei, Ruptura Venae cavae asc. Von Dr. **C. Berg** 405

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Danzig am 24. November 1900 410

Bericht über die XI. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen am Sonntag, den 12. Mai 1901, in Insterburg im Hôtel „Rheinischer Hof" 410

Bericht über die II. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Osnabrück in Osnabrück am 28. Mai 1901 . 412

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Lecène und **Legros**: Traumatischer Haemothorax. Infektion desselben durch Streptokokken und Bacillus perfringens 412

L. Marchand und **Cl. Vurpas**: Veränderungen des Zentralnervensystems bei der Inanition 413

S. Bell: Selbstmord als Verbrechen . . 413

Luise G. Robinovitch: Ueber den Zusammenhang zwischen Verbrechen in der Deszendenz und Alkoholismus der Eltern 413

Fortschritte der mikroskopischen Untersuchungsmethoden zu gerichtlich-medizinischen Zwecken 414

Dr. **Richter**: Zwei im Strafverfahren abgegebene motivirte Gutachten . . . 414

Prof. Dr. **Gust. Aschaffenburg**: Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen 414

E. Rüdin: Ueber die klinischen Formen der Gefängnisspsychosen 415

Dr. **Raecke**: Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen 415

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. **F. Koehler**: Zur Kritik des Agglutinationsphänomens 416

Dr. **Weil**: Zur Schnelldiagnose der Typhusbazillen 417

Dr. **F. Schmidt**: Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachkontagiums 417

San.-Rath Dr. **Wöhrlin**: Die Aktinomykose (Strahlenpilzkrankheit) in Elsass-Lothringen 418

Dr. **E. Steinmetz**: Ueber die staubvermindernde Wirkung des Dustlesöles 419

Ch. E. Paget: Wie lässt sich unter dem Arbeiterwohnungsgesetz eine Besserung der ländlichen Verhältnisse anbahnen . 420

Tagesnachrichten 422

Beilage:
Medizinal-Gesetzgebung 139

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrath: dem Badearzt Dr Pohl in Salzbrunn i./Schl.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Sanitätsrath Dr. Nouprez in Malmedy; — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Leydig in

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage: Medizinal-Gesetzgebung

Würzburg, General- und Korpsarzt Dr. Herzer in Metz und dem Generalarzt a. D. Dr. Duesterberg in Hannover.

Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Kommenthurkreuzes II. Klasse des Königl. Württembergischen Friedrichs-Ordens: dem Generalarzt Dr. Schjerning, Abtheilungs-Chef bei der Medizinal-Abtheilung im Kriegs-Ministerium; des Ritterkreuzes I. Klasse des Grosherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: den Oberstabs- und Regiments-Aerzten Dr. Rohlfing in Mühlhausen i./Els und Dr. Dürr in Karlsruhe; das Ritterkreuz des Grossherzogl. Mecklenburg-Schwerinschen Greifen-Ordens: den Stabs- und Bataillonsärzten Dr. Altgelt in Berlin und Dr. Matthes in Eisenach.

Ernannt: Der bisherige kommissarische Regierungs- u. Med.-Rath San.-Rath Dr. Nesemann in Stade zum Reg.- u. Med.-Rath bei der dortigen Regierung; der praktische Arzt Dr. Petermöller in Wellingholzhausen zum Kreisassistenzarzt mit dem Wohnsitze in Meppen; der bisherige Kreisphysikus Dr. Holling in Soegel zum Kreisassistenzarzt des Kreisarztbezirkes Aschendorf-Hümling unter Belassung seines Wohnsitzes in Soegel; der praktische Arzt Dr. Friedel in Zinnowitz zum Kreisassistenzarzt in Swinemünde, der Privatdozent Dr. v. Lingelsheim in Marburg zum Vorsteher des staatlichen bakteriologischen Instituts in Beuthen; der Geh. Medizinalrath und vortragende Rath im Ministerium der u. s. w. Medizinalangelegenheiten, Prof. Dr. Kirchner zum Geh. Obermedizinalrath.

Gestorben: San.-Rath Dr. Preiser in Trebnitz (Reg.-Bez. Breslau), Geh. San.-Rath Prof. Dr. Langenbuch in Berlin, Dr. Enders in Weissenfels, Augenarzt Dr. Fabian in Waldenburg i. Schl., Geh. San.-Rath Dr. Maurer in Koblenz.

Königreich Bayern.

Gestorben: Bahnarzt Dr. Sauter in Babenhausen, Dr. Friedr. Keller in Sommerach, Bezirksarzt a. D. Dr. Müller in Parsberg, Dr. Weissmann in Kirchheimbolanden.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Komthurkreuz I. Kl. des Sächsischen Verdienstordens: dem Geh. Rath Prof. Dr. Fiedler in Dresden.

Ertheilt die Genehmigung zur Anlegung des Ehrenkomthurkreuzes des Grossherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens: dem Geh. Med.-Rath Dr. v. Reyer in Dresden; des Ehrenkreuzes I. Kl. desselben Ordens: dem San.-Rath Dr. Linow in Dresden; des Preussischen Rothen Adlerordens IV. Klasse: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Hoffmann in Dresden.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rang und Titel eines Hofraths: dem Prof. Dr. Thomas, Direktor der medizinischen Poliklinik in Freiburg i./B.

Gestorben: Dr. Regnery in Durlach.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Privatdozent Dr. Hermann Baur in Giessen.

Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: San.-Rath Dr. Wesenberg in Plau.

Grossherzogthum Sachsen-Weimar.

Ernannt: Prof. Dr. Maurer in Heidelberg zum ordentl. Prof. der Anatomie in der medizinischen Fakultät der Universität Jena.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Provisorisch bestellt: Der praktische Arzt Dr. Lamprecht zu Stadthagen zum Kreisphysikus und gerichtlichen Sachverständigen.

Gestorben: Kreisphysikus und San.-Rath Dr. Ed. Schulz in Stadthagen (Schaumburg-Lippe), Dr. Pletzer in Bremen, Dr. Wand, Kantonalarzt in Truchtersheim, Med.-Rath Dr. Curtze, Kreisphysikus in Ballenstedt (Anhalt), San.-Rath Dr. Lippold in Zerbst (Anhalt), Amtsphysikus und Med.-Rath Dr. Solger in Königsberg i./Fr. (Sachsen-Coburg-Gotha).

Wir machen auf die der heutigen Nummer der Zeitschrift von [illegible] **medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld** in **Berlin** beigelegte Bestellkarte, betreffend **Preisermässigung** des Werkes von Geh. San.-Rath Dr. D. Wiener: „Sammlung gerichtlich-medizinischer Obergutachten“ für die Abonnenten der Zeitschrift ganz besonders aufmerksam.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W., Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisen-moor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Felix, Dr. Eugen (Bucarest.) **Die adenoiden Vegetationen.** (Berliner Klinik 155.)

Preis 60 Pf. **Neu!**

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für Nerven- Alkohol- und **Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Ueber durch einen verborgenen Balkenbrand verursachte Kohlendunstvergiftung. Von Kreisarzt und San.-Rath Dr. Picht 427

Ueber Mittel und Wege, hygienische Bildung in's Volk zu tragen. Von Dr. Hans Wolff 433

Zur Impftechnik. Von Kreisarzt Dr. Hansen . . . . . 440.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die dienstliche Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Minden zu Herford am 18. Mai 1901 . 441

Bericht über die XIII. u. XIV. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg in Halle a. S. am 15. November 1900 und 23. Mai 1901 . . . 443

Bericht über die am 31. Mai 1901 in Bad Königsborn abgehaltene dienstliche Konferenz der Kreisärzte des Reg.-Bez. Arnsberg 446

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Prof. Dr. Mendel, Obergutachten: Ein im Anschluss an eine — sonst ohne nachtheilige Folgen verlaufene — Verschüttung im Bergwerke hervorgetretenes Nervenleiden, das sich hauptsächlich in krankhafter Furcht vor dem Einfahren in den Schacht äussert 447

Besprechungen.

Dr. J. Entres: Handbuch der gerichtlichen Obduktions-Technik mit Einfügung der gesetzlichen Bestimmungen und zahlreichen technischen Fingerzeigen . . . 452

Dr. Mulert: Schemata und Notizen für gerichtliche Obduktionen 453

Prof. Dr. A. Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie 453

Dr. Zollitzsch: Die geistigen Störungen in ihren Beziehungen zur Militär-Dienstunbrauchbarkeit (bezw. Invalidität) und Zurechnungsfähigkeit 454

Dr. jur. Erich Bohn: Der Fall Rothe . 455

Tagesnachrichten.

Ehrengerichte für die Sanitätsoffiziere der Marine 455

Amtliche Nahrungsmittelkontrole in Sachsen 455

Ortspolizeiliche Wohnungsaufsicht in Württemberg 455

Anleitung zur Vornahme der amtlichen Besichtigungen von Apotheken in Württemberg 456

Britischer Tuberkulose-Kongress in London 456

Muster zur Registratur des Kreisarztes; Entheilung der Akten 456

Ständige Organisation zur Ausbildung von Desinfektoren in Breslau 460

Entscheidung über die Führung des Apothekertitels auf Schildern von Drogenhandlungen 461

Verbot des Hausirhandels mit Harzer Gebirgsthee 461

Tagesordnung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins 462

Beilage:

Medizinal-Gesetzgebung 115

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden III. Kl. mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge in Breslau; —

der Kronenorden II. Klasse: dem Generalarzt a. D. Dr. Düsterberg in Hannover.

Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Ritterkreuzes II. Abtheilung des Grosherzoglich Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit oder vom weissen Falken: dem Stabsarzt Dr. Matthes in Eisenach; des Ehrenkreuzes III. Klasse des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Gillet in Aachen; der Ritter-Insignien des Herzoglich Anhaltinischen Hausordens: dem Stabsarzt Dr. Jahn in Mühlhausen i. Els.; des Offizierkreuzes der Rumänischem Krone: dem Reg.- und Geh. Med.-Rath, Hofrath Dr. Schwass in Sigmaringen.

Ernannt: Zum stimmfähigen Ritter des Ordens pour le mérite für Wissenschaften und Künste: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Virchow in Berlin; der praktische Arzt Dr. Wolters in Coesfeld zum Kreisarzt des Kreises Coesfeld mit dem Wohnsitze in Coesfeld; der bisherige Kreisphysikus Dr. Becker in Hildesheim zum Kreisarzt des Stadt- und Landkreises Hildesheim; der praktische Arzt Dr. Krohne in Gross-Kamsdorf zum Kreisarzt des Kreises Ziegenrück mit dem Wohnsitz in Gross-Kamsdorf, der bisherige Kreiswundarzt Dr. Wolff in Elberfeld zum Kreisarzt für den Stadtkreis Elberfeld, der prakt. Arzt Dr. Kriege zum Kreisarzt für den Stadtkreis Barmen, der bisherige Kreisphysikus Dr. Passow zum Kreisarzt für den Stadtkreis München-Gladbach und den Kreis Gladbach, der praktische Arzt Dr. Boretius in Langenborn zum Kreisassistenzarzt in Waldenburg (Schlesien), der Assistent am hygienischen Institut für Infektionskrankheiten Professor Dr. Proskauer zum Vorsteher der chemischen Abtheilung des Instituts, der prakt. Arzt Dr. Beninde in Beuthen (Ob./Schl.) zum Kreisassistenzarzt daselbst.

Beauftragt: Der praktische Arzt Dr. Bünting in Vöhl mit der kommissarischen Kreisarztstelle des Kreises Stolzenau.

Einberufen zur kommissarischen Beschäftigung im Reichsgesundheitsamt: der Kreisarzt Dr. Eschricht in Danzig.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Schlautmann in Coesfeld in gleicher Eigenschaft nach Münster, der Kreisarzt Dr. Schulte in Lippstadt in gleicher Eigenschaft nach Olpe, der Kreisarzt Dr. Woltemas in Diepholz in die Kreisarztstelle des Stadt- und Landkreises Solingen mit dem Wohnsitz in Solingen.

Die nachgesuchte Entlassung ertheilt: Den Kreisärzten Dr. Kortmann in Münster und Dr. Kämmerer in Ziegenrück.

Gestorben: Geh. San.-Rath Kreisarzt Dr. Wilke in Gnesen, Geh. San.-Rath Dr. Elsner in Berlin, Dr. Strauch in Herrnstadt (Reg.-Bez. Breslau), Geh. San.-Rath Dr. Risch in Freienwalde a. O., früher in Bromberg, Dr. Nordbeck in Schüttorf (Reg.-Bez. Osnabrück), Kreisphysikus z. D. San.-Rath Dr. Dohrn in Heide (Holstein), Stabsazt Dr. Nitschmann in Berlin.

Königreich Bayern.

Versetzt: Der Bezirksarzt Dr. Fuchs zu Teuschnitz in gleicher Eigenschaft nach Dingolfing.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Auffhmann in Chemnitz und Dr. Schwede in Dresden.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kommandeurkreuz I. Kl. des Ordens vom Zähringer Löwen: dem Geh. Rath Prof. Dr. Mans in Freiburg i. Br.

Gestorben: Dr. Blas in Achem und Arzt Kaiser in Stühlingen.

Grossherzogthum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat als Professor dem Med.-Rath und Badearzt Dr. Groedel in Bad Nauheim.

Erledigte Stellen.

Die Kreisarztstelle der Kreise Diepholz (Reg.-Bez. Hannover), Lippstadt (Reg.-Bez. Arnsberg) und Gnesen (Reg.-Bez. Bromberg).

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-, Kohlensäure- u. electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Rosen, Dr. R., Die häusliche Behandlung Lungenkranker (Berliner Klinik 143.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.
Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.
Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"
Berlin W., Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.
Gesunde Höhenlage umgeben von Gärten und Park-Anlagen.
Alle Hilfsmittel der modernen Nervenpathologie
Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [61

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphinm und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

14. Jahrg. Zeitschrift 1901.

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. Buchhandlg., 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.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 15 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Gewährt eine von der Differentialdiagnose zwischen infektiösem und nicht infektiösem Wochenbettfieber abhängig gemachte Anzeigepflicht den Wöchnerinnen ausreichenden Schutz? Von Dr. **Schwabe** 463

Aus Versammlungen und Vereinen.

Royal institute of public health. Congress at Aberdeen, 2. bis 6. August 1900 . . 482

Vierte Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 9. Juni 1901 in Berlin 487

Bericht über die VIII. am 4. Juni d. J. in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bez. Lüneburg 489

Tagesnachrichten.

Die Rangverhältnisse der preussischen Kreismedizinalbeamten 490

Zum Umlagerecht der preussischen Aerztekammern 491

Neue Medizinalordnung in Bremen . . . 492

XXIX. deutscher Aerztetag in Hildesheim 492

30. Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins in Hannover 494

Preisgericht der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder 494

Pest 494

Beilage:

Rechtsprechung 167

Medizinal-Gesetzgebung 167

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem Kreisphysikus z. D. San.-Rath Dr. Terstesse in Büren i. W.; — als Sanitätsrath: den bisherigen Kreiswundärzten Dr. Benthaus in Neuhaus (Reg.-Bez. Minden), Dr. Happel in Minden i. W., Dr. Hillebrecht in Vlotho a./W., dem Kantonalarzt Dr. Schäffer in Saargemünd; — der Rothe Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rath Dr. Jolly in Berlin und dem bisherigen leitenden Arzte des Kaiserswerther Diakonissen-Hospitals in Alexandrien Dr. Varenhorst, dem General- und Korpsarzt Dr. Krosta, bisher Korpsarzt des ostasiatischen Expeditionskorps, dem Geh. San.-Rath Kreisphys. z. D. Dr. Müller in Minden i. W.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Hoffmann in Dresden, dem San.-Rath Dr. La Pierre in Potsdam, dem Kreiswundarzt z. D. San.-Rath Dr. Probsthan in Jöllenbeck (Reg.-Bez. Minden); — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Frhr. von la Valette St. George in Bonn.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: der Grossherzoglich Mecklenburg-Schwerinschen Medaille für Wissenschaft und Kunst: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Koch in Berlin; des

Ritterkreuzes I. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Arzt Below in Berlin; des Kaiserlich Russischen St. Stanislaus-Ordens I. Klasse: dem General-Stabsarzt der Marine Dr. Gutschow in Berlin; des Ritterkreuzes I. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtordens: dem Privatdozenten Dr. Wilms in Leipzig; des Fürstlich Reussischen (j. L.) Ehrenkreuzes III. Kl. dem San.-Rath Dr. Gerster in Braunfels; des Grossherrl. Türkischen Medschidje-Ordens: dem Sanitäts-Inspektor Dr. Gotschlich in Alexandrien; des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Grossherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem General- und Korpsarzt Dr. Kern in Stettin; des Ehrenkreuzes des Grossherzoglich Mecklenburg-Schwerinschen Greifen-Ordens: dem General-Ober- und Divisionsarzt Dr. Haase in Schwerin; des Kaiserlich Russischen St. Stanislaus-Ordens II. Klasse mit Schwertern und des Ritterkreuzes des Französischen Ordens der Ehrenlegion: dem Stabsarzt Dr. Velde in Hannover; des Komthurkreuzes des Kaiserlich österreichischen Franz-Joseph-Ordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Müller in Berlin.

Ernannt: Kreisarzt und Medizinal-Assessor Dr. Schmalfuss in Hannover zum Medizinalrath und Prof. Dr. Reinhold, Oberarzt am städtischen Krankenhause daselbst, zum Medizinal-Assessor des Medizinal-Kollegiums der Provinz Hannover; der prakt. Arzt Dr. Frey in Schwetz zum Kreisassistenzarzt in Beuthen.

Beauftragt mit der Wahrnehmung der Geschäfte der Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung: der a. o. Professor Dr. Günther, bisher Kustos am hygienischen Institut zu Berlin.

Gestorben: Kreisphysikus a. D. Dr. Lehnebach in Schmalkalden, San.-Rath Dr. Baring, Stadtphys. a. D. in Celle, Oberstabsarzt Dr. Dedolph, Chefarzt des 3. Feldlazareths des ostasiatischen Expeditionskorps, in Aachen, San.-Rath Dr. Viertel in Breslau, Dr. Mestrum in Köln, Dr. Golde in Altona, Kreisphys. z. D. und Geh. San.-Rath Dr. Knorr in Fritzlar.

Königreich Bayern.

Auf eigenes Ansuchen in den Ruhestand versetzt: Die Bezirksärzte Dr. Weiler in Kehlheim und Dr. v. Püttner in Münchberg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Sächsischen Verdienstordens: dem Hofrath Dr. Credé in Dresden, Oberarzt am Carolahause und Generalarzt à la suite des San.-Korps.

Gestorben: Dr. Paul Schwarzbach in Dresden (in den Tyroler Alpen verunglückt), Dr. Edelmann und Dr. Wolff in Dresden, Dr. Birnbaum in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Ehrenkreuzes II. Klasse des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens: dem Prof. Dr. v. Liebermeister in Tübingen.

Ernannt: Der Distriktsarzt Dr. Käfer in Löwenstein zum Oberamtsarzt in Welzheim.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kommandeurkreuz I. Kl. des Ordens vom Zähringer Löwen: dem Geh. Rath Prof. Dr. Manz in Freiburg; — des Ritterkreuzes I. Klasse mit Eichenlaub desselben Ordens: dem Professor der Ohrenheilkunde Dr. Passow in Heidelberg; — der Charakter als Medizinalrath: den praktischen Aerzten Dr. L. Fischer in Heidelberg, Dr. Meister in Freiburg und Dr. A. Frey in Baden-Baden.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Dr. Focke in Bremen zum Geschäftsführer des Gesundheitsraths mit dem Titel „Medizinalrath".

Gestorben: Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Schedler in Metz, Dr. Kurth, Direktor des hygienischen Instituts in Bremen.

Dr. Gierlich's Kurhaus Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's

Wasserheilanstalt Lauterberg

(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

---

[593] **Sanatorium**

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für

Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch

Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Flatau, Dr. Georg, (Berlin): Ueber die nervöse Schlaflosigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (Berliner Klinik 157.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Spontaner Gebärmutterriss unter der Geburt bei Querlage; Verschulden der Hebamme durch Verkennung der Kindeslage und Unterlassung der Zuziehung eines Arztes. Von Dr. O. Möbius . . 395

Kasuistischer Beitrag zur Frage der Organrupturen nach Kontusion des Bauches: Ruptura Hei, Ruptura Venae cavae asc. Von Dr. C. Berg 405

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Danzig am 24. November 1900 410

Bericht über die XI. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen am Sonntag, den 12. Mai 1901, in Insterburg im Hôtel „Rheinischer Hof" 410

Bericht über die II. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Osnabrück in Osnabrück am 28. Mai 1901 . 412

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Lecène und Legros: Traumatischer Haemothorax. Infektion desselben durch Streptokokken und Bacillus perfringens 412

L. Marchand und Cl. Vurpas: Veränderungen des Zentralnervensystems bei der Inanition 413

S. Bell: Selbstmord als Verbrechen . . 413

Luise G. Robinovitch: Ueber den Zusammenhang zwischen Verbrechen in der Deszendenz und Alkoholismus der Eltern 413

Fortschritte der mikroskopischen Untersuchungsmethoden zu gerichtlich-medizinischen Zwecken 414

Dr. Richter: Zwei im Strafverfahren abgegebene motivirte Gutachten . . . 414

Prof. Dr. Gust. Aschaffenburg: Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen 414

E. Rüdin: Ueber die klinischen Formen der Gefängnisspsychosen 415

Dr. Raecke: Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen 415

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. F. Koehler: Zur Kritik des Agglutinationsphänomens 416

Dr. Weil: Zur Schnelldiagnose der Typhusbazillen 417

Dr. F. Schmidt: Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachkontagiums 417

San.-Rath Dr. Wöhrlin: Die Aktinomykose (Strahlenpilzkrankheit) in Elsass-Lothringen 418

Dr. E. Steinmetz: Ueber die staubvermindernde Wirkung des Dustlesöles 419

Ch. E. Paget: Wie lässt sich unter dem Arbeiterwohnungsgesetz eine Besserung der ländlichen Verhältnisse anbahnen . 420

Tagesnachrichten 422

Beilage:
Medizinal-Gesetzgebung 139

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrath: dem Badearzt Dr Pohl in Salzbrunn i./Schl.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Sanitätsrath Dr. Nouprez in Malmedy; — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Leydig in

Abonnementspreis pro Quart. 4 M.

Würzburg, General- und Korpsarzt Dr. Herzer in Metz und dem Gen[illegible] a. D. Dr. Duesterberg in Hannover.

Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Kommenth[illegible] kreuzes II. Klasse des Königl. Württembergischen Friedri[illegible] Ordens: dem Generalarzt Dr. Schjerning, Abtheilungs-Chef bei der [illegible] dizinal-Abtheilung im Kriegs-Ministerium; des Ritterkreuzes I. Klas[illegible] des Grosherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löw[illegible] den Oberstabs- und Regiments-Aerzten Dr. Rohlfing in Mühlhausen i./[illegible] und Dr. Dürr in Karlsruhe; das Ritterkreuz des Grossherzog[illegible] Mecklenburg-Schwerinschen Greifen-Ordens: den Stabs- [illegible] Bataillonsärzten Dr. Altgelt in Berlin und Dr. Matthes in Eisenach.

Ernannt: Der bisherige kommissarische Regierungs- u. Med.-Rath San.-Rath Dr. Nesemann in Stade zum Reg.- u. Med.-Rath bei der dortigen Regierung; der praktische Arzt Dr. Petermöller in Wellingholzhausen zum Kreisassistenzarzt mit dem Wohnsitze in Meppen; der bisherige Kreisphysikus Dr. Holling in Soegel zum Kreisassistenzarzt des Kreisarztbezirkes Aschendorf-Hümling unter Belassung seines Wohnsitzes in Soegel; der praktische Arzt Dr. Friedel in Zinnowitz zum Kreisassistenzarzt in Swinemünde, der Privatdozent Dr. v. Lingelsheim in Marburg zum Vorsteher des staatlichen bakteriologischen Instituts in Beuthen; der Geh. Medizinalrath und vortragende Rath im Ministerium der u. s. w. Medizinalangelegenheiten, Prof. Dr. Kirchner zum Geh. Obermedizinalrath.

Gestorben: San.-Rath Dr. Preiser in Trebnitz (Reg.-Bez. Breslau), Geh. San.-Rath Prof. Dr. Langenbuch in Berlin, Dr. Enders in Weissenfels, Augenarzt Dr. Fabian in Waldenburg i. Schl., Geh. San.-Rath Dr. Maurer in Koblenz.

Königreich Bayern.

Gestorben: Bahnarzt Dr. Sauter in Babenhausen, Dr. Friedr. Keller in Sommerach, Bezirksarzt a. D. Dr. Müller in Parsberg, Dr. Weissmann in Kirchheimbolanden.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Komthurkreuz I. Kl. des Sächsischen Verdienstordens dem Geh. Rath Prof. Dr. Fiedler in Dresden.

Ertheilt die Genehmigung zur Anlegung des Ehrenkomthurkreuzes des Grossherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens: dem Geh. Med.-Rath Dr. v. Reyer in Dresden; des Ehrenkreuzes I. Kl. desselben Ordens: dem San.-Rath Dr. Linow in Dresden; des Preussischen Rothen Adlerordens IV. Klasse: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Hoffmann in Dresden.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rang und Titel eines Hofraths: dem Prof. Dr. Thomas, Direktor der medizinischen Poliklinik in Freiburg i./B.

Gestorben: Dr. Regnery in Durlach.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Privatdozent Dr. Hermann Baur in Giessen.

Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: San.-Rath Dr. Wesenberg in Plau.

Grossherzogthum Sachsen-Weimar.

Ernannt: Prof. Dr. Maurer in Heidelberg zum ordentl. Prof. der Anatomie in der medizinischen Fakultät der Universität Jena.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Provisorisch bestellt: Der praktische Arzt Dr. Lamprecht in Stadthagen zum Kreisphysikus und gerichtlichen Sachverständigen.

Gestorben: Kreisphysikus und San.-Rath Dr. Ed. Schulz in Stadthagen (Schaumburg-Lippe), Dr. Pletzer in Bremen, Dr. Wand, Kantonalarzt in Truchtersheim, Med.-Rath Dr. Curtze, Kreisphysikus in Ballenstedt (Anhalt), San.-Rath Dr. Lippold in Zerbst (Anhalt), Amtsphysikus und Med.-Rath Dr. Solger in Königsberg i./Fr. (Sachsen-Coburg-Gotha).

Wir machen auf die der heutigen Nummer der Zeitschrift von **Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld** in **Berlin** beigelegte Bestellkarte, betreffend **Preisermässigung** des Werkes von Geh. San.-Rath Dr. D. Wiener: „Sammlung gerichtlich-medizinischer Obergutachten" für die Abonnenten der Zeitschrift ganz besonders aufmerksam.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.
Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.
Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"
Berlin W., Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.
Gesunde Höhenlage umgeben von Gärten und Park-Anlagen.
Alle Hilfsmittel der modernen Nervenpathologie.
Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Flatau, Dr. Georg, (Berlin): Ueber die nervöse Schlaflosigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (Berliner Klinik 157.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Zur Organisation des Hebammenwesens in Hessen, mit besonderer Berücksichtigung der Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Von Prof. Dr. Walther 531

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Erfurt in Leinefelde am 28. Juni 1901 551

Bericht über die XVII. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin am 15. Juli 1901 zu Stettin 552

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Dr. Moser: Hämoglobinkrystalle zur Unterscheidung von Menschenblut und Thierblut 554

Dr. Arthur Schulz: Ueber die Verwendbarkeit der von Siefert angegebenen Modifikation der Guajak-Wasserstoffsuperoxyd-Reaktion zum Nachweis von Blutspuren 551

Dr. Ziemke: Ueber die ungleiche Resistenz des Blutfarbstoffes verschiedener Thiere gegen Alkalien und eine hierauf begründete Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut 554

Dr. Racine: Ueber den Tod durch Benzinvergiftung 554

Max Edel: Befund bei Vergiftung mit Höllensteinstiften 555

Dr. Berger: Tätowirung bei Verbrechern 555

Dr. Rathmann: Ueber die nach Schädeltrauma eintretenden psychischen Störungen 555

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. Felix Lommel: Zur Kenntniss der Tenazität des Scharlachgiftes 556

Dr. Burckhardt: Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1898 556

W. Robertson: Versuch einer städtisch beaufsichtigten Milchversorgung . . . 557

Mc. Vail: Die Ethik des öffentlichen Sanitätswesens 558

Tagesnachrichten 560

Beilage:
Medizinal-Gesetzgebung 195

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charaktor als Geheimer Medizinalrath: dem Prof. Dr. Renvers in Berlin und dem Kreisarzt Med.-Rath Dr. Köhler in Landeshut; — als Sanitätsrath: dem prakt. Arzt Gustav Schmohl in Kalbe a. S.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisphysikus Geh. San.-Rath Dr. König in Prüm, dem Kreisarzt a. D. San.-Rath Dr. Asverus in Colmar i. E. und dem Königl. Württ. Med.-Rath Dr. Scheurlen in Stuttgart; — der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem Geh. San.-Rath Dr. Körte in Berlin; — der Kronenorden IV. Klasse mit Schwertern am weissen Bande: dem Marine-Oberarzt Dr. Fricke in Wilhelmshaven.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

der Kronenorden II. Klasse: dem Generalarzt a. D. Dr. Düsterberg in Hannover.

Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Ritterkreuzes II. Abtheilung des Grosherzoglich Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit oder vom weissen Falken: dem Stabsarzt Dr. Matthes in Eisenach; des Ehrenkreuzes III. Klasse des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Gillet in Aachen; der Ritter-Insignien des Herzoglich Anhaltinischen Hausordens: dem Stabsarzt Dr. Jahn in Mühlhausen i. Els.; des Offizierkreuzes der Rumänischem Krone: dem Reg.- und Geh. Med.-Rath, Hofrath Dr. Schwass in Sigmaringen.

Ernannt: Zum stimmfähigen Ritter des Ordens pour le mérite für Wissenschaften und Künste: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Virchow in Berlin; der praktische Arzt Dr. Wolters in Coesfeld zum Kreisarzt des Kreises Coesfeld mit dem Wohnsitze in Coesfeld; der bisherige Kreisphysikus Dr. Becker in Hildesheim zum Kreisarzt des Stadt- und Landkreises Hildesheim; der praktische Arzt Dr. Krohne in Gross-Kamsdorf zum Kreisarzt des Kreises Ziegenrück mit dem Wohnsitz in Gross-Kamsdorf, der bisherige Kreiswundarzt Dr. Wolff in Elberfeld zum Kreisarzt für den Stadtkreis Elberfeld, der prakt. Arzt Dr. Kriege zum Kreisarzt für den Stadtkreis Barmen, der bisherige Kreisphysikus Dr. Passow zum Kreisarzt für den Stadtkreis München-Gladbach und den Kreis Gladbach, der praktische Arzt Dr. Boretius in Langenborn zum Kreisassistenzarzt in Waldenburg (Schlesien), der Assistent am hygienischen Institut für Infektionskrankheiten Professor Dr. Proskauer zum Vorsteher der chemischen Abtheilung des Instituts, der prakt. Arzt Dr. Beninde in Beuthen (Ob./Schl.) zum Kreisassistenzarzt daselbst.

Beauftragt: Der praktische Arzt Dr. Bünting in Vöhl mit der kommissarischen Kreisarztstelle des Kreises Stolzenau.

Einberufen zur kommissarischen Beschäftigung im Reichsgesundheitsamt: der Kreisarzt Dr. Eschricht in Danzig.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Schlautmann in Coesfeld in gleicher Eigenschaft nach Münster, der Kreisarzt Dr. Schulte in Lippstadt in gleicher Eigenschaft nach Olpe, der Kreisarzt Dr. Woltemas in Diepholz in die Kreisarztstelle des Stadt- und Landkreises Solingen mit dem Wohnsitz in Solingen.

Die nachgesuchte Entlassung ertheilt: Den Kreisärzten Dr. Kortmann in Münster und Dr. Kämmerer in Ziegenrück.

Gestorben: Geh. San.-Rath Kreisarzt Dr. Wilke in Gnesen, Geh. San.-Rath Dr. Elsner in Berlin, Dr. Strauch in Herrnstadt (Reg.-Bez. Breslau), Geh. San.-Rath Dr. Risch in Freienwalde a. O., früher in Bromberg, Dr. Nordbeck in Schüttorf (Reg.-Bez. Osnabrück), Kreisphysikus z. D. San.-Rath Dr. Dohrn in Heide (Holstein), Stabsarzt Dr. Nitschmann in Berlin.

Königreich Bayern.

Versetzt: Der Bezirksarzt Dr. Fuchs zu Teuschnitz in gleicher Eigenschaft nach Dingolfing.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Auffhmann in Chemnitz und Dr. Schwede in Dresden.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kommandeurkreuz I. Kl. des Ordens vom Zähringer Löwen: dem Geh. Rath Prof. Dr. Manz in Freiburg i. Br.

Gestorben: Dr. Blas in Achem und Arzt Kaiser in Stühlingen.

Grossherzogthum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat als Professor dem Med.-Rath und Badearzt Dr. Groedel in Bad Nauheim.

Erledigte Stellen.

Die Kreisarztstelle der Kreise Diepholz (Reg.-Bez. Hannover), Lippstadt (Reg.-Bez. Arnsberg) und Gnesen (Reg.-Bez. Bromberg).

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisen moor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch

[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Flatau, Dr. Georg, (Berlin): Ueber die nervöse Schlaflosigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (Berliner Klinik 157.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.

Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"
Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

14. Jahrg. Zeitschrift 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Gewährt eine von der Differentialdiagnose zwischen infektiösem und nicht infektiösem Wochenbettfieber abhängig gemachte Anzeigepflicht den Wöchnerinnen ausreichenden Schutz? Von Dr. Schwabe 463

Aus Versammlungen und Vereinen.

Royal institute of public health. Congress at Aberdeen, 2. bis 6. August 1900 . . 482

Vierte Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 9. Juni 1901 in Berlin 487

Bericht über die VIII. am 4. Juni d. J. in Uelzen abgehaltene Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bez. Lüneburg 489

Tagesnachrichten.

Die Rangverhältnisse der preussischen Kreismedizinalbeamten 490

Zum Umlagerecht der preussischen Aerztekammern 491

Neue Medizinalordnung in Bremen . . . 492

XXIX. deutscher Aerztetag in Hildesheim 492

30. Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins in Hannover 494

Preisgericht der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder 494

Pest 494

Beilage:

Rechtsprechung 167

Medizinal-Gesetzgebung 167

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem Kreisphysikus z. D. San.-Rath Dr. Terstesse in Büren i. W.; — als Sanitätsrath: den bisherigen Kreiswundärzten Dr. Benthaus in Neuhaus (Reg.-Bez. Minden), Dr. Happel in Minden i. W., Dr. Hillebrecht in Vlotho a./W., dem Kantonalarzt Dr. Schäffer in Saargemünd; — der Rothe Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rath Dr. Jolly in Berlin und dem bisherigen leitenden Arzte des Kaiserswerther Diakonissen-Hospitals in Alexandrien Dr. Varenhorst, dem General- und Korpsarzt Dr. Krosta, bisher Korpsarzt des ostasiatischen Expeditionskorps, dem Geh. San.-Rath Kreisphys. z. D. Dr. Müller in Minden i. W.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Hoffmann in Dresden, dem San.-Rath Dr. La Pierre in Potsdam, dem Kreiswundarzt z. D. San.-Rath Dr. Probsthan in Jöllenbeck (Reg.-Bez. Minden); — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Frhr. von la Valette St. George in Bonn.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: der Grossherzoglich Mecklenburg-Schwerinschen Medaille für Wissenschaft und Kunst: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Koch in Berlin; des

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark, [illegible]

Ritterkreuzes I. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Arzt Below in Berlin; des Kaiserlich Russischen St. Stanislaus-Ordens I. Klasse: dem General-Stabsarzt der [illegible] Dr. Gutschow in Berlin; des Ritterkreuzes I. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtordens: dem Privatdozenten Dr. Wilms in Leipzig; des Fürstlich Reussischen (j. L.) Ehrenkreuzes III. Kl. dem San.-Rath Dr. Gerster in Braunfels; des Grossherrl. Türkischen Medschidje-Ordens: dem Sanitäts-Inspektor Dr. Gotschlich in Alexandrien; des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Grossherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem General- und Korpsarzt Dr. Kern in Stettin; des Ehrenkreuzes des Grossherzoglich Mecklenburg-Schwerinschen Greifen-Ordens: dem General-Ober- und Divisionsarzt Dr. Haase in Schwerin; des Kaiserlich Russischen St. Stanislaus-Ordens II. Klasse mit Schwertern und des Ritterkreuzes des Französischen Ordens der Ehrenlegion: dem Stabsarzt Dr. Velde in Hannover; des Komthurkreuzes des Kaiserlich österreichischen Franz-Joseph-Ordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Müller in Berlin.

Ernannt: Kreisarzt und Medizinal-Assessor Dr. Schmalfuss in Hannover zum Medizinalrath und Prof. Dr. Reinhold, Oberarzt am städtischen Krankenhause daselbst, zum Medizinal-Assessor des Medizinal-Kollegiums der Provinz Hannover; der prakt. Arzt Dr. Frey in Schwetz zum Kreisassistenzarzt in Beuthen.

Beauftragt mit der Wahrnehmung der Geschäfte der Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung der a. o. Professor Dr. Günther, bisher Kustos am hygienischen Institut zu Berlin.

Gestorben: Kreisphysikus a. D. Dr. Lehnebach in Schmalkalden, San.-Rath Dr. Baring, Stadtphys. a. D. in Celle, Oberstabsarzt Dr. Dedolph Chefarzt des 3. Feldlazareths des ostasiatischen Expeditionskorps, in Aachen San.-Rath Dr. Viertel in Breslau, Dr. Mestrum in Köln, Dr. Golde in Altona, Kreisphys. z. D. und Geh. San.-Rath Dr. Knorz in Fritzlar.

Königreich Bayern.

Auf eigenes Ansuchen in den Ruhestand versetzt: Die Bezirksärzte Dr. Weiler in Kehlheim und Dr. v. Püttner in Münchberg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Sächsischen Verdienstordens: dem Hofrath Dr. Credé in Dresden, Oberarzt am Carolahause und Generalarzt à la suite des San.-Korps.

Gestorben: Dr. Paul Schwarzbach in Dresden (in den Tyroler Alpen verunglückt), Dr. Edelmann und Dr. Wolff in Dresden, Dr. Birnbaum in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Die Erlaubniss ertheilt zur Anlegung des Ehrenkreuzes II. Klasse des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens: dem Prof. Dr. v. Liebermeister in Tübingen.

Ernannt: Der Distriktsarzt Dr. Käfer in Löwenstein zum Oberamtsarzt in Welzheim.

Grossherzogthum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kommandeurkreuz I. Kl. des Ordens vom Zähringer Löwen: dem Geh. Rath Prof. Dr. Man in Freiburg; — des Ritterkreuzes I. Klasse mit Eichenlaub desselben Ordens: dem Professor der Ohrenheilkunde Dr. Passow in Heidelberg; — der Charakter als Medizinalrath: den praktischen Aerzten Dr. L. Fischer in Heidelberg, Dr. Meister in Freiburg und Dr. A. Frey in Baden-Baden.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Dr. Focke in Bremen zum Geschäftsführer des Gesundheitsraths mit dem Titel „Medizinalrath".

Gestorben: Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Schedler in Metz, Dr. Kurth, Direktor des hygienischen Instituts in Bremen.

Dr. Gierlich's Kurhaus Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's

Wasserheilanstalt Lauterberg

(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] Sanatorium

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für

Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Flatau, Dr. Georg, (Berlin): Ueber die nervöse Schlaflosigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (Berliner Klinik 157.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.

Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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. August.

INHALT:

Original-Mittheilungen.
Eine Lysolvergiftung mit tödtlichem Ausgange. Von Kreisarzt Dr. **Ebhardt** . 495
Zwei Lepra-Erkrankungen im Kreise Merseburg. Von Kreisarzt Dr. **Schneider** 503

Aus Versammlungen und Vereinen.
Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cöln am 11. Mai d. J. Nachm. 3 Uhr im Hôtel Kaiser Wilhelm zu Cöln 509

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.
A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:
Dr. **Moritz Fürst**: Ueber den Tod durch giftige Gase 511
Dr. **Walther Pilz**: Ueber den Einfluss verschiedener Gifte auf die Todtenstarre 511
Dr. **Max Richter**: Der mikroskopische Nachweis von Blut zu gerichtlich-medizinischen Zwecken 511
Dr. **Uhlenhut**: Eine Methode zur Unterscheidung der verschiedenen Blutarten, im Besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes 512
Dr. **Erich Harnack**: Ueber den Sauerstoffgehalt des Leichenblutes in gerichtlich-medizinischer Hinsicht 512
Dr. **Franz Rosenberger**: Ursachen der Karbolgangrän 513
A. **Bach**: Die Rehabilitirung des ärztlichen Sachverständigen-Zeugnisses . . 513
G. M. **Bell**: Aerztliches Sachverständigen-Zeugniss 514
Dr. **Georg Ilberg**: Die Prognose der Geisteskrankheiten 514
Dr. M. **Sander**: Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie akuter Geistesstörungen 514
Dr. **Schüle**: Klinische Beiträge zur Katatonie 515
Dr. **Luther**: Tetanie und Psychose . . 516
Dr. **Habermann**: Ueber die Prognose der Epilepsie 516
Dr. **Heilbronner**: Ueber pathologische Rauschzustände 516
B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:
Prof. Dr. **Kolle**: Neuere Untersuchungen auf dem Gebiete der Bakteriologie und und Serodiagnostik 517
Dr. **Paul Schenk**: Der gegenwärtige Standpunkt in der Bekämpfung des Kindbettfiebers 517
Dr. med. **Th. Sommerfeld**: Erholungsstätten 517
Ingenieur **Gg. Sichelstiel**: 1. Die Nürnberger Schulbank. **Hans Suck**: 2. Die Rettigbank und ihr neuester Konkurrent 518
Dr. med. **Justus Thiersch**: Neue Gesichtspunkte für die Untersuchung der neu in die Schule eintretenden Kinder 519
Herbert Jones: Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes 520

Besprechungen 521
Tagesnachrichten 526
Beilage:
Rechtsprechung 179
Medizinal-Gesetzgebung 179
Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: den Kreisphysikern z. D. und San.-Räthen Dr. Wolff in Löbau, Dr. Bittner in Stargard i. P., Dr. Hanow in Ueckermünde, Dr. Grosser in Neumarkt, Dr. Neumann, in Glogau, Dr. Dempwolff in Harburg, Dr. Büttner in Scharmbeck, (Kreis Osterholz), Dr. Heyne in Beckum, Dr. Bauer in Coesfeld, Dr. Büren in Iserlohn, Dr. Fuchsius in Olpe, Dr. Klingelhöfer in Kirchhain, Dr. Mumm in Gelnhausen, Dr. Dollmann in Trier und den Kreiswundärzten z. D. u. San.-Räthen Dr. Gutkin

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

in Friedenau bei Berlin und Dr. Fuckel in Schmalkalden; — als Sanitätsrath: dem Kreisphysikus z. D. Dr. Lerche in Bolkenhain sowie den Kreiswundärzten z. D. Dr. Bange in Niedermarsberg, Dr. Lenzmann in Camen, Dr. Lindemann in Gelsenkirchen, Dr. Fey in Cassel, Dr. Sippel in Sooden a./W., Dr. F. Schmitz in Ochtrup, Dr. W. Schmitz in Ahlen und Dr. Knopf in Goldberg; — der Rothe Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: den Kreisphysikern z. D. und Geh. San.-Räthen Dr. Gerlach in Blankenburg i./H. früher in Küstrin, Dr. Winckler in Luckau, Dr. Liersch in Kottbus, Dr. Wallichs in Altona, Dr. Drecker in Recklinghausen, Dr. Giessler in Kassel, Dr. Gottwald in Frankenstein, Dr. Hagemann in Dortmund, Dr. Nels in Bitburg, Dr. Wilde in Deutsch-Krone, Dr. Wolff in Sprottau sowie dem Kreiswundarzt z. D. Geh. San.-Rath Dr. Riefkohl in Hameln; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: den Kreisphysikern z. D. und Geh. San.-Räthen Dr. Führer in Wolfhagen, Dr. Jung in Weener, Dr. König in Pruem, Dr. Langenbeck in Gifhorn, Dr. Lindow in Prenzlau, Dr. Ruge in Linden, Dr. Schwahn in Breslau, Dr. Lebram in Köslin, Dr. Friedländer in Stolp, den Sanitätsräthen Dr. Davidsohn in Spremberg, Dr. Kraft in Rummelsburg, Dr. Mau in Schievelbein, Dr. Bartsch in Neuhaldensleben, Dr. Closset in Langenberg, Dr. Cohn in Glatz, Dr. Creutz in Eupen, Dr. Döblin in Berncastel, Dr. Haack in Trarbach, Dr. Hansen in Niebüll, Dr. Herrmann in Hirschberg, Dr. Hommerich in Montabaur, Dr. Jessen in Itzehoe, Dr. Kahnemann in Pr. Eylau, Dr. Kuntz in Wanzleben, Dr. Scheffer in Homberg, Dr. Speck in Dillenburg, D. Surminski in Lyck, Dr. Wolff in Eckernförde, den Kreisphysikern z. D. Dr. Paffrath in St. Goarshausen und Dr. Sabarth in Lötzen, den Kreiswundärzten z. D. und San.-Räthen Dr. Amelung in Carlshafen, Dr. Claes in Mühlhausen i. Th., Dr. Fuchs in Friedrichsdorf, Dr. Giese in Prenzlau, Dr. Schenk in Oberlahnstein, Dr. Unschuld in Neuenahr, Dr. Wilde in Osterode O.-P., den Kreiswundärzten z. D. Nessel in Küstrin, Dr. Barthlmai in Steinau, Reimann in Seebnitz und Dr. Scheurig in Hirschberg; — der Kronenorden III. Klasse: den Kreisphysikern z. D. und Geh. San.-Räthen Dr. Heilmann in Krefeld und Dr. Strauss in Barmen, den San.-Räthen Dr. Eller in Husum und Dr. Schmiegelow in Sonderburg, den Kreiswundärzten z. D. und San.-Räthen Dr. Binhold in Neheim und Dr. Boenigk in Braunsberg, dem Oberamtswundarzt San.-Rath Dr. Hafner in Klosterwald und den Kreiswundärzten Dross in Freystadt, Messerschmidt in Guetzkow und Passlack in Tapiau.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Helwes in Wunstorf zum Kreisarzt des Kreises Diepholz, der praktische Arzt Dr. Schlag in Ohlau zum Kreisassistenzarzt in Stralsund.

Gestorben: Geh. Med.-Rath Dr. Nath in Loitz i./Pommern, Dr. Heidemann in Rehren (Kreis Rinteln), San.-Rath Dr. Moll in Neustadt i./Schl., Oberstabsarzt Dr. Oscar Müller in Berlin, Kreisarzt und Med.-Rath Dr. Kramer in Pyritz, Geh. San.-Rath Dr. Morsbach in Dortmund, San.-Rath Dr. Bertelsmann in Bielefeld, Kreiswundarzt a. D. Nessel in Küstrin, San.-Rath Dr. Fränkel in Sorau, Dr. Pottien in Russ (Reg.-Bez. Gumbinnen).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Militär-Verdienstordens; dem General- u. Korpsarzt Dr. Zollitsch in Nürnberg und dem Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Bürger in Germersheim; des Ritterkreuzes II. Klasse desselben Ordens: dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Kaiser in Augsburg.

Ernannt: Der ordentl. Prof. Dr. Graser in Rostock zum ordentl. Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik in der medic. Fakultät der Universität Erlangen.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Bezirksarzt Dr. Weiler in Kehlheim. — Gestorben: Dr. Eisenberger in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Hofrath Dr. Schramm in Dresden.

Grossherzogthum Baden.

Gestorben: Bezirksarzt Dr. See in Ueberlingen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Der Kreisarzt Dr. Pallowick in Bolchen in gleicher Eigenschaft nach Metz.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Der Kreisarzt Dr. Asvarus in Metz.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [610

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Flatau, Dr. Georg, (Berlin): Ueber die nervöse Schlaflosigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (Berliner Klinik 157.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Zur Organisation des Hebammenwesens in Hessen, mit besonderer Berücksichtigung der Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Von Prof. Dr. **Walther** 531

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Erfurt in Leinefelde am 28. Juni 1901 551

Bericht über die XVII. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stettin am 15. Juli 1901 zu Stettin 552

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Dr. **Moser**: Hämoglobinkrystalle zur Unterscheidung von Menschenblut und Thierblut 554

Dr. **Arthur Schulz**: Ueber die Verwendbarkeit der von Siefert angegebenen Modifikation der Guajak-Wasserstoffsuperoxyd-Reaktion zum Nachweis von Blutspuren 554

Dr. **Ziemke**: Ueber die ungleiche Resistenz des Blutfarbstoffes verschiedener Thiere gegen Alkalien und eine hierauf begründete Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut 554

Dr. **Racine**: Ueber den Tod durch Benzinvergiftung 554

Max Edel: Befund bei Vergiftung mit Höllensteinstiften 555

Dr. **Berger**: Tätowirung bei Verbrechern 555

Dr. **Rathmann**: Ueber die nach Schädeltrauma eintretenden psychischen Störungen 555

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. **Felix Lommel**: Zur Kenntniss der Tenazität des Scharlachgiftes 556

Dr. **Burckhardt**: Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1898 556

W. Robertson: Versuch einer städtisch beaufsichtigten Milchversorgung . . . 557

Mc. Vail: Die Ethik des öffentlichen Sanitätswesens 558

Tagesnachrichten 560

Beilage:
Medizinal-Gesetzgebung 195

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrath: dem Prof. Dr. Renvers in Berlin und dem Kreisarzt Med.-Rath Dr. Köhler in Landeshut; — als Sanitätsrath: dem prakt. Arzt Gustav Schmohl in Kalbe a. S.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisphysikus Geh. San.-Rath Dr. König in Prüm, dem Kreisarzt a. D. San.-Rath Dr. Asverus in Colmar i. E. und dem Königl. Württ. Med.-Rath Dr. Scheurlen in Stuttgart; — der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem Geh. San.-Rath Dr. Körte in Berlin; — der Kronenorden IV. Klasse mit Schwertern am weissen Bande: dem Marine-Oberarzt Dr. Fricke in Wilhelmshaven.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung des Kommandeurkreuzes des Königlich Grossbrittannischen Viktoria-Ordens: dem General- u. Korpsarzt Prof. Dr. v. Leuthold in Berlin; des Ritterkreuzes II. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Metz in Gotha; des Ehren-Grosskomthurkreuzes des Grossherzoglich Oldenburgischen Haus- u. Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig dem Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamts Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Köhler in Berlin; des Ehren-Ritterkreuzes I. Klasse desselben Ordens: dem Geh. Reg.-Rath Dr. Ohlmüller in Berlin, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes; der III. Klasse des Königlich Bayerischen Verdienstordens vom heiligen Michael: dem Prof. u. Königl. Preuss. Oberstabsarzt der Landwehr Dr. Penzoldt in Erlangen; des Ritterkreuzes I. Klasse des Königl. Württembergischen Friedrichsordens: dem San.-Rath Dr. La Pierre in Potsdam; des Komthurkreuzes des Grossherzogl. Mecklenburg-Schwerinschen Greifenordens: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Küster in Marburg; des Ehrenkreuzes desselben Ordens: dem Privatdozent Prof. Dr. Rumpf in Bonn; der Ritter-Insignien I. Klasse des Herzoglich Anhaltinischen Hausordens Albrechts des Bären: dem San.-Rath Dr. Riedel in Berlin.

Gestorben: Dr. Tornau in Korschen (Ostpr.), Dr. Schimmelpfeng in Berlin-Charlottenburg, Gerichtsarzt Med.-Rath Dr. Stern in Breslau, San.-Rath Dr. Utsch in Freudenberg bei Siegen, Dr. Forsbach in Sieglar (Reg.-Bez. Köln), Dr. Czibulinski in Tiefenfurt (Reg.-Bez. Liegnitz) Dr. Inderfurth in Wegberg (Reg.-Bez. Aachen), Dr. Moritz Cohn in Schöneberg bei Berlin, Dr. Spliedt in Kappeln (Schleswig), Frauenarzt Dr. Holland in Berlin, Oberstabsarzt a. D. Dr. Sitzler in Brandenburg a. H., Dr. Rohde in Könnern, Med.-Rath Dr. Chlumsky in Leobschütz (Schlesien)

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Verdienstorden vom heiligen Michael II. Klasse: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ritter v. Kupffer in München.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: die Bezirksärzte Med.-Rath Dr. Gessele in Traunstein und Dr. Schmidt in Kitzingen.

Gestorben: Geh. Rath Dr. v. Lippl aus München in Schliersee, Dr. Wegstein in Würzburg, Bezirksarzt a. D. Dr. Giehrl in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz II. Klasse des Albrechtordens: dem praktischen Arzt Dr. Blaschik in Hochkirch.

Gestorben: Dr. Seidel in Chemnitz, Dr. Poppe in Zwickau und Dr. Pfitzner in Coswig bei Meissen.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Hofrath Dr. Spindler in Stuttgart zum Vorstand der chemischen Abtheilung des hygienischen Laboratoriums des württembergischen Medizinalkollegiums.

Grossherzogthum Baden.

Die Erlaubniss ertheilt zur Annahme und Tragen des Herzogl. Braunschweigischen Ritterkreuzes I. Klasse des Ordens Heinrich des Löwen: dem Badearzt Hofrath Dr. A. Obkircher in Baden-Baden.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Bezirksarzt Med.-Rath Dr. Brauch in Kehl unter Verleihung des Charakters als Geh. Hofrath.

Gestorben: Med.-Rath v. Boemble in Konstanz.

Grossherzogthum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem prakt. Arzt Dr. Jourdan in Mainz; des Ritterkreuzes I. Klasse des Verdienstordens Philipp des Grossmüthigen: dem prakt. Arzt Dr. Köhl in Worms.

Gestorben: Dr. v. Helmolt in Giessen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Barmeyer in Hamburg.

Berichtigung. Irrthümlich ist in der vorigen Nummer der Tod des Geh. San.-Raths Dr. Morsbach in Dortmund gemeldet, während sein Sohn, der Kinderarzt Dr. Morsbach in Dortmund, verstorben ist.

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Flatau, Dr. Georg, (Berlin): Ueber die nervöse Schlaflosigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (Berliner Klinik 157.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.
Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.
Für 25 bis 30 Gäste. [687]

„West-Sanatorium"
Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.
Gesunde Höhenlage umgeben von Gärten und Park-Anlagen.
Alle Hilfsmittel der modernen Nervenpathologie.
Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [68

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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. Sept.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Einige Bemerkungen über das Entmündigungsverfahren. Vom Geh. Med.-Rath Dr. Lissner 568

Some problems of tropical Medicine. (Einige Probleme der Tropen-Medizin). Von Dr. Ohlemann 569

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 7. Juli d. J. in Stade abgehaltene erste diesjährige Versammlung des Medizinalbeamtenvereins für den Reg.-Bez. Stade 575

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Dr. Hans v. Baeger: Ueber einen Fall von Chromsäurevergiftung 577

Bruandet: Experimentelle Resorption, Mumifikation und Mazeration des Meerschweinchenfötus 579

Tribondeau: Die Veränderungen der Tubuli seminiferi in einem drei Monate alten Falle tuberkulöser Epididymitis . 580

Dr. Chavigny: Gelenktraumen, insbesondere Hydrarthrosen, und Sensibilitätsstörungen 580

Tuffier und G. Millian: Lumbalpunktion und Schädelfraktur 580

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Herzleiden und Unfall 581

Ueber die bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit von Geisteskranken in Betracht zu ziehenden Gesichtspunkte 582

Verpflichtung der Berufsgenossenschaften zur Lieferung von „künstlichen Gliedmassen" 582

Unzulässigkeit der Nichtberücksichtigung ärztlicher Gutachten 583

Die Berücksichtigung eines erst nach der Entscheidung des Schiedsgerichts abgegebenen ärztlichen Gutachtens ist unzulässig 583

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. Kurth: Ueber typhusähnliche, durch einen bisher nicht beschriebenen Bacillus (Bac. bremensis febris gastricae) bedingte Erkrankungen 584

Otto Rigler: Die Aktinomykose in Thüringen 584

Dr. Seggel und Prof. Dr. Eversbusch: Die Beleuchtungsanlagen in den Erziehungs- und Unterrichtsanstalten . . . 585

C. J. Stewart: Die Wohnungsfrage in London von 1855—1900 587

Untersuchungen zur Strassenhygiene . . 589

Besprechungen 590

Tagesnachrichten 592

Beilage:

Rechtsprechung 211

Medizinal-Gesetzgebung 212

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat als Professor: dem Kustos am pathologischen Institut der Universität Berlin, Privatdozent Dr. Jürgens; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Schneider in Tilsit; — die Rothe Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Marine-Stabsarzt Dr. Matthiolius zu Kiel, dem Stabsarzt Dr. Hildebrandt in Berlin, dem Oberarzt Dr. Strahl in Charlottenburg.

Wieting, sämmtlich am allgemeinen Krankenhause in Hamburg-Eppendorf, Dr. Sthamer in Leipzig, dem Konsul Dr. Stollreither in Bloemfontein und dem Privatdozenten Prof. Dr. Rumpf in Bonn.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Stühlen in Erkelenz zum Kreisarzt des Kreises Olpe, der Medizinalassessor Kreisarzt Dr. Strassmann in Magdeburg zum Medizinalrath und Mitglied des Medizinalkollegiums der Provinz Sachsen; Prof. Dr. C. Fränkel in Halle a./S. zum Medizinalassessor bei dem obengenannten Medizinalkollegium; der städtische Oberthierarzt Dr. Ströse zum Kaiserlichen Regierungsrath und Mitglied des Gesundheitsamtes, der Roßarzt a. D. Koske zum technischen Hülfsarbeiter bei diesem Amte.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Haack aus dem Kreis Strelno in gleicher Eigenschaft in den Kreis Gnesen, der Kreisarzt Dr. Schulte aus dem Kreis Olpe in den Kreis Lippstadt zurückversetzt.

Gestorben: Generalarzt der Armee, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rath Dr. von Coler in Berlin, Dr. Stricker in Lennep, Kreisarzt Dr. Brödtler in Pr. Stargard, Medizinalrath Dr. Münchmeyer in Lüneburg, Dr. O. Hardt in Meinerzhagen (Reg.-Bez. Arnsberg), Dr. Taaks in Wienenbüttel bei Lüneburg, Dr. Ernst in Miesburg bei Hannover, Dr. Döhne aus Zierenberg in Wilhelmshöhe bei Kassel, Oberstabsarzt a. D. Dr. Schneller in Mehlsack (Ostpreussen), Dr. Kurt Schmidt in Elberfeld, Dr. Tiemann in Rheidt, Dr. Tamm in Neustadt (Ob./Schl.), Dr. Joh. Panienski in Posen, Dr. Berthold Weiss in Greiffenberg i./Schl. (Reg.-Bez. Liegnitz), Dr. Arthur Henry in Breslau, Dr. Ernst Edel in Hannover, Dr. Achtermann in Koblenz.

Königreich Bayern.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Heissler in Remmetshofen zum Bezirksarzt in Teuschnitz, der praktische Arzt Dr. Meyer in Röthenbach zum Bezirksarzt in Münchberg und der prakt. Arzt Dr. Weber in Kronach zum Bezirksarzt in Kehlheim.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Die Bezirksärzte Dr. Kühn in Uffenheim, Dr. Wolf in Markbreit und Dr. Kolb in Kaiserslautern.

Gestorben: Dr. von Wachter in Memmingen, Geh. Rath Prof. Dr. A. Fick aus Würzburg in Blankenberghe.

Königreich Sachsen.

Gestoren: Dr. Putzer in Königsbrunn bei Königstein a./Elbe.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Schwerter zu dem bisher verliehenen Ritterkreuze I. Klasse des Friedrichsordens dem Prof. Dr. Küttner in Tübingen.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Der Oberamtsarzt Med.-Rath Dr. Camerer in Urach unter Verleihung des Ritterkreuzes des Ordens der württembergischen Krone.

Grossherzogthum Baden.

Ernannt: Die Privatdozenten Dr. Brauer, Dr. Petersen und Dr. Bettmann in Heidelberg zu ausserordentlichen Professoren in der dortigen medizinischen Fakultät.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Bezirksarzt Geh. Hofrath Dr. Schenk in Rastatt unter Verleihung des Ritterkreuzes des Badischen Ordens Berthold des Ersten. — **Gestorben:** Dr. Bigalke in Villingen.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Dr. Poppe, Assistenzarzt an der Lungenheilstätte Sonnenbach im Odenwald, Dr. Erwein in Mainz, Prof. Dr. Steinbrügge in Giessen.

Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Dr. Müller, dirig. Arzt am Luisenhospital in Aachen zum ordentlichen Professor der Chirurgie in Rostock.

Grossherzogthum Oldenburg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Obermedizinalrath: dem Medizinalrrah Dr. Wicke in Oldenburg.

Grossherzogthum Sachsen-Weimar.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Stern zum Komthur des Herzoglich Sächsischen Falkenordens und das Komthurkreuz des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Geh. Rath Dr. Schulze in Jena.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Türkische Medjidje-Orden III. Klasse: dem Geh. Sanitätsrath Dr. Faulhaber in Bernburg.

Gestorben: Dr. Röll in Neuhaus i./Th. (Sachsen-Meiningen), Dr. Schlick aus Koburg in Nürnberg, Dr. Eichhorn in Koburg und Dr. Bergmann in Braunschweig.

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisen moor-,** Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Flatau, Dr. Georg, (Berlin): Ueber die nervöse Schlaflosigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (Berliner Klinik 157.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Aufsehen erregt bei Behörden, Anstalten und Privaten des In- und Auslandes die eminente Desinfectionskraft des Formaldehyd und die Eigenschaft, Nahrungsmittel zu conserviren sowie schädliche Gerüche zu zerstören.

FORMALDEHYD

Wir empfehlen als Special-Artikel:

Formaldehyd-Desinfections-Apparat
D. R.-P. 110635

Eine neue Desinfections-Methode, welche es ermöglicht, Krankenzimmer, Wohnräume, Schulsäle, Kasernen, Eisenbahnwagen, Viehställe etc. innerhalb weniger Stunden einfach und sicher zu desinficiren.

Formaldehyd 40 %, Formaldehydpastillen, Formatolstreupulver, Formatolplatten, Formatolseife, Sudol, flüssig, **Sudolcrême, Sapoformin.**

Auf nebenstehende Apparate machen wir besonders aufmerksam.

Ausführliche Prospecte sowie Literatur unentgeltlich und franco durch die

Selbstthätiger Luftreinigungsapparat Sanator.
D. R.-G.-M. No.

Unentbehrlich bei **Keuchhbusten.**

Vorzüglich gegen **Influenza.**

Hygienischer Schutz in Kinderstuben, Krankenzimmern, Vorrathskammern, Aborten etc.

Formaldehyd-Gesellschaft, Chemische Fabrik Seelze, Hannover

100 procentiges
Wasserstoffsuperoxyd Merck.

absolut chemisch rein,
enthält 30 Gewichtstheile H_2O_2 = **100 Volumprocente,**
ganz ausgezeichnet für
allgemein-chirurgische, laryngologische, rhinologische u. odontologische Zwecke.

Vide: Prof. Dr. v. Bruns, Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 19. — Dr. Honsell, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII, Heft 1. — L. Hesse, Apotheker-Zeitung 1900, Nr. 77.
Litteratur gratis und franko durch

E. Merck

Chemische Fabrik Darmstadt.

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. Buchhandlg., 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. Sept.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mar

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Vorläufiger Bericht über die am 13. und 14. September d. J. in Berlin stattgehabte XVIII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins . 595

Bildung eines deutschen Medizinalbeamtenvereins. Protokoll über die am 2. Juli 1901 im Hôtel Bristol in Frankfurt a. M. abgehaltene Delegirten-Versammlung deutscher Medizinalbeamten 614

Tagesnachrichten.

Erweiterung der Vorlage des preussischen Seuchengesetzes 621

Nichtzulässigkeit der Unterstellung der ärztlichen Vereinen angehörigen Medizinalbeamten unter die in diesen Vereinen statutarisch vorgesehenen besonderen ärztlichen Ehrengerichte 621

Nichteinziehung der Stempelsteuergebühr bei Verleihung des Titels „Sanitätsrath" und „Geheimer Sanitätsrath" 621

Ernennung 621

Feuerbestattung in Spanien 621

Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder 622

31. Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins in Hannover 622

Beilage:

Medizinal-Gesetzgebung 227

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: den San.-Räthen Dr. Elpen in Lötzen, Dr. Heitz in Königsberg i. Pr. und Dr. Secchi in Breslau; — als Sanitätsrath: den praktischen Aerzten Dr. Freitag in Danzig, Dr. Landon in Elbing und Dr. Semrau in Langfuhr; — das Prädikat als Professor: dem Oberarzt am Kranken- u. Diakonissenhause in Königsberg i. Pr. Dr. Reinhold Unterberger und dem Kaiserlichen Regierungsarzt z. D. Dr. Plehn in Berlin; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Landes-Psychiater Geh. San.-Rath Dr. Oebeke in Bonn, den Kreisärzten Med.-Rath Dr. Liedtke in Insterburg, Med.-Rath Dr. Sticlau in Pr. Holland, Med.-Rath Dr. Deutsch in Elbing, dem Geh. Med.-Rath Dr. Meyer in Heilsberg, San.-Rath Dr. Thornwaldt in Danzig, San.-Rath Dr. Seeger in Havelberg, Prof. Dr. Meschede in Königsberg i. Pr., dem Oberstabsarzt Dr. Musehold in Strassburg i. Els., den Oberstabs- u. Regimentsärzten Dr. Jaeger und Dr. Krause in Königsberg i. Pr., Dr. Spilling, Dr. Busse und Dr. Baege in Allenstein, Dr. Ewermann, Dr. Schönfeld und Dr. Abesser in Insterburg, Dr. Goebel in Gumbinnen, Dr. Fritze und Dr. Rougemont in Graudenz, Dr. Duvinage in Thorn, Dr. Wegelj in Deutsch-Eylau, Dr. Wilberg in Danzig, Dr. Vehling in Ostrowo und dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Dorn in Hagenau; — der Kronenorden II. Klasse: dem General- u. Korpsarzt Dr. Körting in Königsberg i. Pr.; — der Kronenorden III. Klasse: dem Prof.

und Geh. Med.-Räthen Dr. Jaffé und Dr. Kuhnt in Königsberg i. Pr., den General-Ober- u. Divisionsärzten Dr. Schilling in Allenstein, Dr. Kanzow in Insterburg und Dr. Rothe in Graudenz, dem Garnisonarzt Dr. Riebe in Thorn und Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Liegner in Danzig.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Klasse des Grossherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Oberstabsarzt Dr. Keitel in Braunschweig; die Ritter-Insignien des Herzoglich Anhaltinischen Hausordens Albrechts des Bären: dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Stolte in Dessau.

Ernannt: Der ord. Professor Geh. Med.-Rath Dr. Garré in Königsberg i. Pr. zum Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums der Provinz Ostpreussen; der prakt. Arzt Dr. Wagner in Alt-Landsberg zum Kreisassistenzarzt des Kreises Wittmund unter Anweisung seines Wohnsitzes in Wittmund; der bisherige Assistent bei der praktischen Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde Dr. Ernst Ziemke in Berlin zum ausserordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg; der bisherige ausserordentliche Professor Dr. Romberg in Marburg zum ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät; zu Mitgliedern des Apothekerraths für die Dauer von 5 Jahren: die Apothekenbesitzer Annato in Naumburg a. S., pharm. Assessor Frölich in Berlin, Kunze in Königsberg i. Pr., Tychsen in Döllnitz und der Apotheker Bethge in Neuenrade, Dr. Bongatz in Aachen, Engelbrecht in Berlin und Med.-Rath Dr. Hartmann in Magdeburg.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Hauschild in Steinau a. O. in gleicher Eigenschaft nach Breslau.

Uebertragen: dem zum Stadtarzt in Düsseldorf ernannten Kreisarzt Dr. Schrakamp, bisher in Kempten, die staatlichen Funktionen des Kreisarztes für den Stadtkreis Düsseldorf.

Gestorben: Dr. Holland in Berlin, Oberstabsarzt a. D. Dr. Feigell in Frankfurt a. O., Dr. Appenrodt in Klausthal, Dr. O. Wagner in Danzig, San.-Rath Dr. Karow in Wiesbaden, Kreisarzt Dr. Buddenberg in Ratzeburg, Kreisarzt Med.-Rath Dr. Heike in Wernigerode, Dr. Stahl sen. in Hagenburg (Reg.-Bez. Wiesbaden), Dr. Demmler in Usch (Reg.-Bez. Bromberg), Dr. Bannert in Hultschin (Reg.-Bez. Oppeln), Dr. Flach in Guben, Dr. Kliemeroth in Marburg, San.-Rath Dr. Haber in Landsberg a. W., Marinestabsarzt a. D. Dr. Paul Roth in Rosenberg (Oberschl.), San.-Rath Dr. Haber in Landsberg a. W.

Königreich Bayern.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Schrank in München zum Bezirksarzt in Mainberg. — **Verabschiedet** auf eigenes Ansuchen: die Bezirksärzte Dr. Reiter in Landeshut und Dr. Rottenhäuer in Lohr. — **Gestorben:** Dr. Soratroy und Generalarzt a. D. Dr. Lukinger in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Offizierkreuz des Albrechtordens: dem Generalarzt z. D. Dr. Brause in Dresden.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Königlich Preuss. Rothen Adlerordens IV. Klasse: dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Rall in Strassburg i. Els. — **Gestorben:** Dr. Liebers in Dresden.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Dr. Ostertag in Beilstein u. Dr. Hagel in Ravensburg.

Grossherzogthum Baden.

Ernannt: Bezirksassistenzarzt Dr. Frey in Gengenbach zum Bezirksarzt in Engen. — **Gestorben:** Dr. Honegger in Lenzkirch, Geh. Hofrath Dr. Fischer, Bezirksarzt in Karlsruhe.

Grossherzogthum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: dem prakt. Arzt Dr. Jourdan in Mainz.

Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Der bisherige Privatdozent Prof. Dr. Peters in Bonn zum ordentl. Professor der Augenheilkunde in Rostock.

Grossherzogthum Oldenburg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Obermedizinalrath: dem Med.-Rath Dr. Wicke in Oldenburg.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrath: dem prakt. Arzt Dr. Bode in Braunschweig.

Ernannt: Der Physikus Dr. Haars in Lutter zum Physikus der vereinigten Physikate Seesen und Lutter unter Beibehaltung seines Wohnsitzes in Lutter. — **Gestorben:** Dr. Alfr. Nierung in Lübeck, Dr. Rehberg in Hamburg.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"
Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

---

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [666

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisen moor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Reineboth, Prof. Dr. H., (Halle): Die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.

(Berliner Klinik 159.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Die Typhusepidemie in Remscheid von 1900. Von Kreisarzt Dr. **Räuber** . . 623

Die Granulose im Kreise Putzig (Westpreussen). Von Med.-Rath Dr. **Annuske** 630

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:

Dr. **Fischer**: Zwei Fälle von Karbolgangrän 642

Dr. **Gotthilf**: Ein Fall von Vergiftung durch Extractum Filicis maris 642

Dr. **Hühnerfauth** jun.: Ueber Vergiftungserscheinungen in Folge innerlichen Gebrauches von parfürmirtem Glyzerin . 643

Dr. R. L. **Pritchard**: Das ärztliche Sachverständigen-Gutachten in einem Falle von Todschlag 644

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Das Gutachten des behandelnden Arztes ist ausreichend; es braucht nicht das Gutachten eines zweiten Arztes eingefordert werden 644

Der behandelnde Arzt ist nicht zu hören, wenn die Ablehnung der Entschädigung nicht auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, sondern aus anderen Gründen erfolgen soll 645

Prof. Dr. **Cramer**: Demonstration eines Unfallkranken, nebst einigen Bemerkungen über die sympathische Reaktion 645

Erwerbsverminderung liegt nicht vor bei Verlust von Zähnen 646

Ein fast am ganzen Körper Gelähmter ist, auch wenn er zeitweise mehr als ein Drittel des ortsüblichen Tagelohns verdient und Versicherungsbeiträge bezahlt hat, nicht als erwerbsfähig und versicherungspflichtig anzusehen und hat demnach auch keinen Anspruch auf Invalidenrente 646

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

T. **Hill**: Ueber Abwässer-Kläranlagen, insbesondere Kontaktfilter 647

C. **Killick-Millard**: Der Einfluss der Hospitalisolirung auf den Scharlach . . 649

Tagesnachrichten 652

Beilage:
Rechtsprechung 231
Medizinal-Gesetzgebung 234

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrath: dem Kreisarzt Dr. Arbeit, ständigem Hilfsarbeiter bei der Regierung in Königsberg i. Pr.; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Regierungsrath Dr. Moritz in Berlin, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, dem Reg.- u. Med.-Rath Dr. Meyhöfer in Düsseldorf, den Marineoberstabsärzten Dr. Dirksen, Dr. Hohenberg und Nuszkowski, Sanitätsrath Dr. Kraft in Gross-Lichterfelde, bisher Kreisarzt in Rummelsburg; — der Kronenorden III. Klasse: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Winter in Gotha; — der Kronenorden IV. Kl.: dem Kreisarzt Dr. Kriege in Barmen.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Ehrenkreuzes II. Klasse des Fürstl. Schaumburg-Lippischen Hausordens: dem General- und Korpsarzt Dr. Stricker in Berlin; des Komthurkreuzes des Kaiserl. Oesterreichischen Franz-Joseph-Ordens: dem Oberstabs- u. Reg. Arzt Dr. Heyse in Berlin, des Ritterkreuzes II. Klasse mit Eichenlaub des Grossherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Privatdozenten Dr. Petersen in Heidelberg, des Ritterkreuzes des Grossherzoglich Mecklenburgischen Hausordens der Wendischen Krone: dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Freih. von la Valette St. George, der fünften Klasse des Kaiserl. Japanischen Ordens des heiligen Schatzes: dem Sanitätsrath u. Stadtrath Dr. Strassmann in Berlin, des Ritterkreuzes des Ordens der Königl. Italienischen Krone: dem prakt. Arzt Dr. Naumann in Tondern, des Grossoffizierkreuzes des Persischen Sonnen- und Löwenordens: dem Stabsarzt d. Res. Dr. Leverkühn in Sofia.

Ernannt: Der Kreiswundarzt a. D. und San.-Rath Dr. Schlütter in Pyritz zum Kreisarzt dieses Kreises unter Verleihung des Charakters als Medizinalrath.

Gestorben: Dr. Lentz in Wettin, Generalarzt a. D. Dr. Cumme in Hildesheim, Med.-Rath Dr. Goos, Kreisarzt in Ploen, Dr. Taubert in Merseburg, Dr. Schwarz in Stolberg a. Harz, Dr. Henkel in Landsberg a./W., Dr. Rode, Direktor des Seehospizes in Norderney, Dr. Ad. Röhrssen in Lamstedt (Reg.-Bez. Stade), Geb. San.-Rath Dr. Märklin in Kronberg i./Taunus, Dr. Bernh. Cohn in Charlottenburg, Dr. Jablokowski, 1. Assistent am anatomischen Institut der Universität Berlin.

Königreich Bayern.

Ernannt: der prakt. Arzt Dr. Mr. Marxell in Aub zum Bezirksarzt I. Klasse in Kitzingen.

Versetzt: Der Bezirksarzt I. Kl. Dr. Schweinberger zu Wertingen in gleicher Eigenschaft nach Traunstein.

In den Ruhestand versetzt auf eigenes Ansuchen: Bezirksarzt Dr. Peither in Kaufbeuren und Med.-Rath Dr. Rauscher, Landgerichtsarzt in Deggendorf unter Verleihung der IV. Klasse des Verdienstordens vom heiligen Michael.

Königreich Sachsen.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Gelbke von Rochlitz nach Chemnitz.

Aus dem Staatsdienst ausgeschieden auf eigenes Ansuchen: der Bezirksarzt Ober-Med.-Rath Dr. Flinzer in Chemnitz, unter Verleihung des Charakters als „Geh. Med.-Rath“ und der Bezirksarzt Dr. Kalkoff in Schwarzenberg.

Gestorben: Oberarzt Dr. Lücke in Zittau, San.-Rath Dr. Haymann, Gerichtsassistenzarzt in Riesa, Hofrath Prof. Dr. Winter in Leipzig.

Königreich Württemberg.

In den Ruhestand versetzt auf eigenes Ansuchen: Oberamtsarzt Med.-Rath Dr. Camerer in Urach unter Verleihung des Ritterkreuzes des Ordens der Württembergischen Krone.

Gestorben: Dr. Magenau in Gundelsheim, Dr. Gessler in Stuttgart.

Grossherzogthum Baden.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: der IV. Klasse des Königlich Bayerischen Ordens vom heiligen Michael: dem Dr. phil. u. med. Haberer in Griesbach.

Ernannt: Der Bezirksarzt Dr. Becker in Offenburg zum Medizinalreferenten beim Landgericht Offenburg und Bezirksarzt Med.-Rath Dr. Heinsmann in Achern zum Stellvertreter des Medizinalreferenten bei diesem Gerichtshof; der prakt. Arzt Dr. Herzog in Rheinbischofsheim zum Bezirksassistenzarzt in Gengenbach.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Wörner zu Bonndorf in gleicher Eigenschaft nach Ueberlingen; Bezirksarzt Med.-Rath Dr. Hassmann zu Oberkirch in gleicher Eigenschaft nach Kehl.

Gestorben: Dr. Leopold Fischer in Karlsruhe.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Dr. Münnich in Erzhausen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Arents in Hamburg.

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisen moor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Reineboth, Prof. Dr. H., (Halle): Die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose. (Berliner Klinik 159.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl
für
Gemüthskranke
zu
Charlottenburg,
Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt
für
Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Aufsehen erregt bei Behörden, Anstalten und Privaten des In- und Auslandes die eminente Desinfectionskraft des Formaldehyd und die Eigenschaft, Nahrungsmittel zu conserviren sowie schädliche Gerüche zu zerstören.

FORMALDEHYD

Wir empfehlen als Special-Artikel:

Formaldehyd-Desinfections-Apparat
D. R.-P. 110635

Eine neue Desinfections-Methode, welche es ermöglicht, Krankenzimmer, Wohnräume, Schulsäle, Kasernen, Eisenbahnwagen, Viehställe etc. innerhalb weniger Stunden einfach und sicher zu desinficiren.

Formaldehyd 40 %, Formaldehydpastillen, Formatolstreupulver, Formatolplatten, Formatolseife, Sudol, flüssig, Sudolcrême, Sapoformin.

Auf nebenstehende Apparate machen wir besonders aufmerksam.

Ausführliche Prospecte sowie Literatur unentgeltlich und franco durch die

Selbstthätiger Luftreinigungsapparat Sanator.
D. R.-G.-M. No.

Unentbehrlich bei **Keuchhusten.**

Vorzüglich gegen **Influenza.**

Hygienischer Schutz in Kinderstuben, Krankenzimmern, Vorrathskammern, Aborten etc.

Formaldehyd-Gesellschaft, Chemische Fabrik Seelze, Hannover

100 procentiges
Wasserstoffsuperoxyd Merck.

absolut chemisch rein
enthält 30 Gewichtstheile H_2O_2 = **100 Volumprocente,**
ganz ausgezeichnet für
allgemein-chirurgische, laryngologische, rhinologische u. odontologische Zwecke.

Vide: Prof. Dr. v. Bruns, Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 19. — Dr. Honsell, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII, Heft 1. — L. Hesse, Apotheker-Zeitung 1900, Nr. 77.
Litteratur gratis und franko durch

E. Merck.

Chemische Fabrik Darmstadt.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Feilhalten von Arzneien und Gift ohne polizeiliche Erlaubniss in einer Drogenhandlung. Von Dr. Arthur Schmidt . 655

Ein in der Impfgesetzgebung nicht vorgesehener Fall von Vaccination. Von Dr. Ritter jun. 661

Meine Registratur. Von Kreisarzt Dr. Brinkmann 663

Aus Versammlungen und Vereinen.

Konferenz der Kreisärzte des Regierungsbezirks Posen, abgehalten zu Posen am 7. September d. J. 664

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Pr. Dr. Cramer: Ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verblödung eines zu Nerven- und Geisteskrankheiten veranlagten jungen Arbeiters und einem Betriebsvorgange (zwangsweises Waschen des Kopfes durch mehrere Mitarbeiter unter dem Herdgerenne in einem Pochwerke) 664

Prof. Dr. Czerny und Prof. Dr. Marwedel: Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer sogenannten Dupuytren'schen Kontraktur der rechten Hand und einer durch Betriebsunfall erlittenen Quetschung der rechten Schultergegend 668

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Dr. W. Fürnrohr: Typhusinfektion an der Leiche 671

A. Celli: Die Malariaepidemiologie nach den neuesten Forschungen 672

A. Celli: Die neue Malariaprophylaxis . 673

M. Funck: Der Vaccine- und Variolaerreger 674

Dr. Burkhardt: Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1899, nebst Anhang, betr. die Pockenerkrankungen im Jahre 1899 675

Die Sterbefälle im Deutschen Reiche während des Jahres 1898 unter der Gesammtbevölkerung und unter den Bewohnern der Grossstädte 675

Besprechungen.

Dr. Vogel: Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen 677

Tagesnachrichten.

Virchow-Feier 682

Typhus-Epidemie in Gelsenkirchen. . . 683

Etat in Bayern 686

Beilage:

Rechtsprechung 239

Medizinal-Gesetzgebung 241

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden IV. Kl. mit Schwertern am weissen Bande mit schwarzer Einfassung: den Marinestabsärzten Dr. Gudden, Dr. Wang, sowie dem Stabsarzt Dr.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

Berg, sämmtlich bisher beim Ostasiatischen Expeditionskorps; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: den Sanitätsräthen Dr. Küpper in Elberfeld, Dr. Dittrich in Breslau und Dr. Hempel in Wiesbaden, dem Marine-Oberstabsarzt Dr. Bonte, den Oberstabsärzten Dr. Albers, Dr. Reinbrecht, sowie dem Stabsarzt Dr. Tornow, sämmtlich bisher beim Ostasiatischen Expeditionskorps und dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Lippelt in Blankenburg a. Harz; — die Königliche Krone zum Rothen Adlerorden IV. Klasse: den Marine-Oberstabsärzten Dr. Koch in Yokohama und Dr. Arendt in Danzig: — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. San.-Rath Dr. Wanjura in Berlin; — der Kronenorden IV. Klasse mit Schwertern am weissen Bande mit schwarzer Einfassung: dem Oberarzt Dr. Börger, bisher beim Ostasiatischen Expeditionskorps; — der Kronenorden IV. Klasse: dem Stabsarzt Dr. Roscher, bisher beim Ostasiatischen Expeditionskorps; — das Kreuz der Komthure des Königlichen Hausordens von Hohenzollern: dem stellvertr. Leibarzt weiland Ihrer Maj. der Kaiserin u. Königin Friedrich Dr. Spielhagen.

Ernannt: Das Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Dr. Freiherr von Tubeuf zum Vorsteher der biologischen Abtheilung desselben für Land- und Forstwirthschaft.

Uebertragen: dem Stadtarzt Dr. Köttgen in Dortmund die kreisärztlichen Funktionen für den Stadtkreis Dortmund.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Birnbacher zu Putzig in gleicher Eigenschaft in den Kreis Pr. Stargard.

Gestorben: Dr. Lauenstein in Göttingen, Dr. Röhrssen in Alfeld, Dr. Brohmann in Ditfurt (Reg.-Bez. Magdeburg), San.-Rath u. Kreisphys. a. D. Dr. Wolff in Eckernförde, Dr. Ehrhardt in Erfurt, Marinestabsarzt Dr. Ehrhardt in Kiel, Dr. Roehl in Lehe (Prov. Hannover), Assistenzarzt Dr. Lademann in Magdeburg, Oberarzt Dr. Drobnick in Posen, Dr. Sedlaczeck in Radzionkau (Reg.-Bez. Oppeln), Dr. Herm. Becker in Halle a. S., Dr. Hoffmann in Morbach (Reg.-Bez. Trier).

Königreich Bayern.

In den Ruhestand versetzt auf eigenes Ansuchen: Bezirksarzt Dr. Engelhardt in Würzburg.

Gestorben: Bezirksarzt Dr. Wolf in Marktbreit.

Königreich Sachsen.

Ernannt: der Gerichtsassistenzarzt Dr. Zehlert in Chemnitz zum Bezirksarzt in Schwarzenberg, der Vorsteher des Impfinstituts Dr. Fickert in Zwickau zum Bezirksarzt in Rochlitz.

Gestorben: Dr. Georg Hager und Dr. Wörner in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Dr. Gessler, Direktor der Irrenanstalt zu Winnenthal.

Grossherzogthum Baden.

Ernannt: Der Berzirksassistenzarzt Dr. Schaller in Gernsbach und Dr. Rittstieg in Walldürn zum Bezirksarzt in Oberkirch bezw. Borndorf, der prakt. Arzt Dr. Dörner zum Bezirksarzt in Adelsheim.

Versetzt: Der Bezirksarzt Dr. Compter zu Bretten in gleicher Eigenschaft nach Rastatt, der Bezirksarzt Dr. Kamm zu Adelsheim in gleicher Eigenschaft nach Bretten.

Grossherzogthum Sachsen-Weimar.

Gestorben: Med.-Rath Dr. Kiel, Bezirksarzt in Buttstädt.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Der Titel als Geheimer Sanitätsrath: den Sanitätsräthen Dr. Weiss und Dr. Bensen in Bückeburg.

Gestorben: Dr. Grapow aus Hamburg in Berlin, Kantonalarzt Dr. Halbedel in Bergheim (Oberelsass), Kantonalarzt Dr. Schultz in Sulz a. Wald (Unterelsass), Dr. Regnery in Strassburg i. Els., Dr. Amos in Mühlhausen i. Els.

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisen moor-,** Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
[644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Reineboth, Prof. Dr. H., (Halle): Die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose. (Berliner Klinik 159.)

Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für **Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke**
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

---

[593] Sanatorium
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [666

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 15 Mark.

INHALT:

Original-Mittheilungen.
Der preussische Gerichtsarzt. Von Gerichtsarzt Dr. Roth 687
Zur gerichtsärztlichen Geburtshilfe. Von Gerichtsarzt Dr. G. Keferstein . . . 689
Die Diagnose der Sepsis bei der Obduktion. Von Dr. M. Döllner 692
Zur Bewegung der Bevölkerung in Hohenzollern. Von Oberamtsarzt Dr. Stauss 701

Aus Versammlungen und Vereinen.
Bericht über die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23.—28. September 1901 . . 703

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.
A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:
Dr. A. Kühner: Straf- und zivilrechtliche Verantwortung des Arztes 709
v. Krafft-Ebing: Flagellatio puerorum als Ausdruck des larvirten Sadismus eines pädophilen Konträrsexuellen . . 710
Dr. O. Mönkemöller: Kombinirte Psychosen 711
Prof. Dr. Moeli: Zur Statistik der Anstaltsbehandlung der Alkoholisten . . 711
C. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:
Eine durch Betriebsunfall (Kopfverletzung durch Auffallen eines Steines) herbeigeführte Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach u. s. w. . 712
Tagesnachrichten 715
Beilage:
Rechtsprechung 251
Medizinal-Gesetzgebung 253
Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden IV. Kl. mit Schwertern am weissen Bande mit schwarzer Einfassung: dem Marine-Oberarzt Dr. Huth; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Prof. Dr. Rumpf in Bonn, dem Kantonalarzt Dr. Herenschneider in Rappoltsweiler, dem Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Heidelberg in Reichenbach i. Schl., dem San.-Rath Kreiphys. a. D. Dr. Hommerich in Marburg und den Marinestabsärzten Dr. Metzke und Dr. Gappel; — die Krone zum Rothen Adlerorden IV. Klasse: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Herhold in Altona; — der Kronenorden III. Klasse: dem Kreisarzt Geh. Med.-Rath Dr. Färber in Kattowitz; — der Kronenorden IV. Klasse mit Schwertern am weissen Bande mit schwarzer Einfassung: dem Marine-Assistenzarzt Dr. Stephani; — die Rettungsmedaille am Bande: dem prakt. Arzt Dr. Wirtz zu Oberwinter (Kreis Ahrweiler).

Ernannt: Der bisherige Reg.- und Med.-Rath Dr. Dietrich zum Geh. Medizinalrath und vortragenden Rath in der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums; der Kreiswundarzt z. D. Dr. Bleich in Tchirnau zum Kreisarzt in Sternau a./O., der prakt. Arzt Dr. Doerschlag in Argenau zum Kreisarzt in Strelno; der bisherige Privatdozent Prof. Dr. Greef in

Berlin zum ausserordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät; der Kreisarzt Dr. Eschricht in Danzig und Dr. Aderholt, Leiter der botanischen Abtheilung des pomologischen Instituts zu Hülfsarbeitern im Kaiserl. Gesundheitsamte.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Evers in Montabaur in gleicher Eigenschaft in den Kreis Kempen.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Der Kreisarzt Geh. San.-Rath Dr. Färber in Kattowitz.

Gestorben: Dr. Martin Schlesinger, Badearzt zu Cudowa in Breslau, Dr. Gerson in Danzig, San.-Rath Dr. Kempa in Gleiwitz, San.-Rath und Kreiswundarzt a. D. Dr. Hartkop in Barmen, Kreisphysikus a. D. Geh. San.-Rath Dr. Terstesse in Büren, Dr. Wilh. Knotte in Borbeck, Dr. Reinert in Melle, Prof. Dr. Schuchardt in Stettin, Dr. Brunner in Olvenstädt (Reg.-Bez. Magdeburg), Dr. Erdmann in Münster i. W., Dr. Ruhberg in Warstade (Beg.-Bez. Stade), San.-Rath Dr. Grosser in Prenzlau, Dr. Bertram in Magdeburg, Dr. Spelthahn in Brühl bei Köln.

Königreich Bayern.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Martin Steichele in Weissenborn zum Bezirksarzt I. Klasse in Uffenheim.

Gestorben: Dr. Joseph Payr in Passau, Oberstabsarzt z. D. Dr. Ludwig Titus Hauer in Augsburg, Hofrath Dr. Näher in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Geh. Med.-Rath Dr. Stelzner in Dresden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz des Friedrichsordens: dem Marinestabsarzt Dr. Fiedler; — die Karl Olga Medaille: dem Assistenzarzt am Karl Olga Krankenhause in Stuttgart Dr. Grosse.

Versetzt: Oberamtsarzt Dr. Pfäfflein von Maulbronn nach Urach.

Gestorben: Prof. Dr. G. Veesenmeyer in Ulm.

Grossherzogthum Baden.

Gestorben: Medizinalrath Dr. C. v. Langsdorf in Sinsheim.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Dr. Salfeld in Bodenheim.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Der Kaiserliche Reg.-Rath Dr. Tjaden, bisher Mitglied des Reichsgesundheitsamtes, zum Direktor des staatlichen hygienisch-bakteriologischen Instituts in Bremen. — **Gestorben:** Dr. Brauchbar in Hamburg.

Erledigte Stellen.

Die Kreisarztstelle des Kreises Wernigerode (Reg.-Bez. Magdeburg), mit dem Wohnsitz in Wernigerode, soll zum 1. Januar 1902 anderweitig besetzt werden. Das Gehalt der Stelle beträgt 1800 M. jährlich ausserdem bezieht der Stelleninhaber eine pensionsfähige persönliche Zulage von jährlich 600 M.

Berlin, den 8. Oktober 1901.

Die Kreisarztstelle des Kreises Putzig Reg.-Bez. Danzig) mit dem Wohnsitz in Putzig, soll zum 1. Dezember d. Js. anderweitig besetzt werden. Das Gehalt der Stelle beträgt 1800 M. jährlich nebst einer pensionsfähigen persönlichen Zulage von 1200 M.

Berlin, den 8. Oktober 1901.

Die vollbesoldete Kreisarztstelle des Kreises Kattowitz (Reg.-Bez. Oppeln), mit dem Wohnsitz in Kattowitz, soll anderweitig besetzt werden. Die Bezüge der Stelle bestehen aus dem Gehalt von 3600 M., steigend von 3 zu 3 Jahren bis zum Höchtsbetrage von 5700 M., dem Wohnungsgeldzuschusse von 660 M. und einer Amtsunkostenentschädigung von 750 M.

Bewerbungsgesuche sind binnen 14 Tagen an denjenigen Herrn Regierungs-Präsidenten, in dessen Bezirk der Bewerber seinen Wohnsitz hat, in Berlin, Charlottenburg, Schöneberg und Rixdorf an den Herrn Polizei-Präsidenten in Berlin zu richten.

Berlin, den 28. Oktober 1901.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten.
Im Auftrage: Förster.

Der heutigen Nummer liegt eine Postkarte von **Fischer's medic. Buchhandlung (H. Kornfeld)** in **Berlin** bei, betr. **Preisermässigung** für das Werk: „Sammlung gerichtlich-medizinischer Obergutchten", worauf

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

pez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisen moor-,** Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder** . Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan nstitut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
644] Dr. **Schuckelt,** dirig. Arzt u. Besitzer.

Menzer, Stabsarzt Dr., Die bakteriologische Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis. **Neu.**

(Berliner Klinik 160.)
Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

Dr. Gierlich's Kurhaus

Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [687]

„West-Sanatorium"

Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 29

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's

Wasserheilanstalt

Lauterberg

(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

[593] **Sanatorium**

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für

Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch

Sanitätsrath **Dr. Römer**

Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathol

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehre

Ausführliche Prospekte frei.

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Der zweite Obduzent. Von Geh. Med.-Rath u. Gerichtsarzt Dr. H. Kornfeld 719
Beitrag zum Begriff des „Apothekergewerbes". Von Dr v. Gizycki . . . 720
Die neue Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln. Von Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. O. Rapmund . . 726

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23.—28. September 1901 (Fortsetzung) 739

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:

Stabsarzt u. Privatdozent Dr. Dieudonné: Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose-Infektion im Kindesalter . 743
Prof. Dr. Hans Hammer: Alkohol und Tuberkulose 744
Kreisphysikus Dr. Braun: Die Tuberkulose in der Strafanstalt Görlitz 744
C. v. Holub: Insekten als lebendes Substrat für Kultivirung ansteckender Krankheiten des Menschen und der Thiere . 745
E. Levy u. Prosper Levy: Ueber das Hämolysin des Typhusbacillus 745
Dr. W. Ruttmann: Ueber das Verhalten des in den Erdboden eingesäeten Typhusbacillus 745

Besprechungen.

Dr. Amman: Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans 746
Paul Fittrich: Praktische Anleitung zur Begutachtung der häufigsten Unfallschäden der Arbeiter 747
Dr. Hugo Hoppe: Die Thatsachen über den Alkohol 748
Dr. Klonka: Grundriss der Toxikologie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Therapie 748

Tagesnachrichten 749

Beilage:

Rechtsprechung 259
Medizinal-Gesetzgebung 262

Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rothe Adlerorden IV. Kl.: dem Geh. San.-Rath Dr. Bosdorff in Potsdam u. San-Rath Dr. Gustav Crüger in Insterburg; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse mit Schwertern am weissen Bande mit schwarzer Einfassung: den Oberstabsärzten Dr. Kaether und Dr. Floeck, bisher beim Ostasiatischen Expeditionskorps; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse am statutenmässigen Bande: den Oberstabsärzten Dr. Michaelis, Dr. Haase, Dr. Feling, Dr. Thiele und Dr. Vollbrecht, den Stabsärzten Dr. Harries, Dr. Pfitzmann, Dr. Langheld, Dr. Waldeyer, Dr. Wendel und Dr. Hanel, bisher beim Ostasiatischen Expeditionskorps; — der Kronenorden IV. Klasse am statutenmässigen Bande: den Oberärzten Dr. Perthes, Dr. Hochheimer und Dr. Beyer, bisher beim Ostasiatischen Expeditions-

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; nebst der monatlichen Beilage „Berliner Klinik" 18 Mark.

korps; — der Kronenorden IV. Klasse: dem Arzt Dr. Glaser in Frankfurt a. O.; — die Rothe Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Gerichtsarzt Dr. Bohn in Dortmund, dem Med.-Assessor Dr. Borchard in Posen, dem Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Horn in Löwenberg, dem Kreisarzt und Geh. Med.-Rath Dr. Höchst in Wetzlar, den praktischen Aerzten San.-Rath Dr. Hamburger in Berlin, Dr. Pernice in Frankfurt a. O., Dr. Körner zu Dom Brandenburg, Dr. Hahn zu Königswusterhausen, Dr. Zaeske in Barth, Dr. Kornke in Tichau, Dr. Gabriel in Gottesberg, Dr. Kracauer in Altwasser, Dr. Jacobson in Grünberg, Dr. Müller in Hilchenbach, Dr. Schörnich in Münster, Dr. Michels in Hattingen, San.-Rath Dr. Michel in Niederlahnstein, Dr. Rosenthal in Wiesbaden, San.-Rath Dr. Wirsing in Frankfurt a. M., Dr. Schwerin in Höchst a. M., San.-Rath Dr. Esser in Rheindahlen, Dr. Meisinger in Elberfeld, Dr. Protze in Elberfeld, Badearzt Hofrath Dr. Dietz in Bad Kissingen, San.-Rath Dr. Fürstenau in Bischofswerda, Stabsarzt a. D. Dr. Frank in Stuttgart, Dr. Guggenheim in Konstanz, Stabsarzt a. D. Dr. Weidenhammer in Worms, Dr. Schubart in Parchim, San.-Rath Dr. Körner in Oranienbaum, San.-Rath Dr. Liebeschütz in Dessau, Dr. Boss in Strassburg i. Els., dem Königl. sächs. Bezirksarzt Med.-Rath Dr. Hankel in Glaucha, dem Oberamtsarzt Dr. Steinbrück in Reutlingen, dem Bezirksarzt u. Med.-Rath Dr. Geyer in Durlach, dem Kreisarzt Dr. Hillebrand in Bergheim, dem Oberarzt am Marienkrankenhause Dr. Urban in Hamburg, dem Kantonalarzt Dr. Ringeisen in Erstein, dem General- u. Korpsarzt Dr. Gähde in Hannover, den Oberstabs- und Regimentsärzten Dr. Tubenthal in Metz, Dr. Herrmann in Hildesheim, den Stabsärzten Dr. Weber an der Kaiser Wilhelms-Akademie in Berlin und Dr. Holtzhausen in Ehrenbreitstein, dem General-Ober- und Divisionsarzt Dr. Rochs in Darmstadt und dem Kreisphysikus a. D. Geh. San.-Rath Dr. Wolff in Löbau.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung des: Ehrenkreuzes des Grossherzoglich Mecklenburg-Schwerinschen Greifenordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Reinhardt in Berlin; — des Kommandeurkreuzes des Kgl. Grossbritannischen Viktoria-Ordens: dem Leibarzt Dr. Spielhagen in Cronberg.

Ernannt: Der bisherige Kreisassistenzarzt Dr. Rohwedder in Oldesloe zum Kreisarzt für den Kreis Lauenburg (Herzogthum) mit dem Wohnsitz in Ratzeburg.

Gestorben: Die praktischen Aerzte: San.-Rath Dr. Steinmeier in Minden i. W., Dr. Kunze in Neunkirchen bei Siegen, Kreiswundarzt a. Dr. Reimann in Seebnitz (Reg.-Bez. Liegnitz), Dr. Hermann Otto in Magdeburg, Stabsarzt Dr. Richter in Neisse, Generalarzt a. D. Dr. Becht in Hannover, San.-Rath Dr. Hertel in Bonn, Dr. Knauer in Görlitz.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Komthurkreuz des Verdienstordens der Bayerischen Krone: dem Prof. Geh. Rath u. Ober-Med.-Rath Dr. Voit in München; der Verdienstorden vom heiligen Michael IV. Klasse: dem Assistenzarzt am städtischen Krankenhause Dr. Struppler in München.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Preisendörfer in Lohr zum Bezirksarzt daselbst; der prakt. Arzt Dr. Bayerl in Chum zum Landgerichtsarzt in Deggendorf, der prakt. Arzt Dr. Seelos in Ottobeuren zum Bezirksarzt in Wertingen.

Versetzt: Der Bezirksarzt Dr. Spaeth in Deggendorf in gleicher Eigenschaft nach Landeshut.

Gestorben: Dr. Dorsch in Mülhof (Mittelfranken), Dr. Reinhardt in Weiden (Oberpfalz), Dr. Friedrich Müller in Würzburg.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Dr. Binder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Zwiefalten.

Grossherzogthum Baden.

Ernannt: Dr. Vögelin in Durmersheim zum Bezirksarzt in Gernsbach.

Grossherzogthum Hessen.

Ernannt: Der Privatdozent Dr. Leutert in Königsberg i. Pr. zum ausserordentl. u. Direktor der Ohrenklinik in Giessen.

Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Prof. Dr. Martius in Rostock zum Direktor der dortigen medizinischen Universitätsklinik.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.
Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.
Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"
Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren.
Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer.**

Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.
Gesunde Höhenlage
umgeben von Gärten und Park-Anlagen.
Alle Hilfsmittel
der modernen Nervenpathologie.
Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [666

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Kaiserbad — Schmiedeberg.

Fernspr, Nr. 6. **Bez. Halle.**

Spez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohlensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnastik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan. Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch

644] Dr. **Schuckelt**, dirig. Arzt u. Besitzer.

Menzer, Stabsarzt Dr., Die bakteriologische Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis. **Neu.**

(Berliner Klinik 160.)
Preis 60 Pf.

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.
Berlin W. 35. Lützowstrasse 10.

585]

Asyl

für

Gemüthskranke

zu

Charlottenburg,

Berlinerstrasse 17.

Heil- und Pflegeanstalt

für

Nerven- u. Gemüthskranke, Alkoholisten, Morfinisten u. dergl.

Stadtbahnhof: Thiergarten,
Fernbahnhof: Zoologischer Garten,
Haltestelle: Polytechnikum,
der electrischen Strassenbahn Berlin-Charlottenburg.

Prospecte auf Wunsch.

Sanitätsrath Dr. Karl Edel,
Dirigirender Arzt.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin

für Nerven- Alkohol- und **Morfiumkranke**

Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.

Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin in Deutschland. Von Dr. F. C. Stubenrath 751
Der preussische Gerichtsarzt. Von Gerichtsarzt Dr. Hoffmann 762
Die Stellung der besonderen Gerichtsärzte. Von Gerichtsarzt Dr. Schwabe . . . 763

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 23.—28. September 1901 (Schluss) 773

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:

Konkurrenz eines bestehenden Leidens mit den Folgen eines Unfalls 777
Kann Jemand ungeachtet des Verlustes beider Hände erwerbsfähig bleiben und versicherungspflichtige Arbeiten verrichten? 777
Die Frage, ob und inwieweit das Schiedsgericht die Mittheilung eines ärztlichen Gutachtens an den Rentenbewerber ablehnen durfte, unterliegt der Nachprüfung in der Revisionsinstanz 778
Tod durch Insektenstich; kein ursächlicher Zusammenhang mit Unfall 779

Besprechungen.

Dr. P. Rissmann: Lehrbuch für Wochenpflegerinnen 779

Tagesnachrichten.

Berathungen der Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz im Bundesrath 781
Einstellung von Positionen von allgemeinem gesundheitlichem Interesse im neuen Etat des Reichsamts des Innern 781
Errichtung von staatlichen Untersuchungsanstalten in Preussen 781
Regelung des Milchverkehrs 782
Vorlegung des Entwurfes eines Gesetzes zum Schutze des Rothen Kreuzes . . 781
Sitzung des preussischen Aerztekammerausschusses 782
Antrag auf Einbringung eines Gesetzentwurfes auf Ueberführung der Apotheken in Staatsbetriebe in der hessischen Kammer 782
XIV. internationaler medizinischer Kongress 782

Umschlag: Personalien.
Medizinal-Gesetzgebung 267
Beilage:

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrath: dem Badearzt Dr. Rörig sen. in Bad Wildungen und dem praktischen Arzt Dr. Albert Keuller in Berlin; — der Rothe Adlerorden IV. Klasse: dem Sanitätsrath Dr. Vogelsang zu Biebrich und dem Oberstabsarzt a. D.

Dr. Steiner in Stuttgart, dem Sanitätsrath Dr. Krumhoff in Elze (Prov. Hannover) und dem San.-Rath Dr. Obertüschen in Wiesbaden; — die Schwerter zum Rothen Adlerorden IV. Kl. am weissen Bande mit schwarzer Einfassung: dem Marine-Oberstabsarzt Dr. Dammann, bisher beim Ostasiat. Expeditionskorps; — die Rothe Kreuz-Medille III. Klasse: dem Stabsarzt a. D. Dr. Brausewetter in Malaga.

Die Genehmigung ertheilt zur Anlegung: des Kaiserlich Russischen St. Stanislaus-Ordens II. Klasse mit Schwertern und des Ritterkreuzes des Französischen Ordens der Ehrenlegion: dem Gesandschaftsarzt Stabsarzt Dr. Velde in Peking; — des Komthurkreuzes des Grossherzogl. Mecklenburg-Schwerinschen Greifen-Ordens: dem General- und Korpsarzt Dr. Meisner in Kassel; — des Offizierkreuzes des Königl. Belgischen Leopold-Ordens: dem Oberstabsarzt Dr. Pannwitz in Berlin.

Ernannt: Der kommiss. Reg.- und Med.-Rath Dr. v. Hake in Marienwerder endgültig zum Reg.- und Med.-Rath daselbst, der Geh. Med.-Rath Dr. Dietrich, vortragender Rath in der med. Abth. des Kultusministeriums, zum Mitgliede des Apothekerrathes; der prakt. Arzt Dr. Neumann in Leobschütz zum Kreisarzt daselbst; der prakt. Arzt Dr. Bünting in Vöhl zum Kreisarzt des Kreises Stolzenau, der Privatdozent Dr. Ficker in Leipzig zum Kustos des Hygiene-Museums in Berlin.

Gestorben: Kreisphysikus a. D. San.-Rath Dr. Sabarth in Königsberg i. Pr., Dr. Elperting in Burgsteinfurt, Dr. Selmar Worms und Dr. C. Schmalfuss in Berlin, Dr. Guenter in Breslau, Dr. Baas in Beuthen (O.-Schl.), Dr. Gerson in Mohrungen, Kreisarzt Dr. Siebert in Neidenburg (O./Pr.).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Bayerische Verdienstorden vom hl. Michael IV. Klasse: dem Bezirksarzt Dr. Roth in Berchtesgaden.

Ernannt: Der a. o. Prof. Dr. Cust. Specht in Erlangen zum ordentlichen Beisitzer des dortigen Medizinalkomitees, der ordentliche Prof. Dr. Ad. Gessner zum ersten Suppleanten, und Prof. Dr. Graser zum zweiten Suppleanten desselben.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Ott in Miesbach, Dr. Lex in München, Dr. Dölger in Kleinwallstädt, Dr. Welsch in Augsburg, Dr. Albrecht in Nordhalben.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Landwehr- und Dienstauszeichnung I. Klasse: den Stabsärzten d. Res. Dr. Mäcke in Grünau, und Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna; der Titel und Rang als Obermedizinalrath: dem zum Ober-Landesmedizinalkollegiums berufenen Oberarzt der chir. Abth. des Diakonissen- und Krankenhauses und Hofrath Dr. Rupprecht zu Dresden.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Prof. Dr. von Liebermeister in Tübingen.

Grossherzogthum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ehrenkreuz des Verdienstordens Philipp des Grossmüthigen: Dem Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Neidhart in Darmstadt; das Ritterkreuz desselben Ordens: dem Kreisarzt, Med.-Rath Dr. Dannenberger in Dieburg.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Zinsser in Crumstadt zum Kreisassistenzarzt bei dem Kreisgesundheitsamt in Offenbach.

Gestorben: Dr. Kreuder in Büdingen.

Herzogthum Sachsen-Coburg-Gotha.

Gestorben: Dr. Schäfer in Elgersburg (Thüringen).

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.
Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.
Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"
Berlin W.,
Joachimsthaler Strasse 20
bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.
Operationssäle.
50 Krankenzimmer.
Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's
Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)
für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.
Dr. Otto Dettmar.

[593] **Sanatorium**
Elsterberg
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.
Das ganze Jahr geöffnet.
Näheres durch
Sanitätsrath **Dr. Römer**

Dr. Kahlbaum in Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.
Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.
Gesunde Höhenlage umgeben von Gärten und Park-Anlagen.
Alle Hilfsmittel der modernen Nervenpathologie.
Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.
Ausführliche Prospekte frei. [66

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphinm und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte.**

Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Neu! Die verschiedenen Formen Neu!
des Asthma und ihre Behandlung.
Von Dr. **W. Brügelmann**, Anstaltsarzt in Südende bei Berlin.
Berliner Klinik 162. Preis: 1,20 Mark.

Hunyadi János
DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER
EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.
BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K.u.K. HOFLIEFERANT.

100 procentiges
Wasserstoffsuperoxyd Merck.
absolut chemisch rein,
enthält 30 Gewichtstheile H_2O_2 = **100 Volumprocente,**
ganz ausgezeichnet für
allgemein-chirurgische, laryngologische, rhinologische u. odontologische Zwecke.
Vide: Prof. Dr. v. Bruns, Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 19. — Dr. Honsell, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII, Heft 1. — L. Hesse, Apotheker-Zeitung 1900, Nr. 77.
Litteratur gratis und franko durch
E. Merck
Chemische Fabrik Darmstadt.

Ueber nervöse Dyspepsie
mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und der Therapie.
Von
Dr. **J. Boas** - Berlin.
Berliner Klinik 161. **Preis: 60 Pfg.**

14. Jahrg. 1901.

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. Buchhandlg., 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.

INHALT:

Original-Mittheilungen.
Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin in Deutschland. Von Dr. **F. C. Stubenrath** (Schluss) 783
Durch bleihaltiges Mehl hervorgerufene Familienerkrankungen im Kreise Alsfeld. Von Kreisarzt Dr. **Wengler** 792
Der zweite Obduzent. Von Dr. **Litterski**, Dr. **Bleich**, Dr. **Berg**, Dr. **E. Vollmer**, Dr. **Mulert** und Dr. **Klose** 795
Aus Versammlungen und Vereinen.
Bericht über die am 2. November d. J. in Liegnitz abgehaltene Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Liegnitz . 804
Jahresversammlung der British medical association. 1901 807
Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.
A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie:
Prof. Dr. **Ernst Ziemke**: Ueber den Werth des alkalischen Hämatoporphyrins für den forensischen Blutnachweis . . 809
Landgerichtsarzt Dr. **Max Richter**: Die Farbe der Todtenflecke bei der Cyanvergiftung 809
Prof. **H. Fritsch**: Kann man eine Nebenplazenta von einem Plazentarrest unterscheiden? 810
Reg.- u. Med.-Rath Dr. **Borntraeger**: Geburtshilfliche tödtliche Fahrlässigkeit eines Arztes 810
Dr. **Selo**: Ein Fall von Atropinvergiftung 810
Dr. **A. Kühner**: Neue Beiträge zur Würdigung der Intussusception in klinischer und forensischer Beziehung 811
Dr. **Karl Heilbronner**: Ueber Krankheitseinsicht 811
Dr. **R. Henneberg**: Ueber Spiritismus und Geistesstörung 812
B. Sachversländigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen:
Begriff „Unfall" 813
C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen:
Robert Koch: Ueber die Agglutination der Tuberkelbazillen und über die Verwerthung dieser Agglutination 814
Stabsarzt Dr. **Schüder**: Zur Aetiologie des Typhus 815
Stabsarzt Dr. **A. Dieudonné**: Zur Bakteriologie der Typhuspneumonieen . . 815
A. Poncet: Beitrag zur Aktinomykose des Menschen 816
Prof. Dr. **Paul** und Prof. Dr. **Sarwey**: Experimental-Untersuchungen über Händedesinfektion 816
Dr. **Franz Nagelschmidt**: Ueber Hände-Desinfektion 817
Bericht der Abwässerfrage-Kommission . 817
Reg.- u. Med.-Rath Dr. **Salomon**: Ueber bakteriologische chemische und physikalische Rheinwasser-Untersuchungen . . 818
Dr. **R. Blumm**: Der gegenwärtige Stand des Hebammenwesens in Deutschland . 819
Besprechungen 821
Tagesnachrichten 823
Beilage:
Rechtssprechung 275
Medizinal-Gesetzgebung 278
Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Sanitätsrath: den Sanitätsräthen Dr. Behr, Dr. David, Dr. Koeppel, Dr. Rosenthal, Dr. Vaneschi, Dr. Wohl in Berlin, Dr. Mertzenich in Köln, Dr. Ruegner in Breslau, Dr. v. Blödau in Nordhausen, Dr. Jacob in Cudowa, Dr. Goder in Lissa, Dr. Fries, Direktor der Provinzialirrenanstalt in Nietleben, Dr. Hasche in Marklissa und Dr. Hammacher in Camen; — als Sanitätsrath: den Aerzten Dr. Alexander, Dr. Basch, Dr. Blumenfeld, Dr. Davidsohn, Dr. Herzfeld, Dr. Jarislowsky, Dr. Michelet, Dr. Paasch, Dr. Pappenheim, Dr. Philippi, Dr. Wedel, Dr. Werner, sämmtlich in Berlin, Dr. Genzmer in Charlottenburg, Dr. Wolff in Franken-

Abonnementspreis pro Jahr: 12 Mark; bezogen durch Buchhandlungen und Postämter

stein, Dr. Wirtz in Hagen i. W., Dr. Wilde in Peterswaldau, Oberstabsarzt 1. Kl. a. D. Dr. Heimlich in Deutsch-Wilmersdorf, Dr. Hynitzsch in Halberstadt, Dr. Hoffmann in Wiesbaden, Dr. Honselmann in Burscheid, Dr. Vonhögen in Jüchen, Dr. Röhrecke in Stassfurt, Dr. Fresenius in Frankfurt a. M., Dr. Freitag in Danzig, Dr. Heinecke in Eichenbarleben, Dr. Dreessen in Elmshorn, Dr. Grell in Fehrbellin, Oberarzt a. D. Dr. Grochtmann in Deutsch-Wilmersdorf, Dr. Pacully in Ratibor, Dr. Schulte-Herbrüggen in Borbeck, Dr. Schwantzer in Pfoerten, Dr. de Camp in Lauenburg i. P., Dr. Esser in Neuss, Dr. Buenemann in Stolzenau, Dr. Weidenmüller in Düsseldorf, Dr. Klemm in Mühlhausen i. Th., Dr. Krüger in Linden i. W., Dr. Loewenthal in Königsberg i. Pr., Dr. Kaulen in Wevelinghoven, Dr. Michels in Nauen, Dr. Isbary in Berlinchen, Dr. Braune in Magdeburg, Dr. Schmidt in Neudamm, Dr. Beust in Bissenthal, Dr. Hauffe in Eilenburg, Dr. Albers in Myslowitz, Dr. Kaufmann in Aachen, Dr. Conrad in Züllichau, Dr. Friedländer in Danzig, Dr. von Ubisch in Zossen, Dr. Jaffé in Frankfurt a. M., Dr. Regel in Hannover, Dr. Mackensen in Goslar, Dr. Pfannkuche in Harburg; — der Roth. Adlerorden IV. Klasse: dem Prof. Dr. Krause in Göttingen; dem Geh. San.-Rath Dr. Hoeber in Homburg v./H.; — der Königl. Kronenorden III. Klasse: dem General- Ober- und Divisionsarzt Dr. Böttcher in Magdeburg; dem Prof. Dr. Siemerling in Kiel.

Ernannt: Der vortragende Rath in der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums der u. s. w. Medizinalangelegenheiten Geh. Med.-Rath Dr. Dietrich zum ordentlichen Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; der Kreiswundarzt Dr. Brinn in Szittzehmen zum Kreisarzt des Kreises Putzig; der Generalstabsarzt der Armee Prof. Dr. v. Leuthold zum ordentlichen Honorarprofessor in der medizinischen Fakultät in Berlin.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Dethlefsen in Ilfeld in gleicher Eigenschaft in den Kreis Plön. — **Gestorben:** Sanitätsrath Dr. Bille in Bromberg, Dr. Danco in Bonn, Dr. Gromme in Valendar, San.-Rath Dr. Hildebrand in Kyritz, Stabsarzt Dr. Schöneberg in Langfuhr bei Danzig.

Königreich Bayern.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Hofmann von Alzenau nach Würzburg und Bezirksarzt Dr. Tischler von Wegscheid nach Deggendorf. — **Gestorben:** Med.-Rath Dr. Bandorf in München, Bezirksarzt Dr. Walter in Sulzbach a./O

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: das Ritterkreuz V. Klasse des Albrechtsordens: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Sedlmayer in Borna und dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Pfitzmann in Dresden.

Ernannt: Dr. Holz in Marienberg und Dr. Pohl in Zwickau zu Gerichtsärzten. — **Gestorben:** Dr. Sarfert in Zwickau-Pölbitz.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Medizinalrath: dem Direktor der Landeshebammenschule in Stuttgart Dr. Walther, dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Weissenau Dr. Rank und dem Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt in Schussenried Dr. Kreuser. — **Ernannt:** Der Oberamtsarzt Dr. Georgi in Rotenburg zum Oberamtsarzt in Maulbronn.

Grossherzogthum Baden.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Bezirksarzt Dr. Ambros in Pfullendorf unter Ueberreichung des Ritterkreuzes I. Klasse des Badischen Ordens vom Zähringer Loewen.

Grossherzogthum Hessen.

Gestorben: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Löhlein in Giessen.

Erledigte Stellen.

Die Kreisarztstelle des Kreises Neidenburg (Regierungsbezirk Königsberg) mit dem Wohnsitz in Neidenburg, soll anderweitig besetzt werden. Das Gehalt der Stelle beträgt, nach Massgabe des Dienstalters 1800 bis 2700 M. jährlich, nebst einer pensionsfähigen persönlichen Zulage von 600 M. jährlich, die Amtsunkostenentschädigung jährlich 240 M.

Bewerbungsgesuche sind binnen 14 Tagen an denjenigen Herrn Regierungs-Präsidenten, in dessen Bezirk der Bewerber seinen Wohnsitz hat, in Berlin, Charlottenburg, Schöneberg und Rixdorf an den Herrn Polizei-Präsidenten in Berlin zu richten.

Berlin, den 6. Dezember 1901.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt von **Fischer's medizinischer Buchhandlung** in **Berlin** über „Buchführung für Aerzte“ und über „Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige“, sowie eine **Bücherkarte** bei, worauf wir besonders aufmerksam machen.

Dr. Gierlich's Kurhaus
Wiesbaden

für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.

Neubau mit Centralheizung und electr. Licht.

Für 25 bis 30 Gäste. [637]

„West-Sanatorium"

Berlin W., Joachimsthaler Strasse 20

bietet Kollegen Gelegenheit, ihre Patienten verpflegen zu lassen und selbst zu behandeln.

Operationssäle.

50 Krankenzimmer.

Dr. **Kaute.**

Dr. H. Ritscher's

Wasserheilanstalt
Lauterberg
(Harz)

für Nerven-, Frauen-, chronische, innere Krankheiten, Entziehungskuren. Prospekte.

Dr. Otto Dettmar.

---

[593] Sanatorium

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für

Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke.

Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch

Sanitätsrath **Dr. Römer**

Dr. Kahlbaum in Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke.

Gesunde Höhenlage umgeben von Gärten und Park-Anlagen.

Alle Hilfsmittel der modernen Nervenpathologie.

Ausser dem dirigirenden Arzte zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftliche u. Handfertigkeits-Lehrer.

Ausführliche Prospekte frei. [66

Dr. Emmerich's Heilanstalt

für Nervenkranke. B.-Baden. Gegr. 1886

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlung kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** **2 Aerzte**

stein, Dr. Wirtz in Hagen i. W., Dr. Wilde in Peterswal
1. Kl. a. D. Dr. Heimlich in Deutsch-Wilmersdorf, Dr. H
berstadt, Dr. Hoffmann in Wiesbaden, Dr. Honselma
Dr. Vo Dr. Röhre in Stassfurt.
Frankf in Dan Steine
Dr. D Dr. G
Gro

rbad — Schmiedeberg.

Fernspr. Nr. 6. **Bez. Halle.**

ez.-Anstalt f. Rheumatiker u. Gichtkranke der besseren Stände. — **Eisenmoor-**, Kohensäure- u. **electr. Lichtbäder**. Wasserheilverfahren, Massage u. Heilgymnasik; Electrotherapie. **Röntgen-Cabinet, medico-mechan. Institut.** Central-Heizung, electr. Licht, Fernsprecher. Ausf. Prospect durch
644] Dr. **Schuckelt**, dirig. Arzt u. Besitzer.

Formulare

für die **Beiträge zu den Jahres-Sanitätsberichten** (8 Seiten stark) sind zu haben in

L. Mundschenk's Buchdruckerei
in **Uelzen** (Prov. Hannover).

Fischer's medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld)
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Demnächst erscheint:

Med.-Rath Dr. **G. Jacobson,**
Kreisarzt in Berlin.

Leitfaden für die Revisionen der Drogen-, Gift- und Farbenhandlungen

nach den Vorschriften vom 1. Februar 1894.

Zum Gebrauch für Medizinalbeamte, Apotheker, Drogisten und Behörden bearbeitet.

Zweite, mit Berücksichtigung der Kaiserl. Verordnung vom 22. Oktober 1901 und den letzten Gerichtsentscheidungen umgearbeitete Auflage.

Gebunden: Preis 4 Mark.

Zu Bestellungen wolle man sich der einliegenden Bücherkarte gefälligst bedienen.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin
für Nerven- Alkohol- und Morfiumkranke
Prospecte gratis. . . . . Dr. med. Colla.